

## *Bookreviews / Boekbesprekingen*

Negar Akhavi (ed.), *AIDS sutra: Untold stories from India*. London: Vintage Books, 2008. 337 pp. € 10.00. ISBN 9780099526582.

Much has been written about the HIV epidemic in India through scientific journals, policy papers and local and international media. There are debates on the 'correct' estimate of people living with HIV and there are arguments on a more realistic projection of how the prevention program is faring to halt the disease transmission. The health economists debate on efficacy and cost-benefit ratios for various strategies of prevention and treatment and the activists try their best to make their voice heard in local and global conferences but the people who are actually affected by the disease just remain numbers, epidemiological figures and statistical graphs. They get labeled as 'target group' or 'high risk group' or 'vulnerable population' and are reduced to what we call 'disease burden' or 'prevalence'.

*AIDS Sutra*, commissioned by the largest HIV prevention and treatment program in the country, is an effort to reveal the stories that lay hidden behind these numbers and labels. It is a compilation of essays by various authors who take the reader on a journey to various corners of India and to various strata of Indian society to understand the 'local' realities of HIV infection, how it spreads, affects and impacts lives of individuals and families and eventually the entire nation. One can feel and understand the subtleties of lives which otherwise would go unnoticed in academic jargon. Is it just a disease which has spread rampantly due to high-risk behavior like unprotected sex or unsafe injection practices? The stories reveal the complex webs of social and cultural factors of individual lives in which the HIV epidemic is situated in India. Amartya Sen in his foreword to the book not only describes some of these facts and figures about HIV from the perspective of economics, public health and epidemiology, but he also argues for social responsibility towards HIV in order to enable an individual to take personal responsibility towards healthier life choices.

The book opens the mind of the reader to the complexities of life of a person living with HIV, it makes one reflect on one's own judgments and values about what 'moral' behavior is and what it is not. A number of authors reflect in their essays on their own stand on HIV, stigma and discrimination. Stigma need not be outright refusal or inhuman treatment towards a HIV positive person; it could be in many subtle shades as described in the essay by Shobhaa De, while she describes her own conflicts and thoughts about knowing the HIV status of her driver and the events that unfold after that. One gets the glimpses of successful intervention and collectivization of sex workers in 'Sonagachi' in Kolkata through the essay of Sunil Gangopadhyay.

Aman Sethi undertakes a truck ride along the national highway (NH 31) from Siliguri to Delhi in order to experience the life of truck drivers and to learn their stories. Rushdie takes the reader on a journey to understand what it means to be a *Hijra* in today's India and the kinship patterns between the gurus and *chela* (disciple) in this transgender community. There are stories of sex workers from cities like Mumbai and Chennai but also from rural areas like West Godavari (one of the high HIV prevalence areas in India). The stories do not limit themselves to people's struggle for survival and harassment at the hands of pimps and police. One feels the empowerment which is brought about through collectivization and advocacy with various stakeholders. There are sex workers who have educated their children and are dreaming of a dignified life for them, something that was never granted to them. The states of Manipur and Nagaland in northeastern India have a peculiar pattern of HIV spread through injecting drug use and we learn about 'this lost generation' through the writings of Siddhartha Deb. Each essay tells another story, about dreams, aspirations, longings for love and family, being cheated by spouses and abandoned by families, stories of being depressed after hearing the diagnosis and also stories about people who found a reason to 'survive and fight back'. There are glimpses of love amongst HIV positive individuals and there is a story of a 'matchmaker' creating a platform to enable marriage alliances between positive individuals.

This anthology is a valuable read for better understanding life realities of approximately 2.5 million HIV positive individuals in India through sixteen moving stories.

Priya Satalkar  
Physician and medical anthropologist

Boudewijn Chabot, *Auto-euthanasie: Verborgen stervenswegen in gesprek met naasten*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker, 2007. 304 pp. € 39,95. ISBN 978-90-351 3161 3.

Dutch psychiatrist and sociologist, Boudewijn Chabot, explores the controversial topic of those who end their own life in The Netherlands outside of existing euthanasia and assisted dying policies done in consultation with one or more persons, but without physician assistance or authorization. Chabot borrows the term 'auto-euthanasia' from sociologists, Barney Glaser and Anselm Strauss, to describe actual cases in which Dutch people take it on themselves (in discussions with friends, family or an end-of-life consultant) to hasten death by either forgoing food and drink or by means of a lethal overdose typically for reasons of serious or terminal illness, but also for reasons of old age, psychiatric illness, or disability. For those on both sides of the debates around euthanasia, assisted dying and other end-of-life policies, this book provides important information about practices that occur on the borders of legal end-of-life policies in the one country with the longest standing legal practice of euthanasia and assisted dying.

In his recent work, Chabot conducted survey research using a list of over 35,000 volunteer Dutch respondents registered with a national research bureau. A total of 144

family members and friends who had been consulted during a case of auto-euthanasia in the past five years responded. Of the 144 respondents, 47 described cases in which death was hastened by voluntary ingestion of a lethal substance and 97 described cases in which death was hastened by the person intentionally refusing food and/or liquids.

From his survey findings, Chabot estimates that more people die by auto-euthanasia than by euthanasia and assisted suicide in The Netherlands. According to national figures from 2001, approximately 3,931 (or 2.8 percent of all deaths) were a result of euthanasia or assisted dying. Chabot estimates that approximately 4,400 (or 3.2 percent of all deaths) between 1993 and 2003 each year could be attributed to auto-euthanasia, which includes approximately 2,800 deaths by voluntary cessation of eating and drinking and 1,600 deaths by voluntary ingestion of a lethal substance (p. 106).

Chabot also examines his survey data for characteristics specific to auto-euthanasia. He found that almost half of all cases occurred after denial of a request for euthanasia by a physician (49 percent), a number of cases that indicated psychiatric illness (10 percent) or no serious illness at all (26 percent), and a number of cases where it was predicted the patient would have lived one month or more (29 percent) (pp. 121, 131, 133). In addition, in cases of auto-euthanasia by lethal overdose, Chabot found that in as many as 22 percent of cases, physicians involved in the case knowingly supplied the lethal drugs and in 38 percent of cases, the person received help administering the lethal dosage by an outside person (pp. 159, 162). Both of these practices are considered an illegal offense in The Netherlands.

To better understand practices around auto-euthanasia, Chabot conducted a qualitative study. He examined 18 cases of auto-euthanasia using retrospective interviews conducted between 1999 and 2001 with end-of-life (EOL) consultants from the Dutch Association for Voluntary End-of-Life, formerly the Dutch Association for Voluntary Euthanasia (NVVE), and the Horizon Foundation (*Stichting De Einder*). In addition to interviews with EOL consultants, family and friends were also interviewed in 12 of the 18 cases. Interviews were not audio-taped, but handwritten notes were taken during the interviews and immediately expanded following each interview.

In Chapter 7 of his book, Chabot discusses ten of these cases, highlighting real life stories from people with and without somatic illness, terminal illness, euthanasia requests, and family involvement at the end of life. In this chapter, Chabot demonstrates to readers the particulars of each case, showing us that not all cases of auto-euthanasia are created equal. Some cases follow perfectly acceptable practices of autonomy in the face of great pain and suffering, while other cases, particularly those who were refused euthanasia by their physicians and those who suffered non-somatic and non-terminal illnesses, raise questions about the permissiveness of Dutch society around assisted dying.

Prior to this study, Chabot became well known across The Netherlands for helping a 50 year old divorced mother of two and suffering from depression and no other somatic illness kill herself. This was after repeated attempts to treat her for depression resulting from years of abuse from an alcoholic husband and the death of both her sons, one who died of lung cancer, the other who committed suicide. In the subsequent

court case, Chabot was found to have violated existing euthanasia and assisted dying policies due to his failure to have another physician personally meet with his patient. The ruling, however, paved the way for an expansion of the existing policy, recognizing the rights of patients who suffer from psychiatric, or non-somatic, pain to choose legal assistance in dying. In this book, Chabot tells his version of what led up to his agreeing to help his patient die, explaining it as both a reaction against the increased medicalization of death and dying and a need for more patient autonomy around end-of-life decisions. Should people have the right to end their own lives and, if so, under what circumstances? Given the extent that medicine and law have pushed into life and end-of-life, Chabot raises the very important question of where the boundaries of medicine, society, and individual autonomy lay.

Chabot's main thesis is that there is an inherent conflict in the roles of patients (who follow popular rhetoric around an "individual's right to choose their own death") and physicians (who have been given critical power under Dutch law to make decisions with patients and families around end-of-life). Thus end-of-life policy *in practice* is conflicted between the authority that has been granted to physicians and the ideals that have been cultivated among their patients.

What is missing from Chabot's account and what might confuse non-native readers is the absence of a discussion of the social and cultural aspects that may be influencing these end-of-life practices. For a book intended for Dutch readers this is less a critique for the author, than it is a warning for the reader. Dutch people have a cultural tendency towards *overleggen* (or consultation) and order, which from my perspective permeates the cases that Chabot describes. People do not make end-of-life decisions alone, they make these decisions in consultation with close family and friends, and in The Netherlands also with key societal members, such as physicians. The Dutch manage death like they do life, in a collective, socially-supportive manner in which heroic medicine and life at all costs is, unlike in the U.S., not the call to arms. They are a country with a long-history of experimenting with social assistance and government regulation of social practices from drug use to prostitution to euthanasia. How Dutch people in this book approach auto-euthanasia mirrors, in large measure, how euthanasia and assisted dying is enacted, but with one important difference, these are not legal cases of euthanasia or assisted dying.

What is also potentially damaging to readers on both sides of the end-of-life debates is Chabot's choice to lump all of these cases together under one term. For those who believe the slippery slope is in effect in The Netherlands, you will find evidence in some of the cases of auto-euthanasia described in Chabot's study to support their argument. For those who believe that on the borders of any good policy are outlier cases where borders get defined, they will find evidence here to support that claim. My warning for readers on both sides of these end-of-life debates, however, is not to take these practices as one practice. While these are all cases of individuals taking their lives into their own hands, these cases require further division to be best understood.

For me this study highlights one country's reactions to end-of-life practices that in many places around the world have been overtaken by unrealistic and sometimes inhumane intervention-based practices and medical model approaches. Chabot's work

also gives me pause to question whether there may be societal norms around growing old that are sending messages to our parents that perhaps we do not want to send. For anyone interested in reading an open and honest account of how some people in The Netherlands have chosen to take their lives into their own hands, *Auto-Euthanasie* is an important and provocative read. This is a study that should be made available to a wider audience so that non-Dutch readers may be able to decide for themselves where the borders of end-of-life policy should rest.

Frances Norwood

Department of Anthropology at George Washington University, Washington, DC

Christine Dedding, *Delen in macht en onmacht. Kindparticipatie in de (alledaagse) diabeteszorg*. Academisch proefschrift: Faculteit der Maatschappij- en Gedragswetenschappen. Universiteit van Amsterdam, 2009.

Zoals elk proefschrift is ook dit te typeren als een zoektocht, maar dan wel een zoektocht in veel opzichten. Het gaat over een zoektocht naar verbetering van zorg voor kinderen met diabetes type I. Diabetes type I is een ernstige ziekte waarbij zware complicaties kunnen optreden. Type I betekent dat er geen insuline meer wordt aangemaakt. Patiënten die hieraan lijden, moeten meermalen per dag bij zichzelf insuline injecteren of gebruik maken van een insulinepomp. Dit proefschrift “beschrijft hoe kinderen met hun diabetes leven en hoe kinderen, ouders en behandelaars met elkaar kunnen en willen samenwerken om dat leven zo aangenaam mogelijk te maken.” Daartoe heeft Christine Dedding een vierjarig participatief actieonderzoek gedaan: participerende onderzoek in een poliklinische behandelsetting, focusgroepsdiscussies en semigestructureerde interviews met 30 kinderen in de leeftijd van acht tot twaalf jaar, 22 ouders en 16 behandelaars. Daarnaast heeft ze uiteraard ook literatuuronderzoek verricht. Maar het is niet gebleven bij deze ‘klassieke’ opzet. Dedding heeft kinderen niet alleen laten optreden als informanten, maar ook als co-onderzoekers. Ze beschrijft in hoofdstuk 2 uitvoerig de ideologie van participatie van kinderen in onderzoek, ook in de context van de gezondheidszorg (hoofdstuk 2) en de praktijk van participatief actie-onderzoek (hoofdstuk 3). Deze vorm van onderzoek doen wordt eveneens geëvalueerd (hoofdstuk 9). Onderzoek doen naar en met kinderen vraagt een speciale insteek of in ieder geval uitleg en verantwoording daarvan (hoofdstuk 8). Uiteraard komen diabetes in de alledaagse werkelijkheid (hoofdstuk 4), speciaal voor kinderen (hoofdstuk 5), en in de klinische ontmoeting (hoofdstuk 6) aan de orde. Het mooiste hoofdstuk vond ik die waarin de ‘stille strijd’ wordt beschreven die kinderen en behandelaars voeren. Kinderen tonen duidelijk *agency*. Daarnaast wordt ingegaan op de machtsbronnen die kinderen beschikbaar hebben in de relatie met hun behandelaars. Hoofdstuk 10 ten slotte geeft discussie en conclusie.

*Delen in macht en onmacht* is een mooi en zorgvuldig uitgewerkt proefschrift. Het geeft theoretisch goede onderbouwingen en biedt uitvoerig inzage in het verloop van het onderzoek, de valkuilen en problemen waar de onderzoeker voor kwam te staan, vooral met betrekking tot kinderen als patiënten in participatieonderzoek. Met

de keuze voor deze doelgroep is dit onderzoek ook duidelijk vernieuwend. Kinderen zijn als categorie niet vanzelfsprekend een onderzoeksgroep, laat staan een groep die ook in aanmerking komt voor participatieonderzoek. Dit proefschrift maakt duidelijk dat dit tot een nieuwe kijk leidt op kinderen, specifiek op hun omgang met diabetes. Dit onderzoek gaat dus niet alleen óver kinderen, maar stelt de plaats van kinderen in de gezondheidszorg, in sociaal-wetenschappelijk onderzoek en in de bredere samenleving ter discussie. Kinderen blijken als volwaardige partners mee te kunnen doen in het uitvoeren van onderzoek en als actoren hun eigen strategieën te hanteren om ruimte te verwerven in de alledaagse omgang met hun ziekte.

Edien Bartels  
cultureel antropologe, Vrije Universiteit Amsterdam

Peter A.G.M. De Smet, *Different truths: Ethnomedicine in early postcards*.  
Amsterdam: KIT Publishers, 2010. 216 pp. € 34,50. ISBN 978-94-6022-017-3.

Een gedachte-experiment: u hebt belangstelling voor de architectuur van ziekenhuizen in de wereld. U besluit om via Internet ansichtkaarten te gaan kopen waarop ziekenhuizen zijn afgebeeld. Na enkele jaren verzamelen, kijken en lezen, schrijft u een boek over de architectuur van ziekenhuizen, rijk geïllustreerd met de ansichtkaarten. Op één foto staat in een hoekje een verdwaalde keukenmedewerker. Op een andere is te zien hoe iemand (een lid van de ziekenhuisdirectie, een hoofd Communicatie?) de foto heeft laten retoucheren en de keukenmedewerker verwijderd heeft, blijkbaar met de bedoeling het ziekenhuis er mooier te laten uitzien. Op weer een andere ansichtkaart is te zien hoe op een zonnige lentemiddag het gehele personeel trots voor het ziekenhuis staat: dokters fier achteraan, jonge verpleegkundigen bevallig liggend vooraan. Uw boek zou een fraaie bijdrage zijn aan wetenschappelijk onderzoek op vele terreinen. *Hospitals: Ethnomedicine in early postcards?*

Peter De Smet, farmacoloog apotheker/klinisch farmacoloog, hoogleraar Kwaliteit van Farmaceutische Zorg UMCN, schreef een boek over "... thoughts or behaviours of indigenous societies anywhere concerning the development, evaluation, prevention and treatment of health-related problems" (p. 11). Het schitterend vormgegeven boek is ingedeeld in: *Preface, Prelude, Postcards, Practitioners and practices, Professionalized systems, Postscript*. (Het lukte de auteur dus alle hoofdstukken met dezelfde letter te laten beginnen.) Het woord vooraf van Hoofdredacteur Van der Geest van *Medische Antropologie* plaatst het werk in het theoretisch kader van onder meer de medische antropologie en beschouwt het eerste woord in de titel van het boek (ethnomedicine) kritisch. Hij stelt – m.i. terecht – dat "ethno-medicine turns out to be a pleonasm" (p. 8). Deze opvatting wordt gedeeld door een theoreticus uit de medische psychologie wiens werk gaat over hoe beleving en betekenisgeving van ziek-zijn gedrag van mensen stuurt, onafhankelijk van 'objectieve' medische zaken. In een boekbespreking vat hij deze opvatting kort samen: "Latin folk illnesses: why they are just like ours!"

De Smet bespreekt in *Prelude* zijn motieven voor het aanleggen van een verzameling ansichtkaarten over 'ethnomedicine'. Hij motiveert hoe verschillende waarheden ("different truths") bestaan over de interpretatie van de ansichtkaarten. Hier al is het een genoegen de evenwichtige en wetenschappelijke manier van denken en schrijven te zien.

Over de ansichtkaarten zelf gaat het hoofdstuk *Postcards*. Tientallen vaak fascinerende afbeeldingen van ansichtkaarten illustreren het hoofdstuk. Iedere verslaafde verzamelaar zal glimlachend herkennen wat de auteur opmerkt over het plezier en de ellende van het verzamelen. Makers en waarnemers van ansichtkaarten, en personen en afbeeldingen op ansichtkaarten: er zijn vele perspectieven te onderscheiden, waarbij allerlei belangen en niet altijd even hoogstaande motieven om voorrang strijden. De nuchtere analyses van de auteur over hoe op een ansichtkaart, die voor een naïeve kijker als deze recensent, imponeert als 'echt' terwijl niet een enkel persoon of object is wat de maker ermee beoogde, is vermakelijk en enigszins onthutsend.

Hoofdstuk 3 *Practitioners and practices* bespreekt hoe genezers en methoden van genezen op ansichtkaarten zijn verbeeld. *Explanatory models*, een begrip van Kleinman, wordt terecht als een centraal theoretisch concept geïntroduceerd. De toelichting door de auteur bij vele afbeeldingen is zorgvuldig, wetenschappelijk en dus kritisch. Een ansichtkaart van een wonderdokter en zijn patiënten in Ulvenhout anno 1904 illustreert hoe ook in Nederland 'ethnomedicine' een plaats had (en: heeft!).

Hoofdstuk 4, *Professionalized systems*, analyseert kenmerken van de organisatie en assumpties van gezondheidszorgvoorzieningen. Deze wat formele en modernistische formulering beoogt te onderstrepen hoe Westerse geneeskunde in de eenentwintigste eeuw niet fundamenteel verschilt van opvattingen over gezondheid en ziekte elders en eerder. De tekst over theoretische concepten is van hoog academisch niveau. De laatste ansichtkaart van het boek zou Kousbroek tot tranen hebben geroerd: Ze toont een blinde oude man, die door twee kippen aan touwen wordt geleid.

In het *Postscript* beschouwt de auteur de waarde van ansichtkaarten als bron van historische kennis. Een mooi notenapparaat en mooie referenties sluiten het boek af. Het Tropenmuseum in Amsterdam wijdde in 2009 een tentoonstelling aan de verzameling van De Smet. Bestudering van zijn boek verheft het verlangen die tentoonstelling nog eens te zien. Het boek van De Smet is schitterend: tekst en 'plaatjes' vormen een buitengewoon waardevolle bijdrage aan het veld van de medische antropologie.

Ansichtkaarten worden weer populair – ondanks of juist door de dominantie van e-mail en 'sociale media'. De persoon die ansichtkaarten van ziekenhuizen verzamelt en het boek *Hospitals: Ethnomedicine in early postcards* wil schrijven, heeft met het boek van De Smet een buitengewoon plezierige bron van inspiratie in handen.

Ad Kaptein, psycholoog  
Medische Psychologie, Leids Universitair Medisch Centrum

Petra Dimler-Wittleder, *Trauern in Gemeinschaft. Eine Ethnographie des Trauerns*. Hamburg: LIT Verlag, Berlin, 2010. 298 pp., € 29.90. ISBN 978-3-643-10642-1.

Petra Dimler-Wittleder werkt in rouwgroepen als expert, ervaringsdeskundige en antropologe om mensen met het verdriet rond dood en verlies met elkaar in aanraking te laten komen. *Trauern in Gemeinschaft* geeft inzicht in het hedendaagse rouwen van mensen, bovenal van ouders van overleden kinderen. Haar data verzamelde de auteur tijdens rouwbijeenkomsten, het bestuderen van brieven en het analyseren van narratieven. Zij kristalliseerde themata uit de verhalen en schreef een boek, dat zowel voor rouwende als voor professioneel personeel interessant is. Sommige lezers zullen theoretische diepgang missen.

Ondraaglijk is de opening waar de antropologe en rouwbegeleidster Dimler-Wittleder verwijst naar haar in een auto-ongeluk gedode zoon van dertien: "Rouw om hem zal blijven naast alle nieuwe levensvreugde". De toon is gezet: rouw kent geen grenzen en het leven gaat door, ook na de dood van een dierbare. Volgens de auteur gaat dit het beste 'in gemeenschap'. Iedereen die niet rouwt, wil zo min mogelijk met de dood te maken hebben. Rouwenden ervaren hierdoor een zeker isolement en gaan op zoek naar een nieuwe gemeenschap van lotgenoten. Haar respondenten kwamen gemiddeld twee jaar wekelijks bijeen in het bijzijn van rouwbegeleiders en spraken over de dood van hun kinderen, broertjes of zusjes.

Sinds priesters, kloosterbroeders en de kerk in het algemeen de rol van de rouwende in Noord-West Europa – vooral na de Reformatie – hebben overgenomen, wordt het luidruchtige rouwen minder getolereerd. Tranen en geschreeuw, kleren verscheuren en op extraverte manier rouw vertonen is in christelijke gemeenschappen uit den boze. Met de komst van een mogelijke hemel is de dood het begin van een gelukkig hiernamaals en tranen een teken van ongelof. Met het afnemen van de kerkelijke invloed zijn Noord- en West-Europeanen nu op zoek naar nieuwe rouwrituelen en mogen opnieuw tranen vloeien en mag pijn geuit worden. Er is verandering gaande in zake rouw en begrafenisrituelen. Het Nederlandse initiatief 'Allerzielen Alom' is sinds 2005 hier een mooi voorbeeld van: begraafplaatsen worden 'gastvrij aangekleed'. Het is een kleurrijk feest op de anders duistere velden van de dood; ongeacht religie of komaf mag de doden herdacht worden op soms originele, ludieke en dus ook luidruchtige manier. Kunstenaars, dansers en rouwbegeleiders nemen de rol van de priester over.

Hoewel er vernieuwing gaande is, horen rouwen, scheiden, verlies en afscheid tot een proces waar we zo snel mogelijk overheen horen te komen in Nederland. 'Niet bij de pakken neerzitten' is het door het calvinisme gevormde credo. Een eeuw geleden werd de helft van alle kinderen geen acht jaar oud en was de dood en dus ook de dood van kinderen zichtbaar en rouw iets van alle dag. Nu komt gemiddeld slechts om de 15-20 jaar een sterfgeval in gezinsverband voor. Volgens de auteur wordt het daardoor steeds moeilijker 'goed' te rouwen. Men weet zich geen raad met rouwenden in onze samenleving. Rouwen werpt vragen op: hoe gaan we het doen, hoeveel tijd gunnen we elkaar? Werkdruk, (gezins)isolatie, de individualisering van de samenleving, de



ontbrekende kennis over dood en bovenal het sterven brengen de meesten van ons in verwarring als iemand overlijdt. Wat te doen als rouw je overvalt en isoleert in een razendsnelle samenleving die niet staat te wachten op een rouwdepressie van jaren? Het boek van Dimler-Wittleder probeert een antwoord te geven: rouwen in groepsverband helpt om de tijd van rouw en verdriet te doorstaan. Zelfhulpgroepen bieden steun, zij geven de troost die men in het alledaagse leven en bij professionele hulpverlening mist. In deze groepen zijn het de persoonlijke, intieme rouwverhalen die mensen mogen en moeten vertellen, die tot een helend proces van rouw leiden; rituelen worden geregeld uitgevoerd, zoals het noemen van namen van overleden personen en het aansteken van kaarsen, tranen en geklaag zijn welkom.

Na een wat schoolse afwerking van wat 'cultuur, lichaam, ritueel en taboe' voor haar is, geeft de auteur in het eerste gedeelte de verhalen weer rond de klassieke rouwfasen van schok, controle, regressie en aanpassing om vervolgens bepaalde thema's te belichten die een vaste plek in de groeps gesprekken hadden. Zo komen schuld, sprakeloosheid, het goede en foute troosten, rouw bij kinderen, jeugd en het geloof in het hiernamaals aan bod. Zij laat genderspecifieke aspecten de revue passeren en wij zien, dat mannen 'vroeger' eerder hun vrouwen naar de groepen stuurden en nu zelf komen om openbaar rouw te tonen.

Haar theoretische achtergrond ligt in de Amerikaanse psychoanalyse van Greeg Furth waarop zij verder borduurt. Het rouwmodel ziet er als volgt uit: diepe rouw is een proces dat nooit compleet ophoudt, gevoelens van rouw en verdriet veranderen maar komen in verschillende gedaanten onverwacht telkens weer opdagen. Zij heeft gekozen voor een theoretisch model dat het cijfer acht weergeeft, een model dat de oneindigheid van leven en dood symboliseert. De binnen- en buitenbelevingswereld van een rouwende zal in het schema verduidelijkt worden.

De ontstaansgeschiedenis van het werk van Dimler-Wittleder is verweven met de verwerking van de dood van haar zoon. Haar eigen ervaring – en die van andere rouwenden – zich vreemd te voelen en buitengesloten te zijn in de eigen samenleving, motiveerde Dimler-Wittleder om een etnografie te willen schrijven. Haar data verzamelde ze als deelnemend lid van deze rouwbijeenkomsten. De deelnemers voelen dat ze met hun verhalen de buitenwereld niet kunnen bereiken, die meestal fout reageert op hun uitingen van rouw; er ontstaat een gevoel van marginaliteit. Dimler-Wittleder wil met haar etnografie de verhalen weer een plaats geven in de samenleving en sterker nog, de samenleving doen veranderen door rouw bespreekbaar en openbaar te maken. Het is een 'thuis-etnografie' geworden. Het boek gaat over de onmogelijkheid in de Duitse samenleving te rouwen en de kans om in groepsverband tot een helend rouwproces te komen.

Haar boek is een etnografie uit Duitsland voor de Duitse samenleving, waar het 'verwerken' (met nadruk op werk) van het verleden na de Tweede Wereldoorlog en de Shoah kenmerkend zijn voor een naoorlogse gemeenschap. Deze natie was eerst niet in staat te rouwen om miljoenen doden en wilde ook niet rouwen. Men ging pas later aan de slag met het verwerken van een door dood en verlies gekleurd verleden. Nu, zestig jaar na dato, moet de Duitse samenleving opnieuw een manier uitvinden om met de dood om te gaan. De hulp in groepen is ook een Duits fenomeen. Overgewaaid

uit de op community georiënteerde Verenigde Staten viel het op vruchtbare grond van de verenigingslievende Duitsers. Meer dan in andere landen vinden mensen elkaar in protest, verenigingen en bijeenkomsten, en in het geval van de dood dus sinds kort in zelfhulp-rouwgroepen. Dimler-Wittleder heeft een missie, en je zou het zelfs een verborgen agenda kunnen noemen. Zij is tevens de auteur van het boek *Der Umgang mit dem Tod in Deutschland* (2005). Hierin vergelijkt zij begrafenisrituelen en de gedachten rond het hiernamaals van joodse, christelijke en islamitische geloofsgemeenschappen en geeft inzicht in de tijd tussen het overlijden en het begraven. Dimler-Wittleder – net als in haar boek over de rouwgemeenschappen in Duitsland – doet een poging om de hedendaagse samenleving tot een ommekeer in zaken dood en rouw te brengen. Zij is van mening dat er door het moment van emotionele crisis een verbondenheid ontstaat die tot een beter gemeenschapsgevoel zou kunnen leiden.

Het rouwen om een kind door ouders, zusjes en broertjes is alomtegenwoordig in het boek. Het rouwen om kinderen is bijzonder: zij komen vaak onverwacht te overlijden of sterven een gewelddadige dood. Als een kind vroeger dan de ouders overlijdt, is dit een dood die door schok en het gevoel van ‘dit is niet het natuurlijk verloop der dingen’ gekenmerkt wordt. Haar boek is bovenal een etnografie van het rouwen om kinderen en dat had voor mijn smaak meer aandacht verdiend.

Beland bij de kritiek wil ik erop wijzen dat zij ons geen houvast biedt op theoretisch vlak. Ik mis een comparatief historisch moment. De auteur gaat niet dieper in op nieuw gedachtegoed uit de groeiende internationale gemeenschap van instituten gespecialiseerd in thanatologie en bijbehorende literatuur, bijvoorbeeld van het Centre for Death and Society in Bath (UK). Net zo min is de antropologische canon vertegenwoordigd die de auteur meer inzicht in overgangsriten, ceremonies en rituelen in het algemeen had kunnen bezorgen. Storend zijn de vele kleine typ- en andere foutjes en herhalingen. Wel geeft zij bij elk thema de verhalen ruimschoots de ruimte; maar wie de mensen zijn die hier aan het woord komen is niet altijd even duidelijk. De meeste zijn hun kinderen ‘kwijt geraakt’ en hebben blijkbaar de weg gevonden naar buurthuizen en centra voor alternatieve hulpverlening. Zij zijn in het circuit van coaching en training beland waar niet iedereen toegang tot heeft.

Na het lezen van haar relaas is duidelijk dat de auteur ons een opdracht mee wil geven: rouw, maar ga niet je hele leven in het teken van rouw zien. Of haar aanbevolen methode – het spreken over de dood en het verwerken van verdriet – voor iedereen is weggelegd, blijft de vraag. Tot slot had de uitgever meer moeite kunnen doen om het boek goed verzorgd op de markt te brengen. Het is tenslotte een waardevolle toevoeging aan de groeiende literatuur over rouw, dood en verlies. De etnografie is een ontroerend en meeslepend tijdsdocument van rouw om kinderen in een snelle en kille samenleving op zoek naar nieuwe rouwrituelen.

Reinhilde Sotiria König  
Antropologie/Sociologie Universiteit van Amsterdam

Gonny ten Haaft, *Dokter is ziek. Als patiënt zie je hoe de zorg beter kan.*  
Amsterdam/Antwerpen: Uitgeverij contact, 2010. 255 pp. € 17,50.  
ISBN 978-90-254-3447-2.

Anders dan de titel doet vermoeden, gaat dit zeer leesbare boek *niet* vooral over zieke dokters. *De dokter is ziek* is gebaseerd op meerdere interviews met negen professionals die in een ziekenhuis werken of er voor hun werk nauwe banden mee onderhouden op het moment dat ze in het ziekenhuis belanden. Van deze negen informanten hebben vier een verpleegkundige achtergrond, vier zijn opgeleid tot arts en één heeft bedrijfseconomie gestudeerd. Het gaat om drie artsen, vier verpleegkundigen van wie een met een managementfunctie, en twee ziekenhuisdirecteuren die aan den lijve hebben ondervonden dat ziek zijn iets anders is dan veel over ziektes weten. Het is anders in het bed te liggen dan aan het bed te staan. De hoofdpersonen geven toe dat ze voordat ze ernstig ziek werden, de afhankelijkheid en kwetsbaarheid die ziekte met zich meebrengt, onderschat hebben. Kennelijk is het zelfs voor professionals die geacht worden zich te kunnen verplaatsen in hun patiënten, moeilijk om zieken helemaal te begrijpen.

Journaliste Gonny ten Haaft toetst aan de hand van de ervaringen van haar informanten twee hoofdvragen: staat de patiënt daadwerkelijk centraal in de zorg, en kunnen de zieke professionals zelf bepalen hoe hun zorg eruit ziet? Deze vragen zijn van belang omdat in beleidsstukken veelvuldig wordt gesteld dat de patiënt centraal moet staan en het stuur in handen moet krijgen. Het korte antwoord op deze vragen luidt dat patiënten beperkt zeggenschap hebben over de zorg die ze ontvangen en niet altijd het gevoel hebben centraal te staan. Echter, op basis van de ervaringen van de zorgprofessionals meent Ten Haaft terecht dat zorgprofessionals dankzij hun kennis en contacten meer mogelijkheden hebben om regie te voeren over hun zorgproces dan reguliere patiënten. Zo kreeg een ziekenhuisdirecteur die behandeld werd voor kanker, het voor elkaar om een behandelwijze te volgen die nog niet breed was ingevoerd. Ook praktische zaken zoals zelf de pomp met pijnstillers nakijken is makkelijker voor een zieke verpleegkundige dan voor de gemiddelde patiënt. Wat Ten Haaft *niet* benoemt maar wat wel tussen de regels door laat lezen, is dat de status van de patiënt ook van invloed is op de mate waarin hij of zij regie kan voeren. Het maakt uit of iemand in het dagelijks leven directeur is of stratenmaker.

Zieke professionals vonden, hun sterkere positie als patiënt ten spijt, de mate van patiëntgerichtheid in het ziekenhuis en hun mogelijkheid om zelf hun zorgproces te sturen tegenvallen. Eén verklaring die Ten Haaft hiervoor geeft, is dat als je heel ziek bent de capaciteit om zelf effectief de regie te voeren tijdelijk vermindert of afwezig is. Je bent bijvoorbeeld te beroerd om een verzorgende die de warme maaltijd brengt, te vragen je te helpen bij het eten met als gevolg dat je een paar dagen te weinig voedsel binnen krijgt. *Patient-centered* beleidsmodellen gaan er volgens Ten Haaft ten onrechte van uit dat zieken met wat hulp in principe hetzelfde kunnen als hun gezonde medemensen. Op dit punt is er, zou je kunnen zeggen, een verschil tussen beleids- en maatschappelijke modellen. Uit de literatuur over *disability* is bekend dat burgers met een chronische ziekte of beperking vaak juist problemen ondervinden, omdat ze tot

niets of weinig in staat worden geacht. Op deze discrepantie tussen beleids- en maatschappelijke modellen van ziekte gaat Ten Haaft echter niet in. Ze beantwoordt haar hoofdvragen voornamelijk voor de ziekenhuiscontext. Alleen de bespreking van de ervaringen van psychiater Carla Rus plaatst de zorg die ziekte met zich meebrengt, in een breder perspectief.

Bekaaider nog dan de zelfregulering komt de patiëntgerichtheid er van af. Zo noemen geïnterviewden als grote ergernis het langer dan strikt noodzakelijk te moeten wachten op uitslagen. Patiënten verkeren vaak onnodig lang in onzekerheid over hun toestand. Hierbij wordt wel erkend dat zieke professionals die weten hoelang het duurt voordat een uitslag beschikbaar is, zich hier vermoedelijk meer aan ergeren dan 'leken'.

Een ander punt dat de zieke professionals opviel is het gebrek aan betrokkenheid van verzorgenden en artsen, zij het dat alle geïnterviewden ook positieve voorbeelden aanhalen. Volgens hen is het te gemakkelijk is om gebrek aan betrokkenheid van zorgprofessionals geheel en al toe te schrijven aan de wijze waarop de zorg is georganiseerd. Verpleegkundigen zo wordt geopperd, kunnen best terwijl ze een infuus verwisselen, een kort praatje maken met de patiënt. Dit doen ze in de praktijk echter lang niet allemaal. Dit wijten informanten of hoofdpersonen zoals Ten Haaft ze noemt, voor een deel aan een gebrek aan interpersoonlijke vaardigheden en aan een verkeerde instelling. De hoofdpersonen realiseren zich door hun ziekenhuisopname beter hoe belangrijk kleine dingen zijn als je ziek en afhankelijk bent. Het is dan bijvoorbeeld belangrijk om bij de bel te kunnen en dat de zuster ook echt komt als je belt. Veel informanten vertellen hoe moeilijk ze het vonden om te bellen. Ze belden alleen als het echt nodig was. Des te vervelender vonden ze het als een verpleger niet of met de nodige vertraging kwam. Deze ervaring deed hen zich ook realiseren dat de meeste patiënten niet zomaar bellen.

Hiermee komen we op de vraag of de ziekte-ervaring van deze informanten betere artsen, managers of verpleegkundigen heeft gemaakt. Deze vraag kan Ten Haaft maar zeer beperkt beantwoorden. Twee informanten – een arts en verpleegkundige – zijn aan hun ziekte bezweken. Twee artsen zijn chronisch ziek en werken mede daardoor op vrijwillige basis waardoor ze meer vrijheid van handelen hebben dan artsen en verpleegkundigen in loondienst. Deze artsen geven aan nu wat anders met hun patiënten om te gaan, vooral door beter naar hen te luisteren. Een vijfde hoofdpersoon, een verpleegkundige, raakte terug aan het werk te betrokken bij haar patiënten en heeft mede daardoor gekozen voor een andere functie. Voor de twee ziekenhuisdirecteuren was het na hun herstel al snel business as usual. Ten slotte, de twee verpleegkundigen die hun werk na hun ziekte weer op hebben gepakt, proberen hun patiënten meer centraal te stellen door bijvoorbeeld meteen te gaan kijken als een patiënt belt.

De kracht van *Dokter is ziek* ligt vooral in het feit dat negen professionals met naam en toenaam openhartig durven te spreken over hun ziekte-ervaringen en daarbij niet schromen kritisch te kijken naar het functioneren van collega's en van henzelf voordat ze ziek werden. Hiermee lijdt dit boek *niet* aan een euvel van andere boeken over zieke dokters, namelijk dat de arts als patiënt dokter blijft. De hoofdpersonen in dit boek durven daarentegen hun rol als zorgprofessionals grotendeels los te laten en zich als patiënt te tonen.

*Dokter is ziek* is ten slotte een waardevolle aanvulling, omdat artsen die ziek zijn (geweest) vermoedelijk eerder gehoor vinden in het curatieve zorgveld dan reguliere, kritische patiënten die eerder als onrealistisch worden gezien in hun verwachtingen. Hier is echter wel een kanttekening op zijn plaats. Het boek van Ten Haaft laat zien dat de ervaringen van zieke dokters niet helemaal overeenstemmen met de ervaringen van groepen met een andere maatschappelijke status of culturele achtergrond. Ook duren in Nederland ziekenhuisopnamen steeds korter, mede daardoor blijft het belangrijk ziekte-ervaringen van diverse groepen patiënten in en buiten instellingen te beschrijven en te analyseren.

Karen Mogendorff, antropoloog en communicatiewetenschapper

Trudy Harpham, *Urban health in Africa: What do we know and where do we go?*  
Carl Schlettwein Lecture. Münster: LIT Verlag, 2010. 51 pp. € 9,90.  
ISBN 978-3-643-80053-4.

Trudy Harpham is the author of the classic study *In the shadow of the city: Community health and the urban poor* (1988) and with Marcel Tanner editor of *Urban health in developing countries: Progress and prospects* (1995). In her Carl Schlettwein Lecture, published in this booklet, she looks back at her 25 years of experience in urban health research. She is doing that in the context of the research network *Living the city* based in Basel. As an urban geographer in international public health she is a strong advocate of a multidisciplinary approach and translating research to policy and practice.

In the lecture she underlines that in 2008 the world became mainly urban, meaning that more people live in urban than in rural areas, and argues that in order to improve urban health there is a need for a top-down approach driven by governments (central and local) and bottom up action based on community needs. For this she points at the Alma Ata declaration of 1978 and the assumption that health cannot be improved by the health sector alone. Multilevel action entails: interventions at individual (psychology), household (demography), community (sociology and anthropology) and city (politics) levels. Harpham focuses on particular issues that in her perspective deserve increased attention and research funding; it is not a comprehensive description of health in African cities.

In the first part, Harpham discusses urbanisation in Africa. It is estimated that by 2030 the urban population will account for 44 percent of the continent's people, and in some countries like Senegal and South Africa nearly or more than half of their population are living in urban areas. Harpham underlines that on the one hand Africa's transition from rural to urban is unprecedented, as in Abidjan where the urban population has increased twenty-fold since 1950, while in other sub-Saharan countries, especially in West Africa, migration to large towns is falling and urbanization is slowing. The image is diverse, but in general it can be said that in many towns and cities there has been a rise in the dependency on informal low paid work. Because migrants lack economic safety nets, they may need to return home when a crisis hits and this leads

to circular migration. In turn, conflict may draw migrants to certain towns, but in some cases young people leave towns because they find more employment in the rural areas. The growth of new unplanned residential areas does not mean that cities keep large flows of in-migrants because of the poor conditions. It is important to see these diverse trends because they are important indicators of urban poverty and food insecurity in many large urban areas in sub-Saharan Africa.

In the second part Harpham focuses on the urban poor: those living in slums, shanty towns and squatter settlements. In her view, urban poverty distinguishes itself from rural poverty by commoditisation, overcrowded living conditions, environmental hazards, social fragmentation, crime and violence, traffic accidents and natural disasters. Fortunately she also points at studies that show that the social capital and social connectedness in poor urban areas can be higher and that heterogeneity is a core characteristic calling for an intra-urban analysis of problems. Harpham concludes that the urban poor remain a neglected group in policy and practice while they seem to suffer from a double burden (infectious and chronic diseases) and what is called an urban penalty. Harpham lists all sorts of evidence underlining the fact that the urban poor are far less better off than the rural poor. For instance, an analysis of Demographic and Health Survey data in 39 countries show that child malnutrition declines with urbanization while child mortality increases, even though access to health care is better in urban settings. She argues that overcrowding and risk of HIV accounts for this paradox.

Harpham continues her lecture by focusing on three of her research topics: violence, food insecurity and migration. She underlines the need to see urban violence in the context of multiple levels of causality prompting more integrated intervention frameworks. She shows how violence and alcohol abuse are interrelated and that in line with WHO, multi-level interventions are needed, reducing and regulating the availability of alcohol, raising prices and offer individual and community interventions.

Growing food insecurity is another problem, the drastic increase of food prices (for instance the 133% price increase of maize in Kibera slum in Nairobi in 2008-2009) with the drastic increase of non-food costs of urban life such as transport and water scarcity lead to a rise in malnutrition and increased susceptibility to health problems. There is a need for better targeted interventions: reaching neighborhoods, increasing food supply and distribution, increasing cash status of the poor, through policy interventions that directly and indirectly increase the cash transfers to them or engaging them in market gardening. Migration is the last topic whereby Harpham briefly discusses the difference between international and rural-urban migration and the problems arising with both.

She also discusses some solutions. The multiple determinants of urban health in low income areas require political, economic, health, social and other action. But prioritisation is needed and therefore more research is needed. In Harpham's perspective, inter-sectoral action is desirable, with coordinated planning led by governments but an independent implementation. The Healthy City Initiative of WHO is presented as a case in which the aim was getting all sectors in the city to consider health impact. Political mobilization, community participation, increased awareness of health issues,

increased capacities of municipal governments and networks between cities providing information and technologies exchange are core elements. However, evaluations in many of the countries showed that this initiative was largely donor driven and did not result in integrated municipal plans and political commitment and often took solid waste disposal and environmental problems as core issues to address.

Harpham ends with some questions and solutions. Is there a need to go back to basic urban services? She calls for good disaggregated data for illuminated health problems in African cities. Researchers should become policy entrepreneurs and try to get research into policy and practice (GRIPP). Harpham summarizes some of the challenges in undertaking research in low-income urban areas, for instance high rates of mobility, reluctance to talk to authorities, expectation of cash incentives and difficulty to define a community. She concludes her lecture by mentioning that in light of diverging roles and positions of governments and communities, it might be good to keep in contact with other sectors. Urban health diplomacy, taking small steps without set preconditions, is needed: vulnerability should be replaced by resilience as is done by the Basel initiative, meaning that adaptive capacity and connections should be the focus instead of vulnerabilities and weaknesses. Future research therefore needs to look into capacity development, revised curricula focusing on environmental, economic and social determinants of health, interventions studies, longitudinal studies and GRIPP.

Reading this lecture can be done within an hour and it is worth doing as a refresher of what is at stake in urban studies. The parts about violence, food security and migration are not so interesting and are quite superficially discussed. The strength of Harpham's lecture lies at her pointing at diversity, heterogeneity, and multi sectoral approaches. She illustrates the urgency to address issues from more different angles than from the health field alone. Unfortunately, she takes little space to deconstruct concepts such as communities and resilience. For anthropologists her lecture is quite thin and leaves many questions about cultural patterns, resistance, suffering, local strategies, and right perspectives untouched. Her target audience is definitely urban public health specialists who still need to be convinced of the importance of social determinants of health. But also for them the just published report UN Habitat Report 'Hidden cities, unmasking and overcoming health inequities in urban settings' probably gives more depth to the real challenges of studying urban health ([www.hiddencities.org](http://www.hiddencities.org))

Anke van der Kwaak, antropoloog  
Royal Tropical Institute (KIT), Amsterdam

Cor Hoffer, *Psychische ziekten en problemen onder allochtone Nederlanders. Beleving en hulpzoekgedrag*. Assen: Van Gorcum, 2009. 328 pp. € 51,75.  
ISBN 978-90 232-4596-4.

Het aanbod van GGZ-organisatie Parnassia Bavo Groep sluit niet goed aan bij de hulpvraag van (sommige) allochtone Nederlanders. Dat is de aanleiding van *Psychische ziekten en problemen onder allochtone Nederlanders. Beleving en hulpzoekgedrag*

van Cor Hoffer. Door onderzoek wil Hoffer achterhalen hoe allochtone Nederlanders psychische problemen beleven, hulp zoeken in het medische circuit en binnen eigen kring en de ontvangen hulp beoordelen. Hoffer gaat uit van een medisch pluralistische gezondheidszorg waar naast een biomedisch aanbod ook alternatieve geneeswijzen de pragmatische patiënt bedienen. Hij signaleert in dat opzicht een kennislacune bij biomedisch geschoolde hulpverleners en beleidsmakers en wil door zijn onderzoek informatie geven over culturele en religieuze achtergronden van de praktijk van alternatieve en religieuze genezers. Tegelijk hoopt hij daarmee ook de omgang in de hulpverleningspraktijk te verbeteren met begrippen als cultuur en religie.

Hoffer geeft een korte theoretische beschrijving van deze begrippen die hij aanvult met het begrip identiteit, omdat dat in de loop van het onderzoek belangrijk is gebleken. In het kader van deze boekbespreking ga ik alleen in op zijn gekozen uitgangspunten van het begrip cultuur. Hoffer onderscheidt een statisch aspect van cultuur waarmee hij doelt op tradities en gewoonten die medebepalend zijn voor het gedrag van mensen. Daarnaast hanteert hij een dynamische dimensie die betrekking heeft op de maatschappelijke context en op sociale relaties die doorlopend veranderen en waarbinnen cultuur gestalte krijgt. Met deze theoretische uitgangspunten op zak begint Hoffer aan de beschrijving van zijn onderzoeksbevindingen. Die zijn gebaseerd op literatuuronderzoek, interviews met respondenten van verschillende etnische afkomst, sleutelinformanten en alternatieve genezers en eigen observaties.

Hoffer gaat grondig te werk. Hij beschrijft het ontstaan van de multiculturele samenleving in Nederland aan de hand van de migratiegeschiedenis en de culturele, religieuze en etnische achtergronden van de verschillende migrantengroepen. Er volgt uitgebreide informatie over de landen van herkomst waarbij Hoffer ook oog heeft voor de heterogeniteit binnen etnische groepen en veranderingen in interetnische relaties als gevolg van binnenlandse en internationale ontwikkelingen. Een ander aspect van de maatschappelijke context die Hoffer beschrijft, is de hedendaagse gezondheidszorg. Hoffer bespreekt de opkomst van de integrale psychiatrie waarbinnen complementaire en alternatieve geneeswijzen worden geïntegreerd binnen het reguliere aanbod. Dat aanbod komt mede voort uit de zorgbehoeften van zowel allochtone als autochtone patiënten die steeds meer belang zijn gaan hechten aan alternatieve niet-biomedische geneeswijzen. Tegen deze achtergrond maakt hij een overstap naar de bespreking van de verschillende wereldreligies en hun volksgeloof en de daarop gebaseerde religieuze geneeswijzen in Nederland zoals *hidjama*, *rokia* en *winti*. De citaten en observaties uit het empirisch onderzoek zorgen voor boeiende en hier en daar wat exotische beschrijvingen. Maar Hoffer laat het niet alleen bij de invalshoek van voortgezette traditie. Hij bespreekt ook hoe opvattingen en behandelpraktijken van alternatieve genezers transformeren als gevolg van migratie en verschuivingen in relatiepatronen en vernieuwingen in de gezondheidszorg. Tegen de achtergrond van het geschetste sociaal-culturele kader en de gezondheidsparadigma's worden vervolgens de problemen besproken waar de respondenten last van hebben, hoe zij die beleven, zoeken naar hulp en die hulp ervaren.

Hoffer maakt een onderscheid tussen fysieke, psychische, sociale en culturele problemen. Opvallend is dat veel klachten gelijkenis vertonen met die van autochtone



Nederlanders en respondenten daar een biomedische betekenis aan geven. Onder meer passeren de obsessief-compulsieve stoornis, angst- en depressiestoornis, burn-out en posttraumatische stressstoornis. Hij bespreekt ook enkele problemen die cultuurspecifiek zijn en die direct zijn te herleiden tot het betekenisrepertoire van de alternatieve geneeswijzen die eerder zijn beschreven. Daarnaast worden er ook problemen onderscheiden die sociaal en cultureel zijn bepaald. Opmerkelijk zijn de problemen die respondenten ervaren als gevolg van mantelzorg aan een ziek of oud familielid. Hoffer bespreekt deze problematiek als een intercultureel dilemma. Enerzijds is de druk op mantelzorgers terug te voeren op normatieve zorgverplichtingen binnen allochtone families en op onvoldoende gebruik van het professionele zorgaanbod in Nederland. Anderzijds zijn de spanningen en problemen niet veel anders dan die van overbelaste autochtone mantelzorgers. Ook identiteitsproblemen plaatst Hoffer onder het kopje cultuur en besteedt daar zelfs een apart hoofdstuk aan. Vooral jongere respondenten komen psychisch in de knel door het vinden van een cultureel hybride identiteit in een samenleving waarin sprake is van heterogene sociaal-culturele contexten en opgelegde identiteiten door zowel de eigen etnische groep als de dominante samenleving. Jammer dat Hoffer het probleem wat clichématig benadert als hij het heeft over een zoektocht naar identiteit tussen twee culturen. Deze benadering staat min of meer op gespannen voet met een van zijn uitgangspunten waarin culturen en identiteiten dynamisch zijn en daarmee niet als eenheden zijn af te bakenen.

Het hulpzoekgedrag van respondenten in het onderzoek komt overeen met het gedifferentieerde beeld van hun klachten. Zij zoeken zowel hulp binnen het reguliere biomedische aanbod als binnen het alternatieve circuit. De citaten illustreren dat dit complementair gebeurt. Hoffer stelt dan ook vast dat het niet zozeer vanuit gewoonte is dat respondenten heil en genezing zoeken bij alternatieve genezers, maar eerder omdat zij teleurgesteld zijn in de biomedische hulpverlening. Duidelijk wordt dat de aanvullende meerwaarde van alternatieve geneeswijzen is dat de behandelingen vaak leiden tot acceptatie van ongeneeslijke biomedische aandoeningen. Toch is de mening van respondenten over de reguliere biomedische hulpverlening niet erg negatief, zo wordt verderop beschreven. Dat is verrassend, omdat deze bevinding wat haaks staat op de aanleiding van het onderzoek dat het reguliere zorgaanbod niet altijd goed aansluit bij de zorgbehoeften van allochtone patiënten. Vanuit het perspectief van de geïnterviewde respondenten valt dat dus mee. Hoffer eindigt zijn onderzoek met een paar aanbevelingen om de hulpverlening aan allochtone GGZ-cliënten te verbeteren. Een van die aanbevelingen is dat in een transculturele hulpverlening een dynamisch en pragmatisch begrip van cultuur leidraad moet zijn. Daarvoor is deskundigheidsbevordering over de toepasbaarheid van deze begrippen in de dagelijkse hulpverlenerspraktijk een noodzaak. Maar dat lijkt mij wel een lastige opgave als de oplossing voor een betere hulpverlening ook wordt gezocht in informatieverstrekking over culturele en religieuze achtergronden van allochtone Nederlanders waarvoor wordt teruggegrepen naar de landen van herkomst. Daar ligt een uitdagende taak voor Hoffer die zelf trainer interculturele communicatie is bij GGZ Parnassia Bavo Groep.

Marina Jonkers, cultureel antropoloog

Melissa Imansoeradi & Marc van der Meer, *Een tipje van de sluier: Een studie naar de participatie van vrouwen met een Turkse en Marokkaanse achtergrond in de Amsterdamse gezondheidszorg*. Amsterdam: ECBO/SIGRA, 2009, 62 pp. (gratis verkrijgbaar bij SIGRA en te downloaden via website van ECBO).

*Een tipje van de sluier* is een fleurig en goed leesbaar boekje, dat managers in de Amsterdamse gezondheidszorg inzicht geeft in de redenen waarom relatief weinig Turkse en Marokkaanse vrouwen in de zorgsector werken. Het doel is opleiders en managers handvatten aan te reiken om de arbeidsparticipatie van deze vrouwen in de zorg te verhogen. In de achterliggende studie is antwoord gegeven op vragen als: Wat is het imago van de gezondheidszorg binnen de Turkse en Marokkaanse gemeenschap; welke sociale, culturele en religieuze factoren hebben invloed op hun studiekeuze en baanbeleving; wat doen Amsterdamse zorginstellingen om de instroom te bevorderen; welke aanbevelingen kunnen worden geformuleerd om de instroom in opleidingen en instellingen te bevorderen?

De onderzoekers beschrijven in deze publieksversie de gebruikte onderzoeksmethoden nauwelijks. Wel wordt de herkomst van de 45 geïnterviewden in een tabel weergegeven en bij sommige uitspraken wordt verwezen naar de literatuurbron. Verder merken de schrijvers op dat ze vooral gebruik heeft gemaakt van succesverhalen en laten zien hoe respondenten eventuele barrières hebben geslecht.

Na een korte toelichting op de gehanteerde theoretische uitgangspunten volgt een meer uitgebreide presentatie van islamitische grondbeginselen, de verschillende religieuze richtingen en de beleving van de islam in Marokko, Turkije en Nederland. Vervolgens worden culturele achtergronden van de doelgroep gepresenteerd, waarbij ook relevante verschillen tussen Turken en Marokkanen en tussen vrouwen van de eerste en tweede generatie worden benoemd. In het hoofdstuk over studiekeuze worden de negatieve effecten van de groepsgerichtheid (conformistisch gedrag en angst voor roddel) en de positieve kanten ervan (zorgzaamheid in de familie, moeder als rolmodel) besproken. Ook wordt ingegaan op de ervaringen in het onderwijs en in de zorginstellingen. Hoe hebben vrouwen die wel kozen voor een opleiding en baan in de zorg, de druk vanuit de sociale omgeving en de beperkingen van een wit docententeam en een wit schoolbeleid getrotseerd? En hoe zijn instellingen omgegaan met de impasse, dat zij graag een beroep willen doen op de specifieke capaciteiten van dit arbeidspotentieel, terwijl ze tegelijkertijd uitgaan van een 'gelijke monniken, gelijke kappen' model?

De vaak stellige toon en het gebrek aan verantwoording van de uitspraken wekt enige wrevel op. Ook heb ik tevergeefs gezocht naar een uitwerking van de belofte dat dit een Amsterdamse studie is en daarom aanvullend zou zijn op de vele landelijke publicaties. In Amsterdam werken bijvoorbeeld veel Surinaamse en Antilliaanse vrouwen in de zorg. Heeft dat effect op deze instroom? Er wonen relatief veel Arabische Marokkanen en minder Berbers. Is dat van invloed? Zulke factoren worden niet geopperd of besproken. Sommige aanbevelingen lijken niet voort te vloeien uit de onderzoeksbevindingen. Er is bijvoorbeeld te lezen dat de Turkse en Marokkaanse vrouwen liever een baan hebben waarmee ze meer kunnen verdienen of zoals de auteurs het formuleren "ze gaan voor de materiële component in hun toekomstig

beroep.” Die formulering klinkt licht verwijtend, terwijl de vrouwen dunkt me in dit opzicht naadloos aansluiten bij de algemene trend onder jonge werknemers. Kortom, de informatie wordt wat kort door de bocht gepresenteerd, maar zet zeker aan tot reflectie. In dat opzicht beantwoordt het boekje aan zijn doelstelling.

Fuusje de Graaff  
Onderzoeker Universiteit van Amsterdam

Thierry Janssen, *Het innerlijk medicijn, de weg naar een nieuwe geneeskunde voor lichaam en geest*. Kampen, Uitgeverij Ten Have, 2009. 279 pp. € 27,50. ISBN 978 90 79001118.

In de jaren dat ik in de geestelijke gezondheidszorg werk, valt op hoe vaak patiënten naast hun psychisch lijden te kampen hebben met lichamelijke ziekten. De klachten wisselen van vage rugklachten tot multiple sclerose en diabetes mellites, type II. Soms is het heel duidelijk dat rugpijn een relatie heeft met een depressie. Chronische pijnklachten zijn immers onaangenaam en uitputtend en kunnen depressieve klachten versterken. Soms is het minder duidelijk. Het is het kip-en-ei verhaal. Het maakt niet uit wat er eerder is, het lichamenlijk of geestelijk lijden. Vaak komen bij een langdurig lijden lichaam en geest bij elkaar en zijn er op beide fronten problemen en behoefte aan zorg.

In *Het innerlijk medicijn* komt Thierry Janssen vanuit de reguliere geneeskunde als een uroloog tot de conclusie dat gezondheid vanuit een breder perspectief bekeken moet worden. De urologie was voor hem een te beperkt specialisme en hij is later psychotherapeut geworden om meer te kunnen betekenen. Hij verklaart in zijn boek vooral hoe lichaam en de geest aan elkaar verbonden zijn, waarom diverse alternatieve geneeswijzen werken en hoe stress ons auto-immuunsysteem aantast. Zijn boek is verdeeld in drie delen: de geestelijke geneeskunde voor de behandeling van het lichaam; de lichamenlijke geneeskunde voor de behandeling van de geest; en de energetische geneeskunde voor de behandeling van lichaam en geest.

In deel een, gaat Janssen in op het placebo-effect, de psycho-neuro-immunologie, de gevaren van stress en de kracht van de geest. Vooral het hoofdstuk over de verklaring van het placebo-effect in het deel over hoe suggestie vanuit de therapeut op de patiënt werkt en de effecten van kleuren van medicatie vond ik boeiend. Het aansluiten bij de ideeën van de patiënt over de effectiviteit en zijn eigen gedachten over de behandeling lijkt veel belangrijker dan altijd werd aangenomen. Het empatisch vermogen van een behandelaar is van groot belang bij het slagen van de behandeling. Jammer dat in dit deel vooral droge feiten opgesomd worden, wat de leesbaarheid niet ten goede komt.

In het deel over stress geeft Janssen een verklaring voor het ontstaan van diabetes. Diabetes kan ontstaan door de toename van cortisol in het bloed als gevolg van stress, waardoor de werking van insuline minder wordt. In het stuk over de gevaren van chronisch stress wordt een opsomming gegeven over de diverse onderzoeken die

laten zien dat stress meer invloed heeft dan tot op heden bekend was. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een anekdote over een *gestrest* persoon, die na twee hartinfarcten besloot meer ruimte te nemen voor de drie P's (pets, plants, persons) en om zijn ongeduld te leren temmen driemaal de zevendelige roman van Proust, *Op zoek naar de verloren tijd*, las. Hij leefde nog lang met veel genoegen in uitstekende gezondheid. In het laatste stuk van dit deel gaat het over de kracht van de geest, over de kracht van optimisme, hoop, lachen, schrijven, van het belang van bewustzijn in het 'nu', de drang om te leven en het belang van ontspanning.

In deel twee gaat het vooral over de reactie van het lichaam in relatie tot pijn, de werking van het lichaam in relatie met beladen herinneringen/trauma's, het geheugen van het lichaam, en de invloed van gebeurtenissen op het lichaam. Dit deel is minder toegankelijk. Het betoog wordt ondersteund met veel voorbeelden, maar dit vermindert de leesbaarheid. Hier had ik behoefte aan cijfers en meer theoretische ondersteuning. De stukken over aanraken, de existentiële behoefte aan te raken, en de noodzaak tot ontspanning waren beter leesbaar. Bij het hoofdstuk over het stabiliseren van het lichaam in evenwicht, houdt Janssen een uitgebreid betoog over chiropraxie, de osteopathie en andere moeilijk theoretisch te verklaren therapieën die vaak succes hebben. Deze theorieën zijn veelal gebaseerd op andere concepten dan de gangbare.

In het derde deel worden alle andere meer energetisch-geneeskundige behandelingen van lichaam en geest besproken. In de hoofdstuk over de Chinese theorieën komen het taoïstische gedachtegoed, de acupunctuur en de meridianen aan de orde. In het hoofdstuk voor Indiase theorie worden onder andere de chakra's, de werking van *yog*, en ayurveda benoemd. Het laatste hoofdstuk van dit deel is een vreemde eend in de bijt: de theorie van de New Age, wat niet echt een theorie is maar een stroming, ontstaan rond de jaren zeventig vanuit een honger naar een terugkeer naar de natuur, naar oude tradities. ???

In het concluderend hoofdstuk pleit Janssen voor een geneeskunde vanuit het menselijk potentieel voor het leven in de 21e eeuw. Hij bepleit een nieuw vorm van geneeskunde waarin het paradigma lichaam-geest-eenheid meer geïntegreerd wordt in de dagelijkse praktijk, en benadrukt dat er meer ruimte moet komen voor de emotionele, spirituele dimensies van menselijke relaties en de invloed hiervan op ziekte en gezondheid.

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

Mark Leach & Jamie Aten (eds), *Culture and the therapeutic process. A guide for mental health professionals*. Routledge: New York, 2010. 309 pp. £ 25.00. ISBN 978-0-8058-6247-8.

De afgelopen decennia is er veel geschreven over de werking van cultuur in de gezondheidszorg, ook in het Nederlandse taalgebied. De hulpverlening aan cultureel andere patiënten is echter nog steeds een bron van vragen voor professionals. De

problemen die zij ervaren in de gezondheidszorg aan migranten, vluchtelingen en etnische minderheden, vinden in hun ogen in cultuurverschillen een aannemelijke verklaring. Of het 'culturaliseren' van deze problemen terecht is, is mijns inziens de vraag. *Culture and the therapeutic process* gaat niet in op deze wezenlijke kwestie. De bijdragen die Mark Leach en Jamie Aten in dit boek verzameld hebben, gaan er alle van uit dat meer cultuurkennis bijdraagt aan betere zorg. Het begrip cultuur op zich – waar het naar verwijst en hoe het wordt toegepast, zeg maar de praxis van het cultuurconcept – is geen onderwerp van studie. De discussie over de relevantie van het concept cultuur onder met name antropologen is aan dit boek voorbijgegaan, evenals de kritische geluiden die ook in de psychologie te horen zijn geweest. Het gehanteerde culturbegrip is in hoofdzaak essentialistisch en statisch. Cultuur is in de bijdragen van dit boek het wereldbeeld van vastomlijnde etnische groepen. Daarbij is de klassieke Amerikaanse classificatie van etnische groepen het uitgangspunt. Weinig oog is er voor creolisering en hybriditeit.

Wat biedt het boek dan wel? Het is vooral een uitputtend overzicht van de stand van zaken in het denken van Amerikaanse psychologen over cultuur en geestelijke gezondheidszorg. Het project van Leach en Aten is ambitieus: ze willen de veelheid aan informatie inzichtelijk te maken en hier praktische richtlijnen voor hulpverlening uit distilleren. Het boek volgt daarbij het hulpverleningsproces op de voet. Eenentwintig auteurs – allen psychologen van naam en faam in relevante deelgebieden van de psychologie – behandelen in tien hoofdstukken de achtereenvolgende stappen in de hulpverlening.

Na een inleidend hoofdstuk gaan in hoofdstuk 2 Mark Leach, Jamie Aten, Michele Boyer, Jeffrey Strain en Allison Bradshaw in op de vraag hoe therapeuten een cultureel zelfbewustzijn kunnen ontwikkelen. Dit is het sleutelthema van het boek: zonder zelfinzicht van de professional geen cultuursensitieve hulpverlening. Om te beginnen moeten professionals zich ervan bewust zijn dat zij zelf culturele wezens zijn en hoe de werking van cultuur ook hun denken en handelen beïnvloedt. "Understanding one's own cultural background is an imperative first step to understanding and empathizing with people from other cultures" (p. 52). Door de professional zo nadrukkelijk als aangrijpingspunt te kiezen, verdwijnt in dit en andere hoofdstukken de cultuurgeladen context van de geestelijke gezondheidszorg. Onderliggende concepten zoals zelf, individu, autonomie en zelf-management, de procedures en methoden, de organisatie van de zorg en haar institutionele en materiële context raken soms wat buiten beeld. Kunnen professionals deze structurele bias afdoende compenseren? De auteurs omschrijven ten slotte ideaaltypisch de cultuurcompetente therapeut. Ze behandelen uitgebreid de verschillende strategieën om cultureel zelfbewustzijn en culturele kennis te vergroten: instrumenten, zoals de *Intercultural Development Inventory* en het cultureel genogram, naast crossculturele interviews, onderdompeling in een andere cultuur en verschillende vormen van training.

In het volgende hoofdstuk beschrijft Lisa Aronson Fontes hoe in de klinische intake recht gedaan kan worden aan de culturele dimensie en hoe een en ander zijn beslag kan krijgen in het intakeverslag. Freddy Paniagua gaat na hoe inzicht verkregen kan worden in de culturele identiteit en onderbouwde uitspraken gedaan kunnen worden

over de acculturatie van de patiënt. Verschillende acculturatieschalen en cultuursensitieve psychologische onderzoeksinstrumenten passeren in dit hoofdstuk de revue. Onderwerp van hoofdstuk vijf is de integratie van de culturele dimensie in individuele casuïstiek. Daarbij benadrukken Madonna Constantine, Marie Miville, Mai Kindaichi en Delila Owens nogmaals hoe belangrijk het is dat professionals inzicht hebben in hun persoonlijke en professionele culturele lens en de vertekeningen die daar het gevolg van kunnen zijn. Aan de hand van een schema maken ze inzichtelijk waar de blinde vlekken zijn in de verschillende theoretische oriëntaties in de geestelijke gezondheidszorg.

Laura Johnson en Daya Singh Sandhu beschrijven vervolgens de impact van de verschillende wereldbeelden van hulpverlener en patiënt. Ze geven onder meer suggesties voor het opstellen van behandelplannen in een multiculturele context en maken inzichtelijk hoe een behandelplan zelf ook een cultureel proces is. De auteurs hechten veel waarde aan het antropologische concept *explanatory model*, dat voor hen staat voor een werkwijze om een alliantie met de patiënt aan te gaan en als een goed startpunt om een acceptabel behandelplan te ontwikkelen. In dit uitgebreide hoofdstuk is onder meer een praktische checklist voor de vormgeving van cultureel-congruente behandeling te vinden, alsook een overzicht van voorbeelden van cultuurspecifieke behandelvormen.

De ontwikkeling van een therapeutische relatie is het thema van het hoofdstuk van Gargi Roysircar en Peter Gill aan de hand van het begrippenpaar *cultural encapsulation* en *cultural decapsulation*. De vraag is hoe de therapeut zich van zijn culturele inkapseling bewust kan worden en deze kan doorbreken. Niet alle strategieën die therapeuten hanteren om hun persoonlijke bias te neutraliseren, blijken effectief te zijn. Zo refereren sommigen aan algemeen aanvaarde standaarden of normgroepen, die echter op zich ook biased blijken te zijn. Shawn Utsey, Nicole Fischer en Benita Belvet maken duidelijk hoe westerse wereldbeelden de mogelijkheden van de gangbare therapeutische modellen beperken en illustreren dit aan de hand van een casus. In hoofdstuk negen bieden Charles Ridley en Mary Shaw-Ridley een drie-fasen-model voor de afronding en beëindiging van het therapeutisch proces.

Hoofdstuk tien is een boeiende casestudy van een jonge Vietnamees-Amerikaanse vrouw waarin Mary Fukuyama en Emma Phan de verschillende aspecten van interculturele hulpverlening die in het boek aan de orde gesteld zijn, integreren. In het laatste hoofdstuk geven Beverly Vandiver en Lonnie Duncan op basis van het onderzoek van de laatste veertig jaar een overzicht van aanbevolen therapeutische praktijken. Als professionals zich focussen op culturele competentie ontwikkelen zij na verloop van tijd betere interculturele vaardigheden, zo concluderen zij. Een open en flexibele opstelling is daarvoor een belangrijk vereiste, ook in Nederland een veel gehoorde stellingname.

*Culture and the therapeutic process* is ondanks het ontbreken van een kritische reflectie op het concept cultuur een waardevol boek voor professionals in de geestelijke gezondheidszorg. Het behandelt minutieus en systematisch alle aspecten van het interculturele hulpverleningsproces en biedt dankzij een veelheid aan referenties toegang tot een grote hoeveelheid literatuur. Het boek geeft vooral een beeld van het cultuur-

denken in de Amerikaanse mainstream klinische psychologie. Hoewel het zich beperkt tot de Amerikaanse praktijk en zich baseert op onderzoek in de Verenigde Staten, is het zeker inspirerend en relevant in de Nederlandse context, niet op de laatste plaats vanwege de sterke Angelsaksische oriëntatie van onze geestelijke gezondheidszorg.

Rob van Dijk, medisch antropoloog  
Parnassia Bavo Groep, Den Haag.

Brian W. McNeill & Joseph M. Cervantes (eds), *Latino/a healing practices. Mestizo and indigenous perspectives*. New York/London: Routledge, 2008. pp. 326. \$ 65.00. ISBN 978-0-415-95420-4.

Het onderscheid tussen zien en zoeken zou iedere empirisch medisch antropoloog met enige regelmaat uit de slaap moeten houden. Het ware goed geweest als Brian McNeill en Joseph Cervantes, de redacteurs van *Latino/a healing practices*, bij dit verschil langer hadden stil gestaan bij de samenstelling van hun lijvige boek over de genezings- en helingspraktijken van 'Mestizo's'. *Mestizo* – etymologisch verbonden met het Latijnse *miscere* (mengen) – wordt in Noord en Zuid Amerika van oorsprong gebruikt om aan te duiden dat de herkomst van een kind gemengd Spaans/inheems-indiaans is. In deze bundel wordt het in de Braziliaanse traditie gebruikt om aan te geven dat iemand van gemengde herkomst is: Zuid-Europees, Indiaans, Afrikaans, Aziatisch in verschillende combinaties. Mestizo's vertegenwoordigen niet alleen een hybride, maar ook een meervoudige cultuur. McNeill en Cervantes willen de genezingspraktijken van die culturen in één kader brengen. *Latino/a healing practices* is derhalve een boek met een boodschap en de samenstellers geven in de inleiding hun geloofsbrieven af. Ze hebben niet alleen een etnografie van een spiritueel geïnspireerde genezingspraktijk voor ogen, maar bepleiten deze ook. Als lezer raak je daardoor meteen na de inleiding op je hoede. Waar wil dit boek naar toe?

De bundel is verdeeld in drie delen: een eerste deel over het inheemse *mestizo*-perspectief. Inheems is het woord dat ik kies als vertaling van *indigenous* en ik realiseer me dat dit juist hier geen recht doet aan de hybride oorsprong en diversiteit van *mestizo*-culturen. Deel twee behandelt diverse genezingspraktijken en deel drie staat stelt deze in een vergelijkend perspectief, onder andere door ze te relateren aan hedendaagse behandelmethoden in de gezondheidszorg.

In deel 1 stelt Cervantes de vraag wat er 'inheems' is aan inheems-zijn. Een intrigerende vraag, echter met een teleurstellend antwoord. Cervantes ziet een holistisch en collectivistisch wereldbeeld voor zich van 'de inheemse mens'. Hij wil vervolgens een inheemse epistemologie ontwerpen voor het nieuwe millennium, waarin de mensheid zich in de lijn van zijn voorouders bewust is van zijn etnische en culturele achtergrond. Deze nieuwe mens toont bereidheid om deze kennis in te zetten voor het helen van zijn gemeenschap en van alle volkeren op aarde. Zijn betoog heeft performatieve trekken.

Fernando Ortiz en Kenneth Davis beschrijven vervolgens in hoofdstuk 2 de relatie tussen geloof, devotie en gezondheid. Hun hypothese is dat de Maria- en heil-

ligenverering in het Latijns-Amerikaanse volksgeloof gezondheidsbevorderend is. Hoofdstuk 3 van McNeill en anderen gaat in op *santería*, het syncretische geloof dat vooral in Cuba en Puerto Rico voorkomt. Volgens de schrijvers is het een mengeling van de magische riten van de Yoruba en de tradities van de katholieke kerk. Een van de auteurs, Eileen Esquivel, is zelf een *santera* (*santería*-priester). *Santería* kent een veelheid aan *orishas* (heiligen) die gelovigen door moeilijke tijden leiden. De auteurs willen het inheemse rehabiliteren en benadrukken dat het mogelijk is om de formele aspecten van de Westerse gezondheidszorg ook in het volksgeloof te onderscheiden. Daarin zien zij ook de betekenis van *santería*: in de religieuze praktijk ontstaat een therapeutische relatie, een gedeeld wereldbeeld, helende verwachtingen van de gelovige (die door de auteurs 'cliënt' wordt genoemd!) en een therapeutisch ritueel. Dat werkt psychologisch helend.

Deel twee gaat over inheemse genezingspraktijken en is beschrijvend. In hoofdstuk vier beschrijven German Ascani en Michael Smith nauwkeurig de werking, (neven) effecten en (contra)indicaties van zeventien verschillende medicinale planten, die door de Amerikaanse en *mestizo* bevolking worden gebruikt, waaronder Sint Janskruid, hop, kamille en kava. Van veel van die planten is bekend dat ze psycho-actief zijn, en dat riep bij mij de vraag op waarom het gebruik van cocobladeren – in veel Latijns-Amerikaanse gemeenschappen zonder enige twijfel als volksmedicijn gebruikt – niet is opgenomen. Waar de grens tussen psychotrope drugs en psychotrope medicatie ligt, blijft zo onduidelijk. In hoofdstuk vijf beschrijft Sandra Nuñez de helende kracht van het Braziliaanse spiritisme, waaronder de praktijk van de spirituele chirurgie (Dr. Fritz) en het aan de theosofie gerelateerde Kardeciaanse spiritisme. Deze vorm van spiritisme heeft zijn oorsprong in het negentiende-eeuwse (Verlichte) Europa, is de Atlantische Oceaan overgestoken en heeft in Brazilië, meer dan in Europa zelf, wortel geschoten. Via de Braziliaanse diaspora zijn deze (geloofs)overtuigingen en helingspraktijken weer teruggekomen in Europa. In Nederland is dit terug te vinden in de Kaapverdische gemeenschap, waarvan een groot deel het Christelijk Rationalisme aanhangt een van oorsprong Braziliaanse school. Het Braziliaanse spiritisme ziet voor zichzelf een wereldmissie: als hart en ziel van de wereld en voorganger in een spirituele en helende mondiale evolutie. De auteur lijkt niet geheel verstoken van de overtuiging dat dit ook daadwerkelijk het geval moet zijn, maar onderbouwt dat onvoldoende.

Zonder enige twijfel de meest lezenswaardige hoofdstukken zijn van Karen Holliday, een van de weinige antropologen onder de auteurs. Zij schrijft over het reinigingsritueel van de Heilige Lazarus (hoofdstuk 6), dat in de *santería*-traditie past, en in hoofdstuk 9 (deel drie) plaatst ze volksgeneeswijzen en de biomedische benadering in een vergelijkende perspectief. Ze beschrijft deze geneeswijzen en weet vervolgens met behulp van antropologische begrippen zoals *embodiment* het individuele, aan het sociale te verbinden. Hoofdstuk 6 doet soms naar adem snakken, zo fraai en compact beschrijft en analyseert zij het ritueel: medisch-antropologisch onderzoek van hoge kwaliteit. In hoofdstuk 9 neemt zij meer afstand van haar veldwerk en reflecteert zij op de verhouding van volksgeneeswijzen met de dominante biomedische praktijk. Sommige van die volksgeneeswijzen zijn 'counterhegemonic', omdat ze aspecten van



gezondheid en levensproblemen aanspreken die de biomedische praktijk van de westerse gezondheidszorg laat liggen, zo concludeert zij.

Het laatste hoofdstuk van deel twee is van Jeanett Castellanos en Alberta Gloria. Zij beschrijven een kleinschalig onderzoek onder Latino-studenten aan een universiteit in de Verenigde Staten die houvast zoeken in hun geloof als centrale waarde in hun leven, als zij merken dat het leven daar botst met de waarden die zij van thuis uit hebben meegekregen. Zij pleiten ervoor om daarmee in de gezondheidszorg en bij de studiebegeleiding van deze studenten rekening te houden. Het gaat om een groep mensen met een specifieke culturele opmaak, zo stellen zij, voor wie spiritualiteit en religie belangrijk zijn om een goede plek te vinden in een nieuwe situatie.

Deel drie stelt de vraag naar de houdbaarheid van volksgeneeswijzen naast de dominante biomedische benadering. Lara Medina beschrijft in hoofdstuk 8 de teleurstelling in het christendom en de hang naar een *indigena*-identiteit onder hoogopgeleide Latino-vrouwen. Het hoofdstuk staat in zijn beschrijving van een gecultiveerd ideaal ver weg van de beschrijving van de oorspronkelijke rituelen die elders in deze bundel te vinden zijn. Het draagt daardoor nauwelijks bij aan een beter begrip van de *mestizo*-cultuur. Hoofdstuk 10 van Fernando Ortiz en anderen doet eigenlijk hetzelfde in een poging om de betekenis (spiritualiteit en holistisch wereldbeeld) van Latino volksgeneeswijzen (met name *curanderismo*) en moderne psychotherapeutische behandelwijzen te integreren. Een juiste waardering van de betekenis die deze volksgeneeswijzen hebben, is van belang om patiënten met psychiatrische problemen te begrijpen. Dat zou een hele fraaie conclusie zijn, maar de auteurs verliezen zich in een pleidooi voor een integratie van *curanderismo* in de psychotherapie. Dit maakt het boek niet overtuigender. Ik zou echter de bundel onrecht aandoen als ik alle auteurs over één kam zou scheren. Een aantal van hen houdt het hoofd koel en laat zich niet meeslepen in de missie van de redacteurs. Maar dat beide redacteurs de balans tussen zoeken en zien uit het oog zijn verloren, staat voor mij vast.

Huub Beijers, medisch antropoloog, sociaal psycholoog  
Steunpunt GGZ, Utrecht

Mark Nichter, *Global Health. Why cultural perceptions, social representations and biopolitics matter*. Tuscon: University of Arizona Press, 2008. 268 pp. € 25.00. ISBN 978-0-8165-2574-4.

The main question Nichter addresses is: "What contributions have social science in international health and the social science of international health made to our local understanding of health problems in developing countries, public health initiatives, and local response to both." Key concepts throughout his book are representations and perceptions. Representations are collective meanings that are commonly shared by members of a group as social facts. Representations are also used to frame people, problems, events etc. in a particular way with certain images and discourse, whereby groups may use these strategically to their benefit. Perceptions relate to gathering

information followed by organizing this information and making sense of it. Throughout his book, Nichter warns against considering these perceptions and representations as static; they are dynamic and contested.

*Global health* is divided in three parts: 1 *Popular health culture*; 2 *Rhetoric matters*; 3 *Future research*. In Chapter 1 Nichter gives evidence of the importance to understand ethnophysiology (how bodily processes are understood in different cultures) because this influences what people consider normal and abnormal physical symptoms, and which are serious and warrant treatment. Chapter 2 presents lessons from the large ethnomedical literature on illness causality: how people explain why illnesses occur when they do and how they transmit and who is at risk. He shows that there usually is no clear-cut cause for a disease, especially with communicable disease. A key section is the discussion of vulnerability and risk, because how a population experiences these influences how they respond to public health programmes. People in their actions consider hierarchies of risk, in which social risk may be a more determining factor than perceived health risk. This may explain why people do not adopt protective health measures.

Chapter 3 deals with local illness categories and Nichter argues why public health practitioners need to know which types of illness are recognized and ignored in local health cultures. However, at the same time he is critical of anthropologists with positivistic ideas about making local illness taxonomies leaving out ambiguity in categorization. Nichter's overarching message in this chapter is that in research one should think beyond single diseases because many of the questions considering influencing factors are similar and derive from local perceptions of risk and vulnerability, social relations, political structures, local prevention methods, etc.

Chapter 4 is about perceptions of pharmaceuticals and quality of (biomedical) care. Research evidence is given how medicines signify more than a medical value of treating disease: they can signify concern, modernity, medicalize a social problem, silence a population, and be idiom of distress. The importance for public health is that perceptions and expectations of medicine influence pharmaceutical practice.

The introduction to Part 2 of the book highlights the importance of critically studying the representations of health and social formations of members of the international 'community of practice' (international, national, district level public health and medical practitioners). Nichter aims to point out how public health rhetoric uses representations to frame problems and populations in ways that render particular types of solutions compelling and worthy of research and funding.

In Chapter 5 titled *Representations that frame health and development policy* Nichter critiques the many representations derived from epidemiology. For instance, statistical data falsely have the aura of being value free, whereas, as he shows, the epidemiological research is influenced by political and economic interests for instance in what indicators to use and how to measure them. Nichter furthermore discusses a core set of representations that frame international health policy and planning: for instance the unproductive dichotomy between horizontal and vertical PHC as the ideologies and interests of international donor organizations, and the idea that with 'political will' problems will be solved.

Chapter 6 critiques representations of health status and social formations. States have their interest in representing health status in a certain way: They may want to downplay or deny health problems, or over-report diseases for which international aid is available. Nichter takes lessons from social science research to counter representations of the household and community held by international health agencies that usually overemphasize collaboration, cooperation and organization and leave power relations unspecified.

Chapter 7 discusses three other representations in global health: *NGOs, social capital and the politics of the possible*. The term social capital is commonplace in international health and development discourse and considered something desirable. Nichter points out that negative aspects of social capital coexist with positive social attributes: Strengthening social capital of one group may bring social inequality and programmes have to be sensitive to hierarchical household and community structures based on class, gender, economics.

Chapter 8 *Towards a next generation of social science research in global health* of Part 3, critiques some more representations in global health, including 'tropical diseases', and gives an agenda for social science research that should consider biopolitics. This agenda includes 1) Understanding positive and negative outcomes of globalization on (non)communicable diseases; 2) Linkages between global and local impacts of political ecology; 3) Better upstream and downstream surveillance of factors contributing to health problems; 4) Local impact of transnational techniques of governance associated with agenda setting policies, programmes, audit, evaluation. Nichter gives suggestions for ways and concepts to research these issues. One of these is recognizing syndemics, as for instance the mutually reinforcing relationship between poverty, unemployment, HIV and MDR-TB. Addressing syndemics requires a systems approach to problem solving and looking at forms of structural violence. Nichter pleads for new approaches to epidemiology, and introduces ecosocial epidemiology, life-span perspective to epidemiology, and longitudinal epidemiological studies.

Nichter's arguments convincingly point out the importance of social science studies, to enhancing insight in upstream and more proximal factors influencing health and ill health of people and populations. The book is practical and critical and rich in illustrative examples from his own 25-years work as lecturer, researcher and consultant and from the work of others (the list of references takes 74 out of the book's 268 pages).

I used his book for the bachelor module Global health and inequality at the University of Amsterdam, and the big majority of the 65 students thought very positively about the book. However, they also had some critical comments, which I share. First, there are too many overlaps and repeated reminders (which can be contributed to the fact that the book is based on a lecture series). Secondly, the book is structured in text and extensive endnotes covering as many pages. These two layers serve two different types of readers: those interested in practical lessons and those who take an interest in theory and case studies respectively. I found this structure cumbersome. Especially the theoretical backgrounds of representation and perspective, the concepts disease

and illness, structural violence, social capital, biopolitics, biopower, hegemonic rhetoric, but also discussion of NGOs as agents of development should have been discussed more in depth and put in the main text, not in endnotes. Finally, some topics such as health systems, gender, ethnomedical practitioners, and research methods deserve more attention.

In spite of the few critical comments, I wholeheartedly recommend Nichter's book to all those who are interested in practical lessons and in critical assessment of public health practice and development policy. The book will continue to be the main textbook for my module in global health.

Winnie Koster

Medical anthropology/International development studies, University of Amsterdam

Rebekah Park & Sjaak van der Geest (eds), *Doing and living medical anthropology. Personal reflections*. Diemen: AMB, 2010, 156 pp. € 15,00. ISBN 978-90-79700-25-7.

AMMA, the Amsterdam Masters in Medical Anthropology of the University of Amsterdam, is an international program to educate professionals – most of them with a degree in medicine or one of the social sciences. AMMA celebrated its tenth anniversary in 2007, and invited its alumni to present the vicissitudes of their professional lives as medical anthropologists. Many former students responded, and eight of the contributions are collected in this book as personal reflections on medical anthropology, completed by three contributions from AMMA faculty.

In their introduction, the editors, Sjaak van der Geest (one of the founders of the program) and Rebekah Park (a former AMMA student), discern three themes underlying the contributions: (1) applying anthropology; (2) integrating anthropology into a non-anthropological profession; and (3) the impact of anthropology on personal experiences of illness. In order to follow these themes as a reader, you will have to zigzag through the texts, as the actual order of contributions in the book is alphabetical.

*Doing and living medical anthropology* is an intriguing title, but what is meant by 'living' medical anthropology? To explain this, the editors emphasize the close link between anthropologists in their personal, social and historical context and their theoretical and methodological orientation. They quote Foucault, who sees his analytical and theoretical work following his personal experience and observation of being-in-the-world. Autobiography and fieldwork intersect according to Van der Geest and Park, and of course the exploration of personal episodes of illness in anthropological terms testify of this intertwined personal-professional. But was Foucault talking about this type of introspection? I am not sure. Most of the contributors in the book testify to a link, at least, between a personal or professional discomfort they felt (mostly in professing healthcare) and their choice to study anthropology. Essential in the AMMA teachings – I know being an ex-AMMA student myself – is the theorem of the anthropologist being his or her own research instrument and personal reflection as the means to make this work. The example of how Anja Krumeich's personal pregnancy influ-

enced the quality of her fieldwork studying motherhood in Dominica, underlines this. But are they all talking about the same and does this refer to a shared notion of 'living medical anthropology'? I doubt that. After reading the book I felt the editors left me guessing how these notions about the personal-professional overlap, and how common grounds are to be defined.

The relevance of the connection between the personal and the professional or scientific development of the anthropologist is best found in the chapters of Van der Geest and Park (chapters 8 and 7). Both these authors problematize the fieldworker in the context of research and field. I think this should be seen as the fourth theme in the book. Let me start with them.

Van der Geest critically reflects on the usefulness of medical anthropology. He looks back on an impressive life as a researcher in Ghana and Cameroon and as a teacher in medical anthropology. Basically he describes anthropologists as 'islanders', who do not succeed in bridging the gap with the dominant biomedical discourse or healthcare policy. According to Van der Geest, solutions are situated in refining the conditions under which research is conducted. He wants involvement of 'the other': research should be more participatory and results better accessible and more relevant for initiators, informants and policy makers. Park seems troubled by the same problem, but approaches it differently. Instead of aiming at participation of 'the other' in her work, she focuses on her own participation in the lives of 'the other'. In her case 'the others' are ex-political prisoners (survivors) from the Dirty War in Argentina (although she rejects the idea that this period of cruel dictatorship was a war). Park relies on the work of Kleinman, Scheper-Hughes, Farmer, and Mattingly and makes clear that every anthropological endeavor has an innate moral stance to be found in the way the anthropologist translates fieldwork data into a narrative. Park's moral stance leads to her getting involved as an activist-anthropologist in the former political prisoners' organization. One might consider the generation gap between Van der Geest and Park and raise the question of what the young Van der Geest would have thought about Park's position? He saw his research project in Cameroon succeed, but not come to implementation because his conclusions did not suit the responsible policy-makers. Was he then motivated by a similar involvement?

Analyzing the data from her fieldwork, Park coins the concept of an 'anthropology of prevention' next to the 'anthropology of remembrance' that is so well known in the academic field. I was truly impressed by the diligence of her step-by-step approach to an – for her – inevitable affirmation of the pre-anthropological position she took ("a 'pre-cultural' ethic of engagement" – she follows Scheper-Hughes in this). Her studious reflection on fieldwork complements the argument of Van der Geest. Park shows that stories do not tell themselves and that presenting data is a process of translation in which the anthropologist is the medium coming to a narrative.

Story-telling is also one of the issues brought forward by Els van Dongen (chapter 9). The editors dedicate the book to her, as one of the most respected AMMA teachers and a good friend. In 2009 she died of cancer. She describes – being ill – the conflict between personal and social morality and the struggle with preserving her soul (being a social and a moral person) while losing the battle against ever progressing

metastases of a carcinoma of the colon. Van Dongen admits how she came to question whether or not all the story-telling she has done in her professional career made any difference. She cites the Dutch author Japin: “A story has no weight. You can tell about your life as often as you want, it does not become lighter”. It is an almost sinister observation, knowing that her suffering was without hope. She certainly would have loved Park’s argument that not the story, but the narrative matters, although I am sure she would be doubtful about the intensity of involvement.

Van Dongen is not the only author struggling with a role as a patient. Michael Golinko (chapter 6) ran into the experience of discovering ‘a bump in the neck’ – thyroid cancer. During treatment Golinko sees himself as both the doctor and the patient alternately and simultaneously. Interestingly, his synthesizing reflection (referring to Kirmayer’s article on the ethos of the wounded healer) on how his experience as a patient ends up making him feel that he has become a better doctor.

Two authors tell their AMMA story: how they enrolled in the program and what it did to their professional and personal lives. Italian doctor Laura Ciaffi (chapter 4) enrolled in the program because her biomedical training did not provide her with the appropriate skills to work in a community health center in a small village in Nicaragua. But back at work, after AMMA, she comes to the conclusion that anthropology lacks clinical relevance in the field. Ciaffi advocates – following Van der Geest – a radical enhancement of the practical relevance and accessibility of anthropology. Shahaduz Zaman (chapter 12), from Bangladesh, one of the eleven students from the first AMMA group (1997), saw his enrollment in the program as a start of an academic career in public health and medical anthropology and – I have to conclude after reading his enchanting text – as an opportunity to merge being a doctor and a poet.

All the other chapters are about the merits of applied anthropology in health(care) programs. Corlien Varkevisser was a teacher in the AMMA program, but above all a Dutch pioneer in the field of applied anthropology. She explores her career (chapter 11), which started in the 1960s. She did not choose anthropology, anthropology chose her. She had a wonderful career in Africa and New Guinea, developing successful programs. She advocates a pragmatic approach: teamwork, participatory approaches, combinations of qualitative and quantitative research and involvement in the implementation and evaluation of recommendations are key to her approach. She seems to forget, however, that she grew up as a professional in an era in which time mattered less. It seems that this did provide a strong experiential basis to her work. Paul Bukuluki (chapter 3) shows how his ethnographic skills unveil contextual determinants of behavior that lead to HIV-infection in Uganda. The anthropological approach unmask the (wrong) presuppositions of the policy of prevention of HIV-infection and leads the team to the development of new interventions. Vanessa van Schoor (chapter 10) describes how, working for Médecins sans Frontières in the northern part of the Ivory Coast, between enemy lines, she succeeds in developing a healthcare facility. Anthropological skills complement her management responsibilities, help to break institutionalized answers, and enhance the accessibility and sustainability of care. Emily Bhargava (chapter 2) is in a similar position, but a completely different context as director of a regional center for community health in Massachusetts. She describes

how she tries to strengthen the impact of the emic perspective in the local health arena, for example by organizing a large scale simulation game *Walk in my shoes* (to demonstrate differences in accessibility of care), and promoting a participatory approach in the development of health programs. Carla Donoso Orellana (chapter 5) reports about her experiences with research on the acceptability of propagation of condom use as a preventative strategy against HIV-infection among homosexual men in Chile. Anthropology helped to see the problems at stake in the wider cultural context of a paradoxical homophobia among homosexual men themselves, and to define the arena in which homosexual contacts come about. She also concludes however that the lack of practical relevance of anthropology limits the impact of the research.

Reading this book it becomes clear that many of my colleagues all over the world incorporate their anthropological knowledge and skills into their work and world view, but struggle to bring this anthropological inspiration to results. Bringing applied anthropology more to the center of the arena and to relevance for health(care) programs all over the world seems to be the future challenge. This book offers important recommendations to achieve this.

For most of the authors, anthropology seems to be an instrument unveiling social and cultural phenomena that are not visible at first sight or are not self-evident but presumably are impeding the effectiveness and sustainability of medical interventions or health programs. Much of the personal discomfort that motivates these authors is related to the veiled or disguised character of the influence of culture in the field of health. Reading of all these personal motivations makes one long for a theoretical and conceptual deepening and more theoretical coherence to prevent such a collection of confessions and deliberations from becoming too eclectic.

AMMA is a stronghold of applied anthropology, at risk of being overruled by the everyday practicalities of health care policy. In order to maintain being a high-quality program, AMMA should uphold a firm connection to the academic world. Van der Geest and Park represent this academic link and their contributions (seen by me as small debate, although not presented as such) were the most thrilling part of the book. Opening anthropology for the participating 'other' or promoting and developing a critical anthropology, not observing but participating in the lives of 'the others', is a theme which would have deserved more elaboration.

Huub Beijers, medical anthropologist, social psychologist  
Steunpunt GGZ, Utrecht

Constanze Weigl, *Reproductive health behavior and decision-making of Muslim women. An ethnographic study in a low-income community in urban North India.* Münster: LIT Verlag, 2010. 250 pp. € 29,90. ISBN 978-3-643-10770-1.

Constanze Weigl's study deals with poor Muslim women's decision-making processes regarding reproductive health issues and fertility practice in a slum area of New Delhi, India. She focuses on the women's motives behind these decisions and

the ways in which they achieve their objectives. Her study particularly explores the extent to which Islam and its rules affect the women's fertility behaviour. Weigl is interested in women's agency in reproductive matters and considers the socio-economic and political processes at individual, family, and community level, which shape the social construction of reproduction. She asserts that the decision whether to use contraceptives or not depends on cultural values like marriage, the mandate of motherhood, the value of children, infertility, and the hierarchical relations between a woman, her husband and in-laws. Weigl concludes that the high cost of child rearing is the main motive for contraceptive use for these women. The study is mainly based on qualitative methods, including participant observation, semi-structured interviews, key-informant interviews and life histories. In addition, a quantitative analysis of the context was carried out.

The issue of fertility behaviour is usually discussed from a demographic perspective. Weigl, however, takes an anthropological perspective and sheds light on two issues that deserve special attention. First, she challenges the demographers' claim of women's autonomy or status as the determinant of fertility, which is usually equated with schooling and economic activities. She shows that despite the women's subordination to their husbands and in-laws in all matters of their lives, some of them secretly deceive their husbands and in-laws, and arrange contraception and abortion behind their backs.

The author's finding regarding the role of Islam in fertility behaviour is also noteworthy. In contrast to neighbouring countries like Pakistan and Bangladesh, Islam is a minority religion in India. Since India is a secular democratic country by constitution, Islamic religious texts do not play any role at the state level. As a result, the Islamic leaders of India are relatively more conservative than their neighbouring counterparts in terms of Islamic rules concerning reproduction. Weigl argues that when minority groups are not satisfied with the central government, they adhere to a strict interpretation of religious texts. She demonstrates, however, that the women in the slum are able to manipulate, adapt and construct their own understanding of Islamic tenets related to family planning, in order to achieve their personal goals such as remaining healthy by not getting pregnant. Using contraception is also a conscious decision to prevent aggravation of poverty. Weigl claims that arguments linking Islam with high fertility do not have any basis.

Emphasising their agency, Weigl defines slum women as active agents in decision making on reproductive matters. They do not challenge the power relations, but manoeuvre for power within the system. She highlights women's ability to interpret and assess their own vulnerable position. The book constitutes an important contribution to the feminist discussion of reproductive decision-making.

The book is presented as an ethnography, but it somewhat lacks detailed ethnographic description. Although Weigl argues against demographic assumptions, she discusses the value of children mainly from demographic and micro-economic perspectives, paying little attention to the cultural value of children and the history of mandatory motherhood. Also, the argument would have been stronger if she had shed light on the influence of aspects of modernity like the emergence of the nuclear fam-



ily structure, living in a limited space in a slum, and the influence of globalisation on fertility behaviour. An elaboration on the coercion of family planning programme in India would have been useful in the light of Lock's concept of the mediatisation of women's bodies. Despite these and some other limitations, *Reproductive health behavior and decision-making of Muslim women* provides original insights regarding fertility behaviour among poor Muslim women in an Indian slum context.

Papreen Nahar, medical anthropologist  
University of Durham

## ***Short reviews / Signalementen***

Coleta Platenkamp, ***Positief denken voor patiënten. Goed voor het leven?*** Heerhugowaard: Uitgeverij Gigaboek, 2010. 70 pp. € 7,95. ISBN 9789085482567.

Coleta Platenkamp, ***Dokters in maten en soorten.*** Heerhugowaard: Uitgeverij Gigaboek, 2010. 72 pp. € 7,95. ISBN 9789085482628.

Coleta Platenkamp, ***Ziek zijn en ook nog moe. Vermoeidheidsbeleving onder cliënten van de gezondheidszorg.*** Heerhugowaard: Uitgeverij Gigaboek, 2010. 118 pp. € 9,45. ISBN 9789085482680.

Coleta Platenkamp, die zelf een chronische pijn-patiënt is, heeft in deze drie handzame boekjes (16 x 11 cm) ervaringen van patiënten bij elkaar gebracht over drie thema's die voor chronisch zieken van groot belang zijn: positief denken, contacten met dokters en vermoeidheid.

Patiënten en cliënten van de gezondheidszorg krijgen vaak het advies het leven positiever te benaderen. Wat wordt er dan precies van ze verwacht? Wat moeten ze doen? Maakt positief denken hun leven meer de moeite waard? In het eerste boekje worden zes vormen van positief denken besproken en toegelicht met citaten uit ervaringsverhalen, zowel van patiënten die er wat aan gehad hebben, als ook van patiënten die er niet mee uit de voeten konden.

Het tweede boekje gaat over de kwaliteiten van dokters. Goede en slechte eigenschappen van artsen worden op vele plaatsen besproken en spelen een rol in soaps en andere televisieseries. De dokter wordt neergezet als een beminnelijke man of als botte engerd, als technout of als archetypische oude baas. Patiënten zijn voortdurend op zoek naar een goede dokter of specialist. Over de verwachtingen die zij hebben van een goede dokter (bekwaamheid, sociale vaardigheden, betrokkenheid?) gaan de verhalen in dit tweede deeltje.

Veel chronisch zieken en gehandicapten hebben continu last van vermoeidheid, maar dit probleem krijgt weinig aandacht van onderzoekers en hulpverleners. Net als pijn is vermoeidheid moeilijk te meten. Goede behandelmethoden ontbreken veelal. In het derde boekje vertellen de betrokkenen op wat voor manier ze last hebben van vermoeidheid en hoe ze hun leven daaraan aanpassen.

De boekjes kunnen besteld worden via <http://www.patiëntervaringsverhalen.nl/thema's/thema's%20en%20themaboeken.htm>. De website [www.patiëntervaringsverhalen.nl](http://www.patiëntervaringsverhalen.nl) biedt daarnaast een uitvoerig overzicht van ervaringsverhalen in boekvorm, geschreven door patiënten en cliënten van de gezondheidszorg of mensen uit hun

directe omgeving. Zo'n 1700 ervaringsverhalen staan geordend in twee lijsten op alfabet en per ziekte/aandoening. Aan de lijsten worden steeds recent uitgekomen ervaringsverhalen toegevoegd die op een aparte pagina besproken worden. Ook staan in tiplijsten voorkeuren voor ervaringsverhalen genoemd.

Sjaak van der Geest

## ***Books received after 1-7-2010***

Publications marked with \* have been reviewed in this issue.

Van publicaties met een \* is in dit nummer van *Medische Antropologie* een bespreking of signalement verschenen.

Christan Anbeek, *Overlevingskunst. Leven met de dood van een dierbare*. Kampen: Uitgeverij Ten Have, 2010. 223 pp. € 17,90. ISBN 979025959791.

Marlene Calvin, *Diasporic lives. Alienation and violence as themes in African American and Jamaican cultural texts*. Münster: LIT Verlag, 2010. 224 pp. € 29,90. ISBN 978-3-643-10574-5.

Elly Engelkes, *Tropenjaren tellen dubbel. Leven en werken in Nigeria*. Amsterdam: Mijneigenboek.nl, 2010. 266 pp. € 19,50. ISBN 978-90-5974-252-9.

\*Gonny ten Haaft, *Dokter is ziek. Als patiënt zie je hoe zorg beter kan*. Amsterdam: Uitgeverij Contact, 2010. 255 pp. € 17,50. ISBN 978-90-254-3447-2.

Freka Haker, Hester van Bommel & Evert Bloemen, *Zorg voor asielzoekers met psychische problemen. Het perspectief van de zorgverlener*. Amsterdam: ASKV/ Utrecht: Pharos, 2010. 59 pp. ISBN 978-90-816257-2-2. Beschikbaar op [www.askv.nl](http://www.askv.nl).

Rianne Hoopman, *Quality of life assessment among Turkish and Moroccan cancer patients in the Netherlands. Translation and validation of questionnaires*. Academisch proefschrift Vrije Universiteit. 169 pp. ISBN 978-94-61080-20-2.

\*Melissa Imansoeradi & Marc van der Meer, *Een tipje van de sluier: Een studie naar de participatie van vrouwen met een Turkse en Marokkaanse achtergrond in de Amsterdamse gezondheidszorg*. Amsterdam: ECBO/SIGRA, 2009, 62 pp. (gratis verkrijgbaar bij SIGRA en te downloaden via website van ECBO).

Lidwien Kapteijns & Annemiek Richters (eds), *Mediations of violence in Africa. Fashioning new futures from contested pasts*. Leiden: Brill, 2010. 265 pp. € 59,00. ISBN 978-90-04-18536-4.

Frank Kortmann, *Transculturele psychiatrie. Van praktijk naar theorie*. Tweede gewijzigde druk. Assen: Van Gorcum, 2010. 192 pp. € 28,50. ISBN 978-90-2324702-9.

Sander Kramer, *Zorg voor asielzoekers met psychische problemen. Het perspectief van de asielzoeker*. Amsterdam: ASKV/Utrecht: Pharos, 2010. 40 pp. ISBN 978-90-816257-4-6. Beschikbaar op [www.askv.nl](http://www.askv.nl).

Andrea Kuckert & Philip Esterhuizen, *Diversiteit in de verpleegkunde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010. 400 pp. € 52,50. ISBN 9789031362370.

Mekki-Berrada, Abdelwahed (ed.), *L'Islam en anthropologie de la santé mentale. Théorie, ethnographie et clinique d'un regard alternatif*. Freiburger Sozialanthropologische Studien. Band 29. Münster: LIT Verlag, 2010. 200 pp. Prijs € 29,90. ISBN 978-3-643-80052-7.

Christine Oppong, Phyllis Antwi & Kari Wæness (eds), *Care of the seriously sick and dying. Perspectives from Ghana*. Bergen: University of Bergen, 2009. 303 pp. Price unknown. ISBN 978-82-7453-078-2.

Jan Ovesen & Inge Britt Trankell, *Cambodians and their doctors. A medical anthropology of colonial and post-colonial Cambodia*. Kopenhagen: NIAS Press, 336 pp. £ 50.00. ISBN 978-87-7694 057-7.

\*Rebekah Park & Sjaak van der Geest (eds), *Doing and living medical anthropology: Personal reflections*. Diemen: AMB Publishers, 2010. 166 pp. € 25,00. ISBN 978-90-79700-25-7.

\*Coleta Platenkamp, *Positief denken voor patiënten. Goed voor het leven?* Heerhugowaard: Uitgeverij Gigaboek, 2010. 70 pp. € 7,95. ISBN 9789085482567.

\*Coleta Platenkamp, *Dokters in maten en soorten*. Heerhugowaard: Uitgeverij Gigaboek, 2010. 72 pp. € 7,95. ISBN 9789085482628.

\*Coleta Platenkamp, *Ziek zijn en ook nog moe. Vermoeidheidsbeleving onder cliënten van de gezondheidszorg*. Heerhugowaard: Uitgeverij Gigaboek, 2010. 118 pp. € 9,45. ISBN 9789085482680.

Miranda van Reeuwijk, *Because of temptations. Children, sex and HIV/AIDS in Tanzania*. Diemen: AMB Publishers, 2010. 244 pp. € 35,00. ISBN 978-90-79700-22-6.

Loes van Willigen *Zorg voor asielzoekers met psychische problemen. Literatuurstudie*. Amsterdam: ASKV/Utrecht: Pharos, 2010. 92 pp. ISBN 978-90-816257-3-9. Beschikbaar op [www.askv.nl](http://www.askv.nl).

Loes van Willigen, *Zorg voor asielzoekers met psychische problemen. Samenvatting en bespreking van de drie deelstudies*. Amsterdam: ASKV/Utrecht: Pharos, 2010. 39 pp. ISBN 978-90-816257-1-5. Beschikbaar op [www.askv.nl](http://www.askv.nl).

\*Constanze Weigl, *Reproductive health behavior and decision-making of muslim women. An ethnographic study in a low-income community in urban North India*. Münster: LIT Verlag, 2010. 250 pp. € 29,90. ISBN 978-3-643-10770-1.