

Het 'vreemde' begin van de medische antropologie in Nederland

Sjaak van der Geest

Uit deze korte schets blijkt dat het begin van de medische antropologie in Nederland in twee opzichten 'vreemd' was. Het voltrok zich grotendeels buiten de reguliere antropologie en het beperkte zich tot vreemde volkeren. De auteur onderzoekt hoe dit begin doorwerkt in de medische antropologie van vandaag en pleit voor een medische antropologie van de eigen cultuur.¹

De medische antropologie deelt met de medische sociologie de lusten en lasten van een luidruchtig bijvoeglijk naamwoord. Keer op keer moet ik het misverstand uit de weg ruimen dat medisch antropologen – formeel of informeel – deel uit zouden maken van de medische wetenschap. De wortels van dat misverstand liggen in de geschiedenis.

Als erkend specialisme binnen de antropologie bestaat de medische antropologie nog maar enkele decennia. In 1953 publiceert Caudill een overzichtsartikel over "Applied anthropology in medicine" waarin veel studies besproken worden die men 'medisch-antropologisch' zou kunnen noemen, maar de term 'medische antropologie' komt nog niet in zijn overzicht voor (Caudill 1953). Datzelfde geldt voor het monumentale overzicht van Polgar (1962) in *Current Anthropology*. Alleen in de uitvoerige commentaren die op zijn artikel volgen gebruikt een auteur de term medische antropologie (Roney 1962). Volgens Foster en Anderson (1978: 10) valt de term voor het eerst in 1956, maar heeft dan nog een overwegend 'bio-cultureel' karakter (Register 1956: 350). In 1959 wordt 'medische antropologie' voor het eerst gebruikt in de betekenis die de meesten van ons er nu aan geven: de studie van medische verschijnselen als onderdeel van de cultuur. Dat gebeurt in twee medische tijdschriften, een in India (Hasan & Prasad 1959), en een in de Verenigde Staten (Roney 1959).

Als formeel wetenschapsgebied laat de medische antropologie voor het eerst van zich horen in een overzichtsstudie die in 1963 verschijnt in de *Biennial Review of Anthropology* (Scotch 1963). Scotch begint zijn overzicht met de opmerking: "... in every culture there is built around the major life experiences of health and illness a substantial and integral body of beliefs, knowledge and practices" (p. 30): een kernachtige omschrijving van het studieveld van de medische antropologie.

Nederland, zou men kunnen zeggen, is er snel bij. Een jaar na Scotch publiceert Vincent van Amelsvoort zijn proefschrift over de introductie van 'westerse' gezond-

heidszorg in het voormalige Nederlands Nieuw Guinea en geeft het als ondertitel mee: "A New Guinea case study in medical anthropology" (Van Amelsvoort 1964a), en in datzelfde jaar publiceert hij in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* een korte notitie over het dan nieuwe terrein van de 'medische antropologie' (1964b).

Van Amelsvoort introduceert de medische antropologie als de studie van "medicine as part of a culture". Hij ziet geneeskunde, in navolging van Saunders, als een cultureel systeem:

Medicine consists of a vast complex of knowledge, beliefs, techniques, roles, norms, values, ideologies, attitudes, customs, rituals and symbols, that interlock to form a mutually reinforcing and supporting system.... In its totality this system is functioning to solve a universal major problem of every society: disease (1964a: 13).

Van Amelsvoort is een tropenarts die men 'antropologisch bevlogen' zou kunnen noemen. Ik stel voor het verschijnen van zijn dissertatie als geboortedatum van de Nederlandse medische antropologie te nemen. Enigszins arbitrair trek ik de eindgrens van de kinderjaren rond 1985 toen de medische antropologie een formele plaats kreeg toegewezen in het taakverdelingsplan van de universitaire antropologie-opleidingen in Nederland.

In mijn schets staan drie vragen centraal: 1. Wie waren de medisch antropologen van het eerste uur? 2. Welke onderwerpen en ideeën kwamen in die tijd voornamelijk aan bod in het werk van degenen die zich medisch antropoloog noemden? 3. Waar kwamen die onderwerpen en ideeën vandaan; of anders gesteld: hoe ziet de stamboom van de Nederlandse medische antropologie eruit? Deze schets levert twee conclusies op. Ten eerste dat de initiatieven die geleid hebben tot de Nederlandse medische antropologie voornamelijk uit de hoek van de geneeskunde komen en ten tweede dat de medische antropologie vanaf het eerste uur uitgesproken 'xenofiel' was. Tot besluit zal ik een opmerking maken over de lessen die uit deze geschiedenis getrokken kunnen worden voor de toekomst van de medische antropologie in Nederland.²

Voorlopers

Het onderzoeksterrein van de medische antropologie zou men kunnen omschrijven als: sociale en culturele aspecten van wat mensen denken, doen en ervaren omtrent ziekte en gezondheid. Als we die omschrijving als uitgangspunt nemen en op zoek gaan naar mogelijke voorlopers van de medische antropologie in Nederland, dan treffen we een aantal markante geestverwanten. Richters (1983: 42) noemt als eersten de Hygiënisten uit de tweede helft van de vorige eeuw, met name één van hen, Pruys van den Hoeven. De Hygiënisten hadden een scherp oog voor de leefomstandigheden van mensen en de invloed daarvan op hun gezondheidstoestand. In het verlengde van die leefomstandigheden zagen zij het belang van een politiek die zich inzette voor een preventieve volksgezondheid, in het bijzonder door een verbetering van de openbare hygiëne (Houwaart 1991). Zij benadrukten de sociaal-economische basis van ziekte en gezondheid en

bevestigden daarmee de beroemde uitspraak uit 1848 van de Duitse hygiënist Virchow dat geneeskunde een sociale wetenschap is, wat overigens niet wil zeggen dat Virchow ook maar iets van zijn natuurwetenschappelijke uitgangspunten prijs gaf.

Wie echter wel kritisch stond tegenover de natuurwetenschappelijke benadering was Pruys van der Hoeven, een wat uitzonderlijke hygiënist die sterk beïnvloed werd door de Romantiek met haar visie op natuurwetenschap als een geesteswetenschap. Pruys van der Hoeven, die vanwege zijn romantische ideeën door Verdoorn (1965: 84) conservatief genoemd wordt, verzette zich tegen een reductionistische geneeskunde en zou om die reden als een voorloper van de medische antropologie beschouwd kunnen worden (Pruys van der Hoeven 1854-1855).

Een tweede voorloper – van een geheel ander karakter – is de arts, bioloog, psycholoog en filosoof Buytendijk (1887-1974). Men zou zijn werk een hardnekkig gevecht tegen het lichaam/geest dualisme kunnen noemen. Zonder zich te storen aan de grenzen tussen wetenschappelijke disciplines trachtte hij de ideeën van de Franse filosoof Merleau-Ponty over het lichaam-subject 'hard' te maken met onderzoeksmateriaal uit de fysiologie en de ethologie. Hij pleitte voor een 'antropologische fysiologie' waarmee hij een fysiologie van de mens bedoelde die het functioneren van het menselijk lichaam opvat als een betekenisvol reageren op wat zich aan de mens voordoet. Buytendijk past Merleau-Ponty's idee van lichaam-subject toe op enkele fundamentele zijnswijzen van het lichaam zoals wakker-zijn, dorstig-zijn, labiel-zijn en geëmotioneerd-zijn en op lichamelijke reacties als blozen, ademnood, transpireren en flauwvallen. In al deze lichamelijke activiteiten tracht hij door te dringen tot onbewuste fysiologische processen om vervolgens te betogen dat deze processen vol 'stukjes subjectiviteit' zitten. Het lichaam doet zich weliswaar aan ons voor als een object dat 'doet wat ik niet wil', maar bij een zorgvuldiger reflectie blijkt die dualistische visie onhoudbaar en dringt de noodzaak van een antropologische fysiologie zich op. Buytendijk spreekt dan ook van de pseudo-objectiviteit van het lichaam. In die zin is Buytendijk een voorloper van de huidige antropologische interesse in het menselijk lichaam. Het lichaam is een cultureel produkt, tot in zijn diepste vezels. Gezondheid en ziekte, het wel of niet goed functioneren van het lichaam is derhalve ook een betekenisvol, en cultureel gebeuren, "een vorm van mens-zijn", zoals Dekkers (1984: ii) opmerkt (zie ook Dekkers 1986). Buytendijk stond niet alleen. Zijn ideeën sloten nauw aan bij de 'Heidelbergse groep' in Duitsland, waarin mensen als Viktor von Weizsäcker, Herbert Plügge en Thure van Uexküll verenigd waren die zich inzetten voor een niet-dualistische geneeskunde.³

De derde vroege geestverwant die ik hier wil presenteren, is de psychiater J.H. van den Berg, vooral bekend om zijn boek 'Metablica', over maatschappelijke veranderingen in een historisch perspectief. Van den Berg past in geen enkele denkraditie; misschien zou men hem een 'postmodernist avant la lettre' kunnen noemen. Zijn betoogtrant is sterk associatief en erudiet; "een genot om te lezen (als men er de tijd voor heeft), maar het slaat nergens op", zoals een recensist onlangs wat boosaardig over zijn laatste boek opmerkte. Van den Berg heeft zijn metablitische ideeën onder meer toegepast op de geschiedenis van het menselijk lichaam van de dertiende eeuw tot de

huidige tijd en op de wijze waarop mensen, in ziekte en gezondheid, met dat lichaam omgaan. Van den Berg's voornaamste stelling is dat het menselijk lichaam door de eeuwen heen is veranderd. Daarmee bedoelt hij niet alleen dat de *betekenis* van het lichaam zich voortdurend wijzigt, maar dat het lichaam zelf "naar zijn stoffelijkheid" veranderingen heeft ondergaan. Hij hangt zijn betoog op aan de meest uiteenlopende cultuuruitingen, schilderijen van Bruegel, Rubens, Cézanne, Manet en Picasso, een visioen van een mystica, een devotieboek, een wetenschappelijk boek over de werking van het hart, een bericht over een geredde drenkeling, een bundel lyrische gezangen, een röntgenfoto, een bouwsel van Le Corbusier, enzovoort. Of men het nu wel of niet eens is met zijn stijl van redeneren en met zijn stelling dat het menselijk lichaam doorzichtig, leeg en hol is geworden, "een verlaten lichaam", zeker is dat Van den Berg een uitgesproken sociaal-culturele visie heeft op het lichaam. Het lichaam weerspiegelt de ideeën en politiek van zijn tijd, een opvatting die vandaag de dag zeer in zwang is in de antropologie.

Een vierde voorbeeld van vroege geestverwantschap met medische antropologie kan men aantreffen in het werk van de eerste medisch sociologen. Het is ongetwijfeld waar dat er in de jaren zestig prominente verschillen bestonden tussen sociologen en antropologen waar het ging om onderzoeksbenadering (kwantitatief versus kwalitatief) en centrale theoretische begrippen (rol, gedrag, relatie, macht, status, sociaal instituut versus ideeën, regels, taal, religie, verwantschap), maar de overeenkomsten waren nauwelijks minder prominent. Zowel antropologen als sociologen waren geïnteresseerd in de maatschappelijke context van medische ideeën en praktijken. Zij zagen het medische niet als louter medisch, maar als onderdeel van een maatschappij met specifieke sociale en culturele tradities.

Beginjaren van de medische antropologie in Nederland

Onder de eerste Nederlandse medisch antropologen heb ik de volgende personen geschaard: Vincent van Amelsvoort, G. Jansen, Douwe Jongmans, Marielouise Creyghton, Klaas W. van der Veen, J. Speckmann en Willem F. Buschkens.

Vincent van Amelsvoort was een medicus die zich, na zijn proefschrift over de confrontatie tussen westerse gezondheidszorg en de Asmat cultuur in voormalig Nederlands Nieuw Guinea, ingezet heeft voor een medisch-antropologische training van artsen die werden uitgezonden naar de tropen. Van Amelsvoort was de oprichter van het Nijmeegse Instituut Gezondheidszorg in Ontwikkelingslanden waar hij in 1975 tot hoogleraar werd benoemd. In 1986 ging hij met emeritaat (zie Braakman 1986).

G. Jansen is eveneens een arts, wiens proefschrift over de dokter-patiënt relatie in Bomvanaland, Zuid-Afrika, in 1973 werd gepubliceerd. Jansen had elf jaar als zendingsarts in dat gebied gewerkt.

De eerste 'echte' antropoloog die zich nadrukkelijk met culturele aspecten van ziekte, gezondheid en geneeskunde ging bezighouden was Douwe Jongmans, maar zijn publikaties op dit gebied zijn tamelijk gering. Jongmans, die hoofdzakelijk in

Tunesië onderzoek had gedaan – hij begeleidde er ook leeronderzoek van antropologie studenten – raakte vanwege die regionale specialisatie betrokken bij het Nederlands gezondheidszorgbeleid voor Noord-Afrikaanse immigranten (1977). Zijn belangrijkste bijdrage ligt echter op het terrein van ideeën en praktijken rond vruchtbaarheid en geboorteregeling (1974). In 1983 werd hij hoogleraar in de Interculturele Studie van de Menselijke Vruchtbaarheid aan de Universiteit van Utrecht; in 1986 nam hij afscheid. Bij die gelegenheid verscheen een bundel met acht artikelen van leerlingen en collega's en zijn complete bibliografie. Jongmans benadrukte in zijn werk vooral het belang van de begrippen eer en schaamte. In dat verband dienen twee andere auteurs genoemd te worden die eveneens onderzoek hebben gedaan onder Noord-Afrikanen: Philip van der Meer die in 1975 een doctoraal scriptie schreef over gezondheidsproblemen bij Marokkaanse arbeiders in Nederland en Marielouise Creyghton die in 1981 promoveerde op een studie over kinderziekten in Tunesië. In het werk van beiden namen religieuze voorstellingen en symboliek een belangrijke plaats in. Alle drie, Jongmans, Van der Meer en Creyghton, namen als inleider deel aan een symposium over 'gastarbeider en gezondheidszorg' (zie themanummer Medisch Contact 22 april 1977).

Klaas van der Veen, die veldwerk gedaan had onder Brahmanen in Gujarat, India, begon zich in het begin van de jaren zeventig te interesseren voor gezondheidszorg. Hij onderzocht in India sociale en culturele aspecten van TB-zorg waarbij hij vooral aandacht had voor het type van relatie dat zich tussen arts en patiënt ontwikkelde. De invloed van sociologen als Parsons en Goffman is aanwezig in zijn werk (Van der Veen 1979)

Afgezien van Van Amelsvoort en Jansen, hadden alle bovengenoemde personen hun werkterrein grotendeels aan de Universiteit van Amsterdam. In 1975 voegde ik mij bij hen. Ik had onderzoek gedaan in een Ghanees dorp naar ideeën en praktijken rond geboortebepaling (Bleek 1976) en begon mij met mijn collega's Creyghton en Van der Veen op de medische antropologie te concentreren. Samen met Van der Veen redigeerde ik een bundel medisch-antropologische essays (Van der Geest & Van der Veen 1979). De helft van de bundel wordt in beslag genomen door een lange case studie van Van Binsbergen over een ziek jongetje in Zambia. Dat artikel heeft iets van een klassieke status verworven omdat het een knap voorbeeld is van de extended case methode in de medische antropologie. In 1980 deed ik onderzoek in Kameroen naar de verspreiding en het gebruik van westerse geneesmiddelen. Het thema geneesmiddelen heeft ruim tien jaar een centrale plaats ingenomen bij de medisch antropologen van Amsterdam. In Amsterdam werden vanaf eind jaren zeventig cursussen gegeven in de medische antropologie.

Ondertussen werd in Leiden vanaf 1971 een cursus 'Medische Sociologie voor Ontwikkelingslanden' gegeven. Organisator was Willem Buschkens, een 'niet-westers socioloog' uit de school van Van Lier. Deze cursus had een meer toegepast karakter dan die in Amsterdam en beoogde sociale wetenschappers op te leiden voor een functie als beleidsmedewerker of onderzoeker in het kader van gezondheidszorg in ontwikkelingslanden. Speckmann, hoogleraar Methoden & Technieken was betrokken bij onderzoek naar Family Planning in Pakistan, Bangladesh en Java. Buschkens en Slikkerveer deden onderzoek naar ziektegedrag bij de Oromo in Oost-Ethiopië (Buschkens & Slikkerveer 1982).

Op het Koninklijk Instituut voor de Tropen te Amsterdam werkten enkele sociale wetenschappers (in trainingsprogramma's en beleidsondersteunend onderzoek) die veel affiniteit hadden met de medische antropologie. Zij bevonden zich vooral in de toenmalige afdelingen Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek en Tropische Hygiëne. Onder hen waren D.G. Jongmans (afkomstig van de Universiteit van Amsterdam), C.M. Varkevisser, J.N. van Luyk en P.H. Streefland. In 1981 organiseerden Streefland en Varkevisser een belangrijk international congres over Primary Health Care waar de medische antropologie zich prominent manifesteerde.

Medische initiatieven

Wat opvalt in deze schets is dat het vooral wetenschappers uit de medische wereld geweest zijn die in Nederland aan de wieg van de medische antropologie hebben gestaan. Binnen de culturele antropologie bestond aanvankelijk nauwelijks aandacht voor het medische als een sociaal en cultureel verschijnsel.

Ik kan twee verklaringen bedenken voor dit 'vreemde' begin. Het sociaal-culturele karakter van medische problemen manifesteert zich veel sterker in de medische praktijk dan in de antropologische. Bij hun pogingen de gezondheidszorg te verbeteren stootten 'tropenartsen' voortdurend op wat zij zagen als 'culturele barrières'. Zij werden gedwongen na te denken wat zij met die 'barrières' aan moesten. Sommigen wilden ze slechten, anderen waren meer geneigd hun medische ideeën en praktijken aan te passen aan de lokale cultuur. Voor beide groepen was het echter belangrijk kennis te nemen van de antropologische literatuur over de betreffende cultuur.

In een wat later stadium herhaalde dit proces zich bij het onderzoek onder migranten in Nederland. Artsen die in aanraking kwamen met migranten, raakten geïnteresseerd in de culturele achtergronden van hun gezondheidsproblemen. Het werk van antropologen onder migranten was een respons op dat signaal uit de medische wereld. Antropologen werden aangesteld als beleidsmedewerkers en/of deden onderzoek ten behoeve van zorg onder migranten (Van Dijk 1981, 1985, 1987, Van der Meer 1984, Spruit 1984, 1987).⁴

Voor de meeste antropologen die in de jaren vijftig en zestig onderzoek verrichtten was non-interventie een heilig principe. Problemen van ziekte en dood waren voor hen voornamelijk interessant als aanleiding tot sociale conflicten of religieuze discussies en activiteiten, de favoriete onderwerpen van de antropologie. Wetenschappelijk gezien hadden zij weinig belangstelling voor de ziekte als ziekte. Als zij zich met de zieke persoon bezighielden was dat vooral op humane gronden. Veel antropologen deelden bijvoorbeeld geneesmiddelen uit aan mensen in hun directe omgeving en van sommigen is bekend dat zij 'dokterje speelden' en dagelijks 'spreekuur' hielden. Die activiteiten bleven echter gescheiden van hun wetenschappelijk werk en nodigden niet uit tot antropologische reflectie. Het waren niet alleen activiteiten die buiten het onderzoek vielen, ze waren er zelfs een beetje mee in strijd, gezien het principe van non-interventie.

Daarnaast speelde waarschijnlijk een oude antropologische 'allergie' voor natuurwetenschap een rol. De antropologie is gedeeltelijk tot ontwikkeling gekomen als een

verzet tegen sciëntistisch, met name biologisch en racistisch, denken. Studies van andere culturen haalden 'natuurlijke' (lees: natuurwetenschappelijke) zekerheden in de eigen cultuur onderuit en toonden aan dat veel van die zekerheden cultuur-afhankelijk waren. Margaret Mead trachtte dat in de jaren twintig voor het verschijnsel 'puberteit' aan te tonen, Nancy Scheper-Hughes doet in de jaren negentig hetzelfde ten aanzien van 'menopause'. Deze constante kritiek op sciëntisme heeft sommigen (zoals Mead en Scheper-Hughes) bewogen een – vermeend – biologische thema als onderwerp voor antropologisch onderzoek te kiezen, maar in de meeste gevallen heeft het anti-sciëntisme antropologen juist afgehouden van het terrein van de natuurwetenschap. Dat geldt met name voor de periode rond waar deze beschouwing over gaat. Voor de meeste antropologen waren ziekte en medische praktijken vreemd terrein waarop zij zich niet begaven.

Pas nadat cultuurgevoelige medici lang genoeg aan de bel hadden getrokken, begonnen antropologen zich te realiseren dat ziekte, gezondheid en gezondheidszorg een onderwerp voor antropologisch onderzoek was. Zo kan men stellen dat vanaf ongeveer 1975 de medische antropologie in Nederland echt een vak van antropologen begon te worden. Die trend, dat artsen antropologen attenderen op het culturele karakter van het medische, lijkt niet uniek te zijn voor Nederland. Ook in de Verenigde Staten zijn de pionierstudies van de medische antropologie vaak afkomstig van artsen of antropoloog geworden artsen (Ackerknecht 1942, Paul 1955, Kleinmann 1978), en hetzelfde geldt voor Engeland (Rivers 1924, Lewis 1975, Loudon 1976).

Xenofilie

Maar het begin van de Nederlandse medische antropologie is ook in een ander opzicht 'vreemd'. Ik begon dit essay met enkele 'voorlopers van de medische antropologie. Uitgaande van de centrale intuïtie van de medische antropologie ging ik op zoek naar geestverwanten die vooraf gingen aan of tijdgenoten waren van de eerste medisch antropologen in Nederland. Ik heb enkele namen genoemd van auteurs die een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan de 'culturalisering' en 'socialisering' van het medische, mensen van wie men zou verwachten dat zij inspirators en voorbeelden zijn geweest voor de eerste generatie medisch antropologen. Zou verwachten... Hun werk is echter nagenoeg afwezig in de publikaties van het eerste uur. Van Pruys van der Hoeven en andere Nederlandse hygiënisten is nagenoeg geen spoor te bekennen in medisch-antropologische geschriften tussen 1964 en 1985. Buytendijk⁵ is – voorzover ik heb kunnen nagaan – geheel afwezig in het werk van de eerste Nederlandse medisch antropologen en naar Van den Berg wordt één keer verwezen, heel summier (Jansen 1973: 49). Ook medisch sociologen en sociaal geneeskundigen zijn slechts sporadisch aanwezig in bovengenoemde geschriften. Vanwaar die geringe belangstelling? Het antwoord moet gezocht worden in de geografie.

Wat opvalt – maar voor die tijd vanzelfsprekend was – was dat al degenen die zich medisch antropoloog noemden of zich met dat specialisme verbonden voelden, hun werkterrein en belangstelling buiten Nederland hadden. Antropologie, of culturele

antropologie, was nog steeds het oude volkenkunde waarbij 'volken' het eigen volk echter uitsloot. Dat gold ook voor de medische antropologie. Het feit dat iets ging over *andere* culturen, zou men kunnen zeggen, maakt het tot antropologie. En omgekeerd, een betoog dat ging over de eigen maatschappij kon – bijna – per definitie geen antropologie zijn (was sociologie).

Elders heb ik geschreven over het geringe contact tussen medisch antropologen en andere wetenschappers, zoals sociologen en medici. Ik heb dat toen gekarakteriseerd als een vorm van wetenschappelijk 'etnocentrisme' (Van der Geest 1995). Voor de beginjaren van de Nederlandse medische antropologie gaat die stelling echter niet op. Zoals reeds is gezegd, hebben bepaalde medici in die periode antropologen juist geïnspireerd en beïnvloed. Het los van elkaar opereren van antropologen, sociologen, psychologen en medici die op nauwverwante thema's werken, het buiten elkaars citeerveld vallen, blijkt plotseling niet op te gaan als antropologen, sociologen, psychologen en medici in een andere cultuur werken. In den vreemde vallen ze in elkaars armen, de xenofilie verbindt hen. Zo kan het gebeuren dat artsen als Van Amelsvoort en Jansen door medisch antropologen als 'soortgenoten' worden gezien, ja zelfs als pioniers en dat men geestverwanten die hun onderzoeksterrein in de Nederlandse cultuur hadden liggen (Buytendijk, Van den Berg, Querido, Kuiper), niet opmerkte.

Ook vroegere tropenartsen die over de cultuur durfden te schrijven werden als voorlopers van de medische antropologie erkend. Men kan daarbij denken aan J.P. Kleiweg de Zwaan die in 1910 een studie deed verschijnen over de geneeskunst van de Menangkabauers op Sumatra, aan J.M. Elshout (1923) die hetzelfde deed over de geneeskunst bij de Dajaks op Borneo en Verdoorn (1941) die een studie publiceerde over inheemse verloskundige hulp bij diverse bevolkingsgroepen in toenmalig Nederlands Indië (zie Richters 1983). Men zou kunnen stellen dat Nederlands Indië de bakermat is van de Nederlandse medische antropologie. Het tropen merkteken maakte iemand tot (medisch) antropoloog.

Als Van Amelsvoort (1964: 15-19) een overzicht geeft van medisch-antropologisch werk dan spreekt het haast vanzelf dat we een lange buitenlandse reis maken, via de *Indianen van Noord-Amerika, naar Zuid-Amerika, vandaar naar Afrika en Azië* en we eindigen op Nieuw-Guinea. Nederland en andere 'westerse' landen worden niet aangedaan.

Foster & Anderson (1978) noemen in hun handboek *Medical Anthropology* vier wortels van de medische antropologie: de fysische antropologie, 'ethnomedicine', 'culture and personality' studies en 'international public health'. Er is geen twijfel mogelijk: de bronnen van de Nederlandse medische antropologie liggen vooral bij het laatstgenoemde. In de praktijk van gezondheidszorg in een andere cultuur deden zich allerlei problemen voor die om een antropologische bezinning vroegen. Zoals ik al heb opgemerkt, waren het vooral artsen die met dergelijke antropologische vragen werden geconfronteerd en er over begonnen te schrijven. Pas daarna drong het bij professionele antropologen door dat hier een geheel nieuw en fascinerend terrein voor antropologisch onderzoek werd opgelegd: het medische als cultureel verschijnsel. Tot die tijd waren opvattingen over ziekte, gezondheid en genezing in antropologische studies opgegaan in het brede thema van religie.

De onderwerpen die in deze eerste medisch-antropologische studies aan bod komen, worden als het ware geproduceerd door het culturele verschil dat de onderzoeker constateert; het zijn onderwerpen die typisch zijn voor de ervaring van het andere, de ander. Dat inter-culturele karakter is precies wat de vragen oproept en de stoot tot antropologisch denken geeft. In de eigen cultuur met zijn – bedrieglijke – vanzelfsprekendheid kwamen die vragen niet op, althans toen nog niet.

Voor Van Amelsvoort (1964) is het centrale probleem dat het gezondheidszorgprogramma waar hij bij betrokken is, niet aansluit bij de cultuur van de Asmat. Voor Jansen (1973) gaat het om het probleem van communicatie tussen een arts van de ene en een patiënt van de andere cultuur. In een voorwoord karakteriseert de toenmalige hoogleraar Culturele Antropologie Schulte Nordholt de antropologie als een studie van culturele vertaling. In het geval van de arts Jansen was dat "translating the meaning of illness for the sick people with whom he was confronted."

Ook voor Creighton (1981) was het de ervaring van het andere dat leidde tot het onderzoek:

Between 1965 and 1970 a stream of peasant migrants poured from North Africa into Europe. Little was known about their background. When they became ill they reacted often in ways that were not understood in their host countries. Why they reacted as they did, they could not explain themselves. Sheer curiosity drove me to search for an explanation of their traditional ways of healing, the assumptions underlying them and the expectations based on these moves and assumptions (p. 8-9).

In Jongmans' werk staat het culturele verschil eveneens centraal. De Noord-Afrikaanse begrippen van eer en schaamte onderscheiden deze mensen van ons; pas als wij de betekenis van deze culturele waarden inzien, zijn we in staat hun ziektegedrag te begrijpen (Jongmans 1977). En Van der Meer legt uit dat wat wij een psychische ziekte noemen voor de Marokkanen demonpossession is (Van der Meer 1975; Kabela & Van der Meer 1983). In het algemeen kan men zeker stellen dat de belangstelling voor migranten en gezondheid(szorg) die vanaf begin jaren tachtig begon te groeien eveneens een manifestatie van het xenofiele karakter van de medische antropologie was.⁶

In het werk van Van der Veen ging het vooral om het contrast tussen de arts-patiënt relatie in onze eigen maatschappij en in India. Bestaat bij ons een duidelijke voorkeur voor een 'zakelijke' relatie, in de Indiase situatie trachten patiënten juist zoveel mogelijk persoonlijke banden met de arts te leggen in de hoop daardoor een optimale behandeling te krijgen (Van der Veen 1979).

In mijn eigen onderzoek naar geneesmiddelen ging het eveneens om een cultureel verschil. Weliswaar had ik gekozen voor een 'westers' onderwerp, farmaceutische produkten, maar het was mij er om te doen uit te vinden wat er met die produkten gebeurde in een niet-westerse samenleving (Van der Geest 1982).

In de studie van Buschkens & Slikkerveer (1982) tenslotte ging het om gedrag van zieke mensen in een andere cultuur die om onbekende redenen geen of weinig gebruik maakten van westerse voorzieningen. De auteurs hebben het over drie typen afstand:

geografisch, economisch en sociaal-cultureel. Het laatste type – dus het sociaal-culturele – krijgt verreweg de meeste aandacht.

Los van deze specifieke publikaties kan men misschien de volgende hoofdthema's in de beginjaren van de Nederlandse medische antropologie onderscheiden. *Therapiekeuze*: een verschijnsel dat zich voornamelijk voordoet in samenlevingen die door medische pluraliteit gekenmerkt worden, dat wil gewoonlijk zeggen: andere culturen waar de westerse gezondheidszorg zijn intrede heeft gedaan. In sociaal-wetenschappelijke studies binnen Nederland zal men – in die tijd – vergeefs naar therapiekeuze zoeken. Een ander thema, dat breed aangeduid werd met *ethnomedicine*, omvatte de studie van inheemse medische kennis en praktijken die niet afgeleid waren van biogeneeskunde. Binnen die brede omschrijving hielden sommigen zich bezig met medische classificaties, anderen met symbolische voorstellingen, weer anderen met medische praktijken. Met de bovengenoemde definitie van 'ethnomedicine' is het culturele verschil reeds gegeven. Het gaat om ideeën en praktijken die afwijken van de natuurwetenschappelijke geneeskunde. Het is juist die afwijking die ze kwalificeert tot onderwerp van antropologische studie. Iets subtieler ligt het met discussies over 'disease' en 'illness'. Dit theoretisch onderscheid is weliswaar veelvuldig toegepast in studies binnen de eigen cultuur maar aanvankelijk was het eveneens een typisch voorbeeld van het culturele verschil. Hoewel de oorsprong van het begrippenpaar enigszins in nevelen gehuld is, lijken er aanwijzingen te zijn dat het onderscheid tussen 'disease' en 'illness' eerst tot stand kwam in een interculturele situatie waar vertegenwoordigers van verschillende culturen een verschillende perceptie en beleving van ziekte bleken te hebben, die vervolgens met beide termen werden aangeduid: Europeanen hadden 'disease' anderen 'illness'. Een laatste thema dat populair was in die tijd is de rol, positie en opleiding van *lokale genezers*. Genezers waren interessant omdat ze anders waren, in hun ziekteverklaring, in hun stijl van behandelen, in hun training. 'Traditionele' genezers werden gecontrasteerd met de westerse arts; ze waren holistisch, religieus en 'warm'.

Het interessante van deze vier thema's is dat ze zich weldegelijk laten toepassen in de eigen cultuur, maar dat we ons dat pas geleidelijk aan zijn gaan realiseren. Ik heb dat ooit de 'aha-ervaring' van de medische antropologie genoemd, en de 'omweg van de verwondering' (Van der Geest 1989). De ontdekking – die inmiddels allang gemeengoed is – hield in dat wij zelf ook 'cultuur' hebben, dat onze geneeskunde niet minder contingent, niet minder 'traditioneel' is dan willekeurig welke 'inheemse' geneeskunst. Waar het vertrouwde zijn status van vanzelfsprekendheid verliest, kan de antropoloog aan het werk, of beter: is zijn werk al begonnen.

Thuiskomst?

Het merkwaardige is dat deze thuiskomst van de medische antropologie, die zich in diverse landen om ons heen lijkt te voltrekken, in Nederland nog nauwelijks begonnen is. De xenofobie van haar kinderjaren speelt de huidige medische antropologie ook nu nog parten. Nog steeds trekt het gros van medisch antropologen naar verre streken, en

nog steeds wordt er niet anders van ons verwacht. Medisch antropologen die – buiten de universiteit – een baan zoeken, vinden die in negen van de tien gevallen in een of andere buitenlandse dienst. Degenen die graag iets zouden doen in of met de Nederlandse gezondheidszorg vinden voortdurend gesloten deuren, tenzij het gaat om migranten en vluchtelingen. We zijn en blijven experts in culturele exotica. Dezelfde situatie doet zich voor als een medisch antropoloog onderzoek wil doen. Elders kan dat nog steeds tamelijk makkelijk, in de eigen cultuur en gezondheidszorg is dat veel moeilijker. Wat de sociologen wel lukte zo'n 25 jaar geleden, zich een positie verwerven in opleiding, beleid en onderzoek binnen het kader van onze gezondheidszorg, lukt de antropoloog zelden.

In het sociaal-wetenschappelijk onderzoeksprogramma van de medische faculteit van de Universiteit van Amsterdam, AmCOGG (Amsterdams Centrum voor Onderzoek naar Gezondheid en Gezondheidszorg) wordt veel over kwalitatief onderzoek gesproken, maar in de bijna 150 lopende onderzoeksprojecten is slechts een of twee keer sprake van een antropologische benadering (AmCOGG 1996).

De weinige medisch antropologen die op dit moment in Nederland werkzaam zijn – ik schat hun aantal op hoogstens twintig – houden zich in overgrote meerderheid bezig met migranten, mensen van andere culturen. Enkele antropologen werken in de Nederlandse gezondheidszorg, niet als antropoloog maar in hun hoedanigheid als therapeut, psychiater of verpleegkundige. Hun antropologische training is niet meer dan een bescheiden bijvoeglijk naamwoord bij hun medische professie.

Men kan zonder overdrijving stellen dat de medische antropologie nog steeds de sporen van haar 'vreemde' oorsprong draagt. Beleidsmakers en subsidiegevers associëren antropologen nog steeds met andere culturen en reageren verbaasd en afhoudend als een antropoloog zich meldt voor onderzoek binnen de Nederlandse gezondheidszorg, intra- of extramuraal.⁷ Ook in ander opzicht hebben de antropologen de wind niet mee. De bezuinigingen in de gezondheidszorg werken in het nadeel van onderzoekers die niet in de bèta-hoek zitten. Daarnaast is ook de geest van de tijd (meer efficiëntie; alles moet goedkoper en sneller) ongunstig voor antropologen die veel tijd nodig hebben voor hun onderzoek.

Toch zijn er ook tekenen dat het tij keert. De nadruk op grotere efficiëntie in de zorg impliceert meer 'klantgerichtheid', maar wie die klant is en wat hij wil op het gebied van gezondheid en welzijn is vaak onvoldoende bekend. Termen als 'patient-based' en 'het perspectief van de patiënt' vallen op iedere pagina van beleidsstukken, maar wat betekenen die slogans eigenlijk? Enquête-onderzoek blijkt die ontbrekende informatie maar ten dele boven water te brengen. Hier ligt een mogelijkheid voor de antropologie.

De groeiende aandacht voor chronisch zieken en ouderen maakt het eveneens noodzakelijk meer onderzoek te doen naar de beleving van ziekte en ouderdom door de betrokkenen zelf. Omdat het accent zich verplaatst van curatief-technisch ingrijpen naar langdurige zorg, is kennis van het gezichtspunt van de zieken en ouderen onontbeerlijk voor het leveren van 'efficiënte' zorg.

Dat 'kwalitatief onderzoek' iets anders is dan het kwantificeren van kwalitatieve aspecten (satisfactie gemeten op een schaal van vijf) is een idee dat langzaam – te

langzaam – terrein wint. Beter dan te argumenteren wat een werkelijk kwalitatieve benadering oplevert is dat te *demonstreren*. Het recente boek van Robert Pool (1996) over euthanasie kan zo'n effect hebben. Pool laat zien hoe situatie- en persoonsgebonden het begrip 'euthanasie' is en levert daarmee een cruciale bijdrage aan de maatschappelijke en professionele (juridische, medische, ethische) discussie over dit onderwerp. Als een objectieve definitie van euthanasie niet bestaat, wat dan te denken van een rapport over euthanasie waarin getallen worden gepresenteerd? Wat betekenen die getallen? En als het antwoord op die vraag moeilijk te geven is, wat betekenen dan de conclusies en aanbevelingen die op die getallen worden gebaseerd?

Het vervelende van veel antropologisch onderzoek is dat het geen oplossingen biedt, maar zich beperkt tot kritiek leveren op bestaande 'oplossingen'. Pools boek is daar een voorbeeld van. Hij compliceert en vertraagt het beleid dat duidelijke afspraken wil maken en regels wil stellen. Maar zo'n kritiek, hoe lastig ook voor de bedenkers en uitvoerders van beleid, mag tegelijkertijd rekenen op brede steun want er is veel twijfel en verzet tegen de wijze waarop gezondheidszorg wordt gepland, verdeeld en uitgevoerd. Antropologisch onderzoek maakt die twijfels 'hard' en legt daarmee de basis voor ander beleid en andere praktijken.

Maar er is ook medisch-antropologisch onderzoek dat een directere bijdrage kan leveren aan de verbetering van zorg. Drie voorbeelden uit het programma van de Sectie Medische Antropologie van de Universiteit van Amsterdam mogen dat illustreren. Els van Dongen (1994), die een etnografie heeft geschreven over een afdeling van een Nederlands psychiatrisch ziekenhuis, doet suggesties voor een betere communicatie tussen hulpverleners en psychotische mensen. Ria Reis doet antropologisch onderzoek naar het beeld van epilepsie in Nederland dat hopelijk zal leiden tot meer inzicht in de behoeften en problemen van mensen die deze ziekte hebben. Een team van onderzoekers onder leiding van Pieter Streefland en Anita Hardon buigt zich over de sociaal-culturele aspecten van onder-vaccinatie bij kinderen in Nederland.

Medisch antropologen moeten hun xenofobie en medicofobie afleggen en zich beter uitrusten voor onderzoek naar medische thema's, al of niet in medische settings, in Nederland. Zij dienen zich af te vragen welke theoretische en methodologische implicaties verbonden zijn aan onderzoek in de eigen samenleving en zich beter voor te bereiden op de praktische problemen die zich voor kunnen doen bij een dergelijk onderzoek. Zij dienen met name een gesprek aan te gaan met andere sociaal-wetenschappelijke onderzoekers op het terrein van welzijn en gezondheidszorg over de inbreng van de medische antropologie.⁸

Noten

Sjaak van der Geest is hoogleraar Medische Antropologie aan het Antropologisch-Sociologisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam. Hij heeft onder meer onderzoek gedaan naar Family Planning en gebruik van geneesmiddelen en verdiept zich nu in de betekenis van ouderdom in een Ghanees dorp. Hij is redacteur van *Medische Antropologie*.

1. Dit is een bewerking van een lezing voor de Negende Marktdag Medische Sociologie en Antropologie die eind 1995 in Amsterdam gehouden werd. Enkele gedachten van deze lezing heb ik eerder naar voren gebracht in mijn inaugurale rede (Van der Geest 1995).
2. Met deze korte schets (waarin nauwelijks aandacht wordt geschonken aan de periode tussen 1985 en 1995) hoop ik tevens een aanzet te geven voor een meer diepgaande geschiedschrijving van de Nederlandse medische antropologie, nu de 'aanstichters' nog onder ons zijn. Behalve een artikel van Richters (1983) is er nog nauwelijks een poging in die richting ondernomen. Zelfs in het monumentale proefschrift van Richters (1989) over de medische antropologie als intellectuele traditie wordt geen aandacht besteed aan de Nederlandse situatie. Zo'n onderzoek lijkt mij de taak van iemand uit de tweede generatie. Overigens kan hetzelfde gezegd worden ten aanzien van de medische sociologie.
3. Binnen deze kring was de term 'Medizinische Antropologie' reeds lange tijd in omloop, maar in de betekenis van een *wijsgerig*-antropologische bezinning op ziekte, gezondheid en genezing (cf. Von Weizsäcker 1927). Het is waarschijnlijk vanwege die filosofische toeëigening van de term dat de cultureel-antropologische variant van 'medische antropologie' in Duitsland nooit 'Medizinische Antropologie' genoemd is.
4. Ook in de periode tussen 1985 en 1995, die in dit overzicht buiten beschouwing wordt gelaten, waren antropologen actief in de wereld van migranten (Van Dijk, Leefland, Blom, Hoffer en vele anderen).
5. Dat verzuim is overigens wederzijds. Het is opmerkelijk dat Buytendijk, die zijn ideeën uit een groot aantal verschillende wetenschappelijke disciplines haalde, in zijn *Prolegomena* de culturele antropologie volkomen links liet liggen.
6. Overigens moet daar wel bij vermeld worden dat er binnen de medische antropologie ook verzet rees tegen de exotiserende rol die haar werd opgedrongen. In diverse publikaties werd niet de cultuur van het land van herkomst benadrukt maar de 'migrantencultuur' in Nederland (Van Dijk 1985, Van Dijk & Schoenmakers 1983). In een latere publikatie spreekt Van Dijk (1989) zelfs van "cultuur als een excuus" voor het falen van hulpverlening aan migranten.
7. Streefland (1991) en Richters (1989) noemen nog meer redenen voor deze gereserveerdheid ten aanzien van medische antropologie. Zij merken onder meer op dat antropologen zich onvoldoende aanpassen aan de cultuur van de medische wereld die draait om het vinden van snelle oplossingen voor praktische problemen.
8. In de loop van 1997 wordt in Nederland een Europese conferentie gehouden over medisch-antropologisch onderzoek in eigen samenleving, waarin deze vragen centraal zullen staan.

Literatuur

Ackerknecht, E.H.

1942 Primitive medicine and culture pattern. *Bulletin of the History of Medicine* 12: 545-74.

AmCOGG (Amsterdams Centrum voor Onderzoek naar Gezondheid en Gezondheidszorg)

1996 Onderzoeksprogramma AmCOGG. Amsterdam: Academisch Medisch Centrum.

- Amelsvoort, V.F.P.M.
 1964a *Early introduction of integrated rural health into a primitive society. A New Guinea case study in medical anthropology*. Assen: Van Gorcum.
 1964b *Medische antropologie, een terreinverkenning. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 108: 1289-90.
- Berg, J.H. van den
 1961 *Het menselijk lichaam. Een metabole onderzoek*. Twee delen. Nijkerk: Callenbach.
- Bleek, W.
 1976 *Sexual relationships and birthcontrol in Ghana: A case study of a rural town*. Uitgave 10, Afdeling Culturele Antropologie, Universiteit van Amsterdam.
- Braakman, M.
 1986 *Gezondheidszorg en cultuur kritisch bekeken. Medisch-antropologische opstellen aangeboden aan Prof. Dr. Vincent F.P.M. van Amelsvoort*. Groningen: Konstapel.
- Buschkens, W.F.L.
 1982 R.A.J. van Lier en de ontwikkeling van de Leidse Medische Sociologie voor Ontwikkelingslanden. In: B.F. Galjart e.a. (red.), *"Een andere in een ander." Liber amicorum voor R.A.J. van Lier*. Leiden: ICA-Publications No. 52, pp. 163-73.
- Buschkens, W.F.L. & L.J. Slikerveer
 1982 *Health care in East Africa. Illness behaviour of the Eastern Oromo in Haraghe (Ethiopia)*. Assen: Van Gorcum.
- Buytendijk, F.J.J.
 1965 *Prolegomena van een antropologische fysiologie*. Utrecht: Aula / Het Spectrum.
- Caudill, W.
 1953 Applied anthropology in medicine. In: A.L. Kroeber (ed.), *Anthropology today*. Chicago: University of Chicago Press, pp. 771-806.
- Creyghton, M.
 1981 *Bad milk: Perceptions and healing of a children's illness in a North African Society*. Academisch Proefschrift, Universiteit van Amsterdam.
- Dekkers, W.J.M.
 1984 Voorwoord bij de tweede druk. In: F.J.J. Buytendijk, *Prolegomena van een antropologische fysiologie*. Utrecht: Aula / Het Spectrum, pp. i-xii.
 1986 *Het bezielde lichaam. Het ontwerp van een antropologische fysiologie en geneeskunde volgens F.J.J. Buytendijk*. Zeist: Kerckbosch.
- Dijk, R. van
 1981 *Ziekte en ziektegedrag bij Marokkaanse arbeiders in Nederland. Een terreinverkenning*. Hilversum: JAC 't Gooi.
 1985 *"Mijn gezondheid is gebarsten als glas!" Arbeidsgeschiede Marokkanen en Turken in de eerste lijn in Bos en Lommer*. Amsterdam: OSA.
 1987 *"De dokter vertelde dat ik niet meer beter word!" Turkse arbeidsgeschieden en somatische fixatie*. Amsterdam: OSA.
 1989 *Cultuur als excuus voor een falende hulpverlening. Medische Antropologie* 1(2): 131-44.
- Dijk, R. van & J. Schoenmakers
 1983 *Migrantenkultuur en psychische stoornis. Psychologie en Maatschappij* 7(3): 349-76.

- Dongen, Els van
1994 *Zwervers, knutselaars, strategen. Gesprekken met psychotische mensen*. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Elshout, J.M.
1923 *Over de geneeskunde der Kenja-Dajak in Centraal-Borneo in verband met hun godsdienst*. Amsterdam: Johannes Müller.
- Foster, G.M. & B.G. Anderson
1978 *Medical anthropology*. New York, etc.: John Wiley & Sons.
- Geest, S. van der
1982 The efficiency of inefficiency: Medicine distribution in South Cameroon. *Social Science & Medicine* 16(24): 2145-53.
1989 Aha: De omweg van de verwondering in de medische antropologie. *Medische Antropologie* 1(2): 190-206.
1995 "Hoe gaat 't?" *Vijfopmerkingen over medische antropologie en etnocentrisme*. Inaugurale rede, Sectie Medische Antropologie, Universiteit van Amsterdam.
- Geest, S. van der & K.W. van der Veen (eds.)
1979 *In search of health: Essays in medical anthropology*. Amsterdam: Antropologisch-Sociologisch Centrum.
- Hasan, K.A. & B.G. Prasad
1959 A note on the contribution of anthropology to medical science. *Journal of the Indian Medical Association* 33_182-90.
- Houwaart, E.S.
1991 *De hygiënisten. Artsen, staat en volksgezondheid in Nederland 1840-1890*. Groningen: Historische Uitgeverij.
- Jansen, G.
1973 *The doctor-patient relationship in an African tribal society*. Assen: Van Gorcum.
- Jongmans, D.C.
1977 Gastarbeider en gezondheidszorg. Eer en zelfrespect: De Noordafrikaanse boer en de overheid. *Medisch Contact* 32: 509-12.
- Kabela, M. & Ph.J. van der Meer (red.)
1983 *Ziek of niet ziek bij Marokkanen*. Muiderberg: Coutinho.
- Kleinman, A.
1980 *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Kleiweg de Zwaan, J.P.
1910 *De geneeskunde der Menangkabau-Maleiers*. Amsterdam: Meulenhoff.
- Lewis, G.
1975 *Knowledge of illness in a Sepik society. A study of the Gnau, New Guinea*. London: Monographs on Social Anthropology No. 52, London School of Economics.
- Loudon, J.B. (ed.)
1976 *Social anthropology and medicine*. London: Academic Press.
- Meer, Ph.J. van der
1975 *Problemen van Marokkaanse arbeiders: Cultuurverschillen en communicatiestoornissen*. Amsterdam: Euromed, Universiteit van Amsterdam.

- 1984 *Omgaan met Marokkanen. Regels, omgangsvormen, het psychosociale gesprek.* Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Paul, B. (ed.)
1955 *Health, culture and community: Case studies of public reactions to health programs.* New York: Russel Sage.
- Polgar, S.
1963 Health and human behavior: Areas of common interest to the social and medical sciences. *Current Anthropology* 3(2): 159-205.
- Pool, R.
1996 *Vragen om te sterven. Euthanasie in een Nederlands ziekenhuis.* Rotterdam: WYT Uitgeefgroep.
- Pruys van der Hoeven, C.
1854-5 *Anthropologisch onderzoek.* 3 delen. Leiden : Brill.
- Regester, P.T.
1956 The study of primitive communities and its relation to social medicine, with particular reference to the Muruts and Dusuns of North Borneo. *Journal of the Royal Institute of Public Health and Hygiene* 19: 350-76.
- Richters, A. (J.M.)
1983 De medische antropologie: Een nieuwe discipline? *Antropologische Verkenningen* 2(3): 39-69.
1991 *De medisch antropoloog als verteller en vertaler. Met Hermes op reis in het land van de afgoden.* Delft: Eburon.
- Roney, J.G.
1959 Medical anthropology: A synthetic discipline. *The New Physician* 8(3).
1962 Comment. *Current Anthropology* 3(2): 191.
- Scotch, N.A.
1963 Medical anthropology. *Biennial Review of Anthropology* 1963: 30-68.
- Spruit, I.P.
1984 Gezondheidszorg onder buitenlanders. In: C.W. Aakster & G. Kuiper (red.), *Leerboek medische sociologie.* Groningen: Wolters Noordhoff, pp. 54-63.
1987 Moroccan immigrants and health care in the Netherlands: A confrontation of cultures. *Research in the Sociology of Health Care* 5: 201-47.
- Streefland, P.H.
1991 Antropologen op betwist terrein: Volksgezondheid en gezondheidszorg in ontwikkelingslanden. *Medische Antropologie* 3(1): 98-109.
- Veen, K.W. van der
1979 Western medical care in an Indian setting: The Valsad-district in Gujarat. In: Van der Geest & Van der Veen: 145-58.
- Verdoorn, J.A.
1941 *Verloskundige hulp voor de inheemse bevolking van Nederlandsch-Indië: Een sociaal medische studie.* 's-Gravenhage: Boekencentrum.
- Weizsäcker, V. von
1927 Ueber medizinische Anthropologie. *Philosophischer Anzeiger* 2: 236.