

"Hoe gaat 't?"

Vijf opmerkingen over medische antropologie en ethnocentrisme

Sjaak van der Geest

Rede,

uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar in de Medische Antropologie aan de Faculteit der Politieke en Sociaal-Culturele Wetenschappen van de Universiteit van Amsterdam op maandag 22 mei 1995

Freude ohne Dehnungs- und Weitungsempfindungen in der Brustgegend ist keine Freude.
Helmuth Plessner

'Als ik jou uitscheld, scheld ik mezelf uit!' zei Iwan en weer moest hij lachen.
E.M. Dostojewski, De Gebroeders Karamazow

Mijnheer de Rector, Geachte aanwezigen,

"Hoe gaat 't?" is een begroeting die men gewoonlijk beantwoordt met "Goed" of "Heel goed", gevolgd door: "En met jou/u?", waarop dan weer hetzelfde antwoord gegeven wordt. De vraag die in de begroeting ligt besloten wordt in de meeste gevallen nauwelijks beantwoord. Dat wordt ook niet verwacht. Strikt genomen verwijst de vraag "Hoe gaat 't?" naar iemands welbevinden, maar wie zich niet wel bevindt, wordt toch geacht een opgewekt antwoord te geven. Ziekte, verdriet, ellende zijn nu eenmaal geen zaken waar je anderen mee lastig valt, tenzij dat zeer nauwe familieleden of vrienden zijn. "Hoe gaat 't?" is kenmerkend voor de ambiguïteit van ons omgaan met ziekte en gezondheid: enerzijds is de zorg om gezondheid alom aanwezig, tot in de meest simpele begroeting; anderzijds zijn gezondheidsproblemen een privé-aangelegenheid waar je niet openlijk over praat. Althans, zo is dat in onze cultuur.

Medische antropologie: wat is dat nu weer?

"Hoe gaat 't?" is ook een van de kernvragen van de antropologie. Hoe gaan de dingen in hun werk? En meer nog: Hoe gaan de mensen in hun werk? "Hoe gaat 't?" begint en eindigt met verwondering: "Hoe bestaat 't!?", zowel een vraag als een uitroep. Zonder verwondering geen nieuwsgierigheid, geen vragen, geen wetenschap, geen antropologie.

Sociale en culturele antropologie

'Sociale en Culturele Antropologie', zo zou de vakgroep waar ik deel van uitmaak geheten hebben als ik en de meeste van mijn collega's onze zin hadden gekregen twee jaar geleden. Laten we het vak kortweg 'antropologie' noemen. Wat is antropologie? Wat willen antropologen? De vraag is te ruim voor het uur dat deze oratie mag duren, maar ik wil er één gedachte uitpikken: Antropologen voeren een pleidooi tegen ethnocentrisme. Een

ongereflecteerde verheerlijking van de eigen cultuur, die logischerwijs gepaard gaat met geringschatting, afwijzing of ridiculisering van andere culturen, is de wortel van misverstanden op alle niveaus van menselijk samenleven, van dorp tot internationale gemeenschap.

De naïviteit van het ethnocentrisme is zelden treffender verwoord dan door de in ironie gedoopte pen van Voltaire. In zijn *Candide of het optimisme*, laat hij Candide's huisleraar Pangloss aldus zijn geloof in de goedheid van de wereld verkondigen:

Het is een feit dat... de dingen niet anders kunnen zijn dan zij zijn, want daar alles gemaakt is met een doel, is alles noodzakelijk gemaakt met het beste doel. Merk op dat de neuzen geschapen zijn om brillen te dragen; wij dragen dan ook een bril. De benen zijn klaarblijkelijk bestemd om geschoeid te worden; en wij hebben dan ook schoenen aan en daar de varkens gemaakt zijn om opgegeten te worden, eten wij, het hele jaar door, varkensvlees; bijgevolg hebben zij die beweren dat alles goed is in de wereld, een dwaasheid verkondigd: zij hadden moeten zeggen, dat alles opperbest is (p.8-9).

Het begin van Pangloss' stelling, "Het is een feit dat..." doet de antropoloog al gruwen. St. Feit wordt in de antropologie niet vereerd. 'Feit' is vaak goedkope retorica. Hij behoort, om met Annemiek Richters (1991) te spreken, tot onze afgoden.(1)

De leer van meester Pangloss, de 'goedgelovigologie', is, behalve een parodie op de filosofie van Leibniz, ook een meesterlijk voorbeeld van wat cultuur teweeg brengt: het geloof in eigen voortreffelijkheid en de overtuiging dat er geen betere, ja zelfs geen andere manier is. Cultuur is een vanzelfsprekendheidsmachine, één grote cirkelredenering. Onze beschavingsgeschiedenis is dan ook "de geschiedenis van de uitsluiting van de ander", zoals Michael Elias (1992: 83) opmerkt in zijn essay over taboes. Antropologie is de wetenschap - als ik dat woord mag gebruiken - die dit dóór heeft, die door de zelfgenoegzaamheid van culturen, niet alleen de onze, heen kijkt. Köbben had het in zijn colleges over "de wetenschap die laat zien hoe het ook anders kan." Als de antropoloog beschrijft hoe 't gaat in een andere cultuur, legt hij uit dat het inderdaad ook anders kan gaan dan wij gewend zijn. Zo'n idee spreekt mij aan en dit anti-ethnocentrisme vormt de rode draad van mijn rede. De Medische Antropologie die ik u ga voorstellen en de vijf opmerkingen die ik u in de titel beloofd heb zijn hoofdzakelijk variaties op dit ene thema. (2)

Medische antropologie

Niet zo lang geleden belde ik met een secretaresse van een professor in een medische faculteit. Ik moest uitleggen wie ik was en zei dat ik aan medische antropologie deed. "Wat zegt u: medische oncologie?" "Nee, medische antropologie." "Wat is dat nu weer?" Haar verbazing klonk oprecht. Daar had ze nog nooit van gehoord. Misschien begrijpelijk, want een leerstoel medische antropologie bestaat in Nederland pas sinds december 1994.

Wat is dat nu weer, medische antropologie? De meesten van u hebben er wel van gehoord, anders zou u hier waarschijnlijk niet zitten. Toch bestaan er veel misverstanden over medische antropologie.

De meeste verwarring kan herleid worden tot een misverstaan van het adjectivum 'medische' als 'tot -de-medische-wetenschap/wereld-behorend'. Sommigen denken inderdaad dat medische antropologie min of meer deel uitmaakt van het medisch bedrijf of daar schatplichtig aan is. Vooral collega's antropologen storen zich nogal eens aan dat 'medische'. Antropologie is onder mensen als Tylor, Boas, Benedict, Mead tot ontwikkeling gekomen als een kritiek op het groeiend sciëntisme aan het begin van deze eeuw en die kritiek is nog steeds springlevend. Antropologen zijn dan ook 'allergisch' (medische metaforen zijn wel populair) voor suggesties van horigheid aan de natuurwetenschap.

Maar 'medisch' heeft in dit verband geen andere betekenis dan 'de-gezondheid-betreffend' waarbij gezondheid niet biomedisch gedefinieerd wordt. Medische antropologie is geen gemedicaliseerde antropologie, geen wetenschap waarvan de begrippen natuurwetenschappelijk geijkt zijn (cf. Nijhof & Van der Geest 1989:4). Medische antropologie is de studie van gezondheid, ziekte en genezing als culturele verschijnselen. In wat mensen denken en doen omtrent ziekte en gezondheid komen de meest centrale intuïties van hun cultuur naar boven. Bovendien zijn ziekte en gezondheid bij uitstek een sociale aangelegenheid. Ziekte, heeft Michael Scavenius eens met enige overdrijving gezegd, bevindt zich niet zozeer in het lichaam maar tussen lichamen.

Hoe 't met mensen gaat, is zo doordrongen van cultureel geconstrueerde ziekte- en gezondheidsbeelden en van wat mensen elkaar aandoen, dat ieder spreken over ziekte en gezondheid wel moet verwijzen naar die sociale en culturele dimensie. Daarover gaat medische antropologie.

De ontwikkeling van medische antropologie in Nederland

In het Ghanese dorp waar ik onderzoek heb gedaan, geen men aan wie en wat men is door te verwijzen naar voorouders. Vooral bij feestelijke gelegenheden, als er palmwijn en jenever (Schiedamse) wordt geplengd, is het noemen van voorouderlijke namen een belangrijk onderdeel van het ritueel. Naast het effect van identiteit-stichting en zelfbewieroking, brengt dat ook eenheid en saamhorigheid. Ik heb de neiging hier eenzelfde ritueel uit te voeren en vele namen te noemen van mensen die als voorouders van deze eerste Nederlandse leerstoel in de medische antropologie beschouwd kunnen worden. Zo'n genealogische exercitie zou echter dubieus zijn (zoals dat in mijn Ghanese dorp trouwens ook wel eens het geval was) en langdradig. Ik zal u daarom deze Litanie van alle Heiligen besparen en me beperken tot enkele groten. De overige namen stop ik in het notenapparaat.

De eerste medisch-antropologische geluiden kunnen misschien worden toegeschreven aan de Hygiënisten rond het midden van de vorige eeuw, met name aan Pruys van der Hoeven die niet alleen de invloed van sociale en economische toestanden op gezondheid benadrukte maar zich ook verzette tegen het toen reeds in zwang zijnde natuurwetenschappelijk reductionisme van de mens. Bovendien hebben de Hygiënisten een belangrijke aanzet gegeven tot de democratisering van de volksgezondheid in Nederland.(3) Gezondheid was het recht en de

verantwoordelijkheid van alle burgers. De kwaliteit van de gezondheidstoestand van de gehele bevolking werd gezien als een graadmeter van 's lands 'beschaafdheid'.(4)

Vanaf deze beweging lopen diverse lijnen door tot de dag van vandaag. Zij worden bevolkt door wetenschappers die men in meerderheid zou kunnen karakteriseren als eminente medici, met een uitzonderlijk ruime blik, voor wie het sociale en culturele - en men mag aanvullen: het politieke en economische - altijd inherent onderdeel van het medische zijn geweest. Hun denkbeelden en inspanningen hebben onder meer geleid tot de huidige vakgroepen en instituten op het terrein van de Sociale Geneeskunde, Gezondheidskunde en Medische Wijsbegeerte.

Onder de prominenten die hier genoemd dienen te worden is op de eerste plaats Verdoorn (1965) die in zijn studie van gezondheidszorg in het 19e-eeuwse Amsterdam scherp oog had voor de demografische, politieke, economische en culturele context waarbinnen het medisch bedrijf in de hoofdstad zich ontwikkelde.

Een wetenschapper van internationale allure, voor wie de waardering in eigen land echter stijgt en daalt met het wisselen van de modes, is Buytendijk. Buytendijk heeft als geen ander getracht verbindingen te leggen tussen disciplines als fysiologie, psychologie, filosofie en geneeskunde die - zeker in zijn tijd - vaak ver van elkaar verwijderd waren. In een van zijn hoofdwerken, *Prolegomena van een antropologische fysiologie* (1965), zet hij zijn programma uiteen. Hij tracht te onderzoeken in hoeverre het specifiek menselijke (een filosofisch-antropologisch begrip waarin het sociale en culturele een centrale plaats innemen) een constituerende factor is in het normale functioneren van de menselijke organen en orgaansystemen, weefsels en cellen. Buytendijks ambities (tegen de in zijn eigen cultuur dominante stroom van het dualisme in) hebben hem haast tot een teken van tegenspraak gemaakt. Antropologen kunnen slechts dromen van zo'n onderneming (voor sommigen zullen dat wens-, voor anderen angstdromen zijn). Buytendijk deed zijn naam eer aan. Hij had meer affiniteit met collega's buiten Nederland dan daarbinnen, vooral in Duitsland met de Heidelbergse groep rond Viktor von Weizsäcker en mensen als Herbert Plügge en Thure von Uexküll, die allen een niet dualistische geneeskunde voorstonden. Zij duiden hun werk aan als 'Medische Antropologie', waarbij antropologie echter niet naar de sociale of culturele, maar naar de filosofische antropologie verwees. In het begin van de jaren tachtig was er een opleving in de belangstelling voor Buytendijk en de antropologische geneeskunde. In het tijdschrift *Metamedica* (helaas sinds 1988, na 69 jaargangen, ter ziele) verscheen vanaf januari 1983 een serie van dertien artikelen over dit onderwerp (zie onder meer Dekkers 1983, H. ten Have 1983, Kasanmoentalib 1983, Menges 1983). In diezelfde periode werd Buytendijks *Prolegomena* opnieuw uitgegeven met een inleiding van Dekkers. Vier jaar na aanvang van de serie in *Metamedica* schreef H. ten Have (1987) een nabeschouwing waarin hij weliswaar vraagtekens plaatst bij de hoge pretenties van antropologische geneeskunde maar blijft pleiten voor een humanisering van de geneeskunde.(5)

De derde naam die vermelding verdient, is die van de psychiater J.H. van den Berg, hoewel hij nauwelijks in enige denktraditie valt in te passen. Van den Berg (1961), bekend om zijn 'metabole' benadering schreef onder andere een lijvige studie over het menselijk lichaam waarin hij betuigt dat de betekenis van dat lichaam in de loop der eeuwen belangrijke

veranderingen heeft ondergaan. Bijgevolg heeft ook de geneeskunde die zich met het menselijk lichaam bezighoudt een relatief en tijdelijk karakter, aldus Van den Berg.

De vierde naam is die van J.P. Kuiper, voormalig hoogleraar Sociale Geneeskunde aan de VU van Amsterdam, die met zijn publicaties (1975 en 1980) aandacht heeft gevraagd voor de authentieke menselijke ervaring als uitgangspunt van zowel onderzoek als zorg. Een pleidooi dat de antropologen uit het hart gegrepen is, zij het dat dezen de 'authentieke' ervaring wel in belangrijke mate als deel van een cultuur zien, maar - en dat is de paradox - daarom niet minder authentiek.

Hoewel de thematische verwantschap tussen de medici die zojuist de revue gepasseerd zijn en de huidige medische antropologie aanzienlijk is, is hun directe invloed op de ontwikkeling van deze specialisatie binnen de sociale en culturele antropologie gering geweest. De oorzaak daarvan is banaal: De medische wetenschap en de sociaal-culturele wetenschappen vormden aparte werelden. Dat gold ook voor medische wetenschappers die zich uitdrukkelijk buiten hun vakgebied trachtten te begeven. De tragiek van die keuze was dat ze door de meeste vakgenoten niet serieus genomen werden en buiten hun vakgebied niet gehoord werden. (6)

Diepe scheidslijnen liepen er ook tussen (medische) sociologie en antropologie.(7) Rond 1970 begon medische sociologie zich als een universitaire studie in Nederland te manifesteren. Tellegen (1970) publiceerde een literatuurverkenning, sterk geïnspireerd door de Amerikaanse medische sociologie. Zowel hij als Klinkert (1977) pleitten voor een *sociologische* medische sociologie, een specialisatie in het hart van de sociologie, een 'sociology of medicine'. De meesten van degenen die zich medisch socioloog noemden kwamen echter terecht in medisch-wetenschappelijke opleidingen zoals huisartsgeneeskunde, sociale geneeskunde en psychiatrie en zagen zich gedwongen hoofdzakelijk 'sociology in medicine' te bedrijven. Zij vervreemdden tot op zekere hoogte van hun eigen vak, en bleven tussen hun medische collega's 'tweede garnituur'. Bij bezuinigingen dreigen zij nu als eersten overbodig te worden. Inmiddels hebben de medici zelf enkele sociologische technieken geleerd en denken het eventueel verder zonder sociologen af te kunnen.

De korte geschiedenis van de medische sociologie in Nederland zou weleens belangrijke lessen voor de medische antropologie kunnen bevatten. Het risico van tussen wal en schip van respectievelijk de geneeskunde en de antropologie te vallen is zeker niet denkbeeldig.

Het meest opvallende - en de belangrijkste reden dat ik er hier bij stil sta - is echter dat ook de medisch sociologen nagenoeg afwezig zijn in de geschriften van de eerste medisch antropologen in Nederland. Als er al overlappingsen waren in wetenschappelijke belangstelling, dan werden ze niet opgemerkt, want men bemoeide zich niet met elkaar.(8) Het is niet overdreven te stellen dat ook in de wetenschap sprake was van een soort 'verzuiling', een opsplitsing op basis van 'geloofsovertuiging' en 'opvoeding'.(9)

Directe invloed is wel bespeurbaar vanuit onderzoekers die zich in andere culturen met aspecten van ziekte en gezondheid hebben bezig gehouden. Interessant is dat in die situatie een andere discipline minder problematisch bleek te zijn. Artsen die over inheemse ziekten en

geneeswijzen schreven werden bijna als antropologen omarmd. De gedeelde exotische bleek dan sterker dan de wetenschappelijke scheidslijn.

Richters (1983: 49) noemt vijf 'tropenartsen' die, vóór medische antropologie in Nederland tot ontwikkeling kwam, gepromoveerd zijn op onderzoek naar geneeswijzen in niet-westerse culturen, allen op een na in onze toenmalige kolonie Nederlands-Indië: J.P. Kleiweg de Zwaan (1910) over de geneeskunde van de Menangkabauers op Sumatra, J.M. Elshout (1923) over religie en geneeskunde bij de Dajak op Borneo, J.A. Verdoorn (1941) over verloskundige hulp in de kolonie, en V.F.P.M. van Amelsvoort (1964) over de confrontatie tussen westerse en inheemse geneeskunde op het toenmalige Nieuw Guinea. G. Jansen (1973) schreef over interculturele communicatie tussen arts en patiënt op basis van zijn eigen ervaringen als arts in Zuid-Afrika. Bij de laatste twee auteurs was de invloed van – hoofdzakelijk Amerikaanse medisch-antropologische literatuur duidelijk merkbaar.

Van Amelsvoort was de eerste Nederlandse auteur die zijn werk als 'medische antropologie' kwalificeerde. In de ondertitel noemde hij zijn boek een "case study in medical anthropology". Van Amelsvoort was ook de oprichter van het Instituut Gezondheidszorg in Ontwikkelingslanden te Nijmegen waarin toekomstige 'tropenartsen' werden voorbereid op de geheel andere culturele en medische context waarin zij zouden komen te werken. In die hoedanigheid heeft het instituut vele jaren een belangrijke rol gespeeld in de antropologische sensibilisering van artsen. (10)

In Leiden werd in 1971 door W.F.L. Buschkens, niet-westerse socioloog, een cursus "Medische Sociologie voor Ontwikkelingslanden" gestart in samenwerking met docenten van het Instituut voor Tropische Geneeskunde te Leiden. Ook deze cursus had een sterk toegepast karakter en beoogde sociale wetenschappers te trainen voor een functie als beleidsmedewerker of onderzoeker in het kader van gezondheidszorg in ontwikkelingslanden (Buschkens 1982). (11)

Door de Leidse antropologen en niet-westerse sociologen werd al enige tijd onderzoek verricht dat medisch-antropologisch genoemd kan worden. Speckmann (o.a. 1970) hield zich bezig met Family Planning in Pakistan, Bangladesh en Java. Na zijn onderzoek in Suriname richtte Buschkens zich samen met Slikkerveer op ziektegedrag bij de Oromo in Oost-Ethiopië (Buschkens & Slikkerveer 1982, Slikkerveer 1990). (12)

Een derde concentratie van medisch-antropologische activiteiten in de jaren zestig en zeventig bevond zich in het Koninklijk Instituut voor de Tropen te Amsterdam, met name in de toenmalige afdelingen Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek en Tropische Hygiëne. Zowel onderzoek (veelal evaluaties) als onderwijsactiviteiten (training van artsen en paramedici) waren op de praktijk van gezondheidszorg gericht. Die trend heeft zich in de afgelopen jaren voortgezet. In de jaren tachtig coördineerden medewerkers van het Instituut een landelijke interdisciplinaire werkgroep Primary Health Care.(13)

In het Antropologisch-Sociologisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam begon Medische Antropologie zich pas eind jaren zeventig te profileren. M.L. Creighton (1981) had onderzoek gedaan naar ziekte-concepten in Tunesië en K.W. van der Veen (1979) naar gebruik

van medische voorzieningen in India. S. van der Geest, die gepromoveerd was op een onderzoek naar geboortebeperving in Ghana (Bleek 1976), begon een onderzoek naar de verspreidingen het gebruik van moderne geneesmiddelen in Kameroen (Van der Geest 1982).

De concrete aanleiding voor een daadwerkelijke organisatie van het medisch-antropologisch potentieel in een 'taakgroep' was de uitnodiging van het overlegorgaan van Nederlandse vakgroepen Antropologie en Niet-Westerse Sociologie om samen met Leiden een landelijk specialisme Medische Antropologie te gaan verzorgen, in het kader van het disciplineplan CA/NWS. Sindsdien heeft zich gestaag - vaak met zware tegenwind - een hechte onderzoeksgroep gevormd en is een interuniversitaire en interdisciplinaire cursus Medische Antropologie van start gegaan die nog steeds jaarlijks ruim vijftig belangstellenden trekt. Daarnaast werd samen met enkele medisch sociologen een onderzoeksprogramma opgezet onder de titel 'Ziekte, Gezondheidszorg en Cultuur'. Een opvallend verschil tussen de Amsterdamse onderzoekers en die van Nijmegen, Leiden en het Koninklijk Instituut voor de Tropen was dat de eerstgenoemden hun benadering vooral zagen als een 'anthropology of medicine', dat wil zeggen: een antropologische reflectie op geneeskundige ideeën en praktijken terwijl de andere meer geneigd waren hun werk te zien als onderdeel van gezondheidszorg (anthropology *in* medicine).

Overigens kan men stellen dat er in die tijd (rond 1980) sprake was van een 'boom' aan activiteiten op het terrein van de medische antropologie. In 1978 werd de Werkgroep Medische Onrwikkelingssamenwerking (WEMOS) opgericht, een initiatief van medische studenten die het beleid op dit terrein kritisch ging volgen, onder meer via het uitbrengen van een eigen periodiek *Wemos Bulletin* en het organiseren van congressen en studiedagen.⁽¹⁴⁾ In Amsterdam werd een bundel met essays over medische antropologie gepubliceerd (Van der Geest & Van der Veen 1979) en er verschenen twee inventarisaties van werk op het terrein van de medische antropologie (Mulder 1982, Nillissen 1983). ⁽¹⁵⁾ Het tijdschrift *Antropologische Verkenningen* bracht een themanummer uit over Medische Antropologie (Van der Geest et al. 1983) en de *Nieuwsbrief Medische Antropologie* begon te verschijnen. Deze Nieuwsbrief werd in 1989 omgedoopt en omgevormd in *Medische Antropologie. Tijdschrift over Gezondheid & Cultuur*.

Terugkijkend op de ontwikkeling van de medische antropologie in Nederland constateer ik echter dat de belangrijkste impulsen en inspiraties niet van Nederlandse antropologen of wetenschappers uit aanverwante disciplines kwamen maar uit landen waar medische antropologie reeds tot bloei was gekomen toen hier de eerste onderzoeksgroep nog opgericht moest worden. De meeste invloed is ongetwijfeld uitgegaan van Kleinman en de kring om hem heen in de Verenigde Staten (cf. Richters 1991).

De 'Sectie Medische Antropologie' aan de Universiteit van Amsterdam anno 1995

Met de benoeming van een hoogleraar lijkt de Sectie Medische Antropologie de officiële erkenning te krijgen die het de facto al jaren genoot. Ook de benoeming van een bijzonder hoogleraar namens het Koninklijk Instituut voor de Tropen, C.M. Varkevisser met als leeropdracht 'Interdisciplinair Onderzoek ten behoeve van Gezondheid en Ontwikkeling' wijst in die richting. In een voortgangsnotitie van 1994 wordt gemeld dat de Sectie de voorgaande

vijf jaar betrokken is geweest bij 37 onderzoeksprojecten. In de projecten zijn grofweg drie hoofdthema's te onderscheiden: (1) Studies van aspecten van gezondheidszorg zoals Primary Health Care, gebruik van geneesmiddelen, immunisatie en financiering, (2) 'gender' en reproductieve gezondheid en (3) overige thema's zoals het omgaan met specifieke ziektes en zorg voor ouderen. De notitie vermeldt verder dat in de voorgaande vier jaar 296 studenten de basis cursus Medische Antropologie hebben gevolgd. Velen van hen hebben vervolgens een of meer verdiepingsmodulen gevolgd over diverse thema's in de medische antropologie. Tussen 1989 en 1995 zijn zeven onderzoekers gepromoveerd die met de Sectie geaffilieerd waren.(16)

De Sectie oogst veel waardering voor haar succes bij het werven van externe gelden voor het uitvoeren van onderzoek¹⁷ Er bestaan samenwerkingsverbanden met onder meer het Koninklijk Instituut voor de Tropen en met universiteiten en instellingen in Engeland, Denemarken, België, Thailand, Indonesië, India, Ghana, Zambia, Zimbabwe, Ethiopië, Mali, Bolivia en Mexico. In samenwerking met Aziatische universiteiten wordt een vijf weken durende cursus Anthropology of Health and Health Care' verzorgd voor sociale en medische wetenschappers uit ontwikkelingslanden. In 1996 zal deze cursus voor de derde maal gegeven worden.

Ondanks deze positieve berichten is er reden tot bezorgdheid. De structurele personele bezetting van de sectie is uiterst klein: twee medewerkers met een deeltijdaanstelling en een bijzonder hoogleraar. In deze tijd van schaarste zal naar alle waarschijnlijkheid nog minder mensen gevraagd worden nog meer te doen.

Vijf opmerkingen over medische antropologie en ethnocentrisme

De vijf kanttekeningen die ik nu ga plaatsen bij medische antropologie en vanuit de medische antropologie bij praktijken van beleid, zorg en onderzoek hebben alle als vertrekpunt dat zowel het object van onze studie als onze studie zelf deel uitmaken van cultuur. Zij delen de zegeningen van cultuur maar ook de risico's en over dat laatste gaan mijn opmerkingen vooral. Paradoxaal genoeg ligt het grootste gevaar van cultuur juist in datgene wat de leden van die cultuur als haar grootste zegening beschouwen; ik heb het weer over het vaste geloof in eigen voortreffelijkheid en superioriteit, over ethnocentrisme, over betweterij, over academisch dogmatisme.

Vijf soorten ethnocentrisme komen aan bod. Positief uitgedrukt zal ik achtereenvolgens pleiten voor het serieus nemen van het lekenperspectief in de gezondheidszorg, voor interdisciplinaire samenwerking, voor een juiste waardering van medische antropologie door collega-antropologen, voor de-exotisering van medische antropologie en voor een zinvolle toepassing van medisch-antropologische inzichten.

Het lekenperspectief

Het beter-weten komt zelden duidelijker tot uiting dan in medische situaties: in arts-patiënt contacten, in gezondheidsvoorlichting, en in het uitstippelen van gezondheidszorgbeleid.

Uitgesproken ongerijmd en tegenstrijdig is die overtuiging van weten tegenover niet-weten in 'Primary Health Care'.

Primary Health Care zou men kunnen omschrijven als een nieuwe filosofie in de gezondheidszorg, het doorbreken van het besef dat gezondheid op de eerste plaats de zorg van de mensen zelf is, en dat zij ook het beste weten hoe zij voor zichzelf moeten zorgen in het dagelijks leven. In die visie is medische expertise pas nodig als de problemen de gewone mensen boven het hoofd groeien. Anders gezegd, Primary Health Care is een pleidooi voor zelfredzaamheid, een wereldwijde beweging tegen medicalisering.(18)

De tegenstrijdigheid is dat dit pleidooi voor zelfredzaamheid niet van de betrokkenen zelf afkomstig is, maar over hen wordt uitgesproken door hogere instanties. Zelden zijn lokale gemeenschappen door beleidsmakers geraadpleegd over hoe zij zelf hun situatie zien, met name op het gebied van gezondheid, en hoe zij zelf denken de vóórkomende problemen het hoofd te bieden. Daar komt nog een tweede tegenstrijdigheid bij die de eerste gedeeltelijk weer opheft. In de praktijk blijkt PHC zelden ernst te maken met de zelfredzaamheid-filosofie en gaat men op de oude voet door met het aanbieden van medische zorg van boven af, alleen heeft men het de naam PHC gegeven.(19)

Tussen 1987 en 1991 deed Anja Krumeich antropologisch onderzoek op het Caraïbische eiland Dominica naar de wijze waarop moeders voor hun kleine kinderen zorgen. Ze vond dat moeders uitgesproken ideeën hadden over kindzorg, zowel in preventief als curatief opzicht, maar dat degenen die belast waren met PHC die kennis irrelevant achtten. PHC-werkers trachtten de moeders over te halen tot 'echte' gezondheidszorg zonder zich eerst verdiept te hebben in wat de moeders als 'echte' en betrouwbare zorg zagen. Aan het eind van haar onderzoek organiseerde Krumeich samen met de moeders een 'Seminar' waarop dezen in korte sketches die veronachtzaming van hun kennis door professionele gezondheidszorgers aan de kaak stelden. Krumeich concludeert niet alleen dat dit terzijde schuiven van lokale ideeën in tegenspraak is met PHC en een verspilling van kenniskapitaal inhoudt, maar ook dat er geen sprake kan zijn van een dialoog tussen de moeders en de gezondheidswerkers aangezien de laatsten de eersten onvoldoende serieus nemen. Haar proefschrift is een registratie van lokale kennis die niet doordringt tot de professionele gezondheidswerkers (Krumeich 1994).

Ik geef u dit voorbeeld omdat het karakteristiek is voor het soort onderzoek dat de Sectie Medische Antropologie vóórstaat: het hoorbaar maken van ideeën die overstemd worden door dominante opvattingen, veelal van Westerse origine. Die interesse in ongehoorde of tot zwijgen gebrachte kennis komt niet voort uit het verlangen een bepaalde bevolkingsgroep beter te doorgronden om haar vervolgens op meer efficiënte wijze tot andere gedachten te brengen; antropologie als 'cracking the secret code'.(20) Dat is wel wat soms van ons gevraagd wordt: Leg nu eens uit waarom die mensen zo vreemd handelen zodat we hen beter kunnen bereiken. Met name als het gaat om migranten in Nederland worden antropologen nogal eens benaderd als experts in vreemde culturen die afwijkend medisch gedrag kunnen verklaren vanuit de thuiscultuur.(21)

Het voornaamste motief in de aandacht voor het 'lekenperspectief' is dat wat deze mensen denken en zeggen een waarde heeft in zichzelf. De antropoloog - ik mag eigenlijk niet generaliseren - ziet zichzelf niet als een wetenschapper die zich vanuit een superieure positie buigt over zijn onderzoeksobject. Hij beschouwt zichzelf als een leerling die een andere cultuur tracht te begrijpen en daarin onderwezen, geholpen wordt door zijn informanten. Het is zoals de mensen in het dorp in Ghana zeiden, "De vreemdeling is een kind". De antropoloog is dat bij uitstek. De geleidelijke introductie in de taal en gehele cultuur van het dorp was voor mij een persoonlijke verrijking. Door erover te schrijven heb ik geprobeerd die verrijking met anderen te delen. Lezend in het werk van collega-antropologen heb ik immers ook iets van hun verrijking kunnen ervaren. Bovendien leidt de kennismaking met een andere cultuur tot een betere kennis van de eigen cultuur.

Dat de ideeën van 'anderen' waardevol zijn, is misschien nergens zo waar als in de gezondheidszorg. Waarschijnlijk wordt dat echter ook nergens zo miskend als juist daar, omdat alleen wetenschappelijke kennis gewoonlijk als relevant wordt beschouwd, althans door degenen die het voor het zeggen hebben. Zoals de Ghanese dorpling ten opzichte van mij een expert is in de cultuur van zijn dorp, zo is de patiënt een expert op het gebied van zijn eigen lichaam. Veel van wat hij weet en voelt blijft moeilijk te achterhalen voor de arts. Kuiper heeft dat heel treffend gezegd: "De patiënt heeft altijd gelijk." "In existentieel opzicht," schrijft Kasanmoentalib (1983: 114), is de arts "inferieur aan de zieke."

Ik heb een oude oom - hij is honderd jaar - die zo zijn eigen opvattingen over gezondheid en ziekte heeft - met enig recht mogen we wel zeggen. Een tijd geleden toen we zaten te praten over ziek worden, vertrouwde hij mij de volgende wijsheid toe: "Mijn zwager Kobus zei altijd tegen mij: 'Jan, als je drol nog goed is, is er niks met je aan de hand.' En hij had gelijk."

Interdisciplinariteit

Ethnocentrisme is zojuist beschreven als een onderliggend mechanisme dat communicatie tussen professionele gezondheidswerkers en 'gewone mensen' blokkeert. Ethnocentrisme speelt ook in (het gebrek aan) communicatie tussen wetenschappers van diverse disciplines. Het is inderdaad verhelderend wetenschappelijke disciplines als culturele tradities te zien waar men zich mee identificeert, niet alleen maatschappelijk maar ook in 'religieuze' zin. Daarmee bedoel ik dat de basisideeën van het wetenschapsgebied de allure krijgen van werkelijkheidsuitspraken, doctrines met ver-strekkende zingevende implicaties. Het geloof in die doctrines wordt onder meer in stand gehouden door een zich sluiten voor de 'boodschap' van andere disciplines of door een zekere geringschatting voor wetenschappelijk werk buiten het eigen vakgebied.

Als cultuur - en religie in het bijzonder - zoals Geertz suggereert, een model- *van* en een model- *voor* karakter heeft, mag men verwachten dat ethnocentrisme zich vooral uit in laatdunkendheid over de kennis of de werkelijkheidsopvatting en over de ethische principes van de anderen; zij zijn bijgelovig, achterlijk of simplistisch en ze gedragen zich bedenkelijk of zelfs 'barbaars' .

Trekken van een dergelijke wederzijdse afkeuring treft men ook aan bij de beoefenaars van antropologie en geneeskunde. Antropologen verwijten medici natuurwetenschappelijk

reductionisme terwijl omgekeerd de medici de lange verhalen van antropologen 'zacht', 'wollig', 'vaag' en 'onwetenschappelijk' vinden.

Köbben (1991) noemt biologisme het grootste taboe in de sociale wetenschappen en hij verwijst naar een aantal commoties rond onderzoekers die mentale of culturele verschijnselen langs biologische weg trachtten te verklaren. Recente voorbeelden daarvan zijn de criminoloog Buikhuizen en de neurobioloog Swaab die dergelijke suggesties deden met betrekking tot respectievelijk crimineel gedrag en homoseksualiteit. Biologisch determinisme wordt al gauw verbonden met fascistische en andere enge bewegingen. De felle reacties tegen sociobiologie komen uit die zelfde afkeer van biologisch reductionisme voort (cf. Huis in 't Veld 1982).(22)

Morele bedenkingen ten aanzien van elkaars werk zijn er ook tussen medici en antropologen. Antropologen 'claimen' weliswaar dat ze opkomen voor mensen, maar eigenlijk doen ze niets, vinden veel medici. Antropologie is "the art of hanging around". Als mensen met concrete problemen aankomen, praktiseren ze non-interventie. Omgekeerd tekenen antropologen bezwaar aan tegen de objectiverende wijze waarop medici hun patiënten behandelen.

Natuurlijk is hier sprake van grove stereotypering, maar zo werkt ethnocentrisme nu eenmaal; het gaat niet samen met nuancering, noch met verbeeldingskracht, de kunst om zich in de ander te verplaatsen.

Een Ghanees spreekwoord zegt dat degene die tussen twee strijdende partijen wil bemiddelen, de klappen krijgt. Degene die zich tussen de twee disciplines waagt te begeven, oogst vaak weinig waardering, van beide kampen. Voor de ene partij is hij een vreemdeling die nooit echt tot de autochtonen zal behoren; voor de andere is hij een apostaat. Het is moeilijk en ondankbaar werk.

"Als er één terrein des levens is waar taboes niet thuishoren is het de wetenschap," begint Köbben zijn betoog. Hij schrijft het met 'tongue in cheek'. Natuurlijk zijn er taboes in de wetenschap. Dat ontkennen zou betekenen dat men de wetenschap buiten de menselijke cultuur plaatst. Het zal inmiddels duidelijk zijn dat ik wetenschap als een bij uitstek cultureel verschijnsel zie, met sociale verplichtingen, etiquettes, machtsuitoefening, en ook met taboes. Daarom is interdisciplinariteit zo'n moeilijke zaak, men moet daarvoor de veilige bodem van de eigen cultuur verlaten. Dat roept angst op bij de 'overtreder' en agressie of spot bij de thuisblijvers. Als wetenschap echt wetenschappelijk was, zou interdisciplinariteit vanzelfsprekend zijn.

Er zit een grote mate van ironie in de antropologische kopschuwheid voor alles wat naar biologie zweemt. Antropologen, die het ethnocentrisme bestrijden, praktiseren het in eigen huis. Men zou verwachten dat zij, met hun scherpe oog voor de werking van cultuur, de culturele trekken van hun eigen discipline beter doorzien. Als het hun intentie is de grenzen van de eigen cultuur te overschrijden en deelgenoot te worden aan de cultuur van anderen, waarom blijven ze dan zo angstvallig op hun eigen wetenschappelijk territorium zitten? Het overschrijden van culturele grenzen - in de gewone betekenis van het woord - is blijkbaar minder bedreigend dan het verlaten van vertrouwd wetenschappelijk grondgebied. Ethnocentrisme presenteert zich als

een overlevingsstrategie; het ontslaat mensen van de noodzaak serieus na te denken over alternatieve wereldbeschouwingen; culturele overtuigingen worden oogkleppen om het leven eenvoudig te houden. De oproep van Crapanzano (1980: xiv) dat antropologie onze vooronderstellingen ter discussie moet stellen in plaats van bevestigen, wordt maar tot op zekere hoogte gehonoreerd.

Interdisciplinariteit is niet gemakzuchtig eclecticisme, wetenschappelijke hutspot, maar een verkennen van de grenzen van het eigen verklarings- of interpretatiemodel en zich ontvankelijk maken voor andere modellen. Disciplines zijn cultureel gereedschap waarmee mensen de werkelijkheid trachten te begrijpen en te verklaren. Geen discipline kan zich erop beroepen alomvattend te zijn en het laatste woord te hebben. De antropologische benadering concentreert zich op betekenis en bereikt dit door de verschijnselen die zij bestudeert in een context te plaatsen. De medische wetenschapper zal vaak geneigd zijn het tegenovergestelde te doen. Hij zal de context tijdelijk uitsluiten om zich te concentreren op biologische of chemische aspecten van het probleem dat hij bestudeert. Uiteindelijk zal de ziekte echter teruggebracht worden naar zijn 'natuurlijke' plaats, een patiënt in een specifieke culturele en fysieke conditie. De culturele interpretatie houdt een opdracht in voor de medische en vice versa. De antropologische visie weerspreekt de medische niet maar formuleert vragen en suggesties waar de natuurwetenschapper mee aan de slag kan. Omgekeerd vormen biologische uitspraken een uitdaging voor antropologen. De medische wetenschapper wordt uiteindelijk geconfronteerd met de sociale en culturele complexiteit van ziekte en gezondheid en de antropoloog met de harde natuurwetenschappelijke gegevens. Men zou kunnen zeggen dat iedere interdisciplinaire onderneming een poging is de diverse dualismes in onze cultuur te overbruggen, een hachelijke onderneming zoals moge blijken uit het werk van bijvoorbeeld Buytendijk en Merleau-Ponty. Interdisciplinariteit is het logische gevolg van het inzicht dat de werkelijkheid zelf 'multidisciplinair' is.

Ik zie interdisciplinaire samenwerking als een oefening in respect voor andersdenkenden, en een opgeven van wetenschappelijke zelfvoldaanheid.⁽²³⁾ Vanuit de overweging dat interdisciplinariteit een overwinning op het academisch ethnocentrisme is en een vooruitgang in wetenschappelijk inzicht zal ik mij inzetten voor een interdisciplinaire medische antropologie. Hoe ik de stokslagen die hier misschien op zullen volgen hoop op te vangen, zal ik uiteenzetten in mijn derde opmerking.

De antropologische fascinatie voor het medische

Tussen 1985 en 1987 deed Robert Pool onderzoek in een dorp in Kameroen naar sociale en culturele factoren die verband hielden met kwashiorkor. Althans, dat was de bedoeling. 'Kwashiorkor' wordt in de biomedische literatuur omschreven als een ziekte die voornamelijk bij kinderen voorkomt. Als symptomen worden onder meer groeiachterstand, vermagering, oedeem, verkleuring van het haar en apathie genoemd. De ziekte kwam veel voor in het dorp hoewel er zeker geen voedseltekort was. Het lag dus voor de hand te vermoeden dat er bepaalde gebruiken waren die ondervoeding veroorzaakten. Tijdens het onderzoek raakte Pool echter steeds meer in verwarring. Uit gesprekken met de dorpingen bleek dat er geen sprake was van ondervoeding, maar dat de ziekte veroorzaakt was door morele fouten van de ouders

of voorouders, bijvoorbeeld incest, moord, en zelfmoord. Anderen weten de ziekte aan het werk van heksen. 'Kwashiorokor' was een geïmporteerde term en verklaring die door gezondheidswerkers werd gehanteerd, voor de mensen was het allemaal veel ingewikkelder. Behandeling in de kliniek of het ziekenhuis had weinig resultaat, terwijl lokale genezers die met rituelen de fout wegnamen wel succes hadden. Zijn onderzoek is een sprekend voorbeeld van een antropologisch commentaar op een biomedisch 'feit'. Tijdens gesprekken over de ziekte brachten de dorpingen naar voren wat zij als de grootste bedreigingen van hun bestaan zagen en hoe zij zich tegen die gevaren trachtten te beschermen. Pools onderzoek is om die reden niet alleen een culturele interpretatie van een ziekte, het is ook een etnografisch essay met de ziekte als begin en eindpunt (Pool 1994).

Er zijn minstens twee redenen voor antropologen om gefascineerd te raken door het medische. De eerste is dat het veel intellectuele voldoening verschaft de culturele geaardheid te laten zien van een verschijnsel waarvan men in eerste instantie geneigd is te denken dat het zich buiten de cultuur, en dus buiten de bevoegdheid van de antropoloog bevindt. De tweede reden is dat er nauwelijks een onderwerp bestaat waar meer cultuur omheen gesponnen is dan ziekte en gezondheid. Opvattingen, praktijken en ervaringen die betrekking hebben op ziekte en gezondheid staan in verbinding met ieder onderdeel van de cultuur. In ziekte, gezondheid en gezondheidszorg worden wij geconfronteerd met de centrale en meest gekoesterde waarden en opvattingen van een cultuur; ze zijn een 'schatkamer' voor antropologisch onderzoek.

Er is een significant verschil tussen ontdekkingen in de natuurwetenschap en de antropologie. Een belangrijke natuurwetenschappelijke vondst gaat gewoonlijk over iets wat nieuw is, wat niemand nog wist, waar niemand nog opgekomen was. Een antropologische 'ontdekking' roept daarentegen herkenning op, ontdekt wat wij eigenlijk wel wisten maar wat door tal van andere zaken bedekt was geraakt. Misschien waren we het vergeten, misschien was het door sterkere krachten ter zijde geschoven, misschien was het door onszelf weggeduwd omdat de gedachte lastig was, of nutteloos, of pijnlijk. In die zin kan een antropologische interpretatie de lezer 'raken'. Hij kan uitroepen: "Verrek, dat is waar, ik heb het altijd al geweten!" De kracht van het antropologisch betoog ligt niet zozeer in kwantitatieve bewijsvoering ondersteund door statistische toetsen, maar meer in de overtuiging van het argument waardoor de lezer 'om' gaat en zegt: "Ja zo is het, ik herken het." De belangrijkste antropologische 'ontdekking', die keer op keer tot die 'Aha Erlebnis' voert, is dat er niets, maar dan ook niets bestaat wat 'puur' natuur is. Alles wat onder de ogen en handen van de mensen komt, wordt binnen het domein van de cultuur getrokken. En wat we niet onder ogen krijgen, hebben we geen weet van.

De antropologische duiding van ziekte is een sprekend voorbeeld. Ziekte is een cultureel product in de zin dat het welhaast ondenkbaar is dat de klacht niet met de leefwijze van de zieke te maken heeft. Maar verder lijkt de natuur zijn gang te gaan. 'Lijkt' ... , maar bij nadere beschouwing ontdekken we steeds meer culturele eigenschappen aan het verschijnsel ziekte.

Ziekte is een sociale gebeurtenis, de pijn, de klacht wordt aan anderen kenbaar gemaakt op een aangeleerde wijze. Een zieke die zich niet aan culturele regels houdt, loopt kans misverstaan te worden en niet de steun en sympathie te krijgen waar hij op gehoopt had. Gezondheidsklachten en ziektesymptomen, zou men kunnen zeggen, zijn niet biologische fenomenen die zich in het

lichaam voordoen en vervolgens aan anderen worden meegedeeld. Klachten en symptomen zijn communicatie. Zij vormen de boodschap waarmee iemand zich aan anderen voorstelt, zijn plaats bepaalt, zijn tijdelijke identiteit kenbaar maakt.

Ook de verklaring voor de ziekte kan niets anders dan een culturele daad zijn. De 'pool' waaruit genezer, patiënt en omgeving putten bij het zoeken naar een aannemelijke verklaring is per definitie een reservoir van overgeleverde culturele waarheden. Niemand kan een oorzaak bedenken die hem niet eerder door de traditie is aangereikt. Het is te verwachten dat dominante concepten van een cultuur terugkeren in de meest voorkomende ziekteverklaringen. In een maatschappij waar de mensen op elkaars lip leven en elkaar geen ogenblik uit het oog verliezen, ligt het voor de hand aan sociale oorzaken te denken, jaloezie die zich manifesteert via hekserij of het boze oog. Waar natuurwetenschappelijke inzichten het maatschappelijk leven beheersen, zoals in onze cultuur, zal men die natuurwetenschappelijke visie ook terugvinden in de verklaringen voor ziekte. Bovendien is de ziekteverklaring een uitgesproken sociale daad, want middels de verklaring spreekt men een oordeel uit: de patiënt kan ermee beschuldigd en vrijgesproken worden. Ziekte is een unieke gelegenheid om sociaal orde op zaken te stellen. Zij biedt mogelijkheden tot rancuneuze afwending en vijandschap, maar ook tot verzoening.

Als ziekte zo doortrokken is van cultuur dan kan het nauwelijks verbazen dat ook de ziekte-ervaring een cultureel artefact is. Wat de zieke voelt, ligt niet biologisch vast maar is gesitueerd in een web van sociaal-culturele en psychologische betekenissen. Klachten, waar men aanvankelijk niet zo'n aandacht aan besteedt, voelen anders nadat de diagnose kanker is gesteld. Een omstoken voet betekent voor een rijstboer in Vietnam niet hetzelfde als voor een ambtenaar in Nederland. Een luchtweginfectie bij een kind kan voor de ene moeder een kortdurend ongemak zijn en voor de andere een ernstige bedreiging, omdat hij veroorzaakt kan zijn door een jaloers iemand die het kind wil doden. Voor de een is de grootste pijn het sociale isolement waar de ziekte mee gepaard gaat, bij de ander geeft de extra aandacht het ziek-zijn zelfs een aangenaam gevoel (cf. Delvecchio Good et al. 1992). De culturele constructie van de ziekte-ervaring kan niet echt bewezen, maar wel aannemelijk gemaakt worden.

De tweede fascinatie die het medische voor de antropoloog heeft is dat het een knooppunt van sociale belangen en culturele betekenissen is. Wat mensen beweegt en waar zij in geloven laat zich nergens zo levensecht betrappen als in het denken en handelen rondom ziekte en gezondheid. Daar demonstreren mensen hoe zij de werkelijkheid verklaren, daar blijkt hoe men zich tot elkaar verhoudt, wie macht heeft en wat men waardevol acht.

In onze eigen cultuur komt daar nog bij dat het medische opgeklimmen is tot de hoogste waarden en zich een onaantastbare positie heeft verworven die slechts vergeleken kan worden met die van de godsdienst in vroegere jaren.

Rolies (1988b) citeert een enquête onder de Nederlandse bevolking waaruit blijkt dat een kwart van de Nederlanders gezondheid als de hoogste waarde beschouwt en de helft haar onder de drie hoogste waarden schaart. Daarmee heeft gezondheid voor velen een religieus belang gekregen; gezondheid geeft zin aan hun leven, zij ontlenen er leefregels aan zoals ze dat vroeger deden aan christelijke waarden. Als gezondheid het hoogste goed is, dan moet men er ook alles

voor over hebben. De meeste religies bevatten ideeën die de dood op een of andere wijze uitschakelen. Waar de dood zo haar prikkel verloren heeft, heeft gezondheid een betrekkelijke waarde. Maar waar die zekerheid van een overwinning op de dood niet meer bestaat, neemt het belang van gezondheid toe. Goede gezondheid houdt de dood weliswaar niet tegen, maar is toch de beste garantie op een zolang mogelijk uitstel ervan. Vandaar dat gezondheid voor velen een ultieme waarde heeft gekregen.

De onaantastbare waarde van gezondheid komt ook tot uiting in de wijze waarop men zich ervan kan bedienen bij het verwerven van maatschappelijke vrijstellingen. Op medische gronden kan men zo ongeveer van alles geëxcuseerd worden. Oppositie of twijfel aan de oprechtheid van een ziekteclaim wordt als hoogst ongepast beschouwd, zoals dat voorheen voor godslastering gold. Waarmee ik wil zeggen dat ziekte en gezondheid niet alleen fascinerend zijn voor medische antropologie maar ook voor religieuze en politieke antropologie; voor antropologie in het algemeen.

Enkele maanden geleden kwam ik in een file terecht, ongeveer honderd meter vóór de afslag naar mijn woonplaats. Ik besloot het laatste stukje over de vluchtstrook te rijden - het heet immers 'vluchtstrook' - maar na vijftig meter verscheen er een agente achter een boom vandaan en noteerde met groot enthousiasme mijn nummer. Enkele weken later werd de bekeuring thuis bezorgd. Mijn beroep op 'redelijkheid' werd niet geaccepteerd. Nu is er iemand in mijn familie die zeer veel ervaring heeft met het niet betalen van boetes voor verkeersovertredingen. Ik vroeg hem wat hij mij nu aanraadde te doen. Ik had het helemaal verkeerd aangepakt, legde hij uit. Ik had moeten schrijven dat ik me ziek had gevoeld en even de vluchtstrook was opgereden. Daarna had ik niet meer kunnen invoegen. De rechter zou dat zeker geaccepteerd hebben.

De studie van ziekte, gezondheid en gezondheidszorg stoelt op een tweevoudige traditie in de antropologie. Enerzijds heeft het medische, in zijn meest brede betekenis, altijd een centrale plaats ingenomen in het etnografisch werk. Anderzijds oefenen biologisch geduide verschijnselen een bijzondere aantrekkingskracht uit op de antropologie omdat zij een testcase vormen voor haar interpretatie-vermogen en haar confronteren met de grootste uitdaging voor ieder wetenschappelijk denken: de 'verstrengeling' (geen enkele term voldoet) van wat we 'materie' en 'geest' noemen.

'Ont-vreemding'

In de sterke voorliefde van antropologen voor onderzoek in 'vreemde' culturen zit ethnocentrisme verborgen. De implicatie van die exotische voorkeur is namelijk dat het vreemde zich beter voor culturele analyse leent dan het eigene. En als dat vooroordeel niet zou bestaan bij de antropologen, dan is het toch onvermijdelijk dat ze met hun werk die indruk wekken.

Recentelijk kan men echter spreken van een 'thuiskomst' van de antropologie. Een toenemend aantal antropologen besluit onderzoek te gaan doen in de eigen samenleving, al komt het nog steeds zelden voor dat dat onderzoek werkelijk in hun eigen (sub)cultuur plaats vindt. Vaak geeft men toch de voorkeur aan exotische groepen binnen de eigen maatschappij: nonnen in een

slotklooster, schoorsteenvegers, bankovervallers, prostituees, junkies, leeuwentemmers en kunstzwemsters.

Merkwaardig genoeg is die toewending naar de eigen samenleving nauwelijks bespeurbaar in de Nederlandse medische antropologie in tegenstelling tot de situatie in veel andere landen.(24) Uit de Verenigde Staten verschijnen opvallend veel medisch-antropologische publicaties gebaseerd op onderzoek in instellingen en bij bevolkingsgroepen in eigen land.(25) In 1993 werden in het toonaangevende tijdschrift *Culture, Medicine & Psychiatry* 23 artikelen gepubliceerd, daarvan handelden er vijftien over onderzoek in de eigen maatschappij. Een vergelijkbare tendens doet zich voor in een ander belangrijk tijdschrift, *Medical Anthropology Quarterly*. De afgelopen twee jaar heb ik ruim veertig medisch-antropologische scripties gelezen van een Engelse universiteit. Slechts één daarvan speelde buiten Groot-Brittannië.

Een verklaring voor de geringe betrokkenheid van de Nederlandse medische antropologie bij gezondheid en gezondheidszorg in eigen cultuur heb ik niet. Er zijn dingen gebeurd waaruit men zou kunnen afleiden dat de medische wereld weinig gesteld is op sociaalschappelijk onderzoek. Het meest beruchte voorbeeld is het gerechtelijk verbod op de publicatie van een studie naar de wijze waarop de medische staf en de patiënten in een kankerziekenhuis omgingen met angst. Het boek werd uit de handel genomen omdat de ziekenhuisautoriteiten niet akkoord gingen met de inhoud (Van Dantzig et al. 1978, De Swaan 1983b).(26) Daar tegenover staan echter positieve ervaringen van Van Dongen (1994a) in een psychiatrisch ziekenhuis. Het zou echter voorbarig zijn te spreken van een klimaatsverandering. Nog steeds blijken medische instellingen en fondsen in Nederland gereserveerd te staan tegenover antropologisch onderzoek. Ze vinden het te vaag, te algemeen, te weinig toegesneden op praktische problemen waar ze een oplossing voor zoeken. Daarover gaat straks mijn vijfde opmerking.

Het gevolg is wel dat het grootste deel van het medisch-antropologisch onderzoek nog steeds buiten Nederland wordt gedaan en dat daarmee een oud ethnocentrisme gevoed wordt. Ik doel op de opvatting dat de medische praktijken in andere samenlevingen 'cultuur' zijn maar de biogeneeskunde buiten en boven culturen staat. Antropologen hebben wel, reflecterend op hun 'exotisch' materiaal, hun beschouwingen doorgetrokken naar gezondheid en gezondheidszorgpraktijken in eigen maatschappij, maar van direct onderzoek is nauwelijks sprake.(27)

Ik ben ervan overtuigd dat zulk onderzoek niet alleen een verrijking zou zijn voor antropologen als wetenschappers die zich buigen over de culturele wortels en vertakkingen van hun eigen samenleving, maar ook voor degenen die werkzaam zijn in de medische sfeer en - niet te vergeten - voor allen die als patiënt met hen te maken krijgen.

Het zichtbaar maken van de culturele dimensie van medisch werk impliceert geen kritiek op dat werk maar toont een ongekend potentieel van therapeutische mogelijkheden. Woorden als 'macht', 'symbool' en 'ritueel' doen geen afbreuk aan de waarde van medische praktijken. De sociale en symbolische dimensie van het denken en handelen van artsen vormt een inherent onderdeel van hun effectiviteit en kennis van deze 'geheime kracht' komt hun vooral ten goede.

Bovendien - ik hoop dat dat niet pedant klinkt - verhoogt het bewustzijn van deze symbolische en sociale krachten de arbeidsvreugde. Het vak wordt er oneindig veel interessanter door.

Voor mij persoonlijk betekent dit dat ik mij in de komende jaren meer zal inzetten voor een de-exotisering van de medische antropologie. Ik hoop daarvoor de medewerking te krijgen van de 'powers that be'.

Nut en onnut van de medische antropologie (28)

De cultuur van de geneeskunde is op de eerste plaats praktisch. Van artsen wordt verwacht dat zij concrete oplossingen bedenken voor concrete problemen. Nauw daarmee verbonden is het besef dat tijd kostbaar is. Veel ingrepen moeten onmiddellijk gebeuren, voor het 'te laat' is. Een derde element van hun cultuur is dat medici hun succes afmeten aan de gezondheid van hun cliënten. Het behoud en herstel van fysiek welbevinden is de bestaansgrond van hun beroep. Zij zijn, om met Glasser (1988) te spreken, verantwoordingsverschuldigd aan mensen. Als hun werk niet resulteert in betere gezondheid, hebben ze gefaald en verdienen kritiek.

De hoofdingrediënten van de cultuur van antropologen zijn hier bijna het tegenovergestelde van. De 'gemiddelde' antropoloog van vandaag is theoretisch, bijna filosofisch, ingesteld. De antropologische producties die het meest bewonderd worden zijn beschrijvend, interpreterend en reflexief en bedienen zich bij voorkeur van een literaire stijl. Toegepaste antropologie wordt door veel antropologen beschouwd als een verwatering van hun vak, als een bedenkelijke concessie aan niet-antropologen, 'anderen'. Als het bovendien voor geld gedaan wordt - en dat is meestal het geval - riekt het naar intellectuele prostitutie.(29) Men zou kunnen zeggen dat een antropoloog die gerespecteerd wil worden door zijn collega's, zich niet moet inlaten met de praktische toepassing van de resultaten van zijn onderzoek.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat antropologen meestal geen grote haast hebben met het opschrijven van hun bevindingen. De minachting voor praktische zaken komt ook in de trage productie van hun publicaties tot uiting. Antropologen stellen dat hun inzichten en interpretaties tijd nodig hebben om te rijpen. Het is niets bijzonders als een antropoloog schrijft over onderzoek dat hij twintig jaar geleden heeft uitgevoerd. Ik heb dat zelf ook gedaan.

Voor de doorsnee antropoloog ligt de voltooiing van zijn taak niet in de verbetering van de leefsituatie van degenen bij wie hij onderzoek gedaan heeft, maar in de productie van teksten over hen. Als een arts voldoening vindt in het herstel van zijn patiënt, vindt de antropoloog dat in een gunstig onthaal van zijn publicaties. Hij is op de eerste plaats verantwoordingsverschuldigd aan zijn collega's en bestuurders, die zijn publicaties misschien dan niet lezen maar zeker tellen. Tegenover de mensen bij wie hij onderzoek gedaan heeft, en die vaak de facto co-auteurs van zijn werk zijn, hoeft hij zich veel minder te verantwoorden, al is dat nu geleidelijk aan het veranderen.

Dat het 'nut' van antropologisch onderzoek beperkt is, hangt uiteraard samen met het 'holistisch' karakter ervan. Als men er 'alles' bij betreft, weet men niet waar men moet beginnen. De lange en veelomvattende beschrijvingen van antropologen hebben dan ook vaak een

ontmoedigende en verlamrende uitwerking op beleidsmakers. Zij bieden geen concrete suggesties, ze vereenvoudigen het probleem niet (wat de doelstelling van medisch onderzoek is) maar compliceren het juist. En als zij aanbevelingen formuleren is het meestal in de trant van 'enerzijds zus', 'anderzijds zo', of - nog erger - ze concluderen dat er meer onderzoek (antropologisch natuurlijk) gedaan moet worden. Medici hebben vaak de indruk dat antropologen zich alleen post mortem tot concrete uitspraken laten verleiden. Als het kalf verdronken is, komen ze vertellen hoe dat heeft kunnen gebeuren; zelfs de put dempen ze niet.

Die 'onbruikbaarheid' van hun onderzoeksresultaten delen de antropologen met vele anderen die net als zij oog hadden voor de context van medisch denken en handelen. Verdoorn (1965: 445) meldt dat de ideeën van Pruys van der Hoeven in de vorige eeuw in de lucht bleven hangen omdat zijn collega's er niets mee konden, ze vonden zijn visie 'oeverloos'. Kuiper (1985: 66) schrijft dat velen geïmponeerd waren door Buytendijks antropologische fysiologie maar dat diens holistische visie in de medische opleiding verder totaal afwezig was. Ook H. ten Have (1983: 20) wijst hierop. Hij citeert Von Weizsäcker die opmerkt dat jonge medici zich vaak vol enthousiasme op de antropologische geneeskunde wierpen maar daarna rechtsomkeert maakten en aansluiting zochten bij de natuurwetenschappelijke geneeskunde. De eisen van de antropologische geneeskunde bleken in de praktijk te moeilijk

Aan medisch antropologen de uitdaging de kloven tussen antropologie en geneeskunde te overbruggen. Men mag en moet van hen verwachten dat zij zich bij tijd en wijle durven uitspreken over praktische problemen zonder hun antropologisch principes prijs te geven. Streefland (1990) pleitte in zijn inaugurele rede van enkele jaren geleden voor een werkelijk interdisciplinaire en probleem-gerichte medische antropologie, een verbetering van haar imago bij medici en beleidsmakers, en meer alertheid bij het initiëren van toegepast medisch-antropologisch onderzoek. Ook Richters (1991) roept op tot een toenadering tussen de denk- en werkwereelden van medici - in het bijzonder psychiaters - en antropologen. Bovendien bekritiseert zij haar collega-antropologen dat dezen onvoldoende aandacht hebben voor sociale en politieke factoren die ziekte veroorzaken en doen voortduren.

Een dergelijke accentverschuiving in het werk van medisch-antropologen zou inderdaad een overwinning op binnengeslopen ethocentrisme zijn. Het zou betekenen dat we in ons werk niet alleen uit zijn op het applaus van soortgenoten maar het ook trachten af te stemmen op de smaak en behoeften van anderen, beleidsmakers, gezondheidswerkers maar bovenal de lokale bevolking. Dankzij de antropologische verbeeldingskracht waar wij ons op beroepen, ons vermogen ons te verplaatsen in culturele anderen, moeten wij daartoe in staat zijn.

Een goed voorbeeld van zo'n toegepast onderzoek is dat van mijn collega Anita Hardon in twee arme wijken in Manilla. Zij probeerde te achterhalen hoe de mensen in die buurten zich te weer stelden tegen ziekte, met name door middel van zelfmedicatie, en hoe hun toestand verbeterd kon worden. De naïviteit van veel zogenaamd toegepast onderzoek is dat het wordt uitgevoerd als een dienst aan de minst geprivilegieerden en dat de resultaten en aanbevelingen vervolgens worden aangeboden aan de meest geprivilegieerden, degenen die er juist belang bij hebben dat alles bij het oude blijft. Haar onderzoek was echter een voortdurend gesprek met de direct betrokkenen, uitmondend in pogingen met hen oplossingen te weken voor de

gesignaleerde problemen. Filippijnse maatschappelijke groeperingen waren van begin tot eind betrokken bij het onderzoek, ze publiceerden het rapport, verspreidden het in de Filippijnen en gebruikten het in politieke en praktische activiteiten voor de verbetering van gezondheid in de wijken (Hardon 1989).

Antropologen hebben het graag over dialoog maar vaak zijn hun dialogen onverstaaanbaar voor de bedoelde gesprekspartners. Als medisch antropologen erin slagen een werkelijke dialoog op gang te brengen met niet-antropologen, bijvoorbeeld met gezondheidswerkers en leden van lokale gemeenschappen, realiseren zij iets waar veel van hun collega's slechts van kunnen dromen.

Besluit en dankwoord

Geachte toehoorders,

Het zal u duidelijk geworden zijn dat ik de medische antropologie zie als een uitdaging om ernst te maken met een van de diepste inspiraties van de sociale en culturele antropologie: los te komen van ethnocentrisme. Die uitdaging hoop ik, samen met mijn collega's, aan te gaan. Door onderwijs en onderzoek zullen wij de aandacht vestigen op de 'eigen wijsheid van de patiënt', om de woorden van een sociologische collega te gebruiken, en op de lessen die er te leren zijn als 'gewone' mensen het over hun ziektes en gezondheid hebben. Door ons meer te richten op medische kennis en praktijken in de eigen samenleving, hopen we een bescheiden bijdrage te leveren aan de culturele relativering en verdieping van de geneeskunde.

Het ethnocentrisme dat met ons eigen vak verweven is, hopen we te doorbreken door ons sterk te maken voor een interdisciplinaire en probleem-gerichte medische antropologie. Dat zal niet leiden tot een vervreemding van de sociale en culturele antropologie. Wij zien het medische als een fascinerend en belangrijk onderzoeksterrein in het centrum van de antropologie, maar we worden er niet door gebiologeerd.

Ik begon deze rede met de groet en de vraag: "Hoe gaat 't?". Die vraag verwijst naar de totaal-ervaring van menselijk welbevinden, niet opgesplitst in wetenschappelijke disciplines. Mijn pleidooi voor communicatie tussen disciplines en tussen zieken en genezers is logisch als we ons wetenschappelijk bezinnen op de betekenis van die vraag. Bovendien heb ik getracht u een beeld te schetsen hoe 't gaat met de medische antropologie. Aan het einde van mijn rede gekomen zeg ik: "Zo gaat 't; zo is het gegaan; zo zou het moeten gaan; en zo gaan wij het doen."

Ik dank het College van Bestuur van de Universiteit van Amsterdam en het Bestuur van de Faculteit Politieke en Sociaal-Culturele Wetenschappen voor hun medewerking bij de totstandkoming van deze leerstoel Medische Antropologie. Dat mijn benoeming valt in een tijd van ongekende bezuinigingen is enerzijds een wonder maar stemt mij anderzijds somber. Met bezorgdheid vraag ik mij af hoeveel poten deze stoel straks nog zal hebben.

Ik dank mijn collega's van de vakgroep Culturele Antropologie/Niet- Westerse Sociologie met wie ik nu precies twintig jaar vriendschappelijke en inspirerende relaties heb onderhouden. Ik

dank met name mijn huidige collega's in het dagelijks bestuur van de vakgroep die het op poten zetten van deze leerstoel met grote voortvarendheid hebben ondersteund.

Mijn dank gaat speciaal uit naar mijn promotor van destijds, Andre Köbben, met wie ik helaas maar kort heb mogen samenwerken. Zijn belangstelling en vriendschap zijn ook na zijn vertrek naar Leiden voor mij steeds een aanmoediging geweest.

Als het over medische antropologie gaat ben ik de meeste dank verschuldigd aan mijn collega's binnen de Sectie Medische Antropologie. Als eerste - en dat niet om chronologische redenen - moet ik Klaas van der Veen noemen. Beste Klaas, jouw onbaatzuchtige en onvoorwaardelijke steun aan 'onze' Medische Antropologie en aan mij persoonlijk is algemeen bekend. Voor velen waren wij een en dezelfde persoon en het was heel normaal brieven te ontvangen gericht aan Klaas van der Geest of Sjaak van der Veen. Het is niet overdreven te stellen dat medische antropologie de stormen van ruim tien jaar geleden niet overleefd zou hebben zonder jou en dat zonder jouw inspanningen ook deze plechtigheid nooit had plaatsgevonden. Over enkele maanden ga je de universiteit verlaten. Het doet mij genoeg dat je deze bekroning van je werk nog mag meemaken. Voor mij spreekt het dan ook vanzelf dat ik deze oratie aan jou opdraag als teken van onze vriendschap.

Een tweede naaste collega aan wie ik meer verschuldigd ben dan ik in deze korte tijd kan zeggen is Anita Hardon. Anita, vijfjaar geleden mocht ik een laudatio uitspreken bij gelegenheid van je promotie. Ik heb de neiging dat weer te doen. Jouw inzet, een wonderlijke mengeling van razende energie en geduld, heeft de Sectie Medische Antropologie, hoe klein ook, groot gemaakt. Daarnaast ben je de belichaming van de interdisciplinariteit waar ik vanmiddag voor gepleit heb. Ook zonder jou zou deze leerstoel er waarschijnlijk nooit gekomen zijn.

Tenslotte wil ik mij richten tot de andere collega's in de Sectie Medische Antropologie, in alfabetische volgorde: Anne Drews, Els van Dongen, Trudie Gerrits, Cor Jonker, Mark Raijmakers, Ria Reis, Pieter Streefland en Corlien Varkevisser. Het lijkt een grote groep, maar de insiders weten hoe bedrieglijk deze opsomming is. Ik hoop dat wij ook in de toekomst met hetzelfde enthousiasme en in dezelfde goede verstandhouding kunnen blijven samenwerken. Die wens richt ik ook tot Gerhard Nijhof en zijn collega's in de medische sociologie met wie wij bijna tien jaar een gezamenlijk onderzoeksprogramma hebben gevoerd.

De studenten die in Amsterdam medische antropologie volgen zijn voor mij altijd een stimulans en inspiratie geweest. Zij komen uit alle hoeken van Nederland en van de wetenschap en vormen als het ware een voorafbeelding van de interdisciplinaire, grenzen overschrijdende medische antropologie waar ik me de komende jaren voor in wil zetten. Ik hoop dat we elkaar blijven inspireren en dat voor velen van jullie de medische antropologie een zinvolle investering voor de toekomst mag zijn.

Teruggaand in de tijd wil ik mijn dank betuigen aan de missiecongregatie SVD, die mijn belangstelling voor de filosofische en culturele antropologie gewekt heeft. Sommige van haar leden zijn hier aanwezig. Bijna vijftien jaar heb ik in jullie midden geleefd en gestudeerd en het

is via jullie dat ik tenslotte in Ghana ben terechtgekomen. Die periode heeft een grote invloed op het vervolg van mijn leven gehad, ook al is dat anders verlopen dan ik toen kon vermoeden. Zonder de SVD zou ik waarschijnlijk niet antropoloog geworden zijn. Ik denk met dankbaarheid terug aan allen met wie ik gedurende die jaren ben opgetrokken, in het bijzonder aan Marcel Heyndriks die met zijn filosofielessen mij definitief gewonnen heeft voor de wetenschap die zich over de mens verwondert.

Tot slot een woord van dank aan degenen die mij het meest nabij tot steun zijn geweest, mijn ouders, mijn broers en zussen, en Betty, Rimke, Kees en Geertje. Hoe jullie dat hebben gedaan, is iets dat onder ons blijft; dat ga ik hier niet aan de grote klok hangen.

Ik heb gezegd

Noten

1. Verbaasd was ik dan ook toen ik ontdekte dat het nieuwe blad van de sociale wetenschappers 'Facta' heette.
2. Een uitvoerig betoog tegen ethnocentrisme en cultuur relativisme vanuit een filosofisch-antropologisch perspectief is te vinden in Lemaire 1976.
3. Andere medici die rond diezelfde tijd op hetzelfde terrein actief waren zijn: L. Ali Cohen, G A.N. Allebé, S.S. Coronel, L.J. Egeling, J.P. Heije, A.H. Israëls, J. Penn en J. Zeeman.
4. Voor een voortreffelijke studie van de 19e-eeuwse Hygiënisten, zie Houwaart 1991. Richters (1983) plaatst de Hygiënistische beweging in het perspectief van de medische antropologie.
5. Voor een uitgebreide beschouwing van het werk van Buytendijk, zie Dekkers 1986.
6. Een vluchtige blik op medisch-antropologische publicaties in Nederland bevestigt dit; deze tak van voorouders wordt nauwelijks genoemd, laat staan geciteerd.
7. Misschien is dit te sterk uitgedrukt. Met name aan de Universiteit van Amsterdam was er redelijk veel contact tussen sociologen en antropologen. Studenten in beide studierichtingen volgden een gezamenlijke propedeuse, die door de Amsterdammers zelf 'het Amsterdamse wonderkind' werd genoemd. Ook de figuur en het werk van Norbert Elias bracht antropologen en sociologen bij elkaar. In het werk van Goudsblom (bijvoorbeeld 1992) zit opvallend veel antropologie.
8. Aan de Universiteit van Amsterdam veranderde dat in 1984 toen medisch sociologen en antropologen samen gingen werken in één onderzoeksprogramma. De programmaleider van de sociologen was G. Nijhof die zich in het verleden voornamelijk met psychiatrische sociologie had beziggehouden (Nijhof 1978).
9. De geschiedenis van de medische sociologie in Nederland ziet er verwarrend uit en is, bij mijn weten, nergens beschreven. Deze summiere schets bevat dan ook zeker ernstige lacunes en misschien ook wel onjuistheden. Het wordt hoog tijd dat iemand zich waagt aan een geschiedschrijving. De meeste aartsvaders leven nog.
10. Bij het afscheid van Van Amelsvoort in 1986 werd hem een vriendenboek (Braakman 1986) met twaalf artikelen over gezondheidszorg en cultuur aangeboden. Zijn instituut veranderde enigszins van naam en karakter en werd meer binnen de medische faculteit geïntegreerd.
11. De betreffende cursus wordt nog steeds gegeven. Na het plotselinge overlijden van Buschkens in 1991 is de organisatie ervan overgenomen door respectievelijk J.D. Speckmann en L.J. Slikkerveer.
12. Zonder volledigheid na te streven noem ik nog een aantal medisch-antropologische onderzoeksprojecten van Leidse onderzoekers: Dechering (1987) naar demografische en sociaal-culturele invloeden op fertiliteit in Sri Lanka, Jordaan (1985) naar lokale geneeskunde op Madura (Indonesië) en Niehof (1985) naar ideeën over vruchtbaarheid bij vrouwen, eveneens op Madura. Andere Leidse promovendi zijn Wolffers (1987), Koesoebjono (1993) en De Meer (1993).
13. Sociale wetenschappers die zich tussen 1960 en 1980 aan het Koninklijk Instituut voor de Tropen met gezondheid en gezondheidszorg bezighielden waren D.G. Jongmans, C.M. Varkevisser, J.N. van Luyk en P.H. Streefland. Daarnaast dienen minstens de medici A. Muller, die tevens hoogleraar Epidemiologie was aan de Universiteit van Amsterdam, en J. Chabot, specialist in PHC, genoemd te worden.

14. WEMOS' eerste grote congres, waarmee het zich duidelijk manifesteerde, werd in november 1981 in Amsterdam gehouden en handelde over 'Gezondheid en Politiek in Ontwikkelingslanden'. Onder de sprekers bevond zich Van Amelsvoort. De congresmap met zo'n twintig artikelen uit internationale tijdschriften (Wemos 1981) heeft ongetwijfeld bijgedragen tot een ruimere verspreiding van sociaalwetenschappelijk commentaar op westerse gezondheidszorg in niet-westerse maatschappijen.
15. Meer informatie over medische antropologie in Nederland is te vinden in een overzicht van Streefland (1986) en in een kort artikel van De Bruyn (1991). Recentelijk is ook een geannoteerde bibliografie verschenen van 157 scripties en onderzoeksverslagen die tussen 1985 en 1993 in Nederland en Vlaanderen zijn geproduceerd op het terrein van de medische antropologie (Rajmakers 1993).
16. Pool (1994), Hardon (1989), Sciortino (1992), Bakker (1993), Krumeich (1994), Van Dongen (1994), Drews (1995). Tussen 1985 en 1995 waren er minstens vier promoties in de medische sociologie, waar medische antropologie toen nauw mee samenwerkte: Jaspers (1985), P. ten Have (1987), Verbeek-Heida (1992) en De Boer (1994).
17. Vijf grote projecten zijn meer-landen studies, naar het gebruik van injecties, naar sociaal-culturele aspecten van immunisatie, naar 'gender', reproductieve gezondheid en bevolkingsbeleid, naar medicijngebruik en naar PHC-gebruiken.
18. Primary Health Care (PHC) weerspiegelt de geest van de tijd. Paolo Freire (1972) had met zijn boek *Pedagogy of the oppressed* gepleit voor een bewustwording bij onderdrukte bevolkingsgroepen van hun situatie en van de mogelijkheden zich daaruit te bevrijden. Ivan Illich (1976) schreef een bestseller over medicalisering en de 'ziekmakende' effecten van geneeskunde. De literatuur over PHC kan een bibliotheek vullen. Belangrijke wegbereiders zijn ongetwijfeld Bryant (1969), Djuvanovic & Mach (1975) en Newell (1975). PHC zelf wordt als nieuw beleid in het zogenoemde Alma-Ata document (WHO/Unicef 1978) gepresenteerd. Een van de welsprekendste en invloedrijkste bepleiters van PHC buiten de Wereldgezondheidsorganisatie was - en is - David Werner (1977, 1981) die PHC als een uitgesproken politieke aangelegenheid ziet en de ideeën van Freire naar gezondheidszorg heeft vertaald. Belangrijke Nederlandse publicaties over PHC zijn de proefschriften van Muller (1981) en Engelkes (1989) en een bundel case-studies van Streefland & Chabot (1990).
19. Voor een uiteenzetting over de betekenis-verschuivingen van de term 'PHC' vanuit een meer-niveau perspectief, zie Van der Geest et al. 1990.
20. Hardman (1973) heeft de term 'muted' in de antropologie geïntroduceerd in een artikel over de 'antropologie van kinderen'. Wat kinderen zeggen is niet van belang, het is ongearticuleerd en sluit niet aan bij de heersende opvattingen. Ardener (1975) gebruikt de term voor de cultuur van vrouwen maar hij is ook toepasbaar op vele andere groepen mensen waar antropologen zich op richten.
21. Van Dijk (1989) heeft erop gewezen dat die nadruk op de vreemde cultuur problemen in de leef-werksituatie van migranten en het falen van de Nederlandse gezondheidszorg verhult.
22. Richters (1991 : 404-12) beschrijft de weerstanden tegen interdisciplinariteit tussen antropologen en psychiaters vanuit hetzelfde gezichtspunt. Hoewel zij soms met elkaar samenwerken, blijven zij zich achter hun eigen stellingen verschansen, lezen elkaars werk niet en nemen elkaars opvattingen niet serieus. Ieder blijft zijn eigen tuintje wieden en bepaalt zelf wat onkruid is, besluit Richters.
23. In een indringende bespreking van een medisch-antropologische studie over pijn lucht Menges (1993) als volgt zijn gemoed over de zelfingenomenheid van de auteurs: "(Het) valt mij op hoe voortreffelijk deze medisch antropologen het allemaal weten Er schuilt een zekere arrogantie in de manier waarop de niet-verlichte geesten in de kliniek worden geplaatst tegenover degenen die, zoals de auteurs, het licht hebben gezien. In deze eenzijdige benadering wordt voorbij gegaan aan het vaak wanhopige gevecht dat door artsen en andere hulpverleners wordt geleverd om chronische-pijn patiënten te 'verstaan'."
24. Dit betoog is gedeeltelijk gebaseerd op een 'Ten Geleide' dat ik schreef voor *Medische Antropologie* 5 (2): 177-80. Ik maak tevens dankbaar gebruik van een reactie hierop door Van Dongen (1994b).
25. Ik denk onder meer aan het werk van Kleinman, Good, Delvecchio Good, Stein, Lock en Martin.
26. De belangrijkste gedachten van het boek zijn alsnog gepubliceerd in een later boek van De Swaan (1983).
27. Als er al relativerend commentaar is geschreven over zorgpraktijken in Nederland, is dat gewoonlijk afkomstig van sociologen, filosofen en historici die reeds verbonden zijn aan medische faculteiten (bijv. Rolies 1988a, Mol & Van Lieshout 1989). Ook het monumentale proefschrift van Richters (1991) over het medisch-antropologisch perspectief gaat praktisch voorbij aan de Nederlandse situatie. Haar commentaar op de individualiserende en objectiverende benadering van natuurwetenschappelijke geneeskunde wordt voornamelijk gesitueerd in andere culturen. Kortom, antropologische studies van medische ideeën en praktijken in een Nederlandse context zijn nog steeds uiterst schaars.

28. Gedeeltes van mijn vijfde opmerking zijn reeds eerder naar voren gebracht in een editorial voor het tijdschrift *Social Science & Medicine* (Van der Geest 1995).
29. Zie voor een mini-debat over het verloren gaan van de 'zuiverheid' van de antropologie door de verleiding van het boze geld Pouwer (1987) en De Ruijter (1988).

Literatuur

Amelsvoort, V.F.P.M. van

1964 *Early introduction of integrated rural health into a primitive society: A New Guinea case study in medical anthropology*. Assen: Van Gorcum.

Ardener, E.

1975 'Belief and the problem of women.' In: Sh. Ardener (ed.) *Perceiving women*. London: Aldine, pp.1-17.

Bakker, J.

1993 *The lasting virtue of traditional healing. An ethnography of healing and prestige in the Middle Atlas of Morocco*. Amsterdam: VU University Press.

Berg, J.H. van den

1961 *Het menselijk lichaam* (twee delen). Nijkerk: Callenbach.

Bleek, W.

1976 *Sexual relationships and birth control in Ghana: A case study of a rural town*. Amsterdam: Anthropological-Sociological Centre.

Boer, E. de

1994 *De interpretatie van het verschil- De vertaling van klachten van mannen en vrouwen in de Riagg*. Amsterdam: Het Spinhuis.

Braakman, M. .

1986 *Gezondheidszorg en cultuur kritisch bekeken. Medisch-antropologische opstellen aangeboden aan Prof Dr. Vincent F.P.M van Amelsvoort*. Groningen: Konstapel.

Bruyn, Maria de

1991 'Medical anthropology in the Netherlands'. *Social Science & Medicine* 33 (6): 741-2.

Bryant, J.

1969 *Health and the developing world*. Itaca: Cornell University Press.

Buschkens, W.F.L.

1982 'R.A.J. van Lier en de ontwikkeling van de Leidse Medische Sociologie voor Ontwikkelingslanden. In: B.E 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. Slikkerveer

1982 *Health care in East Africa: Illness behaviour of the Eastern Oromo in Hararghe (Ethiopia)*. Assen: Van Gorcum.

Buytendijk, F.J.J.

1965 *Prolegomena van een antropologische fysiologie*. Utrecht: Aula.

Creyghton, M.

1981 *Bad milk: Perceptions and healing of a children's illness in a North African Society*. Academisch Proefschrift, Universiteit van Amsterdam.

- Crapanzano, V.
1980 *Tuhami. Portrait of a Moroccan*. Chicago: University of Chicago Press.
- Dantzig, A. van, et al.
1978 *Omgaan met angst in een kankerziekenhuis*. Utrecht: Aula (vernietigd).
- Dechering, W.H.J.C.
1987 *Ontwikkeling van fertiliteit op theeplantages in Sri Lanka: Een sociaal-demografisch onderzoek onder Indiase Tamils*. Academisch proefschrift, Rijksuniversiteit Leiden.
- Dekkers, W.J.M.
1983 'Buytendijks opvatting van een antropologisch georiënteerde geneeskunde. *Metamedica* 62 (3): 190-201.
1986 *Het bezielde lichaam. Het ontwerp van een antropologische fysiologie en geneeskunde volgens F.J.J. Buytendijk*. Zeist: Ketckbosch.
- DelVecchio Good, M.J. et al. (eds)
1992 *Pain as human experience: An anthropological perspective*. Berkeley. University of California Press.
- Dijk, R. van
1989 'Cultuur als excuus voor falende hulpverlening.' *Medische Antropologie* 1 (2): 131-43.
- Djuvanovic, V. & E.P. Mach
1975 *Alternative approaches to meeting basic health care needs*. Geneva: WHO.
- Dongen, E. van
1994a *Zwerfers, knutselaars en strategen. Gesprekken met psychotische mensen*. Amsterdam: Thesis Publishers.
1994b 'Over metselaars en geheime krachten. Een reactie op Van der Geest's Ten geleide.' *Medische Antropologie* 6 (1): 175-80.
- Elias, M.
1992 *Taboe in taal*. Utrecht: Kosmos.
- Elshout, J.M.
1923 *Over de geneeskunde der Kenja-Dajak in Centraal-Borneo in verband met hun godsdienst*. Amsterdam: Johannes Müller.
- Engelkes, E.
1989 *Health for all? Evaluation and monitoring in a comprehensive Primary Health Care project in Colombia*. Academisch proefschrift, Universiteit van Amsterdam.
- Freire, P.
1972 *Pedagogy of the oppressed*. Harmondsworth: Penguin.
- Geest, S. van der
1982 'The efficiency of inefficiency: Medicine distribution in South Cameroon.' *Social Science & Medicine* 16 (24): 2145-53.
1995 'Editorial. Overcoming ethnocentrism: How social science and medicine relate and should relate to one another.' *Social Science & Medicine* 40 (7): 869-72.
- Geest, S. van der, et al (red.)
1983 *Medische Antropologie*. Themanummer *Antropologische Verkenningen* 2 (3).

- Geest, S. van der & G. Nijhof (red.)
1989 *Ziekte, gezondheidszorg en cultuur: Verkenningen in de medische antropologie en sociologie*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Geest, S. van der, J.D. Speckmann & P.H. Streefland
1990 'Primary Health Care in a multilevel perspective: Towards a research agenda.' *Social Science & Medicine* 30 (9): 1025-34.
- Geest, S. van der & K.W. van der Veen (eds)
1979 *In search of health: Essays in medical anthropology*. Amsterdam: Antropologisch-Sociologisch Centrum.
- Glasser, M.
1988 'Accountability of anthropologists, indigenous healers, and their governments: A plea for reasonable medicine.' *Social Science & Medicine* 27 (12): 1461-64.
- Goudsblom, J.
1992 *Vuur en beschaving*. Amsterdam: Meulenhoff.
- Hardman, Ch.
1973 'Can there be an anthropology of children?' *Journal of the Anthropology Society Oxford* 4 (1): 85-99.
- Hardon, A.P.
1989 *Confronting ill health: Medicines, self-care and the poor in Manila*. Quezon City: Health Action Information Network.
- Have, H. ten
1983 'Antropologische geneeskunde.' *Metamedica* 62 (1): 10-21.
1987 'Afscheid van antropologische geneeskunde?' *Metamedica* 66 (4): 245-59.
- Have, P. ten
1987 *Sequenties en formuleringen. Aspecten van de interactionele organisatie van huisarts-spreekurgesprekken*. Academisch Proefschrift, Universiteit van Amsterdam.
- Houwaart, E.S.
1991 *De hygiënisten. Artsen, staat en volksgezondheid in Nederland 1840-1890*. Groningen: Historische Uitgeverij.
- Huis in 't Veld
1982 'Beestachtige sprookjes. De sociobiologie brengt dubbel onheil.' *Intermediair* 18 (26): 25-29.
- Illich, I.
1976 *Limits to medicine. Medical nemesis: The expropriation of health*. Harmondsworth: Penguin.
- Jansen, G.
1973 *The doctor-patient relationship in an African tribal society*. Assen: Van Gorcum.
- Jaspers, J.B.
1985 *Het medisch circuit*. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema.
- Jordaan, R.E.
1985 *Folk medicine in Madura (Indonesia)*. Academisch Proefschrift, Rijksuniversiteit Leiden.
- Kasanmoentalib, S.
1983 'De antropologische geneeskunde van Viktor von Weizsäcker.' *Metamedica* 62 (2): 104-17.

- Kleiweg de Zwaan, J.P.
1910 *De geneeskunde der Menangkabau-Maleiers*. Amsterdam: Meulenhoff.
- Klinkert, J. J.
1977 *Inleiding in de medische sociologie*. Assen: Van Gorcum.
- Köbben, A.J.F.
1991 'Taboes in de wetenschap.' In: A.J.F. Köbben: *De weerbarstige waarheid*. Amsterdam: Prometheus, pp. 9-26.
- Koesoebjono-Sarwono, S.
1993 *Community participation in an Indonesian setting*. Academisch proefschrift, Rijksuniversiteit Leiden.
- Krumeich, A.
1994 *The blessings of motherhood. Health, pregnancy and child care in Dominica*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Kuiper, J.P.
1975 *Het zal onze zorg zijn. Inleiding tot de gezondheidskunde: Basis van een inclusieve gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum.
1980 *Mensopvatting en gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum.
- Lemaire, T.
1976 *Over de waarde van culturen. Een inleiding in de kultuurfilosofie: Tussen Europacentrisme en relativisme*. Baarn: Ambo.
- Meer, K. de
1993 *Agriculture and child health: Land, peasants and children in the Andes of Southern Peru*. Academisch proefschrift, Rijksuniversiteit Leiden.
- Menges, L.J.
1983 'Antropologische geneeskunde en integrale geneeskunde.' *Metamedica* 62 (3): 180-9.
1993 'Recensie.' *Medische Antropologie* 5 (2): 317-21.
- Mol, A & P. van Lieshout
1989 *Ziek is het woord niet. Medicalisering, nominalisering en de veranderende taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg van 1945 tot 1985*. Nijmegen: SUN.
- Mulder, J.C.
1982 *Inventarisatie: Nederlands onderzoek betreffende ziekte en gezondheid in ontwikkelingslanden*. Den Haag: RAWOO.
- Muller, F.
1981 *Participación popular en programas de atención sanitaria primaria en America Latina. Escuela Nacional de Salud Publica, Medellin*. Academisch proefschrift, Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Newell, K.W. (ed.)
1975 *Health by the people*. Geneva: WHO.
- Niehof, A.
1985 *Women and fertility in Madura*. Academisch proefschrift, Rijksuniversiteit Leiden.
- Nijhof, G.
1978 *Individualisering en uitstoting: een perspectief voor een psychiatrische sociologie*. Amsterdam: Link.
- Nijhof, G. & S. van der Geest
1989 'Inleiding.' In: Van der Geest & G. Nijhof: *Ziekte, gezondheidszorg en cultuur*. Pp. 1-10.

- Nillissen, H.
1983 'Medische antropologie in Nederland en Vlaanderen: Een overzicht.' *Nieuwsbrief Medische Antropologie* (1): 5-31.
- Pool, R.
1994 *Dialogue and the interpretation of illness: Conversations in a Cameroon village*. Oxford: Berg. (oorspronkelijke versie proefschrift: 1989)
- Pouwer, J.
1987 'Pan! Pan! ... Sur les Tartares. Barbarij en ideologie onder ons.' *Antropologische Verkenningen* 6 (4): 19-40.
- Raijmakers, M.
1993 'Scripties en onderzoeksverslagen in de Medische Antropologie, 1985-1993. Een geannoteerde bibliografie.' *Medische Antropologie* 5 (1): 70-123.
- 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.
- Rolies, J. (red.)
1988a *De gezonde burger. Gezondheid als norm*. Nijmegen: SUN.
1988b 'Gezondheid: Een nieuwe religie?' In: J. Rolies (red): *De gezonde burger. Gezondheid als norm*. Nijmegen: SUN. Pp. 11-30.
- Ruijter, A. de
1988 'In de ban van Jan.' *Antropologische Verkenningen* 7 (3): 51-54.
- Sciortino, R.
1992 *Care-takers of cure. A study of health centre nurses in rural Central Java*. Academisch Proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Slikkerveer, L.J.
1990 *Plural medical systems in the Horn of Africa. The legacy of 'Sheikh' Hippocrates*. London: Kegan Paul.
- Speckmann, J.D.
1970 'Family Planning in Pakistan.' *Sociologische Gids* 17 (3): 213-25.
- Streefland, P.H.
1986 'Medical anthropology in Europe: The Netherlands.' *Medical Anthropology Quarterly* 17 (4): 91-94.
1990 *Zoeken naar een evenwicht. Inaugurale rede*, Universiteit van Amsterdam / Koninklijk Instituut voor de Tropen.
- Streefland, P.H. & J. Chabot (eds.)
1990 *Implementing Primary Health Care: The experiences since Alma Ata*. Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen.
- Swaan, A. de
1983a *De mens is de mens een zorg*. Tweede herziene uitgave. Amsterdam: Meulenhoff.
1983b 'Met de prop in de mond: Over de vrijheid van onderzoek.' *Vrij Nederland* 1 oktober 1983.
- Tellegen, E.
1970 *Medische sociologie: Een literatuurverkenning*. Alphen: Samson.

Veen, K.W. van der

1979 'Western medical care in an Indian setting: The Valsad-district in Gujarat.' In: S. van der Geest & K. van der Veen: *In search of health: Essays in medical anthropology*. Amsterdam: Antropologisch-Sociologisch Centrum, pp. 145-58.

Verdoorn, J.A.

1941 *Verloskundige hulp voor de inheemsche bevolking van Nederlandsch-Indië: Een sociaal medische studie.* 's-Gravenhage: Boekencentrum.

1965 *Volksgesondheid en sociale ontwikkeling*. Utrecht: Spectrum.

Verbeek-Heida, P.

1992 *De eigen wijsheid van de patiënt: Alledaagse overwegingen bij geneesmiddelengebruik*. Amsterdam: Het Spinhuis.

Voltaire

1975 *Candide of het optimisme*. Amsterdam: Arbeiderspers (oorspronkelijk 1759).

Wemos

1981 *Dokumematiemap Kongres Gezondheid en Politiek in Ontwikkelingslanden*. Amsterdam: Wemos.

Werner, D.

1977 *Where there is no doctor: A village health care handbook*. Palo Alto: Hesperation Foundation.

1981 'The village health worker: Lackey or liberator?' *World Health Forum* 2 (1): 46-68.

WHO/Unicef

1978 *Primary Health Care*. Geneva: WHO.

Wolffers, I.

1987 *Changing traditions in health care, Sri Lanka*. Academisch proefschrift, Rijksuniversiteit Leiden.