

# De verwondering van een medicus over de medische antropologie

Elly Engelkes

*In deze reactie op een eerder verschenen artikel levert de auteur kritiek op de antropologische benadering van gezondheidszorg als 'ritueel' en 'magie' en benadrukt dat medische hulpverleners door hun grotere betrokkenheid beter dan antropologen in staat zijn de zieke mens te begrijpen. Zij pleit voor meer uitwisseling van inzichten tussen medici en antropologen.*

## Inleiding

In een bijdrage aan dit tijdschrift, *'Aha: de omweg van de verwondering in de medische antropologie'*, beschrijft Van der Geest (1989) hoe antropologen zich langzaam aan bewust worden van het feit, dat ook de westerse geneeskunde een cultuur-gebonden verschijnsel is en daarom antropologische studie waard. Zijn idee om ook eens met het oog van de 'buitenstaander' naar onze geneeswijze te kijken, verdient, al is het niet geheel nieuw, waardering.

Zijn artikel gaat uit van twee veronderstellingen. De eerste is dat de wetenschappelijke geneeskunde uit onze samenleving is voortgekomen en daarmee een cultureel produkt is. De tweede betreft het onderscheid dat antropologen plegen te maken tussen het biomedische begrip 'disease' en de door de mens gevoelde, cultureel bepaalde 'illness'. Echter, gezien de westers-culturele oorsprong van het medisch-biologisch denken, is eigenlijk alles 'illness', en daarmee onderzoeksobject van de antropoloog, de objectieve buitenstaander die culturele processen bestudeert. Ik heb bezwaren tegen deze uitgangspunten en daarmee tegen de inhoud en strekking van het artikel.

Ik wil twee opmerkingen maken over de eerste veronderstelling. Ten eerste kan men zich afvragen in hoeverre de westerse geneeskunde cultuur-gebonden is. Onze 'wetenschappelijke' medische denkwijze is nog geen eeuw oud en heeft een harde strijd moeten leveren om door de eigen bevolking geaccepteerd te worden (Houwaart 1983: 295-308). Eigenlijk is zij dat nog steeds niet. Wie leest hoe moeizaam rond de eeuwwisseling de biologische en sociale geneeskunde in onze cultuur opgenomen werden (Verdoorn 1965: Hfdst. 6), moet onmiddellijk denken aan een soortgelijke 'strijd' nu in ontwikkelingslanden. Daarvóór waren het chirurgijnen, vroedvrouwen en -meesters, bakkers en kwakzalvers, die de geneeskunde

bedreven. De grondleggers van de sociale geneeskunde in Nederland, die erop wezen dat de erbarmelijke omstandigheden in de sloppenwijken van Amsterdam de oorzaak waren van de slechte gezondheid van de bewoners, werden niet geloofd (Houwaart 1983: 177). Zo beschouwde men 'luchtbederf' als de oorzaak van cholera (Houwaart 1983: 212) en geloofde men pas dat kraamvrouwenkoorts werd doorgegeven via de besmette handen van artsen, toen de verwekker zichtbaar aangetoond was (Lindeboom 1961: 249-51). Ook tegenwoordig kan niet gezegd worden, dat de medische wetenschap volledig geïntegreerd is in onze cultuur. Men denke slechts aan de vele zelfhulpgroepen en de populariteit van alternatieve geneeswijzen.

In de tweede plaats wil ik opmerken dat aantoonbare fysiologische afwijkingen, veroorzaakt door een met het oog zichtbaar gemaakt micro-organisme niet afhankelijk zijn van de cultuur van de patiënt of genezer. Een traditionele genezer uit Timbuktu zal, als hij in een microscoop kijkt, de micro-organismen ook zien. De geesten en demonen die door een genezer van een bepaalde cultuur als ziekteveroorzakers worden aangezien, hebben echter zelfs voor een naburig volk vaak al geen betekenis meer. Dat de *beleving* van symptomen afhankelijk is van psychologische, sociale en culturele achtergronden, is een andere kwestie en zal door geen enkele westers geschoolde arts ontkend worden. Dit brengt mij op mijn kritiek op de tweede veronderstelling.

De tijd is reeds lang voorbij, dat artsen zich in hun medisch handelen slechts lieten leiden door fysiologisch-biologische inzichten. Het is in de medische praktijk algemeen aanvaard dat sociologische en psychologische factoren het lijden van de patiënt mede bepalen. 'Illness' is, naast 'disease' reeds decennia een onderwerp in de medische literatuur. Ook in dit opzicht brengt de antropoloog niets nieuws – behalve dat hij in termen van 'ritueel' en 'magie' beschrijft, wat in moderne medische literatuur wordt onderzocht als psycho-sociale factoren. Ook het medisch handelen en de invloed van de arts-patiëntrelatie is onderwerp van medisch-wetenschappelijke studie.

#### **Voorbeelden uit de westerse geneeskunde**

De door Van der Geest aangehaalde voorbeelden uit de westerse geneeskunde worden beschreven volgens antropologische concepten. Uit de beschrijving blijkt dat de antropoloog niet de objectieve buitenstaander is, maar zijn eigen – subjectieve – interpretatie geeft van hoe hij het medisch handelen ervaart. Er is, om in sociaal-wetenschappelijke termen te spreken, sprake van een 'observer bias' in de aangehaalde voorbeelden. De beschrijvingen bevatten bovendien enkele onjuistheden, die de geloofwaardigheid van het betoog aantasten. Ze zeggen meer over de antropoloog en diens ideeën over het medisch handelen dan over onze geneeskunde. Laat ik dit toelichten door mijn – wellicht ook subjectieve – visie, beïnvloed door medische concepten, kennis en ervaring, te stellen tegenover enkele voorbeelden uit het artikel van Van der Geest.

## *Diabetes*

In het voorbeeld diabetes wordt gesuggereerd, dat de diabetes-behandeling niet rationeel verklaarbaar is, omdat de te hoge bloedsuikerwaarde geen relatie heeft met de ernst van *symptomen*. Het gaat bij diabetes-behandeling echter niet alleen om symptoombehandeling (de diabetespatiënt kan zich inderdaad gezond voelen, terwijl zijn bloedsuikerwaarde 'te hoog' is). De arts weet echter door ervaring, en uit door anderen verricht onderzoek, dat de patiënt in de toekomst een tot de dood of ernstige invaliditeit leidende ziekte zal krijgen als de hoge bloedsuikerwaarde niet behandeld wordt.

Diabetespatiënten produceren bij een verhoging van de bloedsuikerwaarde door het nuttigen van suiker of koolhydraten te weinig van het hormoon insuline. Het bestaan van het hormoon insuline, en het tekort ervan bij diabetespatiënten, werd in 1922 aangetoond door Sir Frederick Grant Banting (Lindeboom 1961: 280-1). Aangezien diabetespatiënten vóór deze ontdekking stierven als gevolg van extreem hoge bloedsuikerwaarden, betekende dit een revolutionaire ontwikkeling. Kortdurend hoge bloedsuikerwaarden geven weliswaar geen symptomen, maar bewezen is dat langdurig verhoogde waarden kunnen leiden tot ernstige nier- en oogafwijkingen. De synthetisch geproduceerd insuline kan in ernstige gevallen per injectie toegediend worden. Aangezien de dan toegediende dosis echter constant is, moet het suiker- en koolhydraatgehalte van het dieet ook constant gehouden worden. Zo kunnen patiënten door een dieet, en waar nodig door toediening van insuline, hun leven aanzienlijk verlengen.

De beperking van suiker en koolhydraten in het dieet van diabetespatiënten heeft dus tot doel, de behoefte aan insuline te verminderen en daardoor coma, nierafwijkingen, blindheid en zelfs de dood te voorkomen. Dit zijn geen "onbewezen assumpties die ook niet ter discussie gesteld worden" (Van der Geest 1989: 195), maar ervaringsfeiten. Het is geen magie om de twijfel (van de arts) weg te nemen, maar een maatregel om voorspelbare gevaren af te wenden, zoals men een deur op slot doet om diefstal te voorkomen.

## *Geneesmiddel en recept*

Dit voorbeeld beschrijft de 'magie' van het doktersrecept en van het arts-patiënt-contact. De antropoloog suggereert hierbij, dat de niet-farmacologisch te verklaren werking van een medicijn "haaks staat op de hoofdlijnen van de westerse wetenschappelijke geneeskunde" (Beretta, geciteerd door Van der Geest 1989: 196). Deze opvatting is reeds lang achterhaald.

Moderne geneesmiddelen hebben een aangetoonde specifieke farmacologische werking. Huisartsen, die minder mogelijkheden hebben om met behulp van laboratoriumtesten en röntgenonderzoek duidelijke diagnoses te stellen, maken echter veel gebruik van aspecifieke medicijnen. Men zou daarom kunnen stellen dat hun voorschrijfgedrag niet altijd 'rationeel' is. Door verschillende onderzoekers is aangetoond dat iedere arts zijn eigen stijl van geneeskundig handelen heeft, waarbij de één veel, de ander minder voorschrijft, de één veel praat, de ander vaak verwijst (Mokkink 1986). De karakters van arts en patiënt spelen een grote rol in de manier

van behandelen. De 'dokter als medicijn' werd al in de jaren vijftig beschreven door de psycholoog Balint (1957), die daarmee de aanzet gaf tot de zogenoemde 'Balint-cursussen', waar huisartsen hun gedrag en benadering van de patiënt leren analyseren en verbeteren.

Dat de arts-patiëntrelatie mede de effectiviteit van een geneesmiddel bepaalt, is derhalve al meer dan dertig jaar onderdeel van de medische wetenschap, naast de farmacologie en de bacteriologie. Overigens gaat er ook een 'magische' werking uit van het op de vrije markt gekochte medicijn. Moet het kopen bij de drogist of op de markt daarom ook als 'ritueel' beschouwd worden?

### *De operatiekamer*

De aangehaalde beschrijving van het operatiekamergebeuren door Felkner lijkt op die van een katholieke eredienst. Achter iedere als 'ritueel' beschreven handeling schuilt echter een functionele verklaring, die de schrijver buiten beschouwing heeft gelaten.

Sinds Semmelweis in 1846 ontdekte dat het desinfecteren van handen vermindering van kraamvrouwenkoorts met zich meebracht (wat aanvankelijk voor onzin werd uitgemaakt) en Pasteur dit later met microscopisch onderzoek bevestigde, is het begrip aseptis langzaam maar zeker geïntroduceerd in de chirurgie (Lindeboom 1961: 212). Lister toonde in 1867 aan dat aseptis bij grote wonden en fracturen leidde tot een sterke vermindering van het aantal dodelijke gevallen van wondinfectie in de chirurgie (Lindeboom 1961). Sindsdien zijn aseptische praktijken – wassen, borstelen, scheren, desinfecteren – routine geworden. Deze handelingen, door de observerende antropoloog 'seculaire rituelen' genoemd, "waarin de waarden en normen van de Amerikaanse maatschappij bevestigd worden" (Van der Geest 1989: 197) hebben voor chirurg en verpleegkundigen geen ander doel dan de op de normale huid aanwezige bacteriën te verwijderen of te doden. Al is met de huidige hygiëne het gevaar van infecties verminderd (het onderzoek naar aanwezige micro-organismen vóór en na het wassen of scheren is niet eensluidend), wassen en scheren blijft een vereiste zolang niet is aangetoond dat het nalaten ervan geen nadelige gevolgen heeft of beter is. In tegenstelling tot bij een ritueel zijn degenen die deze handelingen verrichten, zich bij ieder van de beschreven details bewust van het waarom ervan. Het wassen en scheren is geen doel op zich "ter versterking van de saamhorigheid", het is mogelijk nutteloos, maar kan nooit schadelijk zijn.

Operatiepersoneel hult zich in tevoren gesteriliseerde jassen. Deze moeten, om ze steriel te houden, zeer omzichtig worden aangetrokken en vastgemaakt, waarbij er zo weinig mogelijk contact is tussen onsteriele handen en steriele kleren. Hetzelfde geldt voor het aantrekken van steriele handschoenen. Beide worden zelfs met steriel instrumentarium aangegeven, hetgeen bij de niet-medische toeschouwer het beeld van een ritueel tussen misdienaar en pastoor kan oproepen. Het gaat hier echter allerminst om een eredienst of een bezwering.

Gedurende de operatie staat de chirurg, tenzij hij lang is, gewoonlijk op een verhoging, om het operatieterrein zo goed mogelijk te kunnen overzien, en niet, zoals Felkner suggereert, om zijn plaats in de hiërarchie te benadrukken. Vóór, na en soms gedurende de operatie worden gazen en instrumenten geteld. Het is

namelijk niet ondenkbaar (en is voorgekomen) dat instrumenten of gazen onopgemerkt in de geopende lichaamsholte van de patiënt achterblijven. Deze controle, door middel van tellen, dient dus om vast te stellen dat het aantal instrumenten en gazen vóór en na de operatie gelijk is. Het is geen ritueel om de patiënt te bezweren, zoals de vergelijking met het voorbeeld uit Zambia suggereert.

Zo is de interpretatie van het actie-gericht chirurgisch handelen als voortvloeiend uit onze actie-gerichte westerse cultuur (“men voelt zich pas gerust als er iets gedaan wordt”) wel erg ver gezocht; een hinein-interpretatie vanuit de bovengenoemde eerste veronderstelling. Actie “als oplossing voor onzekere situaties” is een kenmerk van *hulpverlening*, of die nu door een inheemse genezer, een traditionele vroedvrouw of een chirurg gegeven wordt. Hulpverleners uit alle culturen observeren, diagnostiseren en ondernemen actie. Afhankelijk van de aard van de klacht en het specialisme van de hulpverlener kan de periode van observatie en afwachten langer of korter duren. Een psychiater kan het zich permitteren lang af te wachten, maar een vroedvrouw of een bontzetter moeten net zo snel handelen als een chirurg. De chirurgie beschouwen als typerend voor de actie-gerichtheid van de westerse maatschappij lijkt mij onhoudbaar en ethnocentrisch.

#### *Het hart*

De ‘coronary bypass’ wordt verricht bij mensen met angina pectoris. Deze mensen hebben meestal gedurende jaren last gehad van pijn in de hartstreek en benauwdheid bij geringe inspanning. Dit is een zeer angstige ervaring. Het is niet ongebruikelijk dat angina-pectorispatiënten bij het optreden van de symptomen een ware doodsangst beleven. De daarmee gepaard gaande emoties verergeren alleen de klachten, zorgen voor meer hartkloppingen en benauwdheid, zodat een vicieuze cirkel ontstaat. Het is begrijpelijk dat zij van een hartoperatie veel verwachten. Alleen het feit dat er een grote ingreep plaats vindt kan bevorderen dat de vicieuze cirkel wordt doorbroken en een psychische stress voorkomen wordt, hetgeen een gunstig effect heeft op de lichamelijke klachten. De geciteerde auteur Moerman noemt dit ‘genezing door symboliek’. Het omgekeerde kan echter ook voorkomen – de patiënt kan door de operatie ook gefixeerd raken op zijn hartklachten (Grol 1981). Beide mogelijkheden zijn psychologisch te verklaren en in de medische praktijk bekend.

#### **Antropoloog en arts in ‘vreemde’ culturen**

De subjectiviteit en de beperkingen van antropologische beschrijvingen van medische praktijken in de eigen cultuur verleiden mij tot de volgende vraag: als de beschrijvingen van antropologen van hun eigen cultuur zulk een gebrekkige visie op de werkelijkheid geven, hoe zal het dan gesteld zijn met hun beschrijvingen van andere culturen?

De medische hulpverlener daar doet ook onderzoek – actie-gericht – bij zieke mensen: mensen met pijn, met angst, stervende mensen. De gegevens die een arts verzamelt, worden ook door vragen en observatie verkregen. De arts heeft boven-

dien inzicht in de lichamelijke toestand van de patiënt. De arts vergaart informatie waarover de antropoloog niet beschikt. De patiënt die hulp behoeft en vertrouwen heeft in de kennis en macht van de hulpverlener is misschien eerder geneigd zijn hart tegenover deze uit te storten dan de gezonde mens die door een antropoloog geïnterviewd wordt. De realiteit van de zieke mens, zoals die bekend is bij de hulpverlener, is de moeite van het bestuderen waard. Evenals een arts gebaat is bij informatie over normen, gebruiken en opvattingen die buiten het ziekenhuis gelden, kan wat in de arts-patiëntrelatie plaatsvindt de antropoloog helpen. Helaas ontbreekt het vaak aan deze interdisciplinaire communicatie, zoals onderstaand voorbeeld aantoont.

In Nigeria worden kinderen geboren die gedoemd zijn te sterven. Zij keren terug naar hun moeder, sterven opnieuw, enzovoort. Bij de Yoruba heten deze kinderen *abiku*, bij de Igbo *ogbanje*. De antropoloog Maclean (1982: 170) schrijft over dit verschijnsel:

One of the *spiritual* dangers lying in wait for pregnant women are *thought to be the spirits* of 'abiku' who may try to usurp the child in her womb if she is foolish enough to go out at night. 'Abiku' children are "born to die"; after living with their parents for only a little while, they leave to rejoin their spirit companions who have always been tempting them to return. Sometimes, *it is believed*, the same 'abiku' child will come back time and again to torment the parents with its temporary presence, only to die in due course...

The 'abiku' child which has returned a second or subsequent time can, *it is thought*, be recognized by some distinctive feature or mark.

This belief in 'abiku' children may be operating as a necessary and ingenious explanation for the high rate of infant deaths, providing a satisfactory framework within which such distressing episodes may be accepted (mijn cursivering, EE).

Maclean verklaart het verschijnsel als (bij)geloof, magie, omdat zij het niet kan verklaren en het alleen uit verhalen kent. Ik zelf heb jarenlang als arts in Oost-Nigeria gewerkt en ben via mijn werk met *ogbanje* in aanraking gekomen. Ik heb daar indertijd het volgende over geschreven (Engelkes 1981):

In de kraamkliniek werd een vrouw opgenomen voor een bevalling. Haar voor-geschiedenis vermeldde dat enkele van haar kinderen jong gestorven waren. Ongebruikelijk is dat hier niet. Waar het sterven van een kind in Europa iets schokkends is, omdat het zelden voorkomt, is het hier iets schokkends, omdat het zo vaak voorkomt. Zelfs op onze kinderafdeling konden we niet voorkomen, dat er elke week enkele kinderen doodgingen.

Ik hoorde niets over deze vrouw totdat ze lang en breed was bevallen. De bevalling was goed gegaan, maar het kind werd geboren zonder rechterhand: de rechterarm eindigde in een stomp; de linkerhand was normaal en ook verder leken er geen afwijkingen te zijn. De verpleegsters vroegen mij welk advies ze de moeder moesten geven. Ik kon alleen zeggen, dat ze het kind, als het ouder was, naar een centrum moest brengen – er was zo'n centrum in de buurt – waar het een prothese kon krijgen... Op de een of andere manier echter leken mijn woorden niet over te komen. De moeder keek hopeloos. Ik voelde dat ze nooit naar een centrum zou gaan...

Enkele dagen later hoorde ik wat er in dit geval aan de hand was... Een verpleeg-kundige vroeg in een les, of het mogelijk was, dat de gedachten van een vrouw

gedurende haar zwangerschap een uitwerking hebben op haar kind... Ik vroeg om een voorbeeld. En toen kwam het: drie eerdere kinderen van de moeder van 'ons' kind waren jong gestorven. Zij waren *ogbanje*. Het kenteken, dat men de laatste *ogbanje* had gegeven na het overlijden was een afgehakte hand. Als het volgende kind zonder hand zou worden geboren, zou dat betekenen, dat het om hetzelfde kind ging, en dat het dus opnieuw vroeg zou sterven. De vrouw had zich gedurende de zwangerschap en bevalling steeds zorgen gemaakt of het kind wel een rechterhand zou hebben, zo sterk zelfs, dat ze, toen het kind net was geboren, hysterisch had geroepen: "Heeft het een rechterhand???". Toen het kind inderdaad geen rechterhand bleek te hebben, wist ze dus hoe laat het was. Kon ik als arts daar een verklaring voor geven? *Ik moest ze het antwoord schuldig blijven.*

Door mijn beleving als arts kan ik het verschijnsel van het steeds weerkerende kind, herkenbaar aan zijn 'distinctive feature', niet afdoen als 'geloof' of 'magie' – ik ervaar het als een realiteit. Ik constateer, dat westerse kennis thans tekort schiet om sommige verschijnselen te verklaren. In onze eigen cultuur zouden wij vragen om (natuurwetenschappelijk en psychologisch) onderzoek, ten behoeve van toekomstige behandeling en preventie.

In het verleden heeft in onze cultuur zulk onderzoek verbanden aangetoond tussen maagzuurproductie en stress, tussen karakterverandering en schildklierafwijking. Men is nog niet zover dat men bijvoorbeeld het 'spontaan' genezen van ver gevorderde kanker kan verklaren (cf. Van Baalen & De Vries 1987). Dit verschijnsel zal daarom voorlopig nog onderwerp van empirisch onderzoek blijven. Ook de invloed van gedachten van een aanstaande moeder op de lichamelijke toestand van het kind in haar baarmoeder is (nog) niet te verklaren, maar kan op *dezelfde wijze wetenschappelijk onderzocht worden.*

Het blijkt dat meer medici, die met dit verschijnsel geconfronteerd zijn, in deze richting denken. Zo heeft de Nigeriaanse psychiater Ilechukwu *abiku/ogbanje* beschreven in termen van zowel antropologie, psychiatrie en 'family life cycle therapy'. Hij constateert dat, dankzij betere overlevingskansen van kinderen in het algemeen, er tegenwoordig oudere kinderen en volwassenen zijn, die in hun vroege jeugd als *abiku* bestempeld werden. Hij werd als psychiater geïnspireerd tot een studie vanwege de verwaarloosde staat van patiënten die het stigma van *abiku* of *ogbanje* droegen en vanwege het feit dat dezen zich vaak voortijdig aan behandeling onttrokken. Ilechukwu (1988) beschrijft het concept, de symptomatologie, en de traditionele en moderne behandeling van *abiku/ogbanje*. Hij laat tevens zien welke veranderingen het verschijnsel heeft ondergaan onder invloed van de verbeterde overlevingskansen en hoe lokale genezers zich daaraan aangepast hebben. Hij maakt hierbij onder meer gebruik van antropologische literatuur, Afrikaanse romans en psycho-analyse. Hoewel Ilechukwu geen verklaring zoekt voor het verschijnsel, is zijn medische visie erop interessant: hij accepteert het verschijnsel als een realiteit, zoekt niet naar een rituele of magische betekenis, maar beschrijft het. Dan kijkt hij, welke invloed het verschijnsel heeft op zijn patiënten, gemotiveerd door het psychisch en somatisch leed dat hij bij hen aantreft. Om andere psychiaters op de hoogte te stellen van de gevolgen van dit verschijnsel, en op zoek naar effectieve behandelingsmethoden voor hen die eraan lijden, maakt hij een studie van *abiku*. Hij schuwt daarbij niet de uitspraak dat traditionele behandelings-

methoden mogelijk effectiever zijn dan moderne. Zijn medisch georiënteerde studie geeft nogmaals aan dat antropologen en medici veel van elkaar hebben te leren.

Medische wetenschappers richten zich in hun onderzoek op het ontdekken van steeds nieuwe mogelijkheden voor hulpverlening. Zij 'graven' steeds verder en maken daarbij gebruik van natuurwetenschappelijke, maar ook – sinds vele decennia – van psychologische, sociologische en antropologische inzichten. Antropologen hebben een heel andere doelstelling en invalshoek: zij trachten een culturele 'verklaring' te vinden voor de gebeurtenissen om hen heen. Deze verschillende benaderingen worden helaas nog zelden met elkaar geconfronteerd.

#### Noot

Elly Engelkes is arts. Zij heeft gewerkt in Nederland, Nigeria en Colombia. In 1989 is zij gepromoveerd op een proefschrift over evaluatie en 'monitoring' van 'primary health care', gebaseerd op haar ervaringen in Colombia. Momenteel is zij werkzaam als privé consultant in de sociale gezondheidszorg.

Zij dankt Annemiek Richters, Linda Reyerkerk en Sjaak van der Geest voor hun waardevolle suggesties bij eerdere versies van dit commentaar.

#### Literatuur

Baalen, D. van & M.J. de Vries

1987 *'Spontaneous' regression of cancer. A clinical, pathological and psychosocial study.* Rotterdam: Medische Faculteit, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Balint, M.

1957 *The doctor, his patient and the illness.* London: Pilman Medical Publications.

Engelkes, P.E.M.

1981 De vloek van Ogbanje. *Medisch Contact* 36 (17): 26.

Geest, S. van der

1989 Aha: de omweg van de verwondering in de medische antropologie. *Medische Antropologie* 1 (2): 190-206.

Grol, R.

1981 *Huisarts en somatische fixatie.* Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, Medische Faculteit.

Houwaart, E.

1983 Hygiënist in de 19e eeuw: hygiënist en de geneeskunde als sociale wetenschapsantropologie. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 61: 295-308.

Ilechukwu, S.T.C.

1988 Ogbanje/Abiku: a culture-bound construct of childhood and family psychopathology in West Africa. Abstract in: *Transcultural Psychiatric Research Review* 27 (1990): 197-205.

Lindeboom, G.A.

1961 *Inleiding tot de geschiedenis der geneeskunde* (4e druk, 1980). Meppel: Rodopi.

Maclean, U.

1982 Folk medicine and fertility: aspects of Yoruba medical practice affecting women. In: C. McCormack (ed) *Ethnography of fertility and birth.* London: Academic Press.

Mokkink, H.G.A.

1986 *Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen*. Academisch proefschrift, Katholieke Universiteit Nijmegen.

Verdoorn, J.A.

1965 *Het gezondheidswezen te Amsterdam in de 19e eeuw*. Nijmegen: Socialistische Uitgeverij Nijmegen.