

Ten geleide

Sjaak van der Geest

Medische antropologie in Nederland en Vlaanderen is nog steeds een overwegend 'exotische' aangelegenheid, iets wat je ver van huis doet. Antropologisch onderzoek naar ervaringen rond ziekte en gezondheid in de eigen samenleving behoort tot de uitzonderingen. En als zo'n onderzoek plaatsvindt is het meestal onder 'culturele minderheden'. In de ogen van beleidmakers en gezondheidswerkers zijn antropologen de experts op het gebied van vreemde zeden. Het is haast onvoorstelbaar dat vanuit de medische wereld een verzoek komt om antropologisch onderzoek naar iets dat tot onze eigen cultuur gerekend wordt. Je vraagt toch ook geen metselaar om de televisie te repareren!

De geringe belangstelling voor de eigen cultuur is niet alleen een karaktertrek van de 'oude' medisch antropologen die misschien in die traditie zijn opgevoed, ook de jonge generatie lijkt er mee behept te zijn. In het overzicht van scripties en onderzoeksverslagen op het terrein van de medische antropologie dat in het vorige nummer van dit tijdschrift werd gepubliceerd, kwamen 157 titels voor die tussen 1985 en 1993 uitgekomen waren. Slechts vijftien daarvan waren gebaseerd op onderzoek naar een onderwerp in de eigen maatschappij. Studies over migranten en vluchtelingen zijn daar niet bij gerekend. Slechts zes van die vijftien waren scripties van mensen die in de antropologie zijn afgestudeerd, de andere waren van studenten in de sociologie, gezondheidswetenschap, verpleegwetenschap, gezondheidsvoorziening en voeding.

De drang naar verre landen wordt weerspiegeld in de werkgelegenheid van medisch antropologen. Ik zou niet één medisch antropoloog weten die *als antropoloog* in Nederland een functie vervult binnen de gezondheidszorg of in de opleiding van artsen, verpleegkundigen of andere paramedici. Ik betwijfel of de situatie in Vlaanderen hier veel van verschilt.

Omgekeerd is de belangstelling van de medische wereld voor medische antropologie, althans in Nederland, ook gering. Als redacteur van *Medische Antropologie* ben ik mij dat scherp bewust. Ik weet dat dit tijdschrift nauwelijks doordringt bij mensen die actief zijn in de gezondheidszorg. De situatie is iets gunstiger wat betreft docenten in universitaire en hogere beroepsopleidingen op het gebied van gezondheidszorg. Verder is mijn inschatting dat de belangstelling in Vlaanderen relatief iets hoger ligt, met name bij huisartsen.

De veel gehoorde kreet dat de antropologie 'thuis is gekomen', blijkt voor de medische antropologie niet op te gaan. Ook de stelling dat antropologen via de studie van 'de ander' – zelfs 'de Ander' met een hoofdletter – een reflectie bieden op eigen geloof en zeden, lijkt meer modieus dan reëel. In het werk van Nederlandse en

Vlaamse medisch antropologen is weinig van deze reflectie of culturele kritiek terug te vinden.

De vraag dringt zich op of dit inderdaad verklaard moet worden uit het 'exoticisme' van de antropologen, zoals ik boven suggereerde, of uit de geslotenheid van de medische wereld voor antropologie. Ik denk dat beide factoren van zeer groot gewicht zijn. De interesse voor antropologie lijkt nog steeds grotendeels gericht te zijn op haar oude imago van 'verre volkeren'. De meeste studenten in mijn eigen faculteit kiezen dan ook bij hun afstuderen voor een leeronderzoek ver weg, of – als dat niet mogelijk blijkt – een onderzoek bij 'vreemden' in de buurt: 'culturele minderheden'.

Maar het is ook waar dat medische instellingen en extra-murale activiteiten op het gebied van de gezondheidszorg moeilijk toegankelijk zijn voor antropologisch onderzoek. Enerzijds zijn artsen en andere gezondheidswerkers weinig gesteld op pottekijkers, zeker bij de huidige sfeer van kritiek op medische praktijken. Ze zijn lastig en bedreigend en kosten tijd. Een zekere allergie voor commentaar vanuit de sociaal-culturele hoek is duidelijk aanwezig. Men denke aan de affaire rond de studie van Van Dantzig en De Swaan in het Anthoni van Leeuwenhoekhuis, het Amsterdamse kankerziekenhuis. De publikatie van hun studie werd door de ziekenhuisautoriteiten verhinderd omdat zij het beeld van de zorg dat de auteurs gaven te negatief vonden (Van Dantzig et al. 1978, De Swaan 1984). Anderzijds bestaan er – terecht – ethische barrières. De regel dat patiënten moeten instemmen met het onderzoek en er geen nadeel van mogen ondervinden wordt in onze eigen samenleving heel wat nauwkeuriger nageleefd dan in de 'verre' landen waar wij gewoonlijk onderzoek verrichten. De ironie hiervan kan niemand ontgaan.

Het merkwaardige is echter dat de geringe betrokkenheid van antropologen bij de eigen gezondheidszorg niet een universeel verschijnsel is. Als ik de laatste jaargang van het toonaangevende medisch antropologische tijdschrift *Culture, Medicine & Psychiatry* doorneem, constateer ik dat van de 23 artikelen die in 1993 gepubliceerd werden er vijftien handelden over onderzoek in de eigen maatschappij (twee artikelen over migranten zijn hier niet bij gerekend). Van de vier nummers waren er twee themanummers ('Bio-politics: the anthropology of the new genetics and immunology' en 'Women, poverty and AIDS') die beide praktisch geheel gewijd waren aan onderwerpen binnen de eigen samenleving van de auteurs. In een ander belangrijk tijdschrift *Medical Anthropology Quarterly* is eenzelfde tendens waar te nemen, hoewel minder extreem.

De afgelopen tijd had ik het genoegen 21 scripties te lezen van afgestudeerden in de medische antropologie aan een Britse universiteit. Alle auteurs hadden onderzoek gedaan in hun eigen maatschappij. Ze schreven onder meer over bejaarden, mannen die een ziek familielid verzorgden, psychiatrie, wijkverpleging, bodybuilders, mensen met reuma, het gebruik van maskers in de operatiekamer, condooms, zwaarlijvigheid en over de relatie tussen blinden en hun geleidehond. Velen van hen hadden hun onderzoek verricht in vertrouwde omgeving, in het instituut waar zij zelf gewerkt hadden of ergens waar vrienden of kennissen woonden of werkten. Dikwijls bleek dat de keuze dichtbij ook een praktische was: men had geen geld of tijd elders

onderzoek te gaan doen. Bovendien moesten velen hun studie en onderzoek combineren met werk en familie verplichtingen waardoor 'exotisch' onderzoek sowieso uitgesloten was. De 'thuiskomst' van de medische antropologie lijkt hier tevens door materiële omstandigheden bevorderd te zijn. Het ziet er naar uit dat de medische antropologie in Nederland en Vlaanderen zich in diezelfde richting beweegt.

Maar waarom zo gepleit voor medische antropologie in eigen samenleving? Analooq aan Foster & Anderson (1978: 208-18) denk ik dat de antropologie vooral in drie opzichten interessant kan zijn voor de medische wereld. Ten eerste is er de relativiserende blik die de antropoloog voorstaat. Relativisme impliceert de bereidheid om welwillend en met respect naar andere culturen te kijken, andere denk- en handelwijzen serieus te nemen. Binnen de samenleving zijn er diverse 'subculturen' die bepaald onwillend tegenover elkaar kunnen staan. Het serieus nemen van lekenklachten door medische specialisten doorbreekt een dergelijke barrière en kan beschouwd worden als een voorbeeld van (sub)cultureel relativisme. Als tweede bijdrage denken Foster & Anderson aan het 'verklaringsmodel' van antropologen. Zij benadrukken dat menselijk denken en handelen in sociale situaties tot stand komt en een uitgesproken symbolische betekenis heeft. Dat perspectief kan ook met vrucht worden toegepast op ziek-zijn en medische handelen en verheldert de bezigheden van gezondheidswerkers. Tenslotte wijzen Foster & Anderson op de onderzoeksbenadering van antropologen, participerende observatie. Door zich te verplaatsen in de positie van de ander is men beter in staat te begrijpen wat deze beweegt en mankeert. Ze zijn van mening dat antropologie op grond van deze overwegingen een bijdrage kan leveren aan de humanisering van de gezondheidszorg. Wellicht wat optimistisch, want de antropoloog die zich inleeft in de positie van de medicus of verpleegkundige zal begrijpen dat dezen nog andere belangen hebben en dat 'humanisering' hun taak tevens complexer maakt en meer tijd kost, twee grote vijanden van mensen die in de gezondheidszorg werken.

Bovendien blijft de argwaan tegen de sociale en culturele wetenschap bestaan. Medici hebben het gevoel dat woorden als 'macht', 'symbool' en 'ritueel' die antropologen vaak gebruiken om medische praktijken te kenschetsen, afbreuk doen aan de ernst van hun werk (cf. Engelkes 1991). Dat is een misverstand dat, vrees ik, nog vele jaren zal blijven heersen. Antropologen zijn er schuldig aan omdat zij in hun studie van medische praktijken in de eigen samenleving niet altijd de empathie en het respect hebben getoond waarmee zij wel in andere culturen te werk zijn gegaan. Enkele trend-settende publikaties in de studie van de biomedische cultuur vertonen sporen van dat gebrek aan empathie (Wright & Treacher 1982, Hahn & Gaines 1985, Lock & Gordon 1988). Maar medici moeten begrijpen dat de sociale en symbolische dimensie van hun denken en handelen een onmisbaar deel is van de effectiviteit van hun vak en dat kennis van deze 'geheime kracht' hun enkel ten goede komt.

Dit themanummer tracht de sociale en culturele reflectie op de eigen gezondheidszorg te realiseren door Afrikaanse divinatie en Westerse diagnose in één discussie samen te brengen en met elkaar te vergelijken. Wat grif aangenomen wordt ten

aanzien van divinatie, dat subjectiviteit en contingentie, symboliek, onderhandeling en 'performance' een grote rol spelen, gaat ook op voor diagnose in onze eigen ziekenhuizen. De inleiding van Filip De Boeck en René Devisch en de daarop volgende vijf artikelen gaan hierover. De twee resterende bijdragen, van Ate Nievaard en José Levelink, gaan respectievelijk over antroposofische en reguliere ziekenhuiszorg in Nederland en over opvattingen betreffende voeding en gezondheid in Irian Jaya, Indonesië.

Verder bevat dit nummer, zoals gebruikelijk, enkele berichten en een uitgebreide rubriek besprekingen en signalementen van pas verschenen boeken en andere publicaties op het gebied van de medische antropologie.

Literatuur

Dantzig, A. van et al.

1978 *Omgaan met angst in een kankerziekenhuis*. Utrecht/Antwerpen: Aula (boek is vernietigd).

Engelkes, E.

1991 De verwondering van een medicus over de medische antropologie. *Medische Antropologie* 3(1): 128-36.

Foster, G.M. & B.G. Anderson

1978 *Medical anthropology*. New York: John Wiley & Sons.

Hahn, R. & A. Gaines (eds.)

1985 *Physicians of Western medicine: Anthropological approaches to theory and practice*. Dordrecht: Reidel.

Lock, M. & D. Gordon (eds.)

1988 *Biomedicine examined*. Dordrecht: Kluwer.

Swaan, A. de

1984 Met de prop in de mond. Over de vrijheid van onderzoek. In: A. de Swaan et al. *De brandende kwestie*. Amsterdam: Uitgeverij Raamgracht, pp. 11-31.

Wright, P.W.G. & A. Treacher (eds.)

1982 *The problem of medical knowledge: Examining the social construction of medicine*. Edinburgh: University of Edinburgh Press.