

Over metselaars en geheime krachten Een reactie op Van der Geest's 'Ten geleide'

Els van Dongen

In dit artikel reageert de auteur op een 'Ten geleide' van Van der Geest, waarin het doen van medisch-antropologisch onderzoek in de eigen cultuur wordt besproken. Zij wil aangeven dat de inzichten die volgens Van der Geest de medische antropologie voor de eigen samenleving belangrijk maken niet voldoende zijn om anderen van het belang van het onderzoek te overtuigen, maar dat er meer doelstellingen van de 'thuisantropologie' moeten zijn.

In *Medische Antropologie* 5(2) reflecteert Sjaak van der Geest op het doen van antropologisch onderzoek naar ervaringen van ziekte en gezondheid in de eigen samenleving. Hij schetst een tamelijk somber beeld van de werkzaamheden die antropologen in de eigen samenleving momenteel doen. Metselaars, blij bij je troffel! Ik ben het met het stuk van Van der Geest in grote lijnen eens, maar wil als antropoloog die in de eigen cultuur onderzoek doet zijn vertoog met enkele kanttekeningen aanvullen.

Allereerst wil ik op enkele van Van der Geest's opmerkingen ingaan. Zijn stuk geeft de indruk dat er geen 'echt' medisch antropologisch onderzoek in Nederland wordt gedaan. Toch zijn er zijn medisch antropologen die in eigen samenleving onderzoek hebben gedaan en nog doen (Van Dongen 1989, 1994; Reis 1993), daarbij de kenmerkende antropologische methode gebruiken, zoals 'participerende observatie' en erover hebben gepubliceerd. De antropologie mag zich in toenemende belangstelling verheugen. Ik weet bijvoorbeeld dat het vak antropologie wordt gedoceerd in opleidingen voor psychiatrisch verpleegkundigen en wel door antropologen. Er zijn antropologen werkzaam binnen de hulpverlening, hoewel hoofdzakelijk op het terrein van 'vreemde' culturen. Weliswaar staat dit alles nog in de kinderschoenen, maar toch... 'Cultuur' en 'sociale aspecten' worden in meer en meer medische werken genoemd, met name als ze handelen over chronische en psychiatrische ziekten (Cf. Dekker, e.a. 1992, Van den Bosch 1993). Weliswaar vormen beide een sluitstuk van het verhaal, maar ze zijn aanwezig. Het besef dat cultuur en sociale facetten in ziekte en gezondheid een belangrijke rol spelen, is zo langzamerhand in de medische wereld doorgedrongen. Een bouwput voor antropologen in de toekomst?

Van der Geest's artikel wekt ook de indruk als zouden alle medici en anderen die in de gezondheidszorg werken, allergisch reageren op sociaalwetenschappelijk onderzoek. Het voorbeeld van De Swaan's onderzoek is dan ook min of meer schokkend. Mijn ervaringen met de directie van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis zijn echter anders dan die van Van der Swaan. Het betreft dan wel de relatie tussen psychiater-antropoloog, maar die hoeft niet altijd even ongemakkelijk te zijn als bijvoorbeeld door Skultans (1991) wordt geschetst. Wellicht is in de medische wereld een duidelijker besef ontstaan dat men als arts net als patiënt subject is. Niettemin moeten gezondheidswerkers soms iets wegslikken als zij lezen hoe zij doen en wat voor betekenissen er aan het medisch handelen te onderscheiden zijn. Datzelfde geldt overigens ook voor antropologen als zij van een collega lezen hoe het in hun eigen cultuur is gesteld. Ik citeer in dit verband een reactie van een antropoloog op een forumpublikatie in de Volkskrant, waarin een commentaar op de reacties op het gedrag van ernstig psychisch gestoorde mensen werd gegeven (Van Dongen 1993): "...al doet het wel een beetje zeer je eigen cultuur in dit perspectief te zien." Ik maak deze vergelijking omdat het niet zo zeer om het *medisch* handelen gaat, als wel om *cultureel* handelen. In de spiegel kijken is soms geen pretje.

Van der Geest noemt de symbolische en sociale dimensie van het geneeskundig handelen een 'geheime kracht'. Kennis ervan, zo stelt hij, komt enkel ten goede aan gezondheidswerkers. Naar mijn idee moeten antropologen beseffen dat zij met een studie naar de genoemde dimensies iets raken dat een dilemma in de geneeskunde vormt. Het is het dilemma van subjectiviteit/professionaliteit of zo men wil: van afstandelijkheid en betrokkenheid. Met een analyse van symbolische en sociale dimensies breekt de antropoloog iets af. Dit zijn precies de 'geheime krachten' waarover Van der Geest aan het eind van zijn stuk spreekt. De kracht van veel handelingen wordt mijns inziens nu juist ontleend aan het geheim. Met het geheim bedoel ik hier niet dat de kennis van medici geheim zou moeten zijn. Ik bedoel in deze reactie met geheim de subjectiviteit van medici. Volgens Lacan (1966) is het meestersvertoog – het medisch handelen in dit geval – gebaseerd op het geheim van machteloosheid en subjectiviteit van gezondheidswerkers. Deze moeten geheim blijven om effectief te kunnen handelen. Althans, zo luidt de gangbare opvatting. Artsen en therapeuten 'moeten' geloven in het niet-bestaan van de eigen subjectiviteit. Het behoort tot hun professionele attitude. Op het moment dat dit geheim openbaar wordt, is de plaats van de meester verloren. Volgens Lacan impliceert het verlies van de meesterplaats chaos. Op zijn minst zou men dan verminderde effectiviteit van het medisch handelen kunnen verwachten. Medici verstoppen dientengevolge hun subject-zijn dikwijls. Sociaal-wetenschappelijke onderzoekers laten nu juist dit subject-zijn van medici, hun twijfels, hun zorgen, en dergelijke zien, zoals ze ook het subject-zijn en de beleving van patiënten laten zien. Dit geeft zeker ook de ongemakkelijkheid, waar in 'Ten geleide' over geschreven wordt. Dit neemt overigens niet weg dat een antropoloog dan maar niet de symbolische dimensies van het medisch handelen moet beschrijven en analyseren. Een dergelijke beschrijving en analyse draagt bij aan de humanisering van de geneeskunde, de vermenselijking van de meester, daar is men het over het algemeen wel over eens, ook binnen de geneeskunde. Maar dan moet de antropoloog er wel iets aan toevoegen,

anders loopt onderzoek de kans tot een soort roddel te worden en weerstanden op te roepen die men liever zou vermijden. Bovendien is het nog een open vraag of patiënten wel overweg kunnen of willen kunnen met de kennis die achter bedoeld 'geheim' schuilt.

Verzoeken uit de medische wereld om antropologisch onderzoek te doen komen niet of nauwelijks voor. Antropologie heeft zijn plaats in de eigen cultuur nog niet gevonden. Naar mijn idee komt dit voor een deel voort uit het gebrek aan helderheid over de doelstelling van medisch antropologisch onderzoek in de eigen cultuur. De toevoeging mis ik in het stuk van Van der Geest.

Analoog aan Foster en Anderson (1978) onderscheidt Van der Geest drie opzichten waarin medische antropologie in de eigen cultuur interessant kan zijn: de relativiserende attitude van de antropologie, de symbolische betekenisgeving aan menselijk handelen en de participerende observatiemethode. Deze drie aspecten zijn niet erg indrukwekkend. Zij overtuigen mij als medisch antropoloog die nu toch al heel wat jaren in de eigen cultuur onderzoek doet, eigenlijk niet van de extra dimensie die de medische antropologie kan geven. En in mijn argumentatie naar hulpverleners aan het begin van mijn eerste onderzoek in een psychiatrisch ziekenhuis, bijna zeven jaar geleden, ben ik dan ook al heel snel tot ontdekking gekomen dat zij van een dergelijke argumentatie ook niet erg onder de indruk waren. Betekenisgevingsprocessen, symboliek van het medisch handelen, het serieus nemen van klachten van mensen door artsen op grond van relativiserende kennis, dit alles is natuurlijk belangrijk en draagt bij tot verbetering van de gezondheidszorg. Dit verduidelijken is echter niet voorbehouden aan de medische antropologie. In een van de stellingen behorende bij haar proefschrift, stelt Sciortino (1992) dat we de rol van de antropoloog als mede-auteur van de werkelijkheid niet moeten overschatten. Zo is het. Relativering, verklaringsmodel en onderzoeksmethode overtuigen de medische wereld niet van de noodzaak van antropologisch onderzoek. Zoiets kan men zelf ook wel bedenken en heeft men al bedacht in gedragswetenschappen en vooral in de psychiatrie. Daar heeft men geen metselaars voor nodig. De medische antropologie zal andere argumenten dienen te vinden om haar metselarijen in eigen cultuur voor anderen interessant te maken. Want interessant is het vak, ook voor anderen.

Aanvullend op Van der Geest's argumentatie zijn twee doelstellingen die een antropoloog naar voren zou kunnen brengen. De eerste is het tot stand proberen te brengen van relaties tussen verhalen van verschillende groepen mensen (Cf. Richters 1992: 468), bijvoorbeeld van artsen en patiënten, waarin 'mensen hun behoeften aan zorg voor hun welzijn uitdrukken' (ibid). Deze verhalen staan niet los van elkaar en komen uiteindelijk voort uit dezelfde cultuur of uit ervaringen van dezelfde cultuur. De betrokken groepen en hun waarden en opvattingen over gezondheid en ziekte beïnvloeden de ervaring van ziekte. Maar het omgekeerde is ook het geval en dringt zich tegenwoordig steeds meer op de voorgrond. De zieke mens drukt zich over zijn ziekte niet alleen in een cultureel idioom uit, maar tracht ook al dan niet samen met zijn arts of therapeut de drempels die in zijn cultuur zijn opgeworpen voor zieke mensen, te nemen. Scarry (1985) spreekt van "unmaking" en "making the world". Arts en patiënt maken samen een wereld. Zo bezien zijn de verhalen als het ware het fundament waarop

de metselende antropoloog zijn huis kan bouwen. Ze laten de fricties en de knelpunten in de gezondheidszorg zien, maar ook de fricties tussen het koppel arts-patiënt en cultuur. Ze laten zien hoe ideeën over gezondheid in een cultuur op verschillende niveaus zich ontwikkelen en vorm krijgen. Zo kunnen ze dienen voor (kritisch) zelfonderzoek en openlegging van behoeften van mensen (en dan niet enkel de behoeften van patiënten, maar ook die van artsen).

De tweede doelstelling is enigszins 'een heet hangijzer', omdat zij vaak wordt (mis)verstaan als 'kritiek' op gezondheidswerkers. Deze doelstelling behelst een cultuuranalyse of zo men wil, een cultuurkritiek. Analyse van of een kritische beschouwing van, in dit geval, de 'grote verhalen' die de toepassing van de geneeskunde en het beleid op het terrein van de gezondheidszorg legitimeren (cf. Richters 1992: 468). Zo'n analyse wordt al snel gelezen als arseen voor de geneeskunde op zich. Dit is een misverstand, dat ik graag uit de weg zou zien, zowel bij antropologen als bij artsen. De geneeskunde is geen gesloten systeem, dat los van de samenleving functioneert. Zij ligt erin verankerd en is er door gevormd. Men dient de doelstelling daarom eerder te verstaan als een kritische houding ten opzichte van de eigen cultuur.

Als men onderzoek doet in eigen cultuur, komt men steeds vaker en indringender tot de ontdekking dat al die individuele verhalen en betekenisgeving niet zo erg veel van elkaar verschillen. Ze hebben namelijk twee belangrijke dingen met elkaar gemeen: ze refereren enerzijds aan soms desastreuze gevolgen van macro-verhalen van de moderne westerse samenleving (Cf. Richters 1991: 468) en wijzen op ziekmakende aspecten in onze cultuur. Ik hoor zulke referenties en verwijzingen in de verhalen van de patiënten van mijn onderzoek, maar ook in die van hun therapeuten die dagelijks met de gevolgen van hoogst ambivalente, paradoxale en contradictoire culturele waarden en normen worden geconfronteerd (Van Dongen 1994). Anderzijds hoor en lees ik ook verhalen die iets anders met elkaar gemeenschappelijk hebben: patiënten en artsen of andere gezondheidswerkers laten in deze verhalen zien hoe zij zich teweer stellen tegen de beperkingen die er in hun cultuur bestaan voor hun handelen en denken. Een antropoloog zou dit spanningsveld van normatieve krachten kunnen beschrijven en analyseren. Het is immers niet de arts die een gezondheidsideologie schept, maar de gehele samenleving waarvan hij en zijn patiënt deel uit maken. Het bijzondere van de antropologie is dat zij dit door haar specifieke methode met kleine verhalen kan illustreren. Vanuit hun specifieke positie en kennis die is opgedaan in andere culturen, kunnen antropologen iets 'doen' waar artsen en therapeuten dikwijls niet aan toekomen of wat zij vanuit hun positie niet kunnen doen: de eigen cultuur aan een kritische analyse onderwerpen, de ziekmakende aspecten van de cultuur en de culturele hulpbronnen die mensen benutten om zich te verweren tegen ziekten en beperkingen duidelijk maken.

Medisch antropologen kunnen het zich naar mijn idee niet langer veroorloven *geen* uitspraken op moreel-ethisch terrein te doen. In onze cultuur, waar over morele zaken een steeds grotere dissensus bestaat, zoekt men de consensus steeds meer in een universele norm van gezondheid. Gezondheid als norm wordt gebruikt om maatschappelijke problemen te reguleren. Ik wil hier Ten Have citeren:

Tegenover de twijfel of een bepaalde handeling ethisch juist dan wel onjuist is, staat de zekerheid dat ze in elk geval gezond of ongezond is. De vraag naar het *goede* leven wordt dan ook door velen opgevat als een gezondheidsprobleem: we zijn niet gezond om te leven, maar leven om gezond te zijn. De verklaring van deze ontwikkeling vereist een diepgaande cultuurbeschouwing (1988: 122).

Hieraan kan de antropologie, overigens samen met andere disciplines, bijdragen. Ze ontsluit niet de 'geheime krachten' van een arts of therapeut, maar die van de cultuur. Hierbij moet zij niet blijven steken op het niveau van de casuïstiek (Cf. Barnes 1979), maar normatieve uitgangspunten in een cultuur toetsen en zo een steentje bijdragen aan de bijstelling ervan.

Deze reactie moet, zoals eerder is opgemerkt, niet worden gezien als een commentaar op Van der Geest, maar als een aanvulling. Een aanvulling die overigens niet volledig is. Als anderen, vanuit hun antropologisch onderzoek binnen de eigen cultuur of vanuit hun perspectief aan een discussie over dit onderwerp willen bijdragen, zou mij dat welkom zijn. Wie weet wordt dan een fundament gestort waarop antropologen verder kunnen bouwen.

Literatuur

- Barnes, J.
1979 *Who should know what? Social science, privacy and ethics*. Harmondsworth: Pelican Books.
- Bosch, R.J.
1993 *Schizofrenie. Subjectieve ervaringen en cognitief onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Dekker, J. et al.
1992 *Pijn, kwaliteit van leven en chronische ziekten*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Dongen, E. van
1989 *Die deur is de wereld*. Communicatie en betekenisgeving in een therapeutische gemeenschap. Utrecht: Universiteit van Utrecht, doctoraal scriptie.
1993 *Moderne gek wordt weer op narrenschip geplaatst*. *Volkskrant*: Forum 19 april.
1994 *Dissertatie*. Amsterdam: Thesis Publishers (in press).
- Foster, G.M. & B.G. Anderson
1978 *Medical anthropology*. New York: John Wiley and Sons.
- Geest, S. van der
1993 *Ten geleide*. *Medische antropologie* 5(2): 177-81.
- Have, H. ten
1988 *Gezondheid tussen beschrijving en waardering*. In: J. Rolies, (red.), *De gezonde burger. Gezondheid als norm*. Nijmegen: Sun, Pp. 107-25.
- Lacan, J.
1966 *Écrits*. Paris: Éditions du Seuil. 2 Vols.
- Reis, R.
1993 *Pilotstudy epilepsie*. Cleo A-102.
- Richters, J.M.
1991 *De medisch antropoloog als verteller en vertaler*. Heerhede: Smart.
- Scarry, E.
1985 *The body in pain. The making and unmaking of the world*. Oxford: Oxford University Press.

Sciortino, R.M.E.

1992 *Care-takers of cure. A study of health centre nurses in rural Central Java.* Amsterdam: Academisch proefschrift.

Skultans, V.

1991 Anthropology and psychiatry: the uneasy alliance. *Transcultural Psychiatric Research Review* 28(1): 5-25.