

## De 'native' als vreemdeling Medisch-antropologisch onderzoek in Nederland

Els van Dongen

*In dit artikel gaat de auteur in op enkele methodologische en theoretische implicaties van medisch-antropologisch onderzoek in eigen samenleving. Vanuit eigen ervaringen pleit zij ervoor om de problemen en conflicten die zich in dit soort onderzoek voordoen te gebruiken voor de ontwikkeling van de discipline.*

*Deze omgeving is door mensen gemaakt, overal zijn ze aanwezig,  
zichtbaar of verborgen achter de gevels. Het overkomt mij  
in een straat als deze dat ik onbestemd over al die mensen,  
al die levens loop te dromen. Menigmaal veroorzaakt het  
een onbeschrijflijke verbazing dat ik niet één van die anderen ben,  
die anderen niet mijzelf zijn...*  
(Hubert Lampo: *De Geheime Academie*)

Peter Uytendale, historicus en hoofdpersoon in Lampo's boek heeft het over zijn eigen samenleving. Hij is er thuis, maar anderen zijn hem vreemd en hij is vreemd voor anderen. Wat is 'thuis'? Thuis is vooral bekend, vertrouwd. Een antropoloog blijkt 'thuis', in eigen cultuur, meer gemeen te hebben met zijn informanten dan een antropoloog die in Verweggistan veldwerk doet. Tenminste, dat is de gangbare opvatting. Sterker nog: sommigen noemen de antropologische studie naar culturele verschijnselen thuis 'gemakkelijk' (Bloch 1988). Eigen samenlevingen worden immers door andere disciplines bestudeerd en daarom is alles al 'bekend'.<sup>1</sup> De uitsluiting van 'thuis' in medisch-antropologisch werk impliceert ook de veronderstelling dat dit onderzoeksveld gewoon is, niet informatief, misschien zelfs wel banaal. Veldwerk in Nederland doe je 'desnoods' (Van Dijk 1994),<sup>2</sup> als het niet anders kan, maar het is niet het echte werk.<sup>3</sup> Dit suggereert echter dat een antropoloog meer de spreekbuis van een bepaalde regio is, dan iemand die werkt aan theorieontwikkeling en intellectuele groei. De weinige medisch antropologen die het desondanks gewaagd hebben in de eigen

samenleving onderzoek te doen, weten wel beter. Het onderscheid tussen eigen en andermans cultuur kan niet langer worden gedefinieerd middels regionale grenzen of geografische territoria.

Op fenomenologisch niveau is het onderzoeksveld – de eigen cultuur – van een medisch antropoloog inderdaad bekend. Maar daar houdt de gemeenschappelijkheid met informanten dan ook meestal op. Men is niet de vreemdeling die in de huid van een ‘native’ wil kruipen, maar een ‘native’ die zich als een vreemdeling moet gedragen (Heilman 1980), iemand die uit zijn eigen huid stapt. Dat heeft consequenties. Na bijna tien jaar medisch-antropologisch onderzoek in eigen cultuur (in een psychiatrisch ziekenhuis), voel ik me daarin niet meer zo thuis als voordien. Het heeft mijn leven drastisch veranderd. Ik ervaar die ‘onbeschrijflijke verbazing’ van Peter Uytendale nagenoeg dagelijks.

Vanuit mijn ervaringen wil ik ingaan op enige theoretische en methodologische implicaties van medisch-antropologisch onderzoek in de eigen samenleving. Ik haak hiermee in op het artikel van Sjaak van der Geest (1996), waarin hij voor een thuiskomst van de medische antropologie pleit. Ik zal deze implicaties niet uitputtend bespreken, maar slechts enkele voetangels en mogelijke bijdragen aan de ontwikkeling van de medische antropologie beschrijven. Ik ga dan in op participerende observatie, positie en rol van de antropoloog thuis en antropologische concepten als holisme, symbolische orde en sociale grenzen.

### **Antropologie, een studie van de apen? Methodologische overwegingen**

Theoretische en methodologische implicaties van medisch-antropologisch onderzoek in eigen samenleving<sup>4</sup> zijn moeilijk los van elkaar te zien, omdat in kwalitatief-interpreterend onderzoek de uitwerking van het perspectief van de onderzoeker sterk met veldwerk en analyse is verbonden. De ontwikkeling van het theoretisch perspectief vindt ideaal gezien plaats in een cyclus van reflectie – waarneming – analyse – reflectie (Peters et al. 1989). Dit houdt onder meer in dat het perspectief van te voren slechts beperkt is uitgewerkt. Hier is de eerste drempel voor medisch-antropologisch onderzoek. Subsidiegevers en gezondheidszorg verlangen hapklare brokken. De eerste vraag voordat het onderzoek van start gaat is meestal: “Wat is het nut?” Al ver voordat de medisch antropoloog aan het onderzoek kan beginnen, moet hij met de billen bloot. Medisch antropologen werken in de schaduw van overheids- en gezondheidszorginstanties, als ze al in het domein van de gezondheidszorg terecht kunnen. De procedure van goedkeuring door ethische of toetsingscommissies verlopen soms moeizaam. Elke stap in het onderzoek moet grondig worden overwogen en verantwoord. Weerstand binnen instellingen moeten worden overwonnen. Het gevaar van aapjes kijken wordt snel gevoeld.

In mijn geval kwamen die weerstanden vooral van de zijde van therapeuten. Het vraagt tact en onderhandeling om die te overwinnen. Het vraagt ook onderzoek naar de argumenten die tegen de uitvoering worden gebruikt. De maatregelen die gezondheidszorginstanties terecht nemen ter bescherming van de privacy van patiënten en cliënten

worden soms als een sluier over persoonlijke belangen en conflicten in instellingen gelegd. Nu moeten medisch antropologen hierover niet zeuren of dan maar wanhopige pogingen ondernemen hapklare brokken te produceren. Ze zouden beter het werk en de procedures vooraf tot deel van hun onderzoek maken. Deze geven dikwijls inzicht in de verhoudingen en de processen op allerlei niveaus binnen de gezondheidszorg. Verhoudingen en processen die ook patiënten raken. Bovendien worden medisch antropologen meer dan buiten eigen land hierdoor gedwongen hun onderzoek stap voor stap (schriftelijk) te verantwoorden. De complexiteit van de technieken en de dataverzamelmethode van de unieke methode van de antropologie – participerende observatie – is gewoonlijk verborgen achter korte zinnen als “er wordt gebruik gemaakt van de antropologische methode”, “standaard etnografische methode” of “participerende observatie”. Antropologen doen het echter beter dan dat ze erover kunnen praten. Het zou goed zijn de fasen in het participerend onderzoek te expliciteren, voor elke fase het doel aan te geven, de activiteiten te omschrijven en de gegevens die men hoopt te krijgen (Keith 1986). Het mes snijdt aan twee kanten. Ten eerste voorkomt men veel gepraat en onduidelijkheid bij anderen. Ten tweede stelt het antropologen zelf in staat methodologische discussies te voeren en kennis over de eigen methode te vermeerderen en verbeteren.

Ik wil bij de methode van participerende observatie nog een kanttekening maken. Deze methode is ontwikkeld door een antropologie die zich hoofdzakelijk op kleine, duidelijk begrensde groepen richtte, een dorp, een buurt, een groep vissers, een familie. Medisch antropologen die ‘thuis’ aan het werk zijn, verkeren meestal in heel andere omstandigheden. Doen zij onderzoek in ziekenhuizen of andere vormen van intramurale gezondheidszorg, dan is deze methode in al zijn volheid en rijkdom dikwijls goed te gebruiken. In mijn geval was dat zo. Ik leefde maanden op een gesloten afdeling, at er, zette koffie, hielp mensen, en maakte op den duur deel uit van die kleine gemeenschap. Later breidde mijn ‘veld’ zich over het hele ziekenhuis uit. Ook dat is nog te doen. Maar het wordt veel moeilijker als het onderzoek in de extramurale zorg plaatsvindt, of zelfs buiten de gezondheidszorginstanties. De mensen wonen verspreid door de stad of zelfs door het hele land. Dat maakt participerende observatie een stuk lastiger, zodat er vaak niets anders overblijft dan de methode van etnografische diepte-interviews bij de mensen thuis of op het werk. Dat betekent een hoop gereis en een paar uren contact. Maar het betekent ook dat de methode van participerende observatie voor de medische antropologie in eigen samenleving voor een groot deel dreigt te verdwijnen. Wat maakt antropologisch onderzoek dan nog antropologisch? Men dient zich hierop grondig te bezinnen. Hoe kan de methode bewaard blijven? Moet ze wel bewaard blijven? Hoe moet zij worden aangepast wil zij kennis aanreiken? Welke stappen en fasen leveren in onderzoek thuis vooral problemen op? Et cetera. Medisch antropologen hebben in het veld dikwijls een tamelijk overzichtelijke groep informanten en voorgeschreven relaties. Thuis is dat lastiger. Vrienden, familieleden, ja zelfs de burens blijken informanten te kunnen zijn. Ziekte en gezondheid houdt iedereen immers intens bezig. Dat geeft weleens aanleiding tot vreemde situaties, discussies en zelfs plaatsvervangende schaamte, als bijvoorbeeld iemand luidkeels commentaar levert op de (forensische) psychiatrie en daar nogal krasse uitspreken over

heeft in het bijzijn van kennissen die in de psychiatrische zorg werkzaam zijn. Wat doet men met de kennis die men via anderen dan de beoogde informanten krijgt? Scheiding van onderzoeksvelden blijkt thuis niet houdbaar te zijn. Behalve dat het op theoretische en historische gronden noodzakelijk is om de context in het onderzoek te betrekken, wordt de antropoloog ook dagelijks met die context geconfronteerd.

Antropologen benadrukken graag dat hun vak contrasten tussen culturen duidelijk maakt. Antropologie – en dus ook medische antropologie – is op de eerste plaats een vergelijkende wetenschap. Opvallende culturele contrasten worden echter tijdens veldwerk in eigen samenleving zelden ervaren. Wat wel wordt ervaren zijn de contrasten (en conflicten) tussen klassen, gender, opvoeding, opleiding en inwerking van de geschiedenis van de samenleving op individuele levens.<sup>5</sup> In mijn geval werd dit laatste heel duidelijk toen ik bijna tien jaar geleden een gesloten afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis binnenkwam. De geschiedenis van de mensen daar was ook mijn geschiedenis, tenminste voor een deel. We behoorden tot de 'babyboomers' en kenden als kind allemaal de tijd van het huiselijk geluk en geloof in vooruitgang, later de tijd van de flower power, de Beatles, het verzet tegen gezag, de provo's, en weer later de ontwikkeling van het 'postmoderne leven'. Maar de implicaties en consequenties van deze gezamenlijke geschiedenis zijn voor de mensen van die afdeling wel heel anders dan voor mij. Ik leef voor hen buiten en zij binnen een gestigmatiseerde en gemarginaliseerde groep.<sup>6</sup> Zij leven voor mij buiten en ik binnen de samenleving. Wat 'geschiedenis' met mensen kan doen wordt dan wel heel duidelijk. Gezondheid en ziekte komen in een ander licht te staan, omdat verschillende ervaringen expliciet worden geconfronteerd; vaak al tijdens de eerste dagen van het veldwerk. De verwevenheid van het eigen levensverhaal met dat van informanten is voor de 'thuiswerker' veel sterker dan voor de medisch antropoloog die elders werkt.<sup>7</sup> Het probleem van (inter)subjectiviteit in het veldwerk wordt daardoor duidelijker. Dit houdt in dat de persoonlijke ervaringen van de antropoloog moeten onthuld worden en niet versluierd achter afstandelijkheid of objectiviteit. Sommigen pleiten voor zo'n ontsluiting vanuit de gedachte van moreel relativisme of om het exotische meer gewoon te maken. Dikwijls wordt dan het tegendeel bereikt. Ik zie het belang van de explicitering van verschillende niveaus van subjectiviteit (en intersubjectiviteit) meer op epistemologisch terrein. Verwevenheid van geschiedenis en culturele context levert een confrontatie op van verschillende opvattingen over ziekte en gezondheid, maar ook van alles wat daarmee samenhangt. Die confrontatie levert kennis op over *intraculturele* verschillen en nuances. Die kan weer worden gebruikt voor medisch antropologisch-onderzoek elders, buiten de eigen cultuur.

Maar ook iemands positie en opleiding spelen een belangrijke rol. Voor de mensen in het psychiatrisch ziekenhuis ben ik nooit een vreemde vogel geweest, die uit een verland komt kijken hoe anderen leven en omgaan met ziekte en gezondheid. Ik ben 'wit' met de 'witten', om het maar zo te zeggen. Maar ik ben wel iemand uit de dominante groeperingen binnen de samenleving. Een mens die het weliswaar goed bedoelt, maar die in hun ogen deel uitmaakt van de samenleving die voor hen dikwijls de oorzaak van veel lijden is, die hen heeft buitengesloten en waar ze zich tegen (blijven) verzetten. Wie garandeert hen dat het 'refinement of debate' (Geertz 1973) inzake kennis over context en verklaringen van psychiatrische stoornissen voor hen niet een 'raffinement'

wordt: meer beheersing, verregaande indelingen van mentale aandoeningen en een betere controle op meer terreinen? Telkens weer moet ik uitleggen wie en wat ik ben, waarvoor en waarom ik daar ben. Ook al is men voor het onderzoek goed geïnformeerd en is er een 'informed consent', het blijft voor veel mensen moeilijk te begrijpen wat ik precies doe.

Dat geeft aanleiding tot verwarrende situaties. Nu eens word ik geïdentificeerd met de verpleegkundigen, dan weer met de therapeuten, een enkele keer met patiënten. Als Antonia, een van de patiënten van de gesloten afdeling me "zuster" noemt, laat ik dat meestal zo, omdat de dingen die ik dan voor haar moet doen, gemakkelijk kan doen: een praatje, een dansje, een kop koffie. Dan moet ik geen lang verhaal vertellen over wat ik in het ziekenhuis aan het doen ben. Maar als mevrouw de Groot "zuster" roept, vertel ik haar dat ik dat niet ben, omdat ik haar uit de rolstoel moet tillen. Ik heb nog niet geleerd hoe dat zonder risico's moet. Ik wil niet dat ze valt. Het wordt serieuzer als een van de mannen van de afdeling vraagt wat een antropoloog nou eigenlijk doet: "Studie van de apen?" (Van Dongen 1994). Dan leg ik – voor de zoveelste keer – uit wat ik wil doen en wat ik met zijn woorden doe. Tegelijkertijd voel ik ook een addertje onder het gras. 'Aapjes kijken' is een speldeprik, die herinnert aan de tijd van Charcot, toen mensen op zondag in zijn kliniek mochten komen kijken naar krankzinnigen. Zo'n opmerking zet aan tot bezinning op de rol van de antropoloog. Niet alleen op de rol van de antropoloog, maar ook op de bijdrage die hij of zij levert op wetenschappelijk en maatschappelijk terrein. Verwarring ontstaat ook door 'dubbele kennis' (Okely 1996). Als ik samen met de therapeuten en verpleegkundigen verdwijn achter de deur van het kantoor van een afdeling om de teamvergadering te kunnen volgen (onderdeel van mijn onderzoek), ga ik over op een andere spreekstijl en op een andere vorm van communiceren. Ik probeer me zo goed mogelijk te identificeren met de groep van dat moment. Voor patiënten word ik op dat moment iemand die kennis neemt van dingen die zij niet direct mogen weten. Ik word ook wat meer 'vreemdeling'. Andersom is dat ook het geval. Als ik in de plaatselijke kroeg met een van de patiënten een borrel drink, hoor ik niet tot de andere groep van de afdeling. Ik krijg informatie die niet voor de verpleegkundigen is. Dit wisselende spel van rollen is weliswaar verwarrend en vermoeiend, maar vormt de basis voor verklaringen van conflict, spanningen en onderhandelingen tussen staf en patiënten.

### **Antropologie; welke logos?**

Antropologen demonstreren graag de sociale relevantie van hun vak (Ahmed & Shore 1995). Zij wensen het vak te plaatsen buiten de ivoren toren van de academische wetenschap en wijzen erop dat belangrijke hedendaagse 'issues' als honger, oorlog, geweld, fundamentalisme en onrechtvaardigheid. De klassieke vorm van het antropologische bedrijf – een langdurig veldwerk gevolgd door een omvangrijke etnografie – is niet langer houdbaar. Antropologen 'thuis' worden met dit gegeven sterk geconfronteerd. Dat heeft zoals we eerder zagen consequenties voor de manier waarop onderzoek wordt gedaan. Maar het heeft – nauw daaraan gerelateerd – ook theoretische consequenties.

Antropologie wordt gekenmerkt door een holistisch perspectief. Dit geeft tegenwoordig problemen, niet alleen thuis.<sup>8</sup> Hedendaagse samenlevingen lijken eerder niet-holistisch georiënteerd te zijn. Voor problemen worden *ad hoc* oplossingen bedacht. Dit is bijvoorbeeld zeer duidelijk te constateren in de Nederlandse gezondheidszorg en financiering van gezondheidszorgonderzoek ('hapklare brokken'). Het probleem van deze incongruentie is voor de antropologie niet nieuw. Oplossingen werden gezocht in de vorm van een interpretatieve wetenschap, die kennis opleverde van de symbolische dimensies van ziekte en gezondheid, of van de perspectieven en verklaringsmodellen van verschillende partijen in de gezondheidszorg. Voor derden fungeert de antropologie zo meer als een 'eye-opener' door de verhalen die ze vertelt. Die verhalen maken indruk en worden herkend. Zo leert men zichzelf en zijn cultuur beter kennen. Maar hier past de antropologie ook enige bescheidenheid. De antropologie die een verslag van 'some native life' wil geven, komt bedrogen uit. 'The natives can speak for themselves' (Frankenberg 1995). Marginale groepen kunnen een storm veroorzaken; 'natives' zijn dikwijls antropologen geworden. De medisch antropoloog in eigen samenleving publiceert niet alleen voor vakgenoten, maar wordt gelezen door een publiek dat buiten de academische wereld valt en over het algemeen goed opgeleid en geïnformeerd is. En niet te vergeten: door de informanten zelf. Dat levert soms harde confrontaties op en schept verantwoordelijkheden en verplichtingen.<sup>9</sup> Medische antropologie kan in eigen samenleving net zo veel leren als in meer exotische gebieden van de ervaringen van zieke (en gezonde) mensen. Dat leerproces is nodig, want een medische antropoloog die in eigen samenleving werkt, is een novice in die samenleving, zeker in Nederland, waar nog weinig medisch-antropologisch-onderzoek is gedaan. Er zijn veel terreinen van ziekte en gezondheid die karakteristiek zijn in de huidige samenleving, maar die voor een antropoloog nog onbekend zijn. Ik denk bijvoorbeeld aan internetcontacten over ziekten. Er zijn tientallen nieuwsgroepen op de digitale snelweg, die druk discussiëren over allerlei aandoeningen en ziekten. Daarbij gaat het niet alleen om medische informatie over de ziekte, maar ook over sociale problemen, arbeid, (on)rechtvaardigheid, psychologische aspecten, identiteit, etc. Andere onbekende domeinen zijn neurochirurgie, genetica, alternatieve geneeswijzen, om er maar enkele te noemen.

Antropologen in eigen samenleving (evenals antropologen elders in de wereld) worden steeds sterker geconfronteerd met diversiteit, fragmentatie, disruptie, labiliteit, discontinuïteit, plotselinge verandering en conflicten. De morele, symbolische en sociale implicaties zijn enorm. Concepten als symbolische orde, marginaliteit, sociale grenzen die tot nu toe een centrale plaats in antropologische verklaringen hadden, voldoen dan niet langer. Mijn onderzoek maakte bijvoorbeeld duidelijk dat er een grote diversiteit in vormen van gekte en symbolische codes is, die generalisatie en het zoeken naar een meer algemeen cultureel patroon bijna onmogelijk maakt. Eén 'symbolische orde' ontbrak; er waren er vele. Het bestaan hiervan maakt bijvoorbeeld therapie niet gemakkelijk. De therapie werkt ook individualiserend. Het is niet een therapie die mensen opnieuw inschrijft in een gezamenlijke symbolische en sociale orde, maar die mensen moet leren leven met diversiteit en versnippering. De notie van cultuur als gedeeld systeem van betekenissen, waarden en normen is meer en meer problematisch

geworden. De uitdaging voor de medische antropologie in eigen samenleving ligt dan in het zoeken naar alternatieve paradigma's en kaders die onderzoekers in staat stellen de sociale en culturele gevolgen van genoemde processen te geven. Bijvoorbeeld, in plaats van concepten als 'symbolische orde' lijkt het eerder voor de hand liggend de spanningen en conflicten tussen de verschillende orden als kader of uitgangspunt te nemen.

Een belangrijk probleem voor de medische antropologie is dat een antropologische studie wordt gedaan in de context waaruit ze voortkomt (Strathern 1985). Medische antropologen in eigen samenleving delen niet alleen taal en allerlei andere aspecten van de cultuur, maar 'premises about social life' (Strathern 1985: 16). Het is dikwijls verbazingwekkend en vervolgens onrustbarend te moeten constateren hoe goed de terminologie die je informanten gebruiken voor gekte past in de meer academische constructies. Concepten als 'marginaal', 'sociaal conflict', 'identiteit', 'symbool' verduidelijken zo niets. Medische antropologie in eigen samenleving is dan een goede gelegenheid om eens na te denken over deze concepten.<sup>10</sup>

In de medische antropologie is momenteel een tendens om zich te richten op het lijden van mensen. Dit confronteert ons sterker met morele kwesties die samenhangen met ziekte en gezondheid dan enig andere kwestie. Morele en ethische problemen staan niet zonder meer open voor onderzoek door middel van participerende observatie en etnografisch interviewen. Moraliteit is niet langer gedeeld, maar staat open voor conflicten, confrontatie en zelfs competitie. Medisch antropologen in eigen samenleving kunnen zich hiervan niet distantieren. Zij maken immers zelf deel uit van dit krachtenveld; ze zijn erbij betrokken. Dat vraagt misschien om een 'normatieve professionaliteit' (Kunneman 1995):<sup>11</sup> professionaliteit van de antropoloog die de relaties met zijn informanten waardevol acht en ze mede vorm geeft vanuit de eigen biografie. De vraag is dan: welke theoretische perspectieven moeten worden ontwikkeld, zonder te vervallen in common sense of een 'charity model of obligation' (Caputo 1993), waarbij de antropoloog wordt aangetrokken door de hulpeloosheid van zieke ander.<sup>12</sup>

### Tot slot

De medische antropologie van de eigen samenleving loopt volgens sommigen gevaar een marginale en overtollige wetenschap te worden, nog voordat het noviciaat voorbij is. Schrijvers en journalisten berichten immers over belangrijke sociale en culturele kwesties, ook op het terrein van ziekte en gezondheid. Zij doen dat sneller, goedkoper en vrijer. Ontwikkelingen van de massamedia en informatietechnologie hebben ook belangrijke implicaties voor de medische antropologie. Het idee van de medische antropologie als vergelijkende wetenschap wordt ondermijnd door heterogeniteit en fragmentatie. Als antwoord op deze problemen doet een aantal auteurs (Richters 1992; Good 1994; Singer & Baer 1995) een dringende oproep om te komen tot een kritische en meer analytische oriëntatie. Anderen suggereren dat het geen kwestie van representatie is, maar een kwestie van relevantie (Ahmed & Shore 1995). Dan moeten karakteristieken en organiserende principes die vorm aan de moderne samenlevingen

geven, in kaart worden gebracht en als leidraad dienen voor de ontwikkelingen van nieuwe paradigma's. De medische antropologie van eigen samenleving heeft dus een dubbel probleem. 1. Wat is de relevantie van deze discipline voor die samenleving? 2. Wat is de relevantie voor de medische antropologie in het algemeen? Op die vragen kan de (Nederlandse) medische antropologie nog geen bevredigend antwoord geven. Daarvoor zijn meer ervaringen van antropologen in eigen cultuur nodig.<sup>13</sup>

Ik heb in deze notitie slechts een beperkte bijdrage tot de discussie geleverd. Ik heb gepleit voor een meer systematische weergave van de werkwijze; voor een kritische reflectie op vooronderstellingen die worden gedeeld met informanten; voor het betrekken van ervaringen in de voorbereidende fase; voor het 'uitbuiten' van confrontaties met informanten en lezers. Ik wil ook pleiten voor reflectie op traditionele antropologische concepten die in de eigen samenleving zo vanzelfsprekend zijn en als zodanig moeilijk hanteerbaar. Tot slot pleit ik voor een professionaliteit die normativiteit en moraliteit niet uit de weg gaat. Ik heb hier en daar de medische antropologie thuis duidelijk tegenover de antropologie in verre samenlevingen gesteld. Daarmee hoop ik tot verdere discussie uit te nodigen.

Ik begon deze bijdrage met te stellen dat de medisch antropoloog in eigen samenleving een 'native' is die zich als vreemdeling op dient te stellen. Dat wil niet zeggen dat die antropoloog moet doen *alsof* het gezondheids(zorg)systeem een vreemd systeem is. Dat is het niet; de antropoloog maakt er deel van uit: sociaal, cultureel, economisch, politiek. De antropoloog is een vreemdeling, zoals veel mensen vreemdeling zijn. Die gezamenlijke ervaring is het uitgangspunt om eens achter de gevels te kijken. De leden van de geheime academie in het boek van Lampo verkennen het onmogelijke en verschijnselen die niet direct kunnen worden verklaard. Op dit terrein ligt ook een taak voor de medische antropologie thuis.

## Noten

Els van Dongen is antropoloog en als gastonderzoeker verbonden aan de Sectie Medische Antropologie van de Universiteit van Amsterdam. Zij heeft onderzoek gedaan in de intramurale geestelijke gezondheidszorg en is momenteel bezig met een onderzoek naar de beleving van zorg van ouderen met somatische en psychische aandoeningen.

1. In een commentaar op een onderzoeksvoorstel voor een medisch-antropologische studie naar de beleving van zorg van ouderen kreeg de auteur van dit artikel dit te horen van een psychiater.
2. In zijn bijdrage in *Facta* over doctoraalonderzoek antropologie schrijft Van Dijk: 'Waarom de zwakkere broeders en zusters niet meer mogelijkheden bieden voor georganiseerd onderzoek en stages, *desnoods in eigen land?* (mijn cursivering).
3. Inderdaad zijn er antropologen die onderzoek doen in hun eigen samenleving omdat persoonlijke omstandigheden hen daar toe brengen.
4. En van elk ander kwalitatief onderzoek. De ontwikkeling van dit soort onderzoek is ingezet door Glaser en Strauss (1967) met hun 'grounded theory'. In hun werk wordt duidelijk gemaakt hoe men via kwalitatief onderzoek een theorie kunt ontwikkelen.



5. Vergelijk ook Okely 1996.
6. Of dit te verklaren valt uit het vermoeden dat zij de geschiedenis wel serieus hebben genomen (en daar ook de consequenties van moeten dragen), en ik deze slechts als een 'kleinburgerlijke oprisping' (Frissen 1996) heb gevoeld, is een interessante vraag, die ik op deze plaats echter niet wil uitwerken.
7. Ria Reis (1996, persoonlijke correspondentie) schrijft naar aanleiding van haar veldwerk onder mensen met epilepsie: "De werelden waarover mensen verhaalden in Swaziland hadden weinig relatie met mijn verhaal. Nu relateren mensen gebeurtenissen in hun leven aan historische momenten die ook referentiepunten in mijn eigen verhaal zijn. Een minder vreemde wereld, des te vervreemdender voor de onderzoeker."
8. Waar meestal de westerse samenlevingen mee worden bedoeld. Antropologie heeft uiteindelijk een westerse oorsprong.
9. Mijn boek over de gesloten afdeling (van Dongen 1989) werd bijvoorbeeld door een van de ouders van een patiënt gelezen. Deze belde mij op. Ik had weliswaar het verhaal van zijn zoon goed weergegeven, zelfs de "waarheid" geschreven, maar ik moest er wel aan denken dat ik zijn zoon niet in de steek zou laten.
10. Dit is niet geheel nieuw. Op breder terrein wordt gediscussieerd over de richting die de antropologie op zou moeten gaan. Zie bijvoorbeeld Marcus & Fisher 1986.
11. Kunneman bedoelt met normatieve professionaliteit dat de relaties tussen therapeuten en cliënten door de eerste als intrinsiek waardevol worden ervaren en dat die relaties vanuit de eigen persoon en biografie inhoud kunnen worden gegeven.
12. Caputo zegt: "The power of obligation varies directly with the powerlessness of the one who calls for help, which is the power of the powerlessness" (1993: 4).
13. Dit is bijvoorbeeld een van de redenen voor de organisatie van een Europees congres over 'Medical Anthropology at home', dat eind 1997 door de Sectie Medische Antropologie van de Universiteit van Amsterdam in samenwerking met de Universiteit van Maastricht wordt georganiseerd.

## Literatuur

- Ahmed, A. & C. Shore (eds.)  
 1995 *The future of anthropology. Its relevance to the contemporary world*. London: Athlone.
- Bloch, M.  
 1988 Interview with G. Houtman. *Anthropology Today* 4/1: 18-21.
- Caputo, J.  
 1993 *Against ethics*. New York: Bloomington.
- Dijk, F. van  
 1994 Verspilling en willekeur – doctoraalonderzoek antropologie. *Facta* 2(5): 14-16.
- Dongen, E. van  
 1989 Tussen gisteren en morgen. Utrecht: Universiteit van Utrecht (ongepubliceerd).  
 1994 *Zwervers, knutselaars, strategen. Gesprekken met psychotische mensen*. Amsterdam: Thesis.

- Frankenberg, R.  
1995 Learning from Aids: The future of anthropology. *In: Ahmed & Shore, 1995: 110-34.*
- Frissen, P.  
1996 De babyboomers. *Facta 4(7): 5.*
- Geertz, C.  
1973 *The interpretation of cultures.* New York: Basic Books.
- Geest, S. van der  
1996 Het 'vreemde' begin van de medische antropologie in Nederland. *Medische Antropologie 8(2): 324-39.*
- Glaser, B. & A. Strauss  
1967 *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research.* New York: Aldine.
- Good, B.  
1994 *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Heilman, S.  
1980 Jewish sociologist: Native-as-stranger. *The American Sociologist 15: 100-8.*
- Keith, J.  
1986 Participant observation. *In: C. Fry & J. Keith (eds.), New methods for old age research.* South Hadey, Massachusetts: Bergin & Garvey: pp. 1-21.
- Kunneman, H.  
1995 Narratieve individualiteit en normatieve professionaliteit. *In: J. Baars & D. Kal (red.), Het uitzicht van Sysyfus. Maatschappelijke contexten van geestelijke (on)gezondheid.* Groningen: Wolters-Noordhoff, pp. 61-85.
- Marcus, G. & M. Fisher  
1986 *Anthropology as cultural critique. An experiential moment in the human sciences.* Chicago: Chicago University Press.
- Okely, J.  
1996 *Own or other culture.* London: Routledge.
- Peters, V., F. Wester & R. Richardson  
1989 *Kwalitatieve analyse in de praktijk.* Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Richters, J.M.  
192 *De medisch antropoloog als verteller en vertaler.* Delft: Eburon.
- Singer, M. & H. Baer  
1995 *Critical medical anthropology.* Amityville/New York: Baywood.
- Strathern, M.  
1985 The limits of auto-anthropology. *In: A. Jackson (ed.), Anthropology at home.* London: Tavistock, pp. 16-38.