

# Gezondheidszorg hier en elders: enkele antropologische overwegingen

S. van der Geest\*

## Summary

*Research into non-western medical traditions often emphasises that these traditions hold attractive alternatives for western medicine. Four such alternatives are presented: the sober, ecology-balanced life-style making health possible also in the more distant future; the holistic character of those medical traditions; the healers' concern about their patients' well-being; and finally, the importance of self-care.*

*In the second and third section of the paper these claims are critically assessed. The author suggests that the anthropological 'findings' in other cultures are sometimes designed to confirm the criticism of one's own society. Such criticism, however, is not always based on 'good faith'. In spite of these remarks, the author believes that medical anthropology may play a modest role in recognising the values and dis-values of one's own health care system.*

## 1. Inleiding

Veel cultureel antropologen zijn van mening dat de kennis van een andere cultuur iemands zelfkennis verdiept. De studie van andere culturen, heeft Kluckhohn (1949) – in de titel van een boek – gezegd, is een 'Mirror for Man'. Het is dan ook legitiem de antropoloog bij thuiskomst te vragen naar diens visie op zijn eigen samenleving. Toch gebeurt dat maar weinig. De meeste antropologen

\* Antropologisch-Sociologisch Centrum, Universiteit van Amsterdam.

Eerste concept ontvangen: januari 1985; geaccepteerd voor publikatie op 21 juni 1985.

geven er de voorkeur aan uitgebreid te vertellen over die andere samenleving, maar de conclusies voor de eigen maatschappij aan de intelligente lezer over te laten. Slechts enkelen, zoals Margaret Mead, Ruth Benedict, Stanley Diamond en Marvin Harris (hoewel van zeer verschillende pluimage), hebben, vanuit de ervaring van het andere, over hun eigen samenleving geschreven.

Wat valt er bijvoorbeeld te zeggen over gezondheid en gezondheidszorg in Nederland, nadat men zich verdiept heeft in het omgaan met ziekte en gezondheid in andere culturen? Verkeert de Nederlandse gezondheidszorg in een crisis, valt er iets te leren van andere medische tradities?

Mijn eigen onderzoek in Ghana en Kameroen hield zich nauwelijks bezig met 'alternatieve' vormen van gezondheidszorg, veeleer met problematische pogingen om de westerse geneeskunde daar te introduceren. Ik zal in deze bijdrage daarom vooral putten uit het etnografisch werk van anderen die wel over 'vreemde' medische opvattingen en praktijken geschreven hebben.<sup>1</sup>

## 2. Lessen voor het westen?

Critici van de westerse geneeskunde putten vaak inspiratie uit andere medische tradities en stellen bepaalde aspecten daarvan voor als aantrekkelijke alternatieven voor de eigen gezondheidszorg. Generaliserend kan men wellicht stellen dat antropologische studies van gezondheidszorg in andere samenlevingen vooral vier aspecten als leerzaam en navolgenswaard lijken te beschouwen. Ten eerste wijst men vaak op de sobere, milieusparende leefwijze, die ook op de zeer lange termijn gezondheid mogelijk blijft maken. Dit kenmerk wordt gecontrasteerd met de overconsump-

tie en milieuverslinding in de industriële maatschappij, die tot allerlei nieuwe ziekten leidt en het voortbestaan van de gehele samenleving bedreigt.

Dunn (1968) constateert dat jagers en verzamelaars gewoonlijk een opmerkelijk gezond dieet hebben en dat zij, ondanks hun uiterst harde leef-situatie, zelden met honger geconfronteerd worden. Chronische ziekten, met name ouderdoms-ziekten, komen weinig voor. Daar staat tegenover dat de 'sociale mortaliteit', zoals infanticide en geronticide, frequent was voordat deze gebruiken door koloniale en nationale overheden verboden werden. Het vóórkomen van parasitaire en besmettelijke ziekten verschilde sterk per samenleving, onder andere afhankelijk van het milieu. Lee en Devore (1968: 3) wijzen erop dat 'to date, the hunting way of life has been the most successful and persistent adaptation man has ever achieved'. Onze eigen industriële maatschappij daarentegen is slechts een kort-lopend experiment dat nu al dreigt te mislukken. Volgens Bodley (1976: vii) heeft zich nu een uiterst ironisch proces in werking gezet:

The latecomer, industrial civilization, has suddenly arisen as a brilliant short-run success. We have eliminated the earlier primitive cultures, which were proven long-run successes, and there are now clear indications that civilization has accumulated enough internal problems to be self-terminating.

Sahlins (1974) heeft er bovendien op gewezen dat jagers en verzamelaars een overvloed hadden van alles wat zij nodig hadden en citeert een andere etnograaf van de !Kung Bosjesmannen, Marshall (1961: 243):

They lived in a kind of material plenty because they adapted the tools of their living to materials which lay in abundance around them and which were free for anyone to take (wood, reeds, bone for weapons and implements, fibers for cordage, grass for shelters), or to materials which were at least sufficient for the needs of the population ... With plenty of most materials at hand to replace artifacts as required, the !Kung have not developed means of permanent storage and have not needed or wanted to encumber themselves with surpluses or duplicates. They do not even want to carry one of everything. They borrow what they do not own. With this ease, they have not hoarded, and the accumulation of objects has not become associated with status.

Sahlins trekt een tweeledige conclusie: jagers en verzamelaars worden rijkelijk voorzien in hun

materiële behoeften (die overigens zeer bescheiden zijn in vergelijking met die van mensen in een industriële samenleving) en sociale ongelijkheid als gevolg van ongelijke bezittingen komt bij hen niet voor. Daarbij dient opgemerkt te worden dat ervaringen van onvoldoende materiële behoeftebevredestiging en van sociale ongelijkheid belangrijke oorzaken van frustratie en niet-welbevinden blijken te zijn in de industriële maatschappij. Daar komt nog bij dat mensen in pre-industriële maatschappijen zelden onder druk staan om te produceren en over 'een zee van vrije tijd' lijken te beschikken. Sahlins spreekt dan ook, met een knipoog naar de bestseller van Galbraith, van een 'original affluent society'.

Bodley (1976) beschouwt het als de taak van de antropologie om opnieuw 'primitieve' culturen te bestuderen en de oplossingen die zij bedacht hebben voor fundamentele menselijke problemen te vergelijken met onze eigen oplossingen. Hij spreekt, in navolging van Taylor (1972), van een 'paraprimitive solution' die de beste elementen van de industriële samenleving verbindt met de 'obviously superior components of primitive cultures' (p. 225) om een duurzaam Utopia tot stand te brengen. Twee centrale gedachten van deze 'paraprimitive solution' zijn maatschappelijke schaalverkleining en vermindering van consumptie. Vanuit het oogpunt van gezondheid zou een dergelijke ontwikkeling moeten leiden tot een terugdringen van ziekten die het gevolg zijn van economische en psychische uitbuiting enerzijds en van overconsumptie anderzijds. Het belangrijkste is echter dat ook op de lange termijn de mogelijkheden tot een gezond bestaan gehandhaafd blijven.

Een tweede aantrekkelijk kenmerk dat door medisch antropologen vanuit andere culturen gemeld wordt, is het holistisch karakter van de curatieve gezondheidszorg. Daarmee wordt bedoeld dat bij curatieve zorg zoveel mogelijk de gehele persoon in zijn gehele context in aanmerking genomen wordt. Deze karaktertrek steekt scherp af bij de westerse curatieve zorg die zich hoofdzakelijk zou beperken tot biomedische afwijkingen en gekenmerkt wordt door een toenemend aantal technische specialisaties die er steeds meer toe leiden dat het zicht op de gehele patiënt verloren gaat.

De bovengenoemde tegenstelling wordt duidelijk aangegeven door Fabrega en Silver (1973) in hun studie over de shamanistische geneeswijze in Zinacantan, Mexico. Zij presenteren een lijst van 33 contrasten tussen westerse en Zinacanteekse ge-

*Western Biomedical System*

1. The body is understood as a complex biological machine, and its structure and function are partitioned logically into specific parts and systems. Each of these is evaluated by its level of function, and interdependence among systems is differentiated in a relatively precise manner.

3. Disease is universal in form, progress, and content; and it can in fact be logically divided into stages, each with a beginning and end point.

4. The consequences of disease are seen intersystematically and organically.

*Zinacanteco System*

1. The body is seen as a holistic, integrated aspect of both the person and his social relations, which are vulnerable and may be easily affected by gods, by malevolent agents or spirits, by other people, by passions, and by natural forces. Categories referring to the body are unrefined, and the body as an anatomical and physiological entity is only generally partitioned. A simple view of function, extension, and meaning of parts is held.

3. Illness, to a significant extent, is idiosyncratic in form, progress, and content; and it can only be understood in the context of the individual and his relations with others, including in particular the ancestral gods.

4. The consequences of illness may be seen in virtually every facet of a person's social transactions, activities, and concerns, as well as in his relation with supernatural beings.

neeskunde. Ik volsta hier met het citeren van het eerste, derde en vierde contrast.

Het holistisch perspectief, dat zozeer benadrukt wordt in een groot aantal niet-westerse medische tradities, heeft zich ontwikkeld tot een krachtig verzamelpunt van allerlei kritiek op de westerse geneeskunst. In dit perspectief wordt op de meest kernachtige wijze tot uitdrukking gebracht wat gemist wordt in de biomedische benadering van onze eigen gezondheidszorg. De aantrekkingskracht van het holisme blijkt zowel uit de wetenschappelijke literatuur als uit populaire publikaties. Overigens is het daardoor een uiterst vaag begrip geworden.<sup>2</sup>

Gordon (1980) geeft een opsomming van de diverse kritieken. Sommigen verwijten de westerse geneeskunde dat zij de onverbreekelijke eenheid van lichaam en geest, van fysieke en psychische gezondheid veronachtzaamd heeft. Epidemiologen wijzen op de verwaarlozing van de sociaal-culturele context van ziekte. Nieuwe natuurkundigen en filosofen hebben opgemerkt dat puur objectieve waarneming, een pretentie van veel medici, een illusie is. Van politieke zijde is gewezen op tegenstrijdigheden in het gezondheidsbeleid, dat overdreven veel geld besteedt aan hoog-gespecialiseerde curatieve diensten ten koste van preventieve zorg en primaire gezondheidszorg. De consumentenbeweging heeft vooral kritiek op de onbetaalbaarheid van de huidige gezondheidszorg als gevolg van de overdreven nadruk op super-technologie en medische specialisatie en pleit voor

meer aandacht voor zelfhulp, iets waar we later op terug zullen komen. Weer anderen bekritisieren de gezondheidszorg in de zin dat zij niet *humaan* genoeg is.

Vervolgens schetst Gordon het programma van een holistische geneeskunde. De belangrijkste punten van zijn betoog zijn, dat holistische geneeskunde zich richt tot de fysieke, psychische én geestelijke ('spiritual') aspecten van de patiënt, en daarbij oog heeft voor het unieke karakter van diens probleem. Verder tracht de holistische geneeskunde een zieke binnen zijn natuurlijke context te beschouwen en te behandelen. Holistische geneeskunde ziet gezondheid als iets positiefs en niet als de afwezigheid van ziekte en legt vooral nadruk op gezondheidsbevordering in plaats van curatieve zorg. Bij holistische geneeskunde staat de verantwoordelijkheid van zelf-genezing voorop. Tenslotte is er in holistische geneeskunde ruimte voor veel verschillende diagnostieke en therapeutische technieken.

De term 'holistisch' heeft inmiddels voor velen een politieke of ideologische klank gekregen, en is daarmee een uiterst rekbaar begrip geworden, variërend van een vraag, religieus prefix voor alles wat milieu-, mens-, of dier-vriendelijk is, tot een relatief sobere, maar nog steeds tamelijk vage, aanduiding van een antropologische benadering. Vanuit de antropologie is herhaaldelijk aangedrongen op een meer holistisch perspectief in de geneeskunde (bijv. Fabrega, 1974; Kleinman, 1980; Eisenberg & Kleinman, 1981; Chrisman &

Maretzki, 1982). Het is echter niet geheel duidelijk, in hoeverre dit pleidooi (mede) afkomstig is van onderzoekservaring in andere culturen.

Een derde kenmerk van niet-westerse geneeskunde waarover instemmend is geschreven door medisch antropologen, is de betrokkenheid van de genezer bij de problemen van het welbevinden van zijn patiënt. Deze betrokkenheid wordt vaak geplaatst tegenover het afstandelijk en onpersoonlijk karakter van arts-patiënt-contacten in de westerse gezondheidszorg. Deze afstandelijkheid hangt uiteraard samen met de biomedische gerichtheid van de westerse arts die niet zozeer in de persoon, maar in het zieke orgaan geïnteresseerd is. Zij wordt echter nog versterkt door het commerciële karakter van medische transacties. Tijd is geld en de arts heeft er direct financieel belang bij de consultatie kort te houden. Voorwaarde daarvoor is zo min mogelijk verwickeld te raken in de persoonlijke problemen van de patiënt.

Kleinman (1980) heeft tijdens onderzoek in Taiwan de communicatie tussen genezer en patiënt in verschillende medische systemen bestudeerd en met elkaar vergeleken. Zoals te verwachten viel, was er het minst sprake van communicatie tussen de westers-opgeleide arts en zijn patiënt. De meest uitvoerige communicatie vond

plaats tussen de shamaan (*Tàng-ki*) en diens patiënt. Ter vergelijking vat ik hier enkele van Kleinman's bevindingen samen.

De shamaan besteedt gewoonlijk meerdere uren, en zelden minder dan een half uur, aan de behandeling van een patiënt. De tijd die hij uittrekt om de behandeling aan de patiënt uit te leggen ('explanatory time') is gemiddeld 4 minuten en 12 seconden. De interacties zijn zowel formeel als informeel. De woorden die tijdens het onderhoud gebruikt worden, verwijzen naar de sfeer van persoonlijke problemen die van sociale of religieuze aard kunnen zijn, en naar volkse opvattingen over het lichaam. Het gesprek is grotendeels gebaseerd op een gedeeld 'verklaringsmodel' ('explanatory model') van de ziekte; anders gezegd, de genezer en de patiënt spreken dezelfde taal.

De westers-opgeleide arts daarentegen besteedt gemiddeld 4 minuten en 15 seconden aan de gehele consultatie, gemiddeld 40 seconden daarvan worden besteed aan uitleg. De interactie tijdens het onderhoud is uiterst formeel, tenzij de patiënt tot het netwerk van de arts behoort. Het taalgebruik van de arts is technisch en professioneel, vaak onbegrijpelijk voor de patiënt. De arts gebruikt geen termen die naar sociale en psychologische, laat staan religieuze, ervaringen

---

#### *Western Biomedical System*

15. The treatment relationship is characterized by distance, coolness, formal relations, and the use of abstract concepts (jargon).

16. The responsibility of the practitioner appears to be principally to the patient; the scientific and legal-judicial communities implement this.

17. The responsibility and aim of the practitioner is principally to remove disease (biomedically defined), but also to alleviate discomfort.

19. The practitioner is geared to probe an impersonal entity (i.e. disease), using abstract and technological 'language'.

#### *Zinacanteco System*

15. The treatment relationship is symbolized by closeness, shared meaning, warmth, informality, and the use of everyday language.

16. The responsibility of the h'ilol is to the patient, to his family, to the community, and ultimately to the ancestral gods; legal-judicial systems as well as supernatural agents implement this. Patient is but one instantiation of a series of duties and functions that the h'ilol performs for gods and for his people.

17. The immediate responsibility and aim of the h'ilol is principally to undo the harm, punishment, or evil that has caused illness, but also to alleviate discomfort. Ultimately, he is to please the gods and further the continuation of the group.

19. The h'ilol is constantly assessing morality, guilt, and 'character' as his basis for deciding to treat and choosing a mode of treatment, and he uses the language of social relations.

verwijzen. Arts en patiënt hanteren een verschillend verklaringsmodel van ziekte, en komen er ook niet toe dit communicatieprobleem ter sprake te brengen. Er wordt niet onderhandeld over de oorzaak van de ziekte en de beste behandelwijze. Kleinman meldt dat artsen ongeduldig worden als patiënten hen met de traditionele beleefdheid begroeten, omdat dat te veel tijd in beslag neemt. Ook Fabrega en Silver (1973: 220-1) contrasteren in hun onderzoek de houding van de westerse arts met die van de shamaan (*h'ilol*). Enkele van de door hen genoemde punten worden geciteerd op p. 164.

Het gevolg van de afstandelijke en onpersoonlijke houding van de westerse arts is natuurlijk een gebrekkige efficiëntie van de medische behandeling. De therapietrouw ('compliance') is gering, omdat de patiënt de instructies niet begrepen heeft of zich niet gemotiveerd voelt door de arts. Bovendien leidt een dergelijk oppervlakkig contact tussen arts en patiënt vaak tot een onzorgvuldige diagnose van de klacht en bijgevolg ook tot een inadequate behandeling. Het is vanuit deze overweging dat veel medisch antropologen gepleit hebben voor een meer persoon-gerichte benadering door de arts in zijn contact met patiënten (bijv. Good & Delvecchio Good, 1981; Pfifferling, 1981; Stoeckle & Barsky, 1981; Zola, 1981; Katon & Kleinman, 1981; Helman, 1984: 92-3).<sup>3</sup> Het is echter hoogst onzeker of dergelijke aanbevelingen op grote schaal worden overgenomen. De belangrijkste hindernis is niet zozeer het biomedische perspectief. Het lijkt zelfs aannemelijk dat juist vanuit de medische wetenschap in toenemende mate het belang van sociale en emotionele aspecten van on-welbevinden erkend zal worden. De grootste hindernis wordt echter gevormd door het feit dat een drastische uitbreiding van de aandacht van de arts naar de gehele persoon van de patiënt – en dus een uitbreiding van de tijd die hij voor de patiënt uittrekt – in de huidige structuur van gezondheidszorg financieel nadelig is voor de arts en daarom onhaalbaar zal blijken.

Een vierde kenmerk van niet-westerse medische tradities waar antropologen zich gunstig over hebben uitgelaten, is de relatief belangrijke rol die zelfzorg daar inneemt. Medische kennis is verspreid over een groot aantal leken en velen verrichten medische handelingen in de context van familie-verplichting of burenhulp. De westerse geneeskunde daarentegen kenmerkt zich door een toenemende professionalisering van kennis en handelen. Medische kennis is, ondanks de vele

publicaties erover, esoterisch en weinig toegankelijk voor leken. Mensen levend in een westerse industriële samenleving verliezen in toenemende mate de controle over hun eigen gezondheid en lichaam. Het aantrekkelijke van medische tradities in niet-westerse culturen zou zijn dat deze 'onteigening' van menselijke autonomie niet heeft plaatsgevonden.<sup>4</sup>

Colson (1971: 98-103) schrijft in zijn studie over ziekte-preventie in een Maleis dorp, dat er een uitgebreide leken-kennis bestaat met betrekking tot het voorkomen en behandelen van allerlei medische klachten, bijv. maagklachten, koorts, wormen en post-natale problemen. Sommige middelen die men aanwendt, bestaan uit kruiden of voedsel, andere uit amuletten of praktische handelingen.

Ohnuki-Tierney (1981: 39-62) beschrijft een ingewikkeld classificatiesysteem van 'eenvoudige ziekten', dat behoort tot de leken-kennis bij de Sakhalin Ainu, een bevolkingsgroep die nu op het Japanse eiland Hokkaido woont. De diagnose en behandeling van zo'n ziekte kan door iedereen worden uitgevoerd, al zijn het vooral de vrouwen die deze rol op zich nemen als een onderdeel van hun huishoudelijke taak. De Ainu vertellen dat de geneesmiddelen en wijze van toediening oorspronkelijk afkomstig zijn van shamanen, maar nu gemeengoed zijn geworden. Om een indruk te geven van de gedetailleerdheid van deze leken-kennis een kort citaat:

If, for example, a person experiences a headache that simulates the sound of a dog gnawing on something hard, the illness is identified as *setu sapa araka*, that is, a dog headache – one of the ten headaches that the Ainu recognize. This diagnosis, in turn, indicates that treatment requires the use of a dog – in this case, paste made from the powder ground from a dog's skull (p. 39).

Young (1982), die onderzoek gedaan heeft naar therapiekeuze in een Mexicaans dorp, meldt dat zelf-behandeling het eerste en verreweg frequentste antwoord op ziekte is. De dorpingen maken daarbij gebruik van zowel kruiden als gefabriceerde geneesmiddelen. Informanten somden voor Young in enkele minuten 20 tot 30 verschillende kruiden op plus de namen van ziekten waarvoor zij gebruikt werden. De werking van deze kruiden wordt gewoonlijk verklaard als een herstel van de 'heet-koud-balans'. Soms heeft men echter geen andere verklaring dan dat het middel zijn werking in het verleden bewezen heeft.

De kruiden worden door iedereen geplukt in de omgeving van het dorp. Alleen zeldzame kruiden worden op de markt gekocht. Zelfzorg houdt echter tevens een uitgebreid arsenaal van activiteiten in ter voorkoming van ziekte.

Katz (1982: 44), tenslotte, merkt in zijn studie over de Kalahari Kung op, dat het aanleren van therapeutische technieken tot het gewone socialisatieproces behoort:

One of the most striking things about the Kung education for healing is that it is an aspect of normal socialization. Most males and more than a third of the women try to become healers. Long before persons seriously try to become healers, they play at entering *kia*. A group of five- or six-year-olds may perform a small 'healing dance', imitating the actual dance, with its steps and healing postures, at times falling as if in *kia*. Through play, the children are modeling; as they grow up, they are learning about *kia*. Furthermore, education for healing occurs within the context of the family, the major vehicle for socialization. The primary source of information about *kia*, as well as the experiential teacher of *kia*, is likely to be in one's immediate family, or a close relative.<sup>5</sup>

De betrokkenheid van vele verwanten en eventuele anderen bij het zoeken naar genezing van één persoon hangt nauw met zelfzorg samen. Antropologen hebben veelvuldig hiervan gewag gemaakt, en het is vooral Janzen (1978) die hier uitvoerig aandacht aan besteed heeft. Deze groep van betrokkenen, door Janzen 'therapy managing group' genoemd, speelt een bemiddelende rol tussen genezer en patiënt. De groep verstrekt inlichtingen, verleent morele steun, neemt besluiten, en regelt allerlei details van een behandeling, inclusief de betaling (o.a. p. 4).

Dat zelfzorg in onze eigen maatschappij als een hoogst belangrijke, maar bedreigde kunst beschouwd wordt, blijkt uit verschillende ontwikkelingen. De grote respons die Illich's boek (1976) over iatrogenese en vervreemding heeft opgeroepen, en de uitvoerige discussies over medicalisering, ook in Nederland<sup>6</sup>, zijn daar een voorbeeld van. Rozenzweig (1978) meldt dat – waarschijnlijk vooral in Amerika – in enkele jaren tijds meer dan 600 boeken over zelfzorg zijn uitgekomen. Deze hausse illustreert niet alleen de interesse in zelfzorg, maar ook het gebrek aan kennis en ervaring op dit terrein.

### 3. Bedenkingen

Tot nu toe heb ik etnografische notities uit andere culturen gepresenteerd die een les of inspiratie bevatten voor ons eigen omgaan met ziekte en gezondheid. Mijn volgende stap is dit alles te relativieren op grond van de overweging dat datgene wat 'aangetroffen' wordt in een andere cultuur, tevens een artefact is van de onderzoeker en diens opvattingen over gezondheidszorg. Hierdoor is het onzeker, in hoeverre de kritiek op het eigen medische systeem voortkomt uit de antropologische ervaring.

Tenslotte zal in een volgende paragraaf betoogd worden dat de geformuleerde kritiek op de westerse gezondheidszorg zelf niet altijd geheel gerechtvaardigd is. Het betoog is niet gebaseerd op concrete onderzoeksresultaten, maar heeft een overwegend vragend en verkennend karakter.

De meest verborgen, maar tegelijkertijd meest bepalende, vorm van etnocentrisme in antropologie is waarschijnlijk dat de onderzoeksvragen voortkomen uit de belangstelling, twijfels, nieuwsgierigheid, frustraties, wraakgevoelens, ambities, enzovoorts, van de onderzoeker, en niet van de 'onderzochten'. Naarmate de onderzoeksbepalende minder communicatief is, zal het stempel van de vraagsteller op de uitkomsten van het onderzoek de inbreng van de 'gesprekspartners' meer overheersen.<sup>7</sup> Deze vorm van etnocentrisme is wel heel bijzonder aanwezig in de medische antropologie. Wat antropologen berichten over gezondheidszorg in andere culturen wordt niet 'zomaar aangetroffen' maar wordt 'gevonden' door iemand met specifieke vragen, die voor een groot deel voortkomen uit zijn eigen ervaringen met en opvattingen over gezondheidszorg. De antropologische berichtgeving kan dus zowel aanleiding tot, als gevolg van kritiek op westerse gezondheidszorg zijn. In het laatste geval moet medische etnografie gezien worden als ondersteuning van inzichten betreffende gezondheidszorg die al aanwezig waren.

Dit brengt ons bij het tweede punt van overweging. Het is maar de vraag, of de medische antropologie veel heeft bijgedragen aan de kritische inzichten betreffende gezondheid en gezondheidszorg in het geïndustrialiseerde westen. Het is mij, in het bestek van dit essay, niet mogelijk de 'genealogie' van deze kritische visie systematisch na te trekken, maar ik kan me niet aan de indruk onttrekken dat deze ideeën grotendeels ontstaan zijn uit het reflexieve denken over gezondheid(szorg)

binnen onze maatschappij. Wie enkele standaardwerken van 'medische sociologie' erop naslaat (bijv. Freidson, 1970; Strauss, 1973; Navarro, 1976; Coe, 1978; Mechanic, 1978; Maykovich, 1980), zal de bijna totale afwezigheid opvallen van antropologische inzichten ontleend aan andere culturen. De indruk wordt gewekt dat de ervaring van het andere geen rol heeft gespeeld in het kritisch denken over onze eigen gezondheidszorg; hoogstens de historische ervaring van het andere, niet de antropologische.

Ook de vier 'lessen' van niet-westerse gezondheidszorg lijken voor een groot gedeelte reeds geleerd te zijn uit ervaringen binnen de westerse gezondheidszorg. Het pleidooi voor een kleinschaliger en minder consumerende, en daardoor gezondere samenleving komt duidelijk voort uit de negatieve ervaringen met de onbeperkte groei van produktie en consumptie van onze eigen maatschappij. Pas toen deze zorg om snelle bevolkingsaanwas, ecologische verspilling en nucleaire bedreiging duidelijk uitgesproken was, waren antropologen in staat de wijsheid van het 'primitieve leven' te onderkennen. Via het antropologisch veldwerk werden alternatieve levenswijzen 'gefabricerd', toen daar behoefte aan was.

Ook het pleidooi voor een meer context-gerichte, holistische geneeskunde vindt zijn wortels voornamelijk in het westerse denken zelf. Altijd zijn er stromingen en individuen geweest die, met de voortschrijdende specialisering binnen de biomedische geneeskunde, gewezen hebben op het belang van omgevingsfactoren en de gehele mens. In Nederland was dat vooral het fenomenologische denken van Buytendijk en Van den Berg en de invloed van o.a. Plügge en Von Weizsäcker. Nog steeds wordt op deze traditie voortgebouwd, als gepleit wordt voor een persoonsgerichte geneeskunde (zie o.a. Ten Have, 1983; Kasanmoentalib, 1983). Bij Buytendijk zelf zoekt men vergeefs naar citaten van cultureel antropologen. Zijn grote eruditie strekte zich niet tot dat vakgebied uit, al moet daar wel bij aangetekend worden dat de resultaten van antropologisch onderzoek naar ziekte- en lichaamsbeweging in die tijd nog weinig indrukwekkend waren. Ook voor recentere publikaties betreffende een meer persoonsgerichte geneeskunde blijkt de medische antropologie nauwelijks inspiratie geleverd te hebben (zie bijvoorbeeld Querido, 1955; Kuiper, 1975, 1980; Verbrugh, 1978).

Het inzicht dat het arts-patiënt-contact vaak te oppervlakkig en afstandelijk is om therapeutisch te

kunnen zijn, lijkt echter iets meer beïnvloed te zijn door de antropologie. Het onderscheid tussen 'illness' (de ziekte-ervaring van de patiënt) en 'disease' (de ziekte-benaming door de arts) maakte het mogelijk de misverstanden aan te duiden in het gesprek tussen arts en patiënt. Men ging inzien dat arts en patiënt vaak een verschillende taal spraken, zelfs als de woorden hetzelfde waren. Het begrippen-onderscheid werd, voorzover mij bekend, het eerst gebruikt door Fabrega (1971). Het lijkt waarschijnlijk dat voor Fabrega zijn onderzoek naar een ander medisch systeem in Mexico een belangrijke rol gespeeld heeft bij het iken van deze begrippen. De misverstanden tussen een westerse opgeleide arts en zijn patiënt springen in een niet-westerse samenleving immers veel meer in het oog. Het is via dit grote misverstand dat men ook meer aandacht is gaan besteden aan de subtielere misverstanden tussen arts en patiënt in onze eigen maatschappij.

De huidige aandacht voor allerlei vormen van zelfzorg in de gezondheidszorg is zeker niet het gevolg van de aandacht die antropologen aan dit verschijnsel gewijd hebben. Hoewel zelfzorg ongetwijfeld een belangrijke component is in veel medische systemen, hebben antropologen daar relatief weinig aandacht aan besteed. Zij bleken hoofdzakelijk geïnteresseerd in de meer spectaculaire aspecten van inheemse geneeswijzen. De grote betrokkenheid van wat Janzen de 'therapy managing group' noemt, is echter wel uitvoerig door hen beschreven. De huidige belangstelling voor zelfzorg in onze eigen maatschappij moet m.i. vooral gezien worden als een reactie op het medicaliseringsproces en, meer recentelijk, als een vorm van bezuiniging (zie ook Juffermans, 1983).

#### **4. Gezondheid en gezondheidszorg in Nederland**

De Nederlandse antropoloog die thuishoort, zou ambivalent gestemd moeten zijn over de gezondheidszorg in zijn eigen maatschappij. Pessimisme is gerechtvaardigd ten aanzien van de milieu- en mens-verslindende levensstijl in de industriële samenleving. De charme van de stabiele primitieve 'band' wordt echter slechts onderkend vanuit de 'comfortabele' positie in een consumptie-maatschappij. Zodra die eigen maatschappij zelf een zekere stabilisatie vertoont, zoals nu gebeurt, wordt dat echter als economische crisis ervaren, stagflatie. Onze samenleving lijkt inderdaad vast-

besloten om, in weerwil van alle retoriek en sympathie voor 'groen', haar economische groei van enkele jaren terug te herstellen. De korte-termijn-rationaliteit van de economen blijkt het voortdurend te winnen van die van de lange termijn, gericht op een leefbare toekomst voor allen. Zonder ook maar iets aan dit pessimistisch beeld af te doen, moet echter wel aangetekend worden dat de lessen van jagers en verzamelaars geen bruikbaar alternatief bieden. Het zijn met name de antropologen die erop gewezen hebben dat de nomadische – en ieder andere – leefwijze deel uitmaakt van een complex cultuur-geheel dat uniek is door zijn plaats in een specifieke ecologische en historische context. De antropologische duiding van deze leefwijze onderstreept juist het onvervreemd bare karakter ervan. Het is niet mogelijk aantrekkelijke elementen eruit te lichten en over te planten naar een andere context. Het milieu-evenwicht dat een autonome groep van verzamelaars in Afrika voor zichzelf heeft gevonden, is onbereikbaar voor een industriële samenleving die deel uitmaakt van een wereldeconomie. De impliciete boodschap van het antropologische optimisme over de primitieve cultuur valt negatief uit voor de eigen samenleving: 'transplantaties' lijken niet mogelijk en ontwikkelingen op het gebied van wetenschap, techniek en handel kunnen niet worden teruggeschroefd of 'dis-invented', zoals dat zo treffend in het Engels heet.

Naast dit grondige pessimisme is er echter ook reden voor optimisme. De biomedische gerichtheid van onze geneeskunde is niet in alle opzichten tegengesteld aan de 'holistische' visie. Uitgaande van een holistische visie wordt het biomedische denken en handelen zelfs verdedigbaar. Immers, als sociale of psychische problemen zich kunnen uiten in lichamelijke klachten, is het ook denkbaar dat een behandeling van lichamelijke klachten tot een oplossing van de sociale of psychische problemen kan leiden. Deze verbondenheid van het psychosociale met het lichamelijke domein wordt, ten onrechte, zelden ter sprake gebracht.

Dit inzicht houdt in dat er, juist vanuit holistisch gezichtspunt, waardering valt op te brengen voor het orgaan-gerichte ingrijpen van artsen. De paradox is dat artsen, door te 'sleutelen aan de machine van het menselijk lichaam', belangrijke successen kunnen boeken voor het welbevinden van de gehele persoon. Anders gezegd, ze zijn vaak 'right for the wrong reason'.

In het verlengde hiervan is tevens een meer posi-

tieve duiding van de onpersoonlijke patiënt-arts relatie mogelijk. De overwegend technische belangstelling van de arts voor lichaamsdetails van zijn patiënt beantwoordt niet zelden aan de verwachtingen van de patiënt zelf. Het zijn niet alleen medici die het machine-denken zijn toegedaan, leken hebben dit denken vaak overgenomen. Machine-taal zal dan juist de 'communicatie' bevorderen in plaats van verstoren, zoals gewoonlijk benadrukt wordt. En als het waar is dat de placebo het krachtigst medicijn is, waarover de geneeskunde beschikt, dan mogen ook indrukwekkende successen verwacht worden van de onpersoonlijke benadering van veel medici. Metaforen hebben een genezende werking, ook als die metaforen aan de techniek of biologie ontleend zijn. Zo beweert Moerman (1983: 161) dat zelfs het succes van de 'coronary bypass' vooral gezien moet worden als een placebo-effect. Het aardige van zijn betoog is, dat het zou laten zien dat het begrip placebo niet alleen op de patiënt, maar ook op de handelende arts van toepassing is. Dus weer een voorbeeld van 'right for the wrong reason'?

Met betrekking tot zelfzorg in onze eigen gezondheidszorg kan men ambivalent zijn. Enerzijds is er de groeiende kracht van de consumentenbeweging die zich ook meer en meer op het medische vlak gaat bewegen, en pleit voor minder afhankelijkheid van de medische professie. Anderzijds lijkt het waarschijnlijk dat juist op medisch gebied de 'consument' uiterst kwetsbaar en zwak blijft, en niet bereid of in staat is zich losser te maken van die medische professie. Als het om het eigen 'hachie' gaat, wordt consumenten-actie hachelijk. Zelfhulp lijkt misschien een aantrekkelijk alternatief bij het onderhoud van het huis, de auto, en de publieke orde, maar wordt riskant als het om het onderhoud van het eigen lichaam, zichzelf dus, gaat. Bensing (1984) legt de tegenstrijdigheden bloot in de pleidooien voor zelfzorg. De interessantste en simpelste is waarschijnlijk dat alleen gezonde mensen verantwoordelijk willen zijn voor eigen gezondheid. Een andere, die daar veel op lijkt, is dat het enthousiasme voor 'mantelzorg' het grootst is bij diegenen die geen hulpbehoevenden in hun directe nabijheid hebben. Het enthousiasme zakt dus als er wel hulpbehoevenden zijn die een daadwerkelijk beroep (kunnen) doen op de ondervraagden. Een laatste tegenstrijdigheid die ik hier wil aanhalen (er worden er in totaal zes genoemd), is dat patiënten-organisaties over het algemeen juist niet opkomen voor meer eigen ver-

antwoordelijkheid, maar voor meer specialis-  
tische voorzieningen zoals de 'hart-luchtbrug' (zie  
ook Bannenbergh, 1984).

Ondanks alle retoriek vrees ik dat het slecht ge-  
steld is met de toekomstige zelfzorg in onze maat-  
schappij, en het is slechts een schrale troost dat er  
in andere culturen meer verantwoordelijkheid be-  
staat voor eigen gezondheid. Die grotere verant-  
woordelijkheid zou immers wel eens het gevolg  
kunnen zijn van de gebrekkigheid van de daar  
aanwezige specialistische geneeskunde. Zou men,  
omgekeerd, de gebrekkige zelfzorg in onze eigen  
maatschappij misschien moeten beschouwen als  
het gevolg van een – ondanks alle kritiek – effec-  
tieve geneeskunde? Ik vrees dat dat te simpel ge-  
steld is. Wel blijkt hier echter uit, dat men vaak  
minder op zelfzorg, en meer op geneeskundige  
hulp gesteld is dan men openlijk wenst toe te ge-  
ven.

## 5. Conclusie

Noch de kennisname van antropologische ge-  
schriften, noch mijn eigen ervaringen in twee  
Afrikaanse samenlevingen zijn voor mij een reden  
tot pessimisme over gezondheid en gezondheids-  
zorg in de Nederlandse samenleving. Ik ben eer-  
der pessimistisch gestemd ten aanzien van de mo-  
gelijkheden voor bewoners van de derde wereld  
om een gezond leven te leiden. De vier aantrekke-  
lijkheden van niet-westerse medische tradities die  
in deze bijdrage besproken werden, lijken voor  
die culturen zelf stil-aan te verdwijnen, en niet  
overplantbaar te zijn naar onze maatschappij.  
De verheerlijking van toestanden in andere lan-  
den of tijden lijkt vaak 'te kwader trouw', een ze-  
kere verdringing van de verlegenheid over het feit  
dat men over-bevoordeeld is. Door het andere als  
beter te bestempelen, raakt men het gevoel kwijt  
dat men het beste voor zichzelf bewaard heeft,  
soms ten koste van anderen. De kritiek op het  
eigene en het prijzen van het andere vinden dan  
ook juist vaak plaats vanuit een uiterst comforta-  
bele positie waar men enigszins verlegen mee is.  
Zo is de uitspraak 'Geld maakt niet gelukkig' niet  
alleen een troostende rationalisatie van de be-  
hoefte, maar ook een gemakkelijk excuus van  
de rijke die afgunst van anderen wil vermijden en  
eigen gevoelens van ongemak onderdrukken.  
Dit lijkt ook van toepassing op ons denken en  
spreken over gezondheidszorg in de eigen dan wel  
andere maatschappij. Kritiek op de eigen gezond-

heidszorg en verheerlijking van het gezonde leven  
elders zijn effectieve methoden om het onbehagen  
over de ongelijke verdeling van gezondheid en le-  
venskansen van zich af te zetten. Zij verhullen bij-  
voorbeeld dat met de kosten van hoog-specialis-  
tische, vaak overbodige of zinloze, medische in-  
grepen veel kinderlevens elders gered zouden  
kunnen worden. Wij zijn immers nog meer te be-  
klagen dan zij. Onze rijkdom heeft ons 'arm' ge-  
maakt en zij zijn 'rijk' dank zij hun armoede. Het  
bijzondere van dit taalgebruik is dat het geen aan-  
leiding vormt de eigen leefwijze te veranderen;  
het is integendeel juist dank zij deze spreekwijze  
dat men in staat is de eigen leefwijze voort te zet-  
ten. Maatschappijkritiek wordt een *Ventilsitte* die  
het behoud van de maatschappij mogelijk maakt.  
Een *Ventilsitte* waaraan de antropologie een be-  
langrijke bijdrage levert.

Vanuit dat gezichtspunt wordt het ook begrijpe-  
lijk dat zelfzorg vooral door de gezonden gepre-  
zen wordt, burenhulp door degenen die geen bu-  
ren hebben, en soberheid door degenen die dat  
zelf niet zijn. In dat perspectief kan kritiek op de  
eigen gezondheidszorg duiden op grote tevreden-  
heid daarmee.

Zo cynisch en dubbelzinnig wil ik deze beschou-  
wing echter niet besluiten. Naast het feit dat er  
met informatie over gezondheid en gezondheids-  
zorg elders gemanipuleerd wordt naar eigen be-  
hoefte, is er ook een ander aspect. Een zorgvuldi-  
ge kennisname van een ander medisch systeem  
kan ook het tegenovergestelde effect hebben; niet  
een bevestiging, maar een relativisering van het  
eigene. Het inzicht dat andere culturen andere  
manieren van omgaan met ziekte hebben, kan een  
aanleiding zijn om het eigen medische denken ook  
op antropologische wijze te bezien: als een cultu-  
rele erfenis.

Ik denk dat dat de belangrijkste bijdrage van de  
medische antropologie moet zijn aan onze eigen  
traditie van geneeskunde. Pas als het eigen den-  
ken gerelativeerd wordt, bestaat de mogelijkheid  
om scepsis te ontwikkelen ten aanzien van dat  
denken. Pas dan zijn we in staat fundamentele kri-  
tie te formuleren. Via de ontdekking van het 'bi-  
zarre' of zelfs 'gevaarlijke' in andere medische tra-  
dities kunnen we oog krijgen voor het bizarre en  
gevaarlijke in onze eigen geneeskunde. Tegelij-  
kertijd kan die ervaring van het andere ons echter  
het waardevolle van de eigen tradities laten zien.  
Terugblikkend op het betoog, kan ik niet verhelen  
dat het vol ambivalenties zit. Ik ben echter van  
mening dat die erin thuishoren, omdat onze ken-

nis van de westerse en vooral de niet-westerse geneeskunst nog verward en onvolkomen is. Deze beschouwing is daarom geen pleidooi geworden vóór of tégen de ontwikkelingen in onze gezondheidszorg; ook niet een – verkapt – pleidooi voor de medische antropologie. Het betoog is hoogstens een pleidooi vóór een gematigd relativisme en tegen ieder ander -isme; wellicht een teleurstelling voor allen die zo'n ander -isme zijn toegeedaan.

#### Noten

1. Dit artikel is een sterk verkorte versie van een bijdrage 'Waar ligt Hygieia?' aan het NSAV-Congres 'Waardenverandering en/of Cultuurcrisis?', dat in december 1984 te Amsterdam gehouden werd. Ik dank Annemiek Richters en een anonieme redactie-lezer voor hun commentaar op de eerste versie.
2. Met name de 'shamaan' is uitgegroeid tot een welhaast religieus symbool van het anti-positivistische denken over gezondheid en psychisch welbevinden.
3. Veatch (1983) wijst er echter op, dat in bepaalde omstandigheden een anonieme arts-patiënt relatie boven een 'vriendschaps'-relatie te verkiezen is: 'The reasons for this are numerous. Some, perhaps, prefer not to have their "friends" see them in weakness ... Others may simply prefer the sense of mystery that comes from being more private people or simply not care to spend the time and energy to build this particular set of friendships' (p. 202).
4. Waarschijnlijk komt zelfzorg en zelfmedicatie in de westerse samenleving echter vaker voor dan men beseft. De indruk dat mensen met gezondheidsproblemen zich onmiddellijk overleveren aan 'deskundigen', komt gedeeltelijk voort uit de manier van onderzoek, waarbij slechts aandacht besteed wordt aan meer ernstige medische klachten. Onderzoekingen waarbij ook lichte klachten bestudeerd werden, hebben uitgewezen dat een overgrote meerderheid van 'patiënten' eerst zelf het probleem tracht te verhelpen (voor een overzicht van Engels onderzoek zie o.a. Helman, 1984: 54-7). Een vergelijkend onderzoek van zelfzorg in westerse en niet-westerse samenlevingen bestaat nog niet. Ik vermoed echter dat men in niet-westerse gemeenschappen over het algemeen aanzienlijk langer doorgaat met zelf-behandeling dan in het Westen.
5. *Kia* is een toestand van verruimd bewustzijn, een onderdeel van het genezingsritueel.
6. In Nederland hebben o.a. Fahrenfort en Klinkert (1978), Klinkert (1982), Knottnerus (1983), Schram en Pool (1980), De Swaan (1983) en Wellen (1981) over medicalisering geschreven. In 1982 organiseerde de Katholieke Universiteit van Nijmegen een congres over medicalisering (Medische Faculteitsvereniging, 1982). Ook bij het vertrek van de hoogleraar

huisartsgeneeskunde, Van Aalderen, en in de bundel die hem bij zijn afscheid werd aangeboden (Hollenbeek, Brouwer en Knottnerus, 1982), speelde het inzicht dat patiënten in toenemende mate controle over de zorg voor hun eigen gezondheid verliezen, een grote rol. Het ontnemen van die controle lijkt inherent aan ons systeem van gezondheidszorg.

7. Sinds ongeveer twintig jaar bepleiten veel antropologen een gelijkwaardiger inbreng van antropoloog en informant. Aanhangers van de 'new ethnography' of 'ethnoscience' wilden uitdrukkelijk uitgaan van de denkcategorieën van de mensen bij wie zij onderzoek verrichten. Anderen zien veldwerk als een 'communicatieve praxis', waarbij inzichten en betekenissen tot stand komen in een horizontaal (niet-hiërarchisch) proces van communicatie en reflectie. Het is echter twijfelachtig, of deze idealen ook door de woordvoerders zelf verwezenlijkt worden, en kunnen worden. Bovendien verschilt deze 'nieuwe' visie op veldwerk weinig van de klassieke opvatting over participerende observatie (zie bijv. Malinowski, 1961: 25), ook al wordt de indruk gewekt dat zij juist een radicale kritiek op deze klinische onderzoeksmethode inhoudt. Vooralsnog lijkt antropologisch onderzoek, tegen de openlijk beleden intenties van de antropologen in, een flinke dosis ongelijkheid en etnocentrische overheersing te bevatten.

#### Literatuur

- Bannenbergh, G., Ontwikkelingshulp in Nederland. *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek*, 1984, 2 (1), 47-9.
- Bensing, J., Wie wil in Nederland primary health care? *Medisch Contact*, 1984, 39 (5), 141-6.
- Bodley, J.H., *Anthropology and contemporary human problems*. Menlo Park, Cummings, 1976.
- Chrisman, N.J., & Th.W. Maretzki (eds.), *Clinically applied anthropology. Anthropologists in health science settings*. Dordrecht, Reidel, 1982.
- Coe, R.M., *Sociology of medicine*. New York, McGraw-Hill, 1978.
- Colson, A.C., *The prevention of illness in a Malay village: an analysis of concepts and behavior*. Winston-Salem, Wake Forest Un., 1971.
- Dubos, R., *Man adapting*. New Haven, Yale Un. Press, 1980 (oorspr. 1965).
- Dunn, F.L., Health and disease in hunter-gatherers. In: Lee & Devore (eds.), *Man the hunter*. Chicago, Aldine, 1968.
- Eisenberg, L., & A. Kleinman (eds.), *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht, Reidel, 1981.
- Fabrega, H., Medical Anthropology. *Biennial Review of Anthropology*, 1971, 167-229.
- Fabrega, H., *Disease and social behavior: an interdisciplinary perspective*. Cambridge, Ma., MIT Press, 1974.
- Fabrega, H., & D.B. Silver, *Illness and shamanistic cu-*

- ring in Zinacantan. An ethomedical analysis. Stanford, Stanford Un. Press, 1973.
- Fahrenfort, M., & J.J. Klinkert, Medicalisering - naar een omschrijving. *Huisarts en Wetenschap*, 1978, 21, 412-6.
- Ferguson, T. Medical self-care: self-responsibility for health. In: A.C. Hastings et al. (eds.) *Health for the whole person*. Boulder, Westview Press, 1980.
- Freidson, E., *Professional dominance: the social structure of medical care*. New York, Atherton Press, 1970.
- Gordon, J.S., The paradigm of holistic medicine. In: A.C. Hastings et al. (eds.), *Health for the whole person*. Boulder, Westview Press, 1980.
- Good, B., & M.-J. Delvecchio Good, The meaning of symbols: a cultural-hermeneutic model for clinical practice. In: Eisenberg & Kleinman (eds.), *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht, Reidel 1981.
- Hastings, A.C., et al. (eds.), *Health for the whole person*. Boulder, Westview Press, 1980.
- Ten Have, H., Antropologische geneeskunde. *Metamedica*, 1983, 62, (1), 10-21.
- Helman, C., *Culture, health and illness. An introduction for health professionals*. Bristol, Wright PSG, 1984.
- Hollenbeek Brouwer, J., & J.A. Knottnerus (red.), *Vertrekpunten in de gezondheidszorg*. Amsterdam, VU Boekhandel, 1982.
- Illich, I., *Limits to medicine*. Harmondsworth, Penguin, 1976.
- Janzen, J.M., *The quest for therapy in Lower Zaire*. Berkeley, Un. of Cal. Press, 1978.
- Juffermans, P., Medicalisering, zelfzorg en de crisis van de verzorgingsstaat. *Medisch Contact*, 1983, 38 (8), 224-6.
- Kasanmoetalib, S., De antropologische geneeskunde van Viktor von Weiszäcker. *Metamedica*, 1983, 62, (2), 104-17.
- Katon, W., & A. Kleinman, Doctor-patient negotiation and other social science strategies in patient care. In: Eisenberg & Kleinman (eds.), *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht, Reidel, 1981.
- Katz, R., *Boiling energy. Community healing among the Kalahari Kung*. Cambridge, Ma., Harvard Un. Press, 1982.
- Kleinman, A., *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley, Un. of Cal. Press, 1980.
- Klinkert, J.J., Medicalisering. Kanttekeningen bij de ontwikkeling van een begrip. *Medisch Contact*, 1982, 37 (51/52), 1657-62.
- Kluckhohn, C., *Mirror for man*. New York, McGraw-Hill, 1949.
- Knottnerus, J.A., Over medicalisering en de 'leest van de dokter'. *Medisch Contact*, 1983, 38 (12), 337-40.
- Kuiper, J.P., *Het zal ónze zorg zijn*. Assen, Van Gorcum, 1975.
- Kuiper, J.P., *Mensopvatting en gezondheidszorg*. Assen, Van Gorcum, 1980.
- Lee, R.L., & I. DeVore (eds.), *Man the hunter*. Chicago, Aldine, 1968.
- Malinowski, B., *Argonauts of the Western Pacific*. New York, Dutton, 1981 (oorspr. 1922).
- Maykovich, M.K., *Medical sociology*. Sherman Oaks, Alfred Publ. Co., 1980.
- Mechanic, D., *Medical sociology*. New York, Free Press, 1978.
- Medische Faculteitsvereniging, *Congresmap Medicalisering. De gezondheidszorg als placebo*. Nijmegen, Medische Faculteitsvereniging, 1982.
- Moerman, D.E., Physiology and symbols: the anthropological implications of the placebo effect. In: L. Romanucci-Ross et al. (eds.), *The anthropology of medicine. From culture to method*. New York, Praeger, 1983.
- Navarro, V., *Medicine under capitalism*. New York, Prodist, 1976.
- Ohnuki-Tierney, E., *Illness and healing among the Sakhalin Ainu. A symbolic interpretation*. Cambridge, Cambridge Un. Press, 1981.
- Pfifferring, J.-H., A cultural prescription for medicocentrism. In: Eisenberg & Kleinman (eds.), *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht, Reidel, 1981.
- Querido, A., *Inleiding tot een integrale geneeskunde*. Leiden, Stenfort Kroese, 1955.
- Romanucci-Ross, L., et al. (eds.), *The anthropology of medicine. From culture to method*. New York, Praeger, 1983.
- Rosenzweig, R., Learning to be your own M.D. *The New York Times Magazine*, April, 2, 1978, 42-6.
- Sahlins, M., *Stone age economics*. London, Tavistock, 1974.
- Schram, M., & J.J. Pool, Medicalisering en de rol van de huisarts. *Huisarts & Wetenschap*, 1980, 23, 469-74.
- Stoeckle, J.D., & A.J. Barsky, Attributions: uses of social science knowledge in the 'doctoring' of primary care. In: Eisenberg & Kleinman (eds.), *The relevance of social science to medicine*. Dordrecht, Reidel, 1981.
- Strauss, A.L., *Where medicine fails*. New York, Transaction Books, 1973.
- De Swaan, A., *De mens is de mens een zorg*. Amsterdam, Meulenhoff, 1983.
- Taylor, G.R., *Rethink: a paraprimitive solution*. London, Secker & Warburg, 1972.
- Veatch, R.M., The physician as stranger: the ethics of the anonymous patient-physician relationship. In: Shelp (ed.), *The clinical encounter. The moral fabric of the patient-physician relationship*. Dordrecht, Reidel, 1983.
- Verbrugh, H.S., *Paradigma's en begripsontwikkeling in de ziekteleer*. Haarlem, De Toorts, 1978.
- Wellen, J., Medicalisering van de samenleving. *Metamedica*, 1981, 60, 197-209.
- Young, J.C., *Medical choice in a Mexican village*. New Brunswick, Rutgers Un. Press, 1982.
- Zola, I.K., Structural constraints in the doctor-patient relationship: the case of non-compliance. In: Eisenberg & Kleinman (eds.), *The relevance of social science to medicine*. Dordrecht, Reidel, 1981.