

## **Inleiding: ziekte, gezondheidszorg en cultuur**

*Gerhard Nijhof en Sjaak van der Geest*

Deze bundel bevat een reeks verslagen van theoretisch gestuurd onderzoek op de gebieden van medische sociologie en medische antropologie. Object van onderzoek is steeds de betekenis van culturele processen voor ziektebeelden en gezondheidszorgpraktijken.

Deze gecombineerde onderneming van medische sociologen en medische antropologen komt voort uit ontwikkelingen in beide disciplines. Antropologie en sociologie groeien steeds meer naar elkaar toe. Naarmate antropologen de problemen van hun interpretaties van ziekte en gezondheidszorg onderkennen en sociologen de beschrijvingen daarvan als interpretaties waarderen, ontmoeten de vertegenwoordigers van beide disciplines elkaar frequenter op gemeenschappelijk theoretisch en methodologisch terrein. Die ontmoeting wordt bevorderd doordat de zogenoemde westerse en niet-westerse wereld steeds meer verweven raken. Niet-westerse bevolkingsgroepen maken in toenemende mate deel uit van de populaties van westerse landen. Westerlingen raken omgekeerd steeds intensiever betrokken bij ontwikkelingen in niet-westerse landen. De verschillen tussen het westen en het niet-westen vervagen. De scheiding van sociologie en antropologie lijkt een factor die de 'grenzen' in stand helpt houden.

De toenemende convergentie is met name in de domeinen van de medische sociologie en antropologie waarneembaar. Waar de gezondheidszorg in het westen steeds meer een bediscussieerd en daarmee discutabel maatschappelijke verschijnsel wordt, verliest zij het vanzelfsprekende karakter van een wetenschappelijke praktijk. Zij krijgt steeds meer de gestalte van een institutie die in het dagelijks handelen wordt vormgegeven als een culturele constructie. Er blijken in de gezondheidszorg culturele verschillen te bestaan tussen patiënten en artsen, tussen mannen en vrouwen, tussen ouderen en jongeren, tussen gehandicapten en tijdelijk zieken, tussen zieken en arbeidsongeschikten. Daarin verschilt de westerse gezondheidszorg - theoretisch en empirisch - steeds minder van de gedifferentieerde gezondheidszorgpraktijken die in niet-westerse landen worden aangetroffen. Bovendien is de gezondheidszorg in westerse streken voor een belangrijk deel een zorg geworden voor mensen uit andere culturen, terwijl omgekeerd de gezondheidszorg in derde-wereldlanden steeds sterker wordt geïnfilteerd met denkwijzen en middelen die hun oorsprong hebben in westerse medische kringen. En waar tot voor kort het begrippenpaar 'rationeel-irrationeel' als onderscheidend middel fungeerde, is het besef van irrationele processen in de westerse gezondheidszorg en van rationele in de niet-westerse groeiend. In beide werelden blijken ziekte en gezondheidszorg verweven met vreemdsoortige praktijken zoals roken, wegpiraterij, cosmetiek en bezetenheid en blijkt de gezondheidszorgpraktijk in beide gevallen onverwacht afhankelijk te zijn van maatschappelijke verschijnselen als sociale status, financiële positie en politieke

## INLEIDING

macht van de diverse betrokkenen. Kortom, ook de onderscheidingen tussen westerse en niet-westerse gezondheidszorg vervagen.

Nu de betekeniswerelden van het westen en het niet-westen naar elkaar toe groeien, worden ook de betekenissen die in de werelden van sociologie en antropologie figureren, meer op elkaar betrokken. Waar antropologen ziekte reeds lang zagen als cultuurgebonden en arbitraire verwoordingen van lichamelijke en geestelijke evenementen, worden nu ook de medische sociologen ertoe aangespoord ziektebeschrijvingen te relativiseren en niet langer als afbeeldingen van evidente natuurfeiten te zien. En waar medische antropologen de gezondheidszorg in niet-westerse landen reeds lang presenteerden als verweven met culturen van het dagelijks leven, wordt het ook voor westerse medische sociologen steeds moeilijker medische wetenschap en gezondheidszorg los te zien van hun maatschappelijke context.

Waar sociologen en antropologen al langer beleden dat hun object van onderzoek wordt gevormd door betekenissen, worden nu ook de medische antropologen en sociologen er toe gebracht het object van hun onderzoek - ziekte en gezondheidszorg - te zien als verschijnselen van betekenis, als cultuur. Zich in deze theoretische ontwikkeling te situeren en deze daarmee te versterken, vormt de inzet van de sociologen en antropologen die hun werk in dit boek bundelen. Hun gezamenlijk theoretisch perspectief is dat ziekte en gezondheidszorg als culturele constructies worden onderzocht.

### **Het perspectief: de constructie van ziekte en gezondheidszorg**

Bekommernis met lichamelijke en geestelijke gezondheid heeft altijd en overal bestaan. De vorm die deze bekommernis aanneemt, en de institutionalisering ervan blijken echter - als we culturen met elkaar vergelijken of de historische genese van die bekommernis binnen een specifieke cultuur bestuderen - aanzienlijk te variëren. Zo zeer zelfs, dat wat hier of toen een aanleiding was tot persoonlijke of maatschappelijke bezorgdheid, daar en nu achteloos terzijde wordt geschoven. Aan het bestuderen van de wijze waarop in culturen specifieke betekenissen van lichamelijke en geestelijke ongezondheid worden gemaakt, geconsolideerd en weer veranderd, ontlenen medische sociologie en antropologie hun bestaansrecht.

Dit boek bevat een verzameling studies die als uitgangspunt hebben dat op het vlak van ziekte en gezondheidszorg betekenis niet kan worden gemonopoliseerd door de 'officiële' geneeskunde, maar arbitrair en contingent is. In de medische sociologie en antropologie wordt bestudeerd hoe verschijnselen de betekenis van 'ziek' of 'gezond' krijgen, hoe beelden van ziekte en gezondheid tot stand komen en hoe in samenhang daarmee gezondheidszorg als betekenispraktijk wordt geconstrueerd. Daarmee worden die medische sociologie en antropologie bekritiseerd, die de geneeskundige betekenis van verschijnselen als een natuurlijk en vast gegeven accepteren. Zo'n medische sociologie en antropologie verworden tot 'wetenschappen' van de sociale aspecten van gegeven medische 'feiten'.

*Betekenis*

Niet materie maar betekenis vormt het object van sociale wetenschap. Materie op zich heeft geen betekenis, maar krijgt deze als ze als teken fungeert. In relaties tussen deze tekens komen betekenissen tot stand. Een rode gelaatskleur betekent op zichzelf niets, maar in een specifieke context - in relatie met andere tekens - betekent dit fysieke verschijnsel soms koorts, soms verlegenheid, soms inspanning, soms woede. Wat op het niveau van een camera-achtige beschrijving telkens hetzelfde schijnt, krijgt uiteenlopende betekenissen, zoals de antropoloog Geertz (1973:7) opmerkt.

Een socioloog die de rode kleur tot object van onderzoek maakt, zal waarschijnlijk niet een geneeskundige raadplegen om deze te laten bepalen welke betekenis aan de kleur van de huid moet worden toegekend. Dat zou weinig nut hebben, want als een rode kleur in een sociale situatie het betekenis-effect van woede oproept, is dat de maatschappelijke betekenis, ongeacht wat de geneeskundige interpretatie zou zijn. In de medische sociologie is deze benaderingwijze echter niet vanzelfsprekend. Binnen deze wetenschap wordt de geneeskundige vaak toegestaan de betekenis van zekere verschijnselen voor de socioloog of antropoloog vast te leggen en niet zelden neemt deze de medische betekenis als feitelijk gegeven over.

Echter ook de uitspraken van geneeskundigen zijn vormen van betekenisproductie. Naar theoretische maatstaf zijn medische en alledaagse betekenissen gelijkwaardig. Ongelijkheid is alleen een gevolg van maatschappelijke processen, van professionalisering bijvoorbeeld. Dit besef van theoretische gelijkwaardigheid lijkt binnen de medische sociologie en antropologie niet altijd aanwezig. Vaak heeft daar de geneeskundige betekenis de voorkeur boven betekenissen die in andere contreien tot stand komen, of geniet deze zelfs het alleenrecht en fungeert als intrinsieke betekenis. De geneeskundige betekenis van verschijnselen wordt dan als de eigenlijke voorgesteld. De medicus wordt daarbij als vanzelfsprekend de competentie toegedacht zo'n intrinsieke betekenis van verschijnselen te kunnen vaststellen.

Hierin schuilt een dubbele vooronderstelling. De eerste is dat verschijnselen een intrinsieke betekenis hebben. De tweede is dat de geneeskunde in staat is deze te verwoorden. Geen enkel verschijnsel heeft echter een intrinsieke maatschappelijke betekenis. Een verschijnsel krijgt eerst betekenis als het als teken 'werkt' in een specifieke context. Daarom kan een verschijnsel - ook een lichamelijk - in principe van alles betekenen. Een bepaalde betekenis wordt eerst teweeggebracht in de 'leeswijze' waarmee een verschijnsel tegemoet wordt getreden. In de praktijk van de westerse gezondheidszorg hebben geneeskundige leeswijzen een dominante positie verworven, maar in het licht van de theorie van betekenisproductie zijn de betekenissen die door andere maatschappelijke leeswijzen worden geproduceerd gelijkwaardig. De dominantie van geneeskundige betekenissen die men aantreft in het werk van sociale wetenschappers, is derhalve niet toe te schrijven aan een wetenschappelijk criterium, maar is de resultante van maatschappelijke processen waarin geneeskundige vertogen posities van dominantie verwerven. Een vorm waarin deze dominantie tot stand komt, is die waarin

## INLEIDING

geneeskundige denk- en spreekwijzen als vanzelfsprekend en 'natuurlijk' worden voorgesteld.

### *Naturalisering in de medische sociologie en antropologie*

'Naturalisering' is een proces waarin een betekenis wordt voorgesteld als vanzelfsprekend en het betekende als een natuurfeit. In het spreken wordt zo'n betekenis als de enig mogelijke gepresenteerd (cf. Nijhof 1986, 1987 en 1989). Dit proces van naturalisering impliceert decontextualisering. In dit proces van decontextualisering wordt de betekenis van een verschijnsel als gegeven voorgesteld, ongeacht de context waarin het voorkomt.

Naturalisering doet zich in de medische sociologie en antropologie voor wanneer medische betekenissen als de enig mogelijke figureren, wanneer deze betekenissen worden gezien als vanzelfsprekende afbeeldingen van de werkelijkheid. Zo wordt de medische sociologie/antropologie een randverschijnsel, omdat andere betekenissen slechts als aberraties of primitieve voorlopers van de voorgegeven geneeskundige betekenis figureren. Niet-medische betekenissen van ziekte worden bij voorbaat ondergeschikt gemaakt aan de als gegeven voorgestelde medische betekenis van ziekte en het object van de medische sociologie wordt afhankelijk van wat de geneeskunde voor werkelijk houdt. In zo'n genaturaliseerde sociale wetenschap worden medische vertogen voor 'ontdekkers' van de werkelijkheid gehouden.

Een genaturaliseerde medische sociologie en antropologie weerspiegelen een opvatting die in westerse culturen haar voedingsbodem vindt: het sociale als bijkomstigheid, cultuur als een aberratie van de natuur. Cultuur wordt alleen erkend als zij gevalideerd is aan wat als de werkelijkheid geldt. In andere gevallen wordt zij afgedaan als subjectivistische betekenisgeving die de werkelijkheid verkleurt en vertekent.

### *De-naturalisering van de medische sociologie en antropologie*

De medische sociologie en antropologie vestigen zich waar de (sociale) realiteit van ziekte en gezondheidszorg wordt opgevat als een constructie van betekenissen. Geneeskunde is in deze medische sociologie en antropologie niet meer een onthuller van de werkelijkheid. Zij is zelf zowel producent van betekenissen als betekenisproduct. Theoretisch is er dus geen reden om de medische betekenis zwaarder te laten wegen dan welke andere maatschappelijke interpretatie ook. Dat wil natuurlijk niet zeggen dat ze maatschappelijk van eenzelfde gewicht zijn. Die ongelijkheid tussen medische en andere interpretaties van lichamelijke en psychische verschijnselen te onderzoeken is juist de taak van de medische sociologie en antropologie. Sociale verschijnselen bestaan voor de sociologie en de antropologie alleen als betekenissen. Ziekte kan in deze wetenschappen niet als (natuur-)feit fungeren. Zo'n medische sociologie en antropologie bestudeert de wijze waarop in uiteenlopende en veranderende contexten specifieke betekenisconstellaties van ziekte, gezondheid en gezondheidszorg tot stand komen. Deze constellaties vormen het object van de medische sociologie en antropologie. De praktijk van de

gezondheidszorg kan daarom worden opgevat als een strijdtoneel, waar betekenissen worden geïnterrupteerd en ondersteund en waar dominantieverhoudingen tot standkomen. De gezondheidszorg is een praktijk van voortdurende constructie van betekenissen van ziekte en de zorg daarvoor.

### *De constructie van ziekte en gezondheidszorg*

Ziektebeelden zijn constellaties van betekenissen van gezondheidsproblemen. De term ziektebeeld verwijst niet alleen naar medische ziektebegrippen, maar naar elke probleemdefinitie waarin een relatie met gezondheid of gezondheidszorg wordt gelegd. In een 'gedenaturaliseerde' medische sociologie en antropologie hebben ziektebeelden niet een relatie van correspondentie met fysiologische storingen. Zo zou 'griep' een betekenisconstellatie kunnen blijken, die in bepaalde gevallen is opgebouwd uit elementen van overbelasting, tijdelijke onwil het werk ter hand te nemen en de bereidheid het leven te beteren. Het belang van deze betekenisconstructie verandert op geen enkele wijze als deze wel of niet blijkt samen te hangen met een virusinfectie als geneeskundige interpretatie.

De praktijk van de gezondheidszorg wordt nu gemaakt in de interactie van zulke alledaagse en geneeskundige ziektebeelden. De gezondheidszorg is er niet, maar wordt in zijn specifieke sociale gestalten in een voortdurende praktijk van betekenisproductie geconstrueerd. In deze praktijk van gezondheidszorg worden ook de gedifferentieerde posities van gezondheidszorgers en patiënten als sociale constructies tot stand gebracht.

## **Thema's en bijdragen**

De hier gebundelde bijdragen wijzen op een 'betekenis-smokkel' die voortdurend plaats heeft in het denken en spreken over gezondheid. Zij laten zien op welke wijze het culturele, het contingente, als natuurlijk gepresenteerd wordt. De drie secties in het boek vertegenwoordigen de drie deelgebieden waar de auteurs hun de-naturaliserende blik op hebben gericht: ziekte, gezondheidszorg en - als een specificering van dat laatste - geneesmiddelengebruik. Door deze secties heen lopen vier thema's die in bijna alle bijdragen ter sprake komen: dominantie en afhankelijkheid, het lekenperspectief, medisch pluralisme, en de - soms gespannen - relatie tussen medische en sociaal-culturele wetenschappen.

### *Dominantie en afhankelijkheid*

Het beschrijven en analyseren van de culturele wortels van medische opvattingen en praktijken krijgt verschillende accenten in de diverse bijdragen. De meeste auteurs wijden daarbij speciale aandacht aan de culturele en maatschappelijke processen waardoor dominantie en afhankelijkheid in de gezondheidszorg gevestigd worden. Dominantie en afhankelijkheid worden met name ter sprake ge-

## INLEIDING

bracht in de bijdragen van Nijhof, Pool, Krumeich en Van der Geest, Van der Veen, Scavenius en Jaspers.

Nijhof is vooral geïnteresseerd in de talige dimensie van dominantie. Hij probeert processen van naturalisering in de gezondheidszorg op het spoor te komen en wijst daarbij op een vorm van naturalisering die via een specifieke taalconstructie, nominalisatie, tot stand wordt gebracht. In de verandering van werkwoordsvormen in zelfstandige naamwoorden wordt het met het naamwoord aangeduide als werkelijk voorgesteld, alsof het buiten de tekst bestaat. In het medische spreken en schrijven is dit mechanisme te constateren.

Pool bespreekt in zijn bijdrage drie vormen van dominantie. Ten eerste merkt hij op dat de dominante status van biomedische categorieën ook in andere disciplines, in het bijzonder in de medische antropologie, vaak als vanzelfsprekend gehandhaafd worden. Een ander vorm van dominantie waar hij op wijst is de ongelijke relatie tussen westerse en lokale medische kennis in de Kameroense gemeenschap waar hij verbleef. Tenslotte bespreekt hij de verhouding van dominantie tussen antropoloog en informant. Bij het doen van medisch antropologisch onderzoek en het opschrijven van etnografische data is voortdurend het gevaar aanwezig dat de onderzoeker/schrijver zijn interpretatie oplegt aan de informant en deze zo in zijn geschrift tot figurant reduceert.

Krumeich en Van der Geest verdiepen zich in culturele opvattingen over gevaar voor maatschappelijk en persoonlijk welzijn en over maatregelen ter preventie van zulk gevaar. Zij vergelijken de opvattingen hierover in een Indiaans dorp in Suriname met die in de moderne geïndustrialiseerde maatschappij. Oppervlakkig beschouwd zijn de verschillen groot. De Indianen maken zich zorgen over de houding van geesten en voorouders terwijl westerse burgers vooral bevreesd zijn voor oorlog, criminaliteit, vervuiling van het milieu en voor een economische crisis. Er blijken echter ook treffende overeenkomsten te bestaan. Een daarvan is dat in beide culturen politiek belang in sterke mate bepaalt wat men als gevaar ziet en wat men er tegen onderneemt.

Van der Veen en Scavenius hebben vooral oog voor de wijze waarop artsen en patiënten elkaar tegemoet treden. Scavenius concentreert zich op drie casussen waarin vrouwen er al of niet in slagen de arts met argumenten tot hun standpunt over te halen. In die argumenten verwijzen de vrouwen naar hun eigen verantwoordelijkheid. Uit het gepresenteerde materiaal blijkt dat de vrouwen zich in een positie van afhankelijkheid ten opzichte van de arts bevinden en dat alleen bepaalde constructies van verantwoordelijkheid de arts kunnen bewegen zich aan te passen aan de wensen van de vrouw. Van der Veen schetst de ambigue situatie waarin artsen en patiënten in westerse samenlevingen verkeren. Enerzijds heerst er een ethos van individuele vrijheid en autonomie voor allen, anderzijds is er het besef van toenemende afhankelijkheid in een wereld die steeds technischer en gespecialiseerder wordt. De arts vertegenwoordigt die wereld in zijn gesprek met de patiënt.

In de bijdrage van Jaspers wordt beschreven hoe de verzekeringsgeneeskunde ingeklemd zit tussen de maatschappelijke antipoden van werkgevers en werknemers en bovendien bedreigd wordt door de veel hoger in aanzien staande cura-

tieve geneeskunde. Uit al deze bijdragen komt naar voren dat er een 'strijd om betekenissen' wordt geleverd die uitmondt in dominantie van het ene denken over het andere.

### *Lekenperspectief*

Een tweede thema dat in diverse bijdragen ter sprake komt, is de betekenisgeving van onderaf, het lekenperspectief. Pool vraagt aandacht voor de opvattingen van Kameroenese dorpelingen over bepaalde ziekteverschijnselen, opvattingen die radicaal afwijken van de biomedische. Krumeich en Van der Geest schetsen wat Surinaamse Indianen als bedreigend zien en hoe zij zich daar tegen wapenen. Lekenopvattingen staan ook centraal in de vier bijdragen die handelen over geneesmiddelen. Verbeek-Heida beschrijft een Nederlandse situatie en wijst op het belang dat gebruikers van antibiotica toekennen aan informatie over deze middelen. Zij gebruiken weliswaar de antibiotica op een manier die hun zinvol voorkomt, maar verlangen tegelijkertijd deskundige informatie om die, bij het gebruik, af te kunnen wegen tegen hun eigen inzichten.

Hardon, die onderzoek heeft gedaan in twee arme wijken in Manila, bespreekt de wijze waarop haar informanten de werkzaamheid - of niet-werkzaamheid - van westerse medicijnen verklaren. Van belang daarbij is het begrip *hiyang*, dat uitdrukt dat een bepaald middel al of niet bij iemand 'past'. Zij wijst er op dat de betrokkenen zich door die rationalisering laten leiden in de keuze van medicijnen voor zelfmedicatie. In de bijdrage van De Graaf en Van der Geest worden opvattingen over geneesmiddelen in enige families in Noord-Kameroen beschreven. De wijze waarop men vroeger omging met middelen die verstrekt werden door lokale genezers, wordt nu voortgezet in hun gebruik van westerse medicijnen. Het 'goede woord' van de deskundige blijkt voor hen nog steeds deel uit te maken van de therapeutische kracht van het geneesmiddel. In de laatste bijdrage schetst Van der Geest in algemene bewoordingen hoe het leken-perspectief botst met de plannen van beleidsmakers die zich inzetten voor een programma van 'essentiële geneesmiddelen'.

Uit deze bijdragen komt naar voren dat de betekenissen, die aan bepaalde ziekteverschijnselen en gezondheidszorgpraktijken gehecht worden, niet vastliggen. Zij variëren naar cultuur en sociaal-politieke context. In alle gevallen is contextualisering voorwaarde voor het waarnemen en verklaren van deze culturele variaties.

### *Medisch pluralisme*

Een derde thema dat in een groot aantal bijdragen wordt besproken, is dat van de confrontatie tussen verschillende tradities van gezondheidszorg. De spiegeling van het eigene in het andere staat centraal in deze bundel. De confrontatie met andere culturele werkelijkheden heeft de vanzelfsprekendheden van onze eigen cultuur, inclusief die van de biomedische traditie, ondergraven. De vragen die in dit boek gesteld worden over medische praktijken en voorstellingen in onze eigen

## INLEIDING

maatschappij komen mede voort uit de verbazing over praktijken en voorstellingen elders.

Daarnaast worden enkele bijdragen gewijd aan specifieke gevallen van botsing of integratie van rivaliserende tradities van gezondheidszorg. In Pools bijdrage is er sprake van verwarring, die overigens pas door zijn persistent vragenstellen aan het licht komt. Zijn Kameroenese informanten vermengen westerse biomedische begrippen met ideeën over ziekte en hekserij die binnen hun gemeenschap leefden voordat zij in aanraking kwamen met westerse doktoren. Wat aanvankelijk gezien wordt als een duidelijk omschreven ziekte, Kwashiorkor, blijkt bij steeds dieper gravende discussies tussen Pool en zijn informanten en tussen informanten onderling een uiterst problematisch verschijnsel. Iedereen heeft er weer een andere mening over. Het onderzoek mondt uit in een afwijzing van de hegemonie van de biomedische diagnose. Het zekerheid scheppende etiket 'Kwashiorkor' - overigens een Afrikaanse (Ga) term - verbergt dat de aard, de oorzaak en de behandeling van het probleem eerst in de interacties tussen informanten en de onderzoeker en tenslotte in zijn beschrijving tot stand komen.

De confrontatie tussen verschillende medische tradities komt op geheel andere wijze aan de orde in de bijdrage van Van der Veen. Onbehagen over de relatie arts-patiënt in onze eigen maatschappij leidt soms tot romantisering van dergelijke relaties in andere culturen en moedigt bezoek aan 'alternatieve' genezers aan. Van der Veen is echter van mening dat de spanning tussen autoritair, afstand scheppend gedrag enerzijds en betrokkenheid en empathie anderzijds evenzeer een karakteristiek is van traditionele genezers als van artsen in wester culturen. In elke cultuur, aldus Van der Veen, lijkt de relatie tussen genezer en patiënt geconstrueerd te worden uit ambivalente opvattingen over het belang van individuele autonomie enerzijds en het besef van sociale afhankelijkheid anderzijds. Hoezeer culturele stereotypen en sociale codes ook verschillen, die spanning tussen individu en gemeenschap lijkt voortdurend in genezer-patiënt relaties tot uitdrukking te komen.

De Beet doet verslag van een conflict tussen westerse en inheemse geneeskunde bij de Matawai in Suriname. Hij laat zien hoe de rivaliteit tussen beide tradities bij hen op een hoger niveau wordt opgelost: 'God' heeft zowel de kennis en de medicijnen van de westerse arts als die van de Matawai genezer gemaakt. In de bijdragen over geneesmiddelen komt medische pluriformiteit eveneens aan de orde. Hardon merkt op dat de bewoners van de Filipijnse krottenwijken hun eigen culturele criteria toepassen bij het beoordelen en kiezen van westerse medicijnen. Zo is men van mening dat een middel dat voor de een goed is voor de ander slecht kan zijn. Als iemand tot de conclusie is gekomen dat een medicijn niet bij hem past, zal hij dat middel weigeren, ook al is het volgens biomedische inzichten 'essentieel' voor hem. Om diezelfde reden kan hij een ander medicijn kiezen dat, naar biomedisch oordeel, juist verkeerd is. Die 'botsing' tussen medische tradities doet zich herhaaldelijk voor in het dagelijks leven van deze mensen. Interessant is dat soortgelijke botsingen ook voorkomen bij medicijn-gebruikers in de Nederlandse samenleving, zoals blijkt uit de bijdrage van Verbeek-Heida.



Toepassing van lokale ideeën op westerse medicijnen is ook het onderwerp van de bijdrage van De Graaf en Van der Geest dat gesitueerd is in Noord-Kameroen. Zoals reeds is gemeld, staat in die ideeën het begeleidend woord van de gezeer centraal. Door deze 'culturele herinterpretatie' krijgen de medicijnen een plaats in het denken van de Guiziga. In een korte bijdrage over het WHO beleid voor essentiële geneesmiddelen wijst Van der Geest tenslotte op enkele culturele complicaties van dat beleid. Antropologisch onderzoek bij verkopers en gebruikers van farmaça laat zien dat deze middelen handelsproducten worden die terechtkomen in een informeel circuit van commerciële transacties en van zelf-medicatie. Ze krijgen daar betekenissen die ver verwijderd zijn van hun oorspronkelijke, biomedische definitie. Gebruikers en verkopers maken zich cognitief meester van deze geneesmiddelen en doen er mee 'wat ze willen'. Een 'rationeel medicijn-gebruik' naar biomedische maatstaf is allerminst verzekerd.

### *Medische versus sociaal-culturele wetenschap*

Een laatste thema dat - haast ondergronds - in veel bijdragen een rol speelt, is de ongemakkelijke verhouding tussen de medische en sociaal-culturele wetenschap. Die verhouding doet soms denken aan de door Scavenius en Van der Veen beschreven arts-patiëntrelatie: men treft er zowel antagonisme als overeenstemming aan. Over het algemeen wordt er in die relatie vanuit gegaan dat de arts *weet* en dat de patiënt de taak heeft zo goed mogelijk te *volgen* wat de arts hem van uit zijn kennis meedeelt. 'Compliance' wordt voorondersteld. Die 'compliance' was tot voor kort ook regel in de sociale wetenschappen. De medische wetenschap ijkte de betekenis van de begrippen waar de medische sociologie en antropologie mee werkten.

In deze inleiding is reeds gepleit voor een sociologie en antropologie die zich ontworstelen aan de betekenissen die de geneeskunde hen oplegt. In de bijdragen aan deze bundel blijkt echter dat die gedicteerde betekenissen niet zomaar afgeschud kunnen worden. Het natuurwetenschappelijke denken domineert immers de cultuur waarin wij zijn opgegroeid en waarin, naast de geneeskunde, ook de sociale wetenschappen tot ontwikkeling zijn gekomen. Het natuurwetenschappelijke denken is zelf tot een culturele code geworden waarin wij de wereld concipiëren en de ander tegemoet treden. Het resultaat bij de sociale wetenschapper is ambivalentie: enerzijds verzet tegen scientistische tendenzen, anderzijds erkenning dat het natuurwetenschappelijke model ook een culturele interpretatie van de werkelijkheid biedt. De herkenning van natuurwetenschappelijke geneeskunde als een culturele constructie impliceert geen verzet daartegen. In de laatste bijdrage wordt bijvoorbeeld een poging gedaan wordt om antropologische inzichten dienstbaar te maken aan een biomedisch gefundeerd gezondheidsbeleid.

Medisch antropologen en sociologen moeten voortdurend kiezen tussen dienstverlening aan en kritische ondervraging van de praktische geneeskunde, tussen sociologie/antropologie *in* en *van* gezondheidszorg. Een definitieve keuze tussen beide is ongewenst en ook onmogelijk. Sociologische en antropologische inzichten lenen zich zowel voor het verbeteren als voor het ter discussie stellen

## INLEIDING

van gezondheidszorgpraktijken. Op de langere termijn valt deze tegenstelling overigens weg en wordt kritische ondervraging dienstverlening. De 'onafhankelijkheidsstrijd' van medische sociologie en antropologie mag niet tot vervreemding tussen medische en sociale wetenschap leiden. Een vergelijkbare 'strijd' wordt immers binnen de geneeskunde gevoerd. Het klassieke natuurwetenschappelijk georiënteerde medische model wordt ook daar als ontoereikend gekarakteriseerd voor een humane gezondheidszorg. Vanuit de medische sociologie en antropologie een louter natuurwetenschappelijke gezondheidszorg ter discussie stellen is dus tevens een dienst aan de gezondheidszorg.

## Conclusie

In deze inleiding is een kritiek geformuleerd op de medische sociologie en antropologie die medische betekenissen als vanzelfsprekend gegeven aanvaarden. Zo een medische sociologie en antropologie proclameren zichzelf tot randwetenschappen die slechts de sociale aspecten van gegeven medische 'feiten' bestuderen. Wij proberen een de-naturalisering van medische 'feiten' te bewerkstelligen. Hier worden een medische sociologie en antropologie voorgesteld, waarin ziekte en gezondheidszorg worden behandeld als betekenisconstructies die in maatschappelijke praktijken tot stand komen. Gezondheidszorg vormt in deze visie een domein waarin 'strijd' wordt geleverd om betekenissen. In deze strijd krijgt dat domein zijn maatschappelijke gestalte. De centrale vraag voor medisch-sociologisch en medisch-antropologisch onderzoek is hoe gezondheidszorg zowel product als producent van betekenissen is.

## Literatuur

- Geertz, C.  
1973 *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books.
- Nijhof, G.  
1986 Over naturalisering van ziektebeelden. *Gezondheidszorg & Samenleving* 7 (2): 69-80.  
1987 Over de macht van vanzelfsprekendheid in de gezondheidszorg: een tekstsociologische herschrijving van het medisch model. *Psychologie & Maatschappij* 11 (4): 367-78.  
1989 On naturalization in health care. In: B. Torode (ed.), *Text and talk as social practice*. Dordrecht, Foris, pp. 136-54.