



Universiteit
Leiden

The Netherlands

Vershil maken : uitdagingen voor een antropologie in public health

Reis, R.

Citation

Reis, R. (2010). *Vershil maken : uitdagingen voor een antropologie in public health*. Leiden: Universiteit Leiden. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/19577>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/19577>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Prof.dr. Ria Reis

Verschil maken

Uitdagingen voor een antropologie in public health



Universiteit Leiden

Verschil maken
Uitdagingen voor een antropologie in public health

Oratie uitgesproken door

Prof.dr. Ria Reis

bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar in de
Medische Antropologie, in het bijzonder Antropologie in Public Health
aan de Universiteit Leiden
op maandag 22 maart 2010



Universiteit Leiden

Meneer de rector Magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders,

Op mijn eerste werkdag kreeg ik een rondleiding door het Leids Universitair Medisch Centrum, samen met andere medewerkers die zojuist waren aangesteld. We liepen langs poliklinieken, wachtkamers, een consultatiekamer. We mochten een blik werpen in een operatiekamer en het stiltecentrum. Uiteindelijk liepen we over de loopbrug naar het onderwijsgebouw waar mijn werkkamer is. Daar, op de begane grond, bevindt zich het Anatomisch Museum. Een permanente collectie toont een deel van de verzameling die Leidse professoren in de loop der eeuwen hebben opgebouwd. Wij wandelen door een lichte ruimte. Vitрины laten de menselijke levensfasen zien, en wat daar allemaal mis in kan gaan. Ik sta voor de eerste vitrine. Het thema is de ontwikkeling van embryo naar voldragen kind. Op ooghoogte staan 12 glazen potten met de groeistadia. In dezelfde vitrine aan de achterkant andere preparaten, die laten zien wat er mis kan gaan: deerniswekkende afwijkingen die niet met het leven verenigbaar zijn, Siamese tweelingen, embryo's met ernstige ziekten, een cycloop.

Dan wordt mijn oog getrokken door een antieke vitrinekast, de Albinuskast. Tussen rariteiten staat een verzameling glazen containers met doodgeboren kindjes. Met hun oogjes dicht lijken ze wel te slapen. Zij komen overduidelijk van ver. Hun trekken zijn uitheems, maar wat hen vooral bijzonder maakt: zij zijn versierd. Zij hebben kralensnoeren om polsjes en enkels; een meisje is getooid met een hoofddoek; een ander heeft een rammelaar in het knuistje.

Inmiddels weet ik dat deze preparaten meer dan twee eeuwen oud zijn, en dat ze uit Afrika en Azië komen. Op een van de potten staat de naam van de Leidse professor Sebaldu Justinus Brugmans. Overmorgen zou deze hoogbegaafde Fries 247 jaar geworden zijn. Hij promoveerde toen hij 18 was, en werd op zijn 22^e al hoogleraar. Dat is nog eens andere koek! Hij was een Public Health arts *avant la lettre*. Een deel van zijn verzameling was afkomstig van veldslagen onder Napoleon. Hij organi-

seerde daarvoor de medische nazorg. Ook voor de 20.000 gewonden van de slag bij Waterloo.¹ Brugmans zelf reisde niet zoveel, maar studenten en collegae stuurden hem soms het een en ander toe: een schedel van een Hottentot, een schedel van een Afrikaanse zeeman, overleden in een havenziekenhuis, en waarschijnlijk ook deze kindjes (Van der AA, 1855: 1466-1473; Van Heiningen, 2009).² De curator van het museum vertelde mij dat er in de achttiende eeuw waarschijnlijk een levendige handel in deze preparaten bestond.³ Juist in die tijd transformeerden de rariteitenkabinetten in serieuze anatomische verzamelingen (cf. Huisman 1993). Het werd meer dan hobbyisme. De drijfveer was de behoefte om de verscheidenheid van het leven te begrijpen; diversiteit; biologische diversiteit. Daaronder viel ook de diversiteit van mensen (cf. Maat, 2003). Zo waren professoren als Albinus, Brugmans en Boerhaave ook antropologen *avant la lettre*.

Zij waren wel *fysisch* antropologen. Mijn vakgebied, de medische antropologie, wordt daar nogal eens mee verward, en dan vooral met de forensische antropologie. In Nederland is de medische antropologie echter een specialisatie van de culturele antropologie. Wij bestuderen hoe mensen vanuit hun sociaal-culturele context met gezondheid, ziekte en genezen omgaan. We onderzoeken de invloed van cultuur en maatschappij op hoe mensen gezondheidsproblemen ervaren, die begrijpen en erop ingrijpen.

George Maat (2003), hoogleraar fysische antropologie aan deze universiteit, wijst erop dat onze beider vakgebieden gemeenschappelijke wortels hebben in de achttiende eeuw. De relatie tussen biologie en cultuur, tussen *nature* en *nurture*, vormt nog steeds een kerndebat in de culturele antropologie. Daarom vielen de versierde foetussen mij natuurlijk onmiddellijk op. Alle andere preparaten waren naakt, velen zelfs tot op het bot. Bij deze kindjes werden hun versierselen mee geprepareerd. Wat doen zulke verwijzingen naar een verre afkomst in het hart van een anatomische tentoonstelling?

Mijn vingers jeukten om deze rede uit te schrijven naar een antropologie *van* geneeskunde in plaats van een antropologie *in* geneeskunde, wat mijn leeropdracht is. Een antropologie *in* geneeskunde is, kort door de bocht, het gebruik van antropologie voor gezondheidsbevordering. Antropologie *van* geneeskunde neemt een andere positie in. Annemarie Mol omschrijft het als een verschuiving van de dokter-als-collega naar de dokter-als-studieobject (Mol 2002). Antropologie *van* geneeskunde bestudeert de kennisproductie en klinische praktijken van de westerse geneeskunde. Dat verschilt niet fundamenteel van de bestudering van bijvoorbeeld de Afrikaanse geneeskunde. Van der Geest (1989) spreekt van een ‘thuiskomen’ van de medische antropologie. Onderzoek vanuit het perspectief van antropologie van geneeskunde heeft geleerd dat ook de westerse geneeskunde een historisch en cultureel bepaald systeem van denken en handelen is. Omdat het primaat bij biologische processen ligt, wordt in mijn vakgebied meestal over biogeneeskunde gesproken. Separeren staat erin centraal: kennis wordt verworven door de dingen uiteen te rafelen, van elkaar te scheiden. Zo is er de scheiding van lichaam en geest, en de verdeling van het lichaam in organen en processen. Op dit soort verdelingen berust vervolgens de professionele structuur, bijvoorbeeld de indeling in medisch specialismen en de opbouw van de medische studie. Het Anatomisch Museum, *τομή* is Grieks voor snijden, is als het ware een samenballing van de manier waarop in de geneeskunde kennis wordt geproduceerd (Davis-Floyd & St. John, 1998; cf. Hahn & Gaines, 1985; Lock & Gordon, 1988).

Denk aan de potten met groeistadia van embryo naar voldragen foetus. Zo kundig was de suggestie van een ontwikkelingsproces, dat ik daar even de twaalf ontwikkelingsstappen van één mens dacht te zien. In werkelijkheid staan daar bevroren in de tijd twaalf verschillende mensen in verschillende fasen van ontwikkeling. Ze hebben waarschijnlijk niets met elkaar te maken; losgesneden van hun context zijn ze mogelijk zelfs uit geheel verschillende tijdperken afkomstig. Maar op abstract niveau bij elkaar gebracht leveren ze kennis over een universeel levensproces.

Zoeken naar universele processen is zoeken naar overeenkomst in verschil. Zo bezien is de aanwezigheid van de versierde kindjes in de tentoonstelling wel begrijpelijk. Er is in de geneeskunde altijd aandacht geweest voor de kwetsbaarheden en risico's die andere windstreken met zich mee brengen. Er zijn thans meerdere leerstoelen waarin die thematiek voor Nederland wordt uitgewerkt. Cijfers laten grote gezondheidsverschillen zien tussen mensen die net als hun ouders hier geboren zijn, en mensen bij wie dat niet het geval is. Maar het werk van onder meer Middelkoop, Devillé, Saharso, Stronks, Verhoeff en Wolffers en hun onderzoekers leidt tot nuancering. Als we bijvoorbeeld controleren voor sociaal-economische status imponeren de gezondheidsverschillen minder. Naarmate er meer gedetailleerde kennis is, wordt het moeilijker om over etnische groepen in het algemeen uitspraken te doen (e.g. Ariëns et al. 2006; Wieringa et al. 2005).

De netten die we gebruiken om verschillen tussen mensen op te sporen hebben al gauw te grove mazen om de nuances helder te krijgen. Als we niet a-priori etniciteit gebruiken als sorteermiddel komen er heel andere verschillen naar boven. Onderzoek dat als sorteermiddel de aard van de migratie gebruikt, laat bijvoorbeeld grote psychische gezondheidsverschillen zien tussen mensen die moesten vluchten of die vrijwillig voor migratie kozen (De Jong & Colijn 2010). Met andere woorden, fijnmazige netten brengen meer genuanceerde verschillen aan de oppervlakte. Anders geknoopte netten brengen andersoortige verschillen aan de oppervlakte. Medische antropologie kan bijdragen aan het ontwerp van betere netten om naar verschillen te vissen.

Ik maak even een uitstapje naar een onderzoek waarbij ik alweer enige tijd geleden betrokken was (Van Duursen et al. 2004). Op een afdeling interne geneeskunde ervoeren gastro-enterologen problemen in de zorg voor allochtone patiënten met chronische buikklachten. De gastro-enterologen gaven aan dat deze patiënten, ik citeer uit het artikel dat wij erover schreven, “*vage, diffuse klachten hebben, psychosociale problemen somatiseren, klaaggedrag vertonen, medicijnen overmatig of ver-*

keerd gebruiken, 'shoppen', een hogere consultfrequentie hebben, langere consulten nodig hebben en door de huisarts verkeerd of te snel naar de specialist worden doorverwezen. Daarnaast vonden de specialisten dat in de behandeling van allochtone patiënten psychosociale problemen onbespreekbaar zijn, medisch onderzoek onnodig herhaald wordt en er bij vrouwen weerstand is tegen lichamelijk onderzoek." Er was volgens de artsen dus nogal wat aan de hand met die patiënten. Het resultaat was overdiagnostiek, overconsumptie van medische voorzieningen, en minder rendement van de behandeling. In gewone mensentaal, de artsen hadden het gevoel er bij allochtone patiënten meer aan te moeten doen, en toch minder succes te hebben. Ze weten de problemen vooral aan de gebrekkige taalkennis en andere culturele achtergrond van allochtone patiënten.

Wij besloten eerst te onderzoeken wat er nu eigenlijk in de dagelijkse praktijk van de zorgverlening gebeurde. Onze onderzoeker ging dus mee de onderzoeks-, spreek- en behandelkamers in. Ze woonde *at random* consulten bij en vroeg de artsen na elk consult of zij de patiënt als problematisch hadden ervaren, en zo ja, waarom. Al gauw bleek dat artsen soms ook autochtone patiënten als probleempatiënten beleefden en dat er bij sommige allochtone patiënten niets mis ging. De sortering naar de herkomst van patiënten stemde dus niet overeen met de problemen die artsen daadwerkelijk ervoeren. Dat zette ook hun analyse in termen van taal en cultuurverschillen op losse schroeven.

Ik kan onze analyse hier maar beperkt weergeven. Deze specialisten van het maagdarmkanaal staan bij chronische darmklachten vaak met lege handen omdat er geen verifieerbare somatische afwijkingen zijn. Als ze de klachten niet weg kunnen nemen proberen zij hun patiënten te overtuigen er beter mee om te gaan. Patiënten waarbij dat overtuigen niet soepel verloopt worden dan ervaren als probleempatiënten. Als die patiënten van elders afkomstig zijn, worden daar de problemen aan toegeschreven. Als de probleempatiënt een vrouw of iemand met een psychiatrisch verleden is, vinden overigens vergelijkbare processen plaats. Door de zorgstructuur worden

de gastro-enterologen vervolgens nogal eens casusmanager, en poortwachter naar de psychosociale zorg.

Om te begrijpen wat er werkelijk misging in de zorgverlening was een sortering in termen van typen patiënten dus weinig relevant. Meer relevant was het verschil tussen soepele en minder soepele interacties met patiënten. Dat is een essentiële verschuiving, want in interacties zijn ook de artsen geïmpliceerd. Het helpt natuurlijk als artsen meer cultureel competent zijn, omdat ze dan minder snel vooronderstellingen projecteren op hun patiënten. Maar er is ook een fundamentele spanning tussen de biomedische benadering en daarop gebaseerde zorgstructuren enerzijds en de biopsychosociale complexiteit van de aandoening anderzijds. Artsen voelen zich gedwongen orde te scheppen in deze complexiteit maar daarbij overschrijden zij de grenzen van hun professie. Specialisten van het maagdarmkanaal zouden misschien geen casus manager voor patiënten met chronische buikklachten en geen poortwachter naar het psychosociale domein moeten zijn (ibid.).

Ik vat wat wij hier deden in meer abstracte termen samen. Medische antropologie geeft gedetailleerde beschrijvingen van gezondheid en gezondheidspraktijken in de dagelijkse leefwereld; in de context van de sociale relaties van de mensen waarom het gaat; en in relatie tot bredere maatschappelijke processen en institutionele structuren. Ze zoekt systematisch naar patronen in dat materiaal, en naar verbanden tussen wat zich op verschillende niveaus afspeelt. Ze probeert zo dicht mogelijk bij de empirische werkelijkheid te komen en *vandaar uit* ordeningen te construeren die onderzoek naar relevante verschillen mogelijk maken. In termen van mijn metafoor: voordat we een net knopen kijken we goed naar welke vissen er zwemmen.

Ik ga nu toch weer even terug naar het anatomisch museum en de versierde kindjes in de Albinuskast. Want was het wel hun verre afkomst die mij zo beroerde?

U merkt wel dat ik soms van 'preparaten' en 'foetussen' spreek, maar hier en daar ook van 'kindjes'. Dat weerspiegelt mijn

ambivalente gevoelens. Toen ik belde met de beheerder van het museum en de preparaten ter sprake bracht zei hij nadenkend: “ja, je kunt zien dat ze met egards behandeld zijn”. Daar raakte hij een belangrijk punt. De kraaltjes en kleertjes maken deze preparaten tot iemands dochter of zoon, broertje of zusje. Iemands handen hebben toch die kraaltjes omgehangen; dat doekje omgeknoopt. Iets van de relaties waarvan deze kinderen deel uitmaakten is hier mee geprepareerd. In de anatomische tentoonstelling is alles losgesneden van het sociale weefsel en gereduceerd tot de biologische essentie. Bij kindjes die van ver komen, is er opeens aandacht voor.

Dat echoot een dominante idee die in de jaren tachtig van de vorige eeuw opgang ging doen over hoe andere culturen zich verhouden tot de westerse cultuur. *Zij zouden een ‘wij-cultuur’ hebben en wij een ‘ik-cultuur’.* In niet-westerse culturen zou iemand niet los gezien kunnen worden van zijn sociale relaties; een van anderen afhankelijk ‘zelf’ hebben, oftewel, een ‘interdependent zelf’ (e.g. Markus & Kitayama 1991). Collectivisme werd afgezet tegen individualisme.

Antropologisch onderzoek was een belangrijke voedingsbron voor deze idee. De blik werd op verschillen gericht, juist om ethnocentrisme te bestrijden. Strathern (1988) schreef een prachtige etnografie over Melanesië waarin ze het begrip *dividu* introduceerde. Zij beschreef een daar vigerende opvatting van mensen als fundamenteel relationeel. In een dividueel mensbeeld zijn personen composities van sociale relaties met anderen. Het ‘zelf’ heeft meerdere auteurs en interacties met anderen reiken tot in de kern van de persoon; bepalen wat die persoon op dat moment is. Wat iemand is, is contextueel bepaald en dus voortdurend aan verandering onderhevig. In de woorden van Fowler: de relatie vormt de basis waarop de persoon tijdelijk vorm krijgt (Fowler 2004; Strathern 1988).

Strathern zette dit relationele mensbeeld af tegen het westers beeld van een ongedeeld individu. Daar is zij in de afgelopen twee decennia op gecorrigeerd. ‘Anderen’ zijn niet alleen

relationele wezens, en westerlingen zijn meer dan individu. Hoe toepasbaar is bijvoorbeeld het begrip ‘ik-cultuur’ als een derde van de bevolking actief is in vrijwilligerswerk? Alleen al in de zorg werken meer dan 400.000 vrijwilligers, en als we de term mantelzorger als zoekterm gebruiken variëren de cijfers afhankelijk van de definitie tussen de 1 en 3 miljoen.⁴ Ook westerlingen worden door hun relaties met anderen gedefinieerd, en kennen zichzelf door anderen; ook hun ‘zelf’ heeft meerdere auteurs (LiPuma 1998).

LiPuma (ibid: 55-61) beargumenteert dat de werkelijke ontologische vorm van mensen, hun vorm van zijn, intrinsiek dual is. Individualiteit en dividualiteit zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden hoedanigheden van wat het is om een mens te zijn. In Melanesië wordt individualiteit ideologisch onderdrukt en in het westen interdependentie. Maar dat doet niets af aan het gegeven dat de spanning er altijd is. Om een actueel voorbeeld te geven: dat ik hier sta te oreren zou je kunnen zien als een kroon op mijn carrière en alles om mij heen als context waarin mijn individuele prestatie vorm krijgt. Maar dan moffelen we weg hoe anderen, waarvan velen hier aanwezig, in mijn rede en tot in de kern van mijn denken aanwezig zijn. Als we met een dividuele bril naar deze plechtigheid kijken, worden relationele aspecten zichtbaar. Achter in de zaal kunt u mijn gezicht misschien niet eens zien en zou hier evengoed een van de andere in het zwart gehulde leden van de interdependente gemeenschap van professoren kunnen staan (ibid.: nt 8, 76-77).

Het was deze spanning die mij bij de aanblik van de versierde kindjes in de Albinuskast beroerde. Het is hun zichtbare verwevenheid met anderen die mij doet spreken over kindjes in plaats van preparaten. Het is deze verwevenheid die hen tot menselijke individuen maakt.

Hiervoor zei ik dat de geneeskunde de sociale context zoveel mogelijk wegsnijdt om bij universele levensprocessen te komen. Dat geldt misschien voor de anatomie, maar dat doet natuurlijk onrecht aan wat zorgverleners werkelijk doen: medi-

sche kennis toepassen in preventie, behandeling en zorg. Laten we er van uitgaan dat evidence based medicine de norm is voor de klinische praktijk. In het beeld van evidence based medicine domineert de hiërarchie van bewijsvorming met als hoogste norm meta-reviews en gerandomiseerde experimenten met een controle groep (RCTs). Kwalitatieve onderzoeksmethoden nemen in die hiërarchie een lage plaats in. Maar bij evidence based medicine moet in de klinische praktijk het beste bewijs dat voorhanden is, altijd worden gecombineerd met de klinische ervaring van de dokter *en* met de waarden van de patiënt (Sackett et al. 1996; Sackett et al. 2000; Green & Britten 1998).

Met de waarden van de patiënt worden diens eigen perspectieven en contextgebonden behoeften bedoeld. Hier moet u niet denken aan statische in afzonderlijke items te vangen gezondheidsideeën of 'health beliefs' (DiGiacomo 1999). De internisten waarover ik daarnet vertelde spraken over de kunst om patiënten te "verleiden" tot hun medische perspectieven. Dat betekent dat de waarden van patiënten door de interactie met hun dokters veranderen. Maar de oude dame die vandaag aan het bed een bevredigende uitleg van de dokter krijgt, heeft de volgende dag alweer andere ideeën en behoeften: omdat haar conditie veranderde maar ook omdat ze met haar man en dochters heeft gesproken, die op internet gingen zoeken, en met haar zoon belden die toevallig ook huisarts is, enzovoort. Behoeftebepaling komt tot stand in de relaties van patiënten met hun zorgverleners én met hun eigen sociale netwerk (Richters 1991). De onlosmakelijke en dynamische verwevenheid van mensen met anderen vormt noodzakelijk onderdeel van een evidence based klinische praktijk.

Die verwevenheid stelt zorgverleners niettemin voor geweldige uitdagingen. Ook als die behoeftebepaling plaatsvindt binnen de veilige grenzen van wat Trappenburg de medische sfeer noemt. Die sfeer wordt afgebakend door de beroepsethiek van de medische professie en door gedeelde maatschappelijke opvattingen wat wel of niet als ziekte moet worden beschouwd (Trappenburg 1994). Binnen die grenzen houdt een goede

dokter in zijn klinische praktijk rekening met wat voor een patiënt in diens sociale context zinvol is. Dat is niet eenvoudig voor een geneeskunde die tot in haar wetenschappelijke kern toegesneden is op het individu.

Voor het medisch domein waar mijn leerstoel op is geformuleerd, public health, is dat niet anders. In de woorden van Mackenbach en Van der Maas (2004): Public health richt zich op bevordering van de volksgezondheid en op collectieve maatregelen op uiteenlopende terreinen die daarvoor noodzakelijk zijn, zoals sanitaire maatregelen, gezondheidsvoorlichting, preventieve gezondheidszorg en sociale voorzieningen. In public health staan dus geen individuen centraal, maar de bevolking als zodanig of geselecteerde of geïndiceerde groepen mensen daarbinnen. U moet denken aan gemeenschappen, wijken, scholen, of categorieën mensen waarvan we uit onderzoek weten dat ze specifieke kwetsbaarheden hebben, specifieke risico's lopen, of specifieke aandoeningen hebben ontwikkeld.

Mijn eerdere stelling was dat antropologie kan helpen om de netten te verbeteren waarmee we naar zulke kwetsbaarheden en risico's vissen. Dat wil zeggen, antropologie kan helpen in de empirie gegronde genuanceerde beschrijvingen van verschillen te genereren op basis waarvan dan gebieden voor preventie kunnen worden geïdentificeerd. Mijn tweede stelling is dat antropologie public health kan helpen de uitdagingen aan te gaan die dividualiteit aan de geneeskunde stelt.

Ik ga hier in op drie domeinen waar zulke uitdagingen optreden. Ten eerste de verbindingen tussen mensen in hedendaagse gemeenschappen en collectiviteiten. Hoe belangrijk het is op de eigen perspectieven en behoeften van gemeenschappen aan te sluiten, leert de mislukte campagne voor de HPV vaccinatie van vorig jaar. De doelgroep waren meisjes met moeders die onder de Europeanen tot de meest frequente internetgebruikers behoren. Moeders die van de generatie van DES dochters zijn. En wat gedeelde waarden betreft: "Meisjes van 13, vlak voor 't begin, meisjes van dertien, d'r net tussenin" zong Paul

van Vliet. Ontluikende seksualiteit waarbij het voor volwassenen schipperen is tussen moraliseren, beschermen en autonomie gunnen. Het is weinig zinvol sceptis over de vaccinatie als irrationeel af te doen.⁵ Ook evidence based public health moet de beste kennis die voorhanden is combineren met ervaringen uit de praktijk van public health, *en* met de perspectieven en contextgebonden behoeften van de betrokken groepen, collectiviteiten en gemeenschappen (Kohatsu et al. 2009). Uitkomsten van medisch epidemiologisch onderzoek staan niet tegenover die waarden als rationeel tegenover emotioneel.

Medische antropologie heeft als sociale wetenschap de beschikking over methoden om het sociale weefsel in kaart te brengen en concepten en analytische kaders om de dynamiek van sociale relaties te begrijpen. Zij kan processen van in- en uitsluiting zichtbaar maken. Zij kan helpen om interventies te ontwerpen die met dergelijke processen rekening houden. Met haar kwalitatieve interpretatieve benadering kan antropologie ook inzicht bieden in eigen perspectieven van groepen mensen op gezondheid en ziekte (zie Hahn & Inhorn 2009). In antropologisch onderzoek wordt 'cultuur' niet als gegeven beschouwd. Wij trekken geen lijnen om denkbeeldige gemeenschappen of collectiviteiten. Wij tellen niet vervolgens het voorkomen en de spreiding van bepaalde ideeën, waarden en normen om op basis van wat het meeste voorkomt een 'cultuur' te construeren. Voor ons is cultuur altijd een empirische vraag (Waldram 2006). Wat maakt mensen die we vanwege een bepaalde kwetsbaarheid in gezamenlijkheid willen aanspreken al dan niet tot een culturele groep? Hoe variëren waarden en hoe hangt die variatie samen met de inbedding van mensen in het sociale weefsel? Medische antropologie kan helpen bij de ontwikkeling van een culturele epidemiologie die deze vragen serieus neemt. Zij kan analyseren hoe perspectieven van mensen samenhangen met hun dagelijkse leefwereld en helpen public health interventies daarop te doen aansluiten.

Ik kijk ernaar uit vanuit antropologisch perspectief bij te dragen aan de lijn Prevention en Community Care zoals die

binnen het instituut Public Health en Eerstelijns Geneeskunde in ontwikkeling is. Daarbij hebben kinderen en jongeren bij mij een streepje voor. Een public health die zich op jonge mensen richt moet zich verstaan met hun leefwereld en met hun eigen perspectieven op gezondheid en ziekte. Dat geldt in het bijzonder waar een bijdrage van kinderen en jongeren zelf moet komen. Bijvoorbeeld waar leefstijl een rol speelt, zoals bij overgewicht, diabetes, astma, en roken, drinken en onveilige seks. Of waar van kinderen volwassen competenties worden gevraagd, zoals kinderen in sociaal ontwrichte gezinnen of uit gezinnen met chronisch zieke ouders.

In de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) staat dat kinderen actief moeten kunnen deelnemen in beslissingen in relatie tot hun ziekte of gezondheid. Maar participatieve benaderingen zijn ook nodig omdat alleen kinderen en jongeren zelf ons inzicht kunnen geven in wat er in de context van hun dagelijks leven op het spel staat (Reis & Dedding 2004). Dat was een van de lessen van de mislukte HPV vaccinatiecampagne waar het RIVM dit jaar lering uit probeert te trekken.

Dat brengt mij op het tweede domein waar verbindingen tussen mensen public health voor problemen stellen: daar waar transgenerationale en syndemische cumulatie van kwetsbaarheden plaatsvindt (Singer 2009; cf. Nichter 2008: 157-159). Socio-economische deprivatie heeft een desintegrerende en destabiliserende invloed op sociale verbanden. Er is een samenhang tussen sociale ontwrichting en cumulatie van gezondheidsproblemen, ook over de generaties heen. Nieuw onderzoek bij nakomelingen van vrouwen die tijdens de hongerwinter zwanger waren wijst er bijvoorbeeld op dat niet alleen hun kinderen de negatieve gezondheidseffecten van een lager geboortegewicht ervaren. Ook hun kleinkinderen zijn aangedaan (Cf. Buitendijk 2009).⁶ Medische antropologie kan met behulp van kwalitatief onderzoek, haar ecologische modellen en een schakelingenperspectief helpen de complexiteit van dergelijke syndemische en cumulatieve processen

inzichtelijk te maken. Zo kan zij bijdragen aan wat Krieger (2001) 'ecosociale epidemiologie' noemt.

Ook hier is jeugd de focus. De beschermende functie van gezinsverbanden kan worden aangetast of wegvallen waar in achterstandsgebieden ouders en kinderen worstelen met veranderende normen van opvoeding en zorg, en kwetsbare gezinnen met huiselijk geweld. Geweld kan aan de orde zijn binnen gezinnen, maar ook tussen kinderen en jongeren zelf. Antropologie kan met behulp van kwalitatief onderzoek bijdragen aan onderzoek naar risico- en beschermende factoren. Daarvan uitgaand kan ze bijdragen aan de ontwikkeling van programmatische preventieve systemische interventies (cf. Assendelft 2007: 57), waarin aan zowel de kwetsbaarheid als de weerbaarheid en veerkracht van kinderen en jongeren recht wordt gedaan.

Ik kijk uit naar de multidisciplinaire samenwerking in het kader van het universitaire profileringsgebied Health, Prevention and the Human Lifecycle. Ik hoop dat mijn leerstoel als brug kan dienen met het Amsterdam Institute for Social Science Research (AISSR). Er is bijvoorbeeld overlap in interesse waar het Leiden Attachment Research Program zich bezighoudt met de intergenerationele overdracht van agressie in verschillende etnische groepen, en het AISSR programma Anthropology of Health, Care and the Body met geweld, criminaliteit en ras (cf. M'charek 2005). Mijn interesse naar hoe samenlevingen omgaan met kinderen die geweld plegen kan in die samenwerking een huis vinden.

Voor een benadering die de leefwereld en waarden van kinderen en adolescenten serieus neemt, en toch rekening houdt met hun specifieke kwetsbaarheid, zijn innovatieve theorieën nodig. Concepten die binnen de sociale wetenschappen vigeren hebben meestal volwassenen als uitgangspunt; daaronder liggen ideeën over de competenties van een volwassen subject. Die ideeën zijn niet zonder meer van toepassing op jonge mensen die neurologisch en cognitief nog volop in beweging zijn (Reis 2009).

Dat brengt mij tenslotte tot het derde domein, waar naar ik meen de grootste uitdagingen liggen: de onderlinge samenhang van neurobiologische, psychologische en socioculturele processen. Daar is het nodig nieuwe begrippen en analytische kaders te ontwikkelen die de antropologie en geneeskunde overstijgen. Dat thema brengt mij ook weer terug in het Anatomisch Museum waar mijn wandeling begon.

Ik doel op de complexe interacties tussen de structuur en functies van het fysiologisch brein en de sociale en culturele omgeving (Cicchetti & Blender, 2006; Masten, 2007). In de woorden van de neuroantropologen Downey en Lende (2009): voor cultuur betaal je met neurologische munt. Brein en zenuwstelsel zijn culturele organen. Ze komen tot rijping door 'cultureel boetseren'. Dat boetseren vindt plaats door taal, sociale interacties en opvoedingspatronen. De bouwstenen van de omgeving waarin kinderen opgroeien bepalen mee welke genen tot expressie kunnen komen. De sociaalculturele context spreekt tot op het cellulair niveau mee in hoe mensen zich ontwikkelen en hoe zij ervoor staan met betrekking tot hun gezondheid (ibid.). Dat betekent dat de nature-nurture dichotomie overstegen wordt. Dat betekent ook dat we conceptuele kaders nodig hebben die de verbondenheid tussen individuen en hun omgeving onderzoekbaar maken. Kortom, kaders die individualiteit uitwerken tot op neuroantropologisch niveau.

Antropologie in public health heeft daarin een taak. Haar kwalitatieve contextuele benadering maakt het mogelijk sociale processen in hun natuurlijke omgeving te bestuderen. Zo kunnen we mechanismen onderzoeken waarlangs structurele ongelijkheid zich vertaalt in sociale en neurocognitieve ontwikkeling: het vermogen om te communiceren, op ervaringen te reflecteren, om keuzes te maken, kortom alles wat in definities van cultuur als fundamentele menselijke eigenschappen vigeert.

Een medisch antropoloog bevindt zich tussen twee vuren, die van de sociale en die van de medische wetenschap. Van

beide kanten komen kritische vragen. Antropologen vragen hoe cultuurrelativisme combineert met een wetenschap die denkt universeel geldig te zijn. Kan een medisch antropoloog wel voldoende kritische afstand bewaren tot de geneeskunde? En vooral: is er eigenlijk nog een bijdrage te verwachten van de medische antropologie aan meer fundamenteel onderzoek en theorieontwikkeling binnen de sociale wetenschappen? Kortom, is de medische antropologie nog wel interessant voor de culturele antropologie (cf. Saillant & Genest 2005: xx)? Aan de andere kant vinden artsen dat het nogal gemakkelijk is om als antropoloog je steeds op de noodzaak van kritische distantie te beroepen en zo nooit je handen vuil te maken aan de werkelijkheid. Dokters delen met hun patiënten de zorg om de gezondheid van die patiënten. Zij zijn betrokken op een manier zoals antropologen dat nooit kunnen zijn (Reis & Van der Geest 2002).

10 Daar hebben die dokters een punt. Zelfs als antropologen werken binnen een medische context zijn we niet op dezelfde manier aansprakelijk. Niet te hoeven ingrijpen geeft een vrijheid die dokters, en andere zorgverleners niet hebben. Dat noopt een antropoloog tot bescheidenheid. Dat vraagt ook om commitment. Ik zal hier in Leiden de komende jaren staan voor een medische antropologie die zich committeert aan de kerndoelstelling van public health. Zo'n antropologie wil bijdragen aan het identificeren van kwetsbaarheid voor gezondheidsproblemen. Ze wil inzicht bieden in de factoren en omstandigheden die in het ontstaan daarvan een rol spelen. Ook wil ze helpen bij de interpretatie van data van RCTs en meta-reviews; en bij de vertaling daarvan naar individuen en subgroepen die anders misschien door de mazen van het net zouden glippen. Ze wil helpen preventieve interventies goed te laten aansluiten op de behoeften van mensen en bij de inpassing van behandelingen en het ontwikkelen van zorgstructuren in het dagelijks leven. Kortom, zo'n antropologie wil bijdragen aan een meer effectieve, voor iedereen toegankelijke en op de behoeften van cliënten afgestemde gezondheidszorg.

Niettemin moet het uitgangspunt van een zinvolle antropologie *in* public health, toch een antropologie *van* public health zijn (cf. Nichter 2006). Zo'n antropologie helpt scherp te krijgen waar de geneeskunde oploopt tegen beperkingen die voortkomen uit haar fundamentele culturele aannames en standpunten. Ook een antropologie *in* public health moet toegepast onderzoek op basis van klinisch relevante vragen, koppelen aan een kritische reflectie op maatschappelijke factoren die ten grondslag liggen aan gezondheidsproblemen of deze in stand houden. Zij laat zich ook sturen door fundamenteel onderzoek in de culturele antropologie. Mijn keuze voor de drie domeinen waar medische antropologie kan helpen uitdagingen voor public health het hoofd te bieden reflecteert centrale vraagstukken in de culturele antropologie. Een focus op de gedeelde waarden van individuen in hedendaagse gemeenschappen moet worden gevoed door het antropologisch debat over individu en samenleving, of in een moderner jasje, het *agency - structure* debat. Transgenerationaliteit van kwetsbaarheden reflecteert antropologische vragen over continuïteit en verandering. De keuze voor verbindingen tussen neurobiologische en sociaalculturele processen, wordt natuurlijk geïnspireerd door het nature-nurture debat.

Met name in het laatste ligt een essentiële bijdrage van de medische antropologie aan de culturele antropologie. Binnen sociaalwetenschappelijke cultuurtheorie zijn concepten als 'habitus', 'embodiment' en 'intersubjectiviteit' pogingen om de verwevenheid van individu en omgeving te begrijpen. Maar deze cultuurtheorie loopt aan tegen grenzen omdat opvattingen over cognitie en bewustzijn te zeer zijn losgezongen van de moderne neuropsychologie. Dat we voortdurend anderen om de oren moeten blijven slaan met hun statische benadering van culturele verschillen ligt ook aan ons volhardend focus op cognities, normen en betekenisverlening. We moeten grip zien te krijgen op de mechanismen waarlangs structurele ongelijkheid resulteert in gezondheidsverschillen die van generatie op generatie en binnen bepaalde sociale contexten wordt overgedragen. Daarvoor is een nieuw paradigma nodig waarbinnen

artsen, neurowetenschappers, psychologen, en antropologen elkaar kunnen verstaan. Dividualiteit is geen abstract filosofisch concept, maar betaalt zich uit in harde gezondheidsverschillen.

Wij blijven allen versierde kinderen.

Ik ben al bijna aan het einde van mijn rede en het lijkt alsof ik over onderwijs niets heb gezegd. Dat is schijn. Mijn tijd komt, en wel na deze oratie. De uitdagingen die ik vandaag heb beschreven gelden onverkort voor studenten en artsen in opleiding. De bijdrage die medische antropologie kan leveren aan de geneeskunde, meer specifiek aan public health, is ook haar bijdrage aan het onderwijs in die vakgebieden. Ik heb willen laten zien dat diversiteit in relatie tot gezondheid en ziekte geen zaak van patiënten is maar van relaties van artsen met patiënten. En ook hoe medische antropologie kan bijdragen aan het oplossen van zorgproblemen die voortkomen uit de intrinsieke verbondenheid van individuen met anderen. Een verbondenheid die zoals we zagen, zich uit in de waarden van individuen en gemeenschappen waar evidence based medicine rekening mee moet houden; in de transgenerationele overdracht van kwetsbaarheden voor gezondheidsproblemen; en in de samenhang tussen neurobiologische en sociaalculturele processen. Alleen door middel van interdisciplinariteit en complementair gebruik van kwalitatieve en kwantitatieve methodologie kunnen we toewerken naar een wetenschappelijk verantwoorde en klinisch bruikbare culturele en syndemische epidemiologie en neuroantropologie.

Het verheugt me dat er bij collega's die zich bezig houden met de reorganisatie van het medisch curriculum belangstelling is voor de rol van de medische antropologie bij de ontwikkeling van cultureel verantwoorde zorg, bij het doorgronden van de leefwereld van patiënten, bij het begrijpen van sociale processen en sociale verbindingen in relatie tot public health, en bij het doorgronden van processen die leiden tot inclusie of exclusie. Ik kijk er naar uit om in nauwe samenwerking met docenten en studenten bij te dragen aan een nadere uitwerking

van deze thema's binnen het medisch curriculum.

Ik ben aan het dankwoord gekomen.

Allereerst dank ik het College van Bestuur van de Universiteit Leiden en de Raad van Bestuur van het Leids Universitair Medisch Centrum voor het in mij gestelde vertrouwen.

Hooggeleerde Assendelft, beste Pim, ik ben trots te mogen werken onder jouw zorgzaam en inspirerend leiderschap. Hooggeleerde Richters, beste Annemiek, ik mag voortbouwen op jouw leerstoel Cultuur, Gezondheid en Ziekte. Wij werken al anderhalf decennium samen. Ik hoop vurig dat je emeritaat daarin geen verandering brengt!

Hooggeleerde Schoffeleers, lieve leermeester, het doet mij leed dat u hier niet kunt zijn vanwege een ziekte die u juist dat ontnemt waarin u voor mij zo'n voorbeeld bent geweest. Ik sta hier door u. Hooggeleerde Van der Geest, beste Sjaak, ik hoop dat je in mijn rede veel herkent als ook van jou en dat als grote erkentelijkheid van mijn kant accepteert. Hooggeleerde Meinardi, beste Harry, het bloed kruipt waar het niet gaan kan: ik kom toch weer bij de neurologie uit! Dank voor je mentorship in dat vakgebied.

Hooggeleerde Hardon, beste Anita, jouw bijdrage aan mijn vorming is fundamenteel. Gelukkig blijf ik ook aan de UvA verbonden. Ik zou er zonder jou veel minder plezier in hebben.

Hooggeleerden Middelkoop, Gussekloo, Buitendijk en Van Hemert, beste Barend, Jacobijn, Simone en Bert, ook in jullie werk spelen sociale verbanden, of juist het gemis daaraan, een belangrijke rol. Ik verheug me op onze samenwerking. Matty en Nienke, als jullie mij een maand geleden niet streng hadden toegesproken stond ik hier in een leentoga voor een lege zaal. Jullie, Eudia en Riny en de andere medewerkers van de afdeling PHEG maken dat ik er eigenlijk wel meer dan 1 dag per week zou willen werken. Bas Wielaard, pas na jouw geëngageerde rondleiding in het Anatomisch Museum kreeg ik aardigheid in

het schrijven aan deze rede. Ik kan iedereen aanbevelen er een bezoek te brengen.

Collega's van de Universiteit van Amsterdam, van de afdeling SOCA, het AISSR, en de AMMA: het is ondoenlijk iedereen die mij inspireert hier te noemen, dan komen we nooit aan de borrel toe. Amade M'Charek, ik noem jou toch apart. Na even geconcentreerd luisteren naar wat ik wilde vertellen, gaf je mij de titel van mijn oratie. Studenten en promovendi die met mij wereldwijd aan de medische antropologie, in het bijzonder medische antropologie van kinderen weven, ik ben er trots op lid te zijn van zo'n productieve en warme extended family. Ik hoop dat ik met studenten hier in Leiden ook zo'n familie kan gaan vormen.

Voor mijn werk is Afrika zowel een bestemming als de omweg waarlangs ik thuiskwam in Nederland. Hooggeleerde de Bruijn, beste Mirjam, Rijk van Dijk, Marja Spiereburg, en andere collega's van het Afrika Studie Centrum, er zijn weinig contexten waar ik zoveel plezier in het samen denken heb.

Lieve ouders, een maand nadat ik vorig jaar was aangesteld, bracht ik een bezoek aan Zambia. Ik was op bezoek bij Daniël Reijer die daar met zijn onderzoek bijdraagt aan het welzijn van de kinderen van de HIV/AIDS epidemie. Ik had er de eerste nacht een vreemde droom. Ik stond in een kerk tussen een menigte. Een persoon, in het zwart gekleed, was vanaf het preekgestoelte aan het oreren. Ik werd echter in beslag genomen door een putdeksel voorin de kerk. Ik wist: in de catacomben bevinden zich mensen en die moeten gered! Ik slaagde erin het deksel te verwijderen. Maar terwijl ik dat deed stootte ik een blikje cola om dat onder de rand stond. AU! hoorde ik van diep beneden en ik schrok wakker. Ik wist natuurlijk meteen: Ik was het zelf die daar op de preekstoel stond! Deze droom was een waarschuwing: Ria, laat je niet door gevoelens van gewichtigheid afleiden van de mensen waar het in je werk om gaat. Alleen dat blikje cola begreep ik niet. Totdat ik bij het schrijven aan mijn oratie de metafoer snapte. Ik moet mijn

blik op hen blijven werpen! Pa en Ma, de opdracht verschil te willen maken, komt van jullie. Ik word gedragen door het ijzersterke weefsel van ons oorspronkelijk gezin.

Freya, dochter, meer dan anderen leven jij en ik in verschillende werelden. Toch is er niemand zo verweven met mij als jij. Dank je wel voor alles wat je mij over die paradox leert. Rufus, zoon, jouw oorspronkelijke en zachtmoedige blik heeft over de jaren heen mijn manier van kijken naar de dingen gevormd. En mijn plezier in het kijken! Dat ik kinderen überhaupt leuk ging vinden komt door jou. Willemijn, de titel van mijn oratie zal jou, ook als antropoloog in wording, aanspreken. Ik dank jou en Sam, Job, en Sofie, voor jullie gepassioneerde; ze houdt me bij de les.

Ik kan alle oude en nieuwe familie en vrienden die mijn medeauteur zijn niet bij name noemen. Ik noem er nog drie. Ronald, wij moesten elkaar loslaten, maar zonder jou zou ik hier niet staan. Mairi, in zijn roman *Kentering van een huwelijk* vertelt Sándor Márai (2005) dat er in elk leven een getuige is, zijn advocaat, cipier, rechter, en medeplichtige. De toon van de schrijver over die getuige is wat somber. Dat is tegenovergesteld aan wat jij voor mij betekent. Dank dat je ook nu weer mijn getuige bent.

En dan kom ik nu tot de kern. Hooggeleerde De Jong, lieve Joop, we hebben erover nagedacht of je vandaag wel of niet je toga zou dragen. We hebben voor het eerste gekozen. Het doet recht aan hoe je mij de afgelopen jaren hebt gesteund en voorbereid op deze taak. Het is een groot geschenk met jou het leven te delen en de wetenschap te dienen. Zonder jou zou ik deze stoel niet hebben aanvaard.

Ik heb gezegd

Noten

- 1 Als rector magnificus onder en lijfarts van Napoleon wist hij de Universiteit Leiden te behouden voor het nageslacht. Zie KNAW: http://www.knaw.nl/cfdata/leden/historisch_ledenlist.cfm?persoon=4326; Parlement en Politiek: <http://www.parlement.com/9291000/biof/25888>.
- 2 In Museum Boerhaave in Leiden is aan de verzameling van Professor Brugmans een aparte zaal gewijd. Ook daar staat in een van de vitrines een container met een versierd foetus.
- 3 A.J. van Dam, mondelinge informatie.
- 4 http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1990n29839.html
- 5 <http://nos.nl/artikel/84795-rivm-had-zich-moeten-verdiepen-in-de-doelgroep.html>
- 6 <http://www.hongerwinter.nl/>

Referenties

- Aa, A.J. van der (1855) *Biographisch woordenboek der Nederlanden*. Deel 2. Derde en vierde stuk. Haarlem: J.J. van Brederode.
- Ariëns, G.A.M., Middelkoop, B.J.C., Smilde-van den Doel, D.A. & Struben, H.W.A. (2006) Gezondheidsvragen in de Stadsenquête 2001 en 2003; de uitkomsten bekeken in relatie tot etnische achtergrond en opleidingsniveau. *Epidemiologisch bulletin* 41, 1: 2-11.
- Assendelft (2007). Het preventieve aanbod in de eerste lijn. In: *Van preventie verzekerd. Acht invalshoeken op preventie en verzekerde zorg*, pp. 53-66. Diemen: CVZ.
- Buitendijk, S. (2009) *Kinderen in Nederland hebben recht op betere gezondheid*. Leiden: Oratie Universiteit Leiden, 13 februari.
- Cicchetti, D. & Blender, J.A. (2006) A multiple-levels-of-analysis perspective on resilience: implications for the developing brain, neural plasticity, and preventive interventions. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1094: 248-258.
- Davis-Floyd, R. & St. John, G. (1998) *From doctor to healer: The transformative journey*. New Brunswick NJ: University of California Press.
- DiGiacomo, S.M. (1999) Can there be a 'cultural epidemiology'? *Medical Anthropology Quarterly* 13, 4: 436-457.
- Downey, G. & Lende, D. (2009) *Why Neuroanthropology? Why Now?* <http://neuroanthropology.net/2009/10/08/the-encultured-brain-why-neuroanthropology-why-now/> accessed 12-03-10
- Duursen, N. van, Ten Brummelhuis, H. & Reis, R. (2004) Zorgverlening bij chronische buikklachten. Is er verschil in de behandeling van 'allochtone' en 'autochtone' patiënten? *Cultuur, Migratie, Gezondheid* 1, 2: 28-39.
- Fowler, C. (2004) *The archaeology of personhood. An anthropological approach*. London & New York: Routledge.
- Geest, S. van der (1989) Aha, de omweg van verwondering in de medische antropologie. *Medische Antropologie* 1, 2: 190-206.

- Gaines, A.D. & Davis-Floyd, R. (2003) On biomedicine. In: Ember, C. & Ember, M. *Encyclopedia of medical anthropology. Health and illness in the world's cultures. Vol. I, Topics*, pp. 95-108. Yale: Human Relations Area Files.
- Green, J. & Britten, N. (1998) Qualitative research and evidence based medicine. *British Medical Journal* 316: 1230-1232.
- Hahn, R.A. & Inhorn, M. (2009) *Anthropology and public health. Bridging differences in culture and society*. 2dn edition. Oxford/New York: Oxford University Press.
- Hahn, R.A. & Gaines, A.D. (red.) (1985) *Physicians of Western medicine: Anthropological approaches to theory and practice*. Dordrecht: D. Reidel.
- Heiningen, T.W. van (2009) *The correspondence of Sebald Justinus Brugmans (1763-1819)*. Den Haag: Huygens Instituut (KNAW).
- Huisman, F. (1993) Gevestigden en buitenstaanders op de medische markt. De marginalisering van reizende meesters in achttiende-eeuws Groningen. In: De Blécourt, W., Frijhoff, W. & Gijswijt-Hofstra, M. (red.) *Grenzen ven genezing. Gezondheid, ziekte en genezen in Nederland, zestiende tot begin twintigste eeuw*, pp. 89-114. Amsterdam: Verloren.
- Jong, J. de & Colijn, S. (2010) *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Kohatsu, N., Robinson, J. & Torner, J. (2009) Evidence-based public health. An evolving concept. *American Journal of Preventive Medicine* 27, 5: 417-421.
- Krieger, N. (2001) Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology* 30, 4: 668-277.
- LiPuma, E. (1998) Modernity and forms of personhood in Melanesia. In: Lambek, M. & Strathern, A. (red.) *Bodies and persons; Comparative perspectives from Africa and Melanesia*, pp. 53-79. New York: Cambridge University Press.
- Lock, M. & Gordon, D. (red.) (1988) *Biomedicine Examined*. Dordrecht: Kluwer.
- Maat, G.J.R. (2003) *Opsporing verzocht. 'De Natuurlijke geschiedenis van den mensch'*. Leiden: Universiteit Leiden, oratie.
- Mackenbach, J.P. & Van der Maas, P.J. (2004) *Volksgezondheid en gezondheidszorg*. Derde druk. Maarssen: Elsevier.
- Marai, S. (2005) *Kentering van een huwelijk*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Markus, H.R. & Kitayama, S. (1991) Culture and the Self. Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review* 98, 2: 224-253.
- Masten, A.S. (2007) Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology* 19: 921-930.
- M'charek, A.A. (2005) *The human genome diversity project. An ethnography of scientific practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mol, A. (2002) *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham, NC: Duke University Press.
- Munten, G., Cox, K., Garretsen, H. & Van den Bogaard, J. (2006) Evidence based practice; Een kritische reflectie. *Verpleegkunde* 21: 148-156.
- Nichter, M. (2006) Anthropology and global health: Reflections of a scholar-activist. *India Review* 5, 3: 1-29.
- Nichter, M. (2008) *Global health. Why cultural perceptions, social representations and biopolitics matter*. Tucson: The University of Arizona Press.
- Reis, R. (2009) *Children confronting conflict: from child idioms of distress to social navigation*. Paper presented at: Medical Anthropology at the Intersections: Celebrating 50 Years of Interdisciplinarity, Yale University, September 24-27.
- Reis, R. & Dedding, C. (2004) Kinderen als medeonderzoekers: mogelijkheden en problemen van kindgestuurd onderzoek. *Medische Antropologie* 16, 1: 79-92.
- Reis, R. & Van der Geest, S. (2002). Conclusion. In: Van der Geest, S. & Reis, R. (red.) *Ethnocentrism: Reflections on medical anthropology*. Amsterdam: Aksant.
- Richters J. M. (1991) *De medisch antropoloog als verteller en vertaler. Met Hermes op reis in het land van de afgoden*. Heemstede: Smart.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M., Gray, J.A., Haynes, R.B. & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal* 312 (7023): 71-2.

- Sackett, D., Strauss, S., Richardson, W., Rosenberg, W. & Haynes R. (red.) (2000) *Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM* (Second Edition ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Saillant, F. & Genest, S. (red.) (2005). *Medical anthropology: Regional perspectives and shared concerns*. Malden/Oxford, etc.: Blackwell.
- Singer, M. (2009) *Introduction to syndemics: A systems approach to Public and Community Health*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Strathern, M. (1988) *The gender of the gift: Problems with women and problems with society in Melanesia*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Trappenburg, M. (1994) Over de grenzen van de medische sfeer. In: Van den Berg, P. & Trappenburg, M.J. (red.) *Lokale rechtvaardigheid. De politieke theorie van Michael Walzer*, pp. 83-95. Zwolle 1994.
- Waldram, J.B. (2006). The view from the Hogan: Cultural epidemiology and the return to ethnography. *Transcultural Psychiatry* 43, 1: 72-85.
- Wieringa, N.F., Reijneveld, M. & Stronks, K. (2005) Diversity from an epidemiological perspective: looking for underlying causes and changing merits. In: Wieringa, N.F., Hardon, A. P., Stronks, K. & M'charek, A.A. (red.) (2005) *Diversity among patients in clinical practice: Challenges and implications for clinical research*, pp. 13-46. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

PROF.DR. RIA REIS



Ria Reis is cultureel antropoloog (VU, 1987, cum laude), en promoveerde op onderzoek naar epilepsie en medisch pluralisme in Swaziland (UvA, 1996). Aan de Universiteit van Amsterdam geeft zij als universitair hoofddocent mede leiding aan het onderzoeksprogramma Anthropology of Health, Care and the Body van het Amsterdam Institute for Social Science Research (AISSR), en aan een internationale postacademische opleiding voor artsen en sociale wetenschappers in medische antropologie (AMMA). In haar onderzoek staan ervaringen, perspectieven, zorgbehoeften en therapiekeuzen van patiënten centraal, en de manier waarop preventieve en zorginterventies daarop aansluiten. Kinderen hebben daarbij haar speciale aandacht. In Leiden is zij vanaf 1 juni 2009 werkzaam als hoogleraar in de geneeskunde met als leeropdracht Medische Antropologie, in het bijzonder Antropologie in *Public Health*. In die hoedanigheid wil zij bijdragen aan de ontwikkeling van cultureel verantwoorde preventie en zorg. Een kerntaak is dit thema in nauwe samenwerking met docenten en studenten van het LUMC verder uit te werken binnen het medisch curriculum.

Wat doen verwijzingen naar andere culturen in het hart van een anatomische tentoonstelling? Geïnspireerd door de versierde foetussen in het Leids anatomisch museum gaat Ria Reis in op de relatie tussen antropologie van en in geneeskunde, en op de bijdrage van medische antropologie aan *public health*. Medische antropologie kan helpen in de empirie gebonde ordeningen te ontwerpen die onderzoek naar relevante gezondheidsverschillen mogelijk maken. Bovendien draagt medische antropologie bij aan het oplossen van zorgproblemen die voortkomen uit de intrinsieke verbondenheid van individuen met anderen. Een verbondenheid die zich uit in de waarden van individuen en gemeenschappen waar een *evidence based* gezondheidszorg rekening mee moet houden; in de transgenerationele overdracht van kwetsbaarheden voor gezondheidsproblemen; en in de samenhang tussen neurobiologische en sociaal-culturele processen.



Universiteit Leiden