

Arts en patiënt: naar een holografische relatie

René Devisch en Filip De Boeck¹

Pouillon (1975) toont aan hoezeer patiënt en arts, in de ruimte van de consultatie, elkaar ontmoeten in een asymmetrische en hiërarchische relatie. Vanuit een historische studie van het ontstaan van de medische blik en zijn eigen culturele context zouden we willen nagaan hoe een dergelijke profilering van de arts-patiënt relatie ontstaan is. De studie van de therapeutische relatie in een Centraal-Afrikaanse cultuur brengt ons op het spoor van een alternatief, met name van een meer omvattende, holografische benadering.

Ontstaan van de medische blik

Vanaf de Renaissance gaat de Westerse mens aan de kennis op basis van visuele waarneming een toenemend belang en objectiviteitskarakter toekennen. De wereld wordt vanaf dan steeds meer gezien als een begrensde, vaststaande en ordevolle geheel, als een reeds geschreven tekst. Het oog dringt in, stelt vast, en het woord geeft weer wat de blik heeft gevat. Zo maakt de 'diagnose' het wezen uit van de medische benadering van het lichaam.

Op parallelle wijze wordt de participerende observatie gezien als het hart en de legitimiteit van de etnografische studie. De klassieke functionalistische antropologie ging er van uit dat etnografische feiten buiten en onafhankelijk van de etnograaf bestonden. De etnograaf was een waarnemer, en als dusdanig geroepen de feiten volledig 'objectief' weer te geven. In werkelijkheid hield deze objectiviteit in dat de antropoloog verscheen als een alomtegenwoordige instantie, als alziend oog dat zich de sociale werkelijkheid toeëigende en beweerde op probleemloze wijze 'the native's point of view' te vatten en te verwoorden. Het was in de eerste plaats de antropoloog die bepaalde, zoals Mead het uitdrukt, "what the data are in social anthropology" (Boon 1982: 7). De culturele werkelijkheid werd opgedeeld in welomlijnde vakjes (huwelijk, verwantschap, ...) en aan de hand van het onderzoek van enkele van deze vakjes, werd aangetoond hoe het geheel functioneerde. Als zodanig impliceerde functionalistische objectiviteit uiteindelijk het opdringen van een etnocentrische kijk aan de ander, of, zoals een Azande het uitdrukte tegen Evans-Pritchard: "Waarom vragen ze ons toch steeds of het waar is dat we mensen eten?" (Pouillon 1975: 79).

Hermeneutische en semiotische kentheorieën in de antropologie hebben aange-

toond hoezeer informant en antropoloog, in de benoeming en de dialoog, een 'tekst' leesbaar maken en wijzigen, of wellicht betekenis, jazelfs feiten voortbrengen in een betekenisverlenend ruilproces dat begint noch eindigt met het interview. De officiële medische blik daarentegen bouwt eenzijdig een beeld op van de patiënt, of meer bepaald van deelaspecten van zijn ziekte. De eenzijdigheid in de klassieke biomedische en allopatische benadering wordt aan het licht gebracht door kennistheorieën en mensbeelden zoals de psycho-analyse, de antropologische geneeskunde, de medische synthese, het procesdenken, de homeopatische geneeswijzen. De biogeneeskunde bezigt immers nog al te vaak een duidelijk omschreven medisch normaliteitsbegrip in de benoeming van gezondheid versus ziekte, arts versus patiënt, psychopaat versus 'normalopaat', goed versus kwaad. Zij die niet aan de gestelde statistische normaliteit of maatschappelijke utiliteitswaarde beantwoorden, worden (preventief) voorgelicht, behandeld, verwijderd of afgevoerd naar hospitalen, instellingen of psychiatrische centra.

In het benaderen van de ander, de zieke, de allochtoon, de vreemde, wordt de norm speculair bepaald door een negatief zelfbeeld. Enerzijds wordt een cultureel of lichamelijk verschil gezien als een bedreiging van de eigen norm. Anderzijds gaat van deze negatieve identiteit een aantrekkingskracht uit. In *Tristes Tropiques* geeft Lévi-Strauss (1955: 397) aan hoezeer de maat van het anders-zijn geschoeid blijft op de leest van de eigen identiteit: "Aussi proches de moi qu'une image dans le miroir, je pouvais les toucher, non les comprendre". De reden waarom menseneterij ons zo boeit steunt op dit principe: omdat, zo zegt Lévi-Strauss, het de negatieve spiegeling is van onze antropemische instelling (van het griekse *emein*: uitspuwen). In plaats van dragers van ambivalente krachten te neutraliseren door ze op te nemen, stoot onze samenleving alle ambiguë gevallen uit "en les tenant temporairement ou définitivement isolés (...) dans des établissements destinés à cet usage" (Lévi-Strauss 1955: 418).

De biogeneeskunde normeert en sorteert. De onderbouw van deze hiërarchische benadering ligt in de klinische blik. Net zoals het 'klassieke' alziende antropologen-oog de werkelijkheid restloos vatte en structureerde, zo sluiten ook de positivistische epistemologische vooronderstellingen van het biomedische alfabet voornamelijk *visuele* metaforen in: "Laat de dokter daar maar eens naar kijken". Het medische kijken is een klinisch kijken dat objectiveert en registreert. Werkelijkheid 'is' orde; de wereld is een begrensd, vaststaand, geordend geheel, waarvan het wezen te 'ontdekken', 'waar te nemen' en volledig uitspreekbaar of beschrijfbaar is. Het diagnostische oog dringt in en localiseert, en het woord geeft weer wat het oog heeft vastgesteld (Oderwald 1985).

Het primaat van de visuele waarneming sluit in dat ziekte wordt opgevat als een localiseerbaar, zichtbaar, meetbaar en hanteerbaar organisch feit. Het klinische oog bepaalt "what the data are", het ontcijfert het lichaam van de patiënt dat wordt beschouwd als een reeds geschreven tekst, waarvan de verborgen code kan worden afgelezen en nagegaan door een op statistisch onderzoek steunende vergelijking. De diagnose legt het lichaam vast zoals op een foto en neemt er bezit van. De medische blik verdinglijkt en demonteert het lichaam, voert er een autopsie (letterlijk: 'een zien met eigen ogen') op uit. De visuele waarneming is twee-dimensionaal en brengt uitsluiten zogenaamd 'natuurlijke', dat wil zeggen neutrale, dit is waarden-vrije en objectieve feiten aan het licht. De arts dient neutraal en afstandelijk te staan tegenover de patiënt om de objectiviteit van zijn waarneming te waarborgen. Een symptoom verwijst naar het lichaam

en is begrensd binnen het lichaam. De arts herhaalt niet in de eerste plaats het verhaal van de patiënt, doch het verhaal van de pathologie. Deze diagnose, dit spreken van de arts, heft (de functie van) de klacht op: de klacht is dan norm-aal, vanzelfsprekend geworden (Oderwald 1985).

Het is de vooronderstelling dat het lichaam en de symptomen zelfevidente betekenissen zijn van een natuurlijke orde en diens gezonde ofwel pathologische ontwikkelingen, die de arts-patiënt relatie structureert. Patiënt en arts, symptoom of teken en referent staan in een tweepolige relatie tegenover elkaar, een relatie die zich slechts op één niveau ontvouwt: dat van de diagnose.

Op zoek naar objectieve gegevens, sluit het spreken tijdens de arts-patiënt interactie andere ervaringen en zingevingen buiten. Het consult-voeren ligt, in de geest van het 'methodisch werken', voornamelijk in het verlengde van de onderzoekende, analytische, medische blik. De arts-patiënt relatie ontvouwt zich hierbij slechts op één vlak, dat van de rede, de onderhandeling. Het éénduidige *woord* dient als voornaamste tolk tussen ervaring en medische hulpvraag, tussen lichaam en geest, hulpvrager en hulpverlener. Door het toenemende belang van de medische, diagnostische blik en het normerend normaliteitsbegrip in dergelijke bestrijdingsgeneeskunde, wordt de verhouding tussen arts en patiënt omgebogen tot een a-symmetrische, Ziekte wordt onttrokken aan de sfeer van het gewone en gemaakt tot het uitsluitend domein van de specialist, in een sfeer van *gravitas*.

Een terugblik in de tijd: de geboorte van het medisch oog

Met Elias (1969), Foucault (1962) en van den Berg (1959, 1961) kunnen we ons dan ook afvragen of de westerse biogeneeskunde niet dreigt haar causalistisch en verdinglijkend denken op te dringen aan de lichaamsbeleving, het psychisch functioneren en de relatiewereld van de patiënt.

De biogeneeskunde is de vrucht en op haar beurt ook bron van de veranderingen in de houding ten overstaan van het lichaam, in de kennisverwerving, en in de hele Westerse leef- en denkwereld van de vijftiende en zestiende eeuw. De genoemde auteurs tonen aan hoe in die periode het woord van de overlevering, de *res gestae*, aan gezag inboette ten voordele van de individuele visuele waarneming. Het oog wordt de meest betrouwbare toegang tot de werkelijkheid ("eerst zien en dan geloven"), onderscheiden van de andere 'waarnemingen'. Deze waardering voor de visuele waarneming heeft bijgedragen tot de fragmentering zowel van het lichaam als van de hele werkelijkheid, en tot de verzelfstandiging van de rede, de ziekte en zelf de mens. Vanaf die periode gaat de blik meer dan vroeger de houding tegenover het eigen lichaam en dat van de ander structureren: het is "l'age de l'exploration optique de l'univers" (Francastel 1965: 212; zie ook Baxandall 1985). Medici doen de eerste dissecties voor onderzoek. Initiële vormen van de experimentele methode worden samen met de waarneming de motor van het natuurwetenschappelijke onderzoek en de technologische uitvindingen. De micro- en macroscop komen in gebruik. In *De Humani Corporis Fabrica* laat Vesalius de analytische waarneming zwaarder wegen dan de synthetische en contextuele waarneming: het waargenomene wordt losgemaakt van zijn context of geplaatst

tegenover een geneutraliseerde, onscherpe achtergrond.

Tegelijkertijd, zo stelt Elias (1969), worden sinds de zestiende eeuw steeds meer levensgebieden aan de openbaarheid onttrokken. Allerlei lichamelijke verrichtingen, worden geïntimiseerd en geprivatiseerd: het zijn 'gevaarzones' geworden. Ze worden geleidelijk uit de openbaarheid teruggedrongen naar het reservaat van het privé-leven. De schaamte- en gevoeligheidsgrens verschuiven en het private breidt zich uit. Van Ussel (1968) gewaagt van een verpreutingsproces, en Elias (1961) van een 'drifthuishouding'. Er komt een muur te staan tussen ego en het eigen lichaam, tussen man en vrouw, tussen ouder en kind.

Het civilisatieproces is dus niet alleen een uiterlijke polijsting geweest van het burgerlijk gedrag. Het heeft ook diep ingewerkt op de omgang met de anderen en met onszelf, op de lichaamstaal en de lichaamsbeleving van de moderne mens. Foucault (1963, 1972, 1976) stelt dat wat aan het publieke oog wordt onttrokken en door het toenemende gezag van de visuele waarneming als intiem en schaamtevol uit de openbaarheid wordt weggedrongen, hoe langer hoe meer het specifieke en zelfs uitsluitende domein gaat worden van de medicaliserende blik van medici, psychiaters en tenslotte psychoanalytici. In zijn fenomenologische metabletica toont van den Berg (1961) aan hoe de medische blik geleidelijk doordringt tot binnen het lichaam. Na Mundinus van Bologna (1270-1326), die de moderne anatomie inzet, dringen Vesalius (1514-1564) en William Harvey (1578-1657) het innerlijk lichaam binnen en maken het zichtbaar door middel van een anatomische atlas. Het lichaam wordt gaandeweg beschouwd als een ding waarvan de natuurwetenschappelijke geneeskunde en later de experimentele psychologie zich meester maken (van den Berg 1961: 222 vv.).

Met een verandering in de medische taal verandert ook het object. Vanuit een structuralistische perspectief behandelt Foucault (1972) deze geschiedenis van de medische blik in termen van de taal en de epistemè die er aan ten grondslag liggen. Op basis van de autopsie wordt vanaf de zestiende eeuw, en voornamelijk in de achttiende eeuw door Bichat (1771-1802), de medische kennis voorgesteld als een *spiegel van de natuur*. Dit beeld berust op de metafoor van het zien: de modern-medische kennis spruit voornamelijk voort uit het waarnemen en doorzien van biologische processen zelf, in het bijzonder van pathologisch-anatomische aard. Niet het (on)evenwicht van de lichaams-sappen, noch de biografie van de patiënt, maar de anatomische atlas vormt de voornaamste sleutel voor een diagnose. Door toedoen van Bichat komt er een nieuwe verbinding tussen het medische discours en de ziek(t)e. Waar de arts voordien vroeg "wat heeft u?" is zijn vraag nu "waar heeft u pijn?". Vanuit dit verschil in de taal laat zich de herorientatie van de betrekkingen verklaren tussen 'betekenaar' (het symptoom) en 'betekende' (de zieke), tussen beschrijving en wat beschreven wordt. Binnen een nosologische visie krijgt de ziekte een welomschreven plaats toegewezen in het menselijk lichaam. Bichat probeert de aan de oppervlakte en slechts in de tijd waar te nemen symptomen (duidbaar door middel van oog en taal) tot in de diepte van het lichaam (in het ruimtelijk vlak van de weefsels) op hun pathologisch-anatomisch substraat te onderzoeken. De ziekte is een geografie, waarvan de essentie te 'ontdekken' of te 'lezen' en onder woorden te brengen is: de pathologische anatomie brengt door plaatsbepaling een ruimtelijke ordening aan in de tijdelijke opeenvolging van de symptomen. In de anatomische atlas wordt het driedimensionale lichaam op tweedimensionale wijze in

beeld gebracht. Het individuele lichaam wordt door de medicus hoe langer hoe meer bekeken als een concrete vormgeving van de atlas en van de ziektebeelden in de medische theorie. Vanaf dit moment is de dood het concrete a priori van de medisch-klinische ervaring geworden. Door het inwendige van de mens te laten zien verschaft de dood (en de autopsie) inzicht in het levens- en ziekteproces. Bichat laat weefsel weken: in het rottingsproces vertellen de weefsels hun verhaal en ontleden ze zichzelf.

De biomedicus heeft vanaf dat moment op de eerste plaats oog voor de *verstoring*, de ontbinding, de afwijking. Deze wordt hoe langer hoe meer de maat, het uitgangspunt om de hoedanigheid van het leven en de verdere ontwikkeling van het lichaam en de gezondheid te bepalen. Door de voortdurende bestrijding van de dood of van de afwijking heeft de arts voeling verloren met het leven als iets dat meer is dan afwezigheid van ziekte. Met zijn begrippen van normaliteit en afwijking plaatst de medicus een objectieve en objectiverende referentiepool tussen zichzelf en de zieke. Door de ziekte als iets ongewoons te 'om-schrijven' en te behandelen – los van objectieve criteria en van zin-vragen – geeft de medicus op paradoxale wijze een objectieve, abstracte en verdinglijkte inhoud aan de ziekte, die hoe langer hoe meer op zichzelf gaat staan als iets dat nog individueller is dan het individu en tegelijk ontdaan is van elke subjectiviteit. Deze inhoud kan de zieke ontlasten of vervreemden van zijn/haar beleving.

Met andere woorden, de medische blik inspecteert niet alleen, maar 'super-viseert' ook hoe langer hoe meer. In het licht van een normaliteitsbegrip en op basis van hoofdzakelijk visuele informatie, heeft de medische blik de neiging om de ziekte te herleiden tot een causaal en zo mogelijk manipuleerbaar verloop, en dit verloop te extrapoleren naar het verleden en de toekomst.

De gebieden die aan het publieke oog worden onttrokken en 'geprivatiseerd', worden hoe langer hoe meer blootgegeven aan het medisch oog. Omgekeerd echter dient de medicus hierbij hoe langer hoe meer het idiosyncratische individu in focus te brengen zonder zichzelf bloot te geven, zonder zijn eigen subjectiviteit te laten meespelen. Het medisch oog wordt zelf hoe langer hoe meer onzichtbaar; het overlapt in toenemende mate met dat van onpersoonlijke apparatuur en laboratorium-onderzoek. Met de ontwikkeling van de spits-technologische ziekenhuis-geneeskunde dreigt de algemene geneeskunde dan ook aan belang te verliezen zolang ze zich niet onderscheidt door haar eigen focus op de patiënt in de gemeenschap en op de arts-patiënt relatie (Armstrong 1983: 5-6).

Arts en patiënt: van speculaire naar holografische relatie

Het diagnostisch oog in de klassiek-professionele arts-patiënt relatie observeert, fotografeert. Vele antropologen kunnen getuigen van het feit dat niet-Westerse en rurale volkeren vaak niet graag worden gefotografeerd en dit vaak schuwen als een indringing in en onteigening van hun 'ziel'. Sontag (1977) verwoordt dit treffend:

To photograph people is to violate them by seeing them as they never see themselves, by having knowledge of them they can never have; it turns people into subjects that can be symbolically possessed.

De arts ontdekt en definieert een patiënt ten dele bij wijze van negatief zelfbeeld. Hij zondert het ab-normale af. Omgekeerd spiegelt de patiënt zich aan het oordeel van de arts en vereenzelvt zich met de gestelde diagnose. "Waar de arts zich professioneel opstelt, ziet de hulpvrager zich als patiënt" (Stuer 1986: 93). Door de diagnose wordt de toestand van verbrokkeldheid, of 'le corps morcelé' – in Lacaniaanse termen – overschreden. De arts brengt de zieke terug in balans met zichzelf, althans op één vlak. Die eenheid wordt immers niet van binnenuit door de patiënt ervaren, maar wordt hem aangereikt in een beeld van zijn lichaam dat door de arts werd opgebouwd. Dit werkt een vervreemding tussen de patiënt en zijn eigen lichaam in de hand die te vergelijken valt met die van het kind in het Lacaniaanse spiegelstadium. Wanneer het kind in de spiegel kijkt reageert het in een bepaald stadium zo dat alle werkelijkheid wordt toegekend aan het spiegelbeeld en niet aan zichzelf. De kern van het eigen zelf van het kind ligt niet in zichzelf besloten maar in het spiegelbeeld. In de identificatie van dit spiegelbeeld verliest het subject met andere woorden zichzelf. Deze vervreemding is enerzijds noodzakelijk om tot een identiteit te komen waarin het beeld van het eigen lichaam als een geheel wordt geboden (Lacan 1966: 94-95; Mooij 1975: 81). Anderzijds is deze eenheid een van buitenaf opgedrongen eenheid. De eenheid die het kind zich inbeeldt te zijn, wordt opgebouwd vanuit het spiegelbeeld, de andere, en is geen werkelijkheid maar slechts beeld, imago (Lacan, Ibid.). Op dezelfde wijze identificeert de patiënt zich met de 'objectieve' diagnose van de arts. Ook hier treedt eenzelfde proces van aliënering op. Het beeld van eenheid, het gezonde lichaam, wordt door een instantie van buitenaf gedefinieerd. De eigen subjectieve en emotioneel-affectief geladen interpretatie door de patiënt van zijn/haar lichaam, het eigen onwel-zijn, blijkt in deze nieuwe definitie irrelevant te zijn. Ook hier verliest het subject uiteindelijk zichzelf en is de aangeboden identiteit, het lichaam-na-de-diagnose waarmee de patiënt zich vereenzelvt, slechts een beeld. Het zelf wordt gedefinieerd "comme constitué en son noyau par un série d'identifications aliénantes" (Lacan 1966: 417).

De vereenzelving tussen zelf en beeld is dus van een imaginaire orde en wordt in zijn relatievorm gekenmerkt door wat Lacan noemt een *duel* relatietype, vanwege de verwisselbaarheid van zelf en beeld. Dit duele relatietype tussen zelf en beeld kan worden overgedragen naar de arts-patiënt relatie. Het beeld dat de arts de patiënt voorhoudt, houdt eigenlijk een fundamentele miskenning in van het anders-zijn van de patiënt. Diens gevoels- en kwaliteitsgeladen ziekte- en zelfbeeld wordt als niet ter zake van de hand gewezen. In de duele relatievorm toont de arts dus slechts belangstelling voor de ander, de patiënt, in de mate dat hij deze zijn beeld van ziekte en gezondheid kan opdringen. Meer zelfs, de ervaring van verbrokkeling van de patiënt die wordt vervangen door een 'imaginaire' eenheid, aangeboden door de arts, die ervaring ontstaat pas tijdens de arts-patiënt relatie, net zoals de spiegelervaring de voorafgaande ervaring *achteraf* interpreteert als die van een *corps morcelé* (Mooij 1975: 81). Het nieuwe zelfbeeld dat de arts via de diagnose aan de patiënt oplegt, schept geen identiteit of eenheid, maar draagt de eigenlijk verbrokkeling in zich. Het doktersoog demonteert het lichaam, en herleidt het tot een verzameling vervangbare onderdelen.

In Lacans model kan het duele relatietype slechts worden opengetrokken door het invoeren van een *derde term*, die de overgang bewerkstelligt van een imaginaire naar een symbolische orde. Lacan ziet deze term niet zozeer als één enkel element, maar

als een complex systeem van symbolische representaties. Op dezelfde wijze kan het invoeren van een meergelaagde, driedelige of ternaire relatie de binaire medische interactie, met haar nadruk op het visuele, doorbreken. Het opentrekken van een dergelijke spiegelrelatie biedt de mogelijkheid tot een minder mechanisch, meer geïnspireerd en veellagig beeld van de patiënt en diens lichaamsbeleving in relatie tot de ander en de wereld, in relatie tot een betekenishorizon die helend is en het therapeutische handelen inspireert.

Wanneer de arts zichzelf laat zien, wordt de spiegel een raam en gaat zijn ingesteldheid en zijn betekenishorizon interfereren met het beeld dat de patiënt van zichzelf vormt: de arts wordt een doorkijkraam dat inspireert en heelt, dat de patiënt aansluiting laat vinden bij onvermoede dimensies in zichzelf. Door de interferentie ontstaat een driedimensionaal beeld, analoog aan het hologram. De betekenishorizon van waaruit de arts handelt geeft perspectief aan het beeld dat de patiënt teruggekaatst krijgt vanuit de diagnosticerende arts. De arts die zich èn professioneel èn als mens zichtbaar opstelt, bevordert het integrerend vermogen bij zijn hulpvrager, en wellicht in die mate dat deze zich niet langer meer als patiënt ervaart, doch zich bewust wordt van zijn gelaagdheid, zijn mogelijkheden, zijn ontvankelijkheid en groeikracht (Stuer 1986: 95).

Lichaam, gezondheid en cultuur

Het lichaam als openheid en geslotenheid in tijd en ruimte

De benadering van de ander in zijn/haar lichamelijkeheid is dan niet langer van tweeledige aard (speculair of fotografisch), doch driedelig en holografisch. Deze benadering behelst een wijze van luisteren en kijken naar, een voelen en meeleven van de hele mens in zijn veelzijdige verwevenheid met de ander en de wereld.

De veellagige betekenis en driedelige logica kenmerkend voor de lichaamsbeleving, en meer bepaald voor de markering en overschrijding van de lichaamsgrens, bij de Yaka, een bevolkingsgroep in Zaïre, kunnen dit verduidelijken. De Yaka - en dit perspectief is geenszins exclusief - zien het lichaam enerzijds als de ruimte en de geschiedenis waarbinnen een individu zijn/haar levenscyclus, sociaal behoren en eigenheid ondergaat en opbouwt. Anderzijds zien ze het als het medium waardoor het individu openbreekt naar de ander en de buitenwereld en die wereld verinnerlijkt en belichaamt.

De duidelijkste vorm van zo'n grensoverschrijding is de organische en de zintuiglijke. Bij de Yaka biedt de orale grensoverschrijding van de voedselinname bijvoorbeeld een belangrijk model voor de symbolische vormgeving van het genitale verkeer en van de daarbijbehorende olfactieve uitwisseling. Met andere woorden: eten en ruiken spreken over de seksualiteit die zich in die symbolische verwevenheid ontsluit. Over bekoorlijkheid, liefkozing en coïtaal verkeer spreken de Yaka in termen van (lichaams)geur of voedsel: "Men is voor elkaar aanleiding om lichaamsgeur af te scheiden en elkaar geur op te snuiven" (*-fyaasana, -nyuukisana*). Ruiken wordt tevens beschouwd als een soort van proeven en betasten van de warmte en de gesteldheid (spanning, ontspanning) van het huis. Anderzijds kan onenigheid tussen de partners ook toegeschreven worden aan onverenigbare lichaamsgeuren. Daarenboven geloven de Yaka ook dat

het gebruik van sterk ruikende planten uit bos (mannelijk) en savanna (vrouwelijk), in de vorm van rook- en dampbaden, lavementen enzovoort, bijdraagt tot de rituele behandeling van onvruchtbaarheid of impotentie. Sigaretten en tabak (geur) zijn het geschenk bij uitstek om buitenechtelijke seksuele relaties aan te gaan, te onderhouden en te symboliseren. Anderzijds bieden onzindelijk voorkomen en slechte geur (cf. lichamelijke) de gevoelsmatige ondertoon van morele afwijzing of veroordeling van een gedraging, een bepaalde ziekte (cf. cosmologische), een persoon, een huwelijkskandidaat of een vreemde groep (cf. sociale veld) (Vergelijk met bepaalde houdingen tegenover kanker en AIDS).

Elke organische overschrijding van de lichaamsgrens via de lichaamsopeningen leidt tot een ervaren van het scheidend vermogen van de lichaamsgrens en van de overgang tussen binnen en buiten. De genitale grens bijvoorbeeld is niet alleen het blijvende aandachtspunt van het seksuele verlangen: ze realiseert ook de sexeverschillen als intran-sitief en complementair, ze is tegelijk scheidend en verenigend. De geuruitwisselingen tussen binnen en buiten, op lichamelijk en familiaal niveau en in het huishouden, – net zoals de seksuele en de orale, zoals we verderop zullen uitwerken – hebben fundamentele spatio-temporele grensprincipes van openheid en geslotenheid gemeen. Deze symbolische verweving doorheen tijd en ruimte van iemands lichamelijke ervaring, plaats in en omgang met de groep en de wereld (kosmos) sluit een *liminale dynamiek* in (Devisch 1985a, b; 1986a). In het spel van bemiddelen én scheiden via grensmarke-ring en -overschrijding in het lichamelijke, sociale of kosmologische veld, geeft het lichaam concreet gestalte aan een logica van driedelige relaties tussen binnen-oppervlakte-buiten, voor-midden-achter, voor-gelijktijdig-na, hoog-midden-laag, en-zoverder. Deze verweving in tijd en ruimte spruit volgens de Yaka voort uit de tweevou-dige aard van het lichaam, dat wil zeggen het lichaam heeft zowel een openend als een afbakend vermogen. De huid (*luutu*) fungeert als begrenzing van het lichaam. Tege-lijk is het lichaam ook plaats en bron van uitwisseling met de ander. Het is deze uitwis-seling die tevens de eigen individuele en sociale identiteit (*muutu*) zal vormen (Devisch 1985a, b; 1986a). De fysieke en de 'sociale' huid (zoals kledij, lichaamstooi, schaamte, houding enzovoort) begrenzen het individu zowel in de ruimte als in de tijd, doorheen de cyclus van geboorte tot dood. De huid en de orale, olfactieve, anale en genitale li-chaamsopeningen worden beschouwd als grensmarkering tussen binnen en buiten, tus-sen het eigen ik en de ander. Tegelijkertijd geven ze vorm aan wederkerige relaties in een verweving tussen zelf en ander, eenheid en onderscheid.

Hoe groter de sociale controle over deze lichamelijke processen, hoe asymmetrischer de relatievorming, die dan bijvoorbeeld gecontroleerd wordt door schaamte en de rigi-de controle van de lichaamsgrens. Daarentegen putten de jokverhouding en de speelse relaties tussen mogelijke huwelijkspartners, niet-verwante leeftijdsgenoten uit eenzelf-de buurt, alsmede tussen grootouders en kleinkinderen, het jokkarakter precies uit de ambigüiteit van het als het ware tegelijk verhullen en onthullen van de lichaamsgrens en -openingen. Er is hier een voortdurende pendelbeweging tussen het uitdagend hand-haven en het schijnbaar doorbreken van grenzen, en dit bijvoorbeeld door het strelen van de andere, zoals de kaak, nek, borst of heup. De ludieke seksualiteit, die sociaal aan bod komt in de jokverhouding, wordt door het publieke discours buiten de huise-lijke sfeer geplaatst. Dit speelse spreek-, kijk- en aanraak-contact (*-mokasana* genoemd)

heeft conventioneel plaats op wat in de Yaka-kosmologie beschouwd wordt als overgangsmomenten en -plaatsen: aan de rand van het dorp, tijdens de avond, bij volle maan, tijdens carnavaleske overgangsvieringen, enzovoort. Deze symbolische verwerking van wat zich eigenlijk afspeelt aan de rand van het lichaam, wordt dus gestructureerd door spatio-temporele categorieën (de rand van het dorp, enzovoort) en verbindt de grenzen en grensoverschrijdingen van het lichaam met die in het sociale en kosmologische domein. Uitwisseling komt tot stand ondanks gescheidenheid.

Op deze wijze wordt de lichaamsdynamiek verlegd naar het huis, het wonen, het zijn...

Heimat, heimwee en het onheimlijke

“De derde dimensie (bestaat hierin) dat ze het samenzijn ziet als uitgangspunt voor het ontwerpen van de verte, het uitgangspunt van verwijdering en toenadering” (De Tollenaere 1975).

De duurzaamheid en zekerheid van deze gevestigde tijdruimte is boeiend in het Yaka mens- en wereldbeeld en biedt ons een nieuwe blik op de lichaamssymboliek en symptomatiek in onze eigen cultuur (cf. noot 1). Het lichaam en de echtelijke/ouderlijke woning is een centrum, een middelpunt, een microcosmos. Bij de Yaka bijvoorbeeld, vormen de ouders met hun ongetrouwde kinderen, getrouwde zonen en de echtgenoten en kinderen van deze laatste een wooneenheid en een als het ware gedeelde lichamelijke, doorheen het delen van voedsel en het gezamenlijk tafelen (*-diisasana*, letterlijk: ‘voor elkaar aanleiding en mogelijkheid zijn tot disgenootschap’), de echtelijke sexualiteit (*-biindasana maalu*, letterlijk: ‘elkaar aanzetten over elkaar te stappen’) en het olfactieve contact (cf supra). Deze overschrijdingen van de lichaamsgrenzen worden met andere woorden beschouwd als stichters van wederkerigheid en horizontale relaties. Deze wederkerigheid is de basis van het bij-één-horen van de gezinsleden, van de intimiteit van het gezin. Het is uitsluitend binnen de grenzen van deze private sfeer dat man, vrouw en kinderen hun levensnoodzakelijke functies (koken, eten, schuilen, voortplanten, baren en sterven) vervullen. De haard, de tafel en het bed zijn het centrum van de relatie en scheppen de woonruimte, de eigenruimte, een binnen dat gescheiden is van een buiten. Het huis bakent de plaats af waar men zich terugtrekt en zich overgeeft aan de ander, aan samen-zijn. Het is dus een grens waarbinnen zinvolle grensoverschrijding mogelijk wordt omwille van die beslotenheid. Indien één van deze praktijken, bijvoorbeeld genitale sexualiteit, buiten de domestieke sfeer zou worden gesteld, dan zou deze praktijk zijn positieve, integrerende betekenis verliezen. Overspelige sex bijvoorbeeld, vormt een bedreiging van de vruchtbaarheid en de voorspoed van de huishoudelijke eenheid, en kan zelfs leiden tot een dodelijke diarree van een kind of dysmenorree bij de echtgenote (dit is gebrek aan lichaamsgrens). Met andere woorden: sexuele en voedselvoorschriften vervlechten heel concreet het lichaam met de maatschappelijke plaats en de waarden- en zinhorizon (het kosmologisch veld) van het gezin.

De dubbele functie van de grens schept dus niet alleen de voorwaarde voor het ontstaan van verschillende waarden (geborgenheid tegenover het onheimlijke, het vertrouwde tegenover het vreemde), zij is ook de voorwaarde voor de existentiële draag-

kracht van de binnenruimte. Het wonen is slechts zinvol wanneer er een spanning is tussen de waarde van het eigene en de erkenning van het andere. Wonen sluit een 'driedig' logica in; relatie is tegelijk differentie; leven is onafzijn, nog iets te doen hebben, zich ontplooiën; wonen maakt weggaan en vervolgens 'heim-wee' mogelijk. De praktijk van het wonen die berust op tafelen, lijfelijke intimiteit, echtelijke sexualiteit, illustreert hoezeer deze driedig logica van de 'Heimat' de hele gezondheidsproblematiek verdiept tot de relaties tussen het vertrouwde en het vreemde; de Heimat, het onheimlijke en de heimwee; het binnen en het buiten, het wij en de andere. Gezondheid verschijnt hier duidelijk als meer dan het biologisch goed functioneren van alle lichamelijke onderdelen. Gezondheid wordt een spel van betrokkenheid en distantie, van innerlijke ontplooiing, van het inrichten van een Heimat, van steeds wisselende aanwezigheid in en ontdekking van de wereld, het weven en onderhouden van vriendschappen.

Heling en humor

Door de gelaagdheid van het begrip lichamelijke wordt ook de therapeutische benadering van de kwaal als zodanig veellagig en dynamisch. De dialectiek van grensmarkering en -overschrijding is een krachtig paradigma om ziektepatronen en -geschiedenissen te bestuderen. Grensoverschrijdende praktijken zijn helend en levengedend wanneer ze – in hun fysieke, sociale en kosmologische aspecten – een overbrugging symboliseren of bewerken, – meer bepaald, dramatiseren – tussen scheiden en verbinden, doodstrijd en geboorte, ontbinding en herleving, dood en leven. De symbolische doeltreffendheid van dergelijke overschrijdingen steunt op de symbolische logica van het lichaam zelf. Daarentegen zullen bewegingen die de lichamelijke grenzen overschrijden 'vervuilend' (*mbeembi, yidyaata*) jazelfs ziekte-verwekkend zijn indien deze de huiselijke grenzen schenden en de socio-cultureel gesanctioneerde regels van de lichaamsorde omkeren of vervormen. Bijvoorbeeld, bij de Yaka kookt en eet men niet 's nachts en vrijt men niet overdag. De ruimte voor het koken, eten en bewaren van gekookt voedsel worden strikt gescheiden van de slaapruijnte. Sexuele toespelingen zijn taboe bij het bereiden of gebruiken van de maaltijd, en wanneer een bezoeker mee aan tafel zit, zullen de vrouwen zich verwijderen, zodat de sexuele gemeenschap niet zou worden opgeroepen door het delen van de maaltijd.

Ziekte en pollutie zijn dus toestanden die de bemiddelende en scheidende aard van de lichamelijke praxis doorbreken. Ziekte kan worden begrepen als het verbreken van het dynamische evenwicht tussen openheid en geslotenheid, als een vertroebeling van de symbolische verweving doorheen de grensoverschrijdingen tussen het lichamelijke, het sociale en het kosmologische veld.

Volgens de Yaka heeft *belen* dan ook alles te maken met heelwording. Deze is omvattend en grensoverschrijdend. Op cosmologisch vlak zijn het ondermeer de botanische en organische metaforen, zoals die tot uitdrukking komen in de uitgebreide genezingscultussen (Devish 1984a; 1985b) die een fundamentele solidariteit verbeelden en bewerkstelligen tussen micro- en makrokosmos, tussen mens en wereld, tussen geest en lichaam, tussen arts en patiënt, tussen sterven en groeien. De boom is bijvoorbeeld

niet alleen een metafoor voor het leven dat van generatie tot generatie wordt doorgegeven, maar verbeeldt ook dat het individu slechts tot bloei en vruchtbaarheid kan komen indien het geworteld is in een agnatische afstamming, in een familieroman, en in de uterine levensbron.

Een dergelijk proces is homeopatisch en zelf-helend van aard; het put uit iemands levenskracht het vermogen tot zelfverwekking, tot 'zwanger zijn' en zichzelf tot nieuw leven brengen. Gezondheid is een groei naar verbondenheid, naar heel-wording van de mens in relatie tot de ander en de wereld, via de verwevenheid van spatio-temporele principes van grensconstructie en -overschrijding tussen het lichamelijke, het sociale en het kosmologische. De therapeutische optie gaat ervan uit dat een verandering binnen één van de drie velden en een verandering in één van de vormen van grensmarkering en grensoverschrijding (oraal of sexueel bijvoorbeeld) effect zal hebben op alle andere velden en vormen.

Heelwording en heling kan niet zonder effectieve grensverbrekingen, die tegelijk een herdefiniëring van de norm inhouden. De Yaka heler verschijnt in een identiteit van overtreder én norm. De spiegeling die de therapeut in zijn persoon mogelijk maakt moet iets verrassends, uitdagends en tegenstrijdigs hebben: "Ziehier wat je bent: je bent ziek zoals ik het ben geweest, doch je bent nog niet wat ik nu ben". De heler is een figuur die tegelijk afwijkt van het gangbare, verwarring sticht, en uitnodigt tot diepgaande verandering: "a spirit of disorder, one who operates with laughter and with irony outside of the fixed bounds of custom, law and conventional wisdom" (Kopp 1976: 72). De figuur van de "trickster-healer" is een "seer of troubles" maar ook een "trouble-maker" (Janzen 1982: 258). Deze ambivalente figuur kan vanuit een transgressieve lach de patiënt aanzetten om zijn/haar leefwereld te herstructureren. Het verwekken van verrassing en verwarring door middel van humor en lach, gehanteerd bij wijze van schok-therapie en 'aha'-ervaring, helpt de eigen geslotenheid open te breken en gevoelens, verbeelding en spreken te bevrijden. Door de therapeutische verwarring wordt de ziekmakende chaos ontworcht en wordt een aanzet gegeven tot een veellagig herweven van betekenissen en drama. De humor die door de genezer wordt gehanteerd, functioneert als contrapunt en aanzet tot hologram. Het lachen overbrugt de paradoxen in de gevraagde loyaliteit (bijvoorbeeld in de onverzoenbare positie van kind, ouder en partner), of de heersende normen en de contestatie van die normen door de ziekte. Het versturende lachen kan bevrijdend inwerken op de persoonlijkheid van de patiënt doordat het een terugval in de realiteit bewerkstelligt vanuit een lucieder of gewijzigd standpunt. Humor onhult niet alleen spanningen, maar speelt ook een positieve rol als cruciale factor in het sociale en culturele proces, omdat het de vanzelfsprekende waarden relateert en zo een harmonisch samengaan bewerkt tussen de eigen inzet en het normatieve appèl. De lach schept overgang en verbinding.

Tegelijkertijd trekt de transgressieve humor het enge communicatie-register in de biomedische arts-patiënt relatie open van *gravitas* tot een brede waaier van scheppende, tegenstrijdige en onvermoed dynamische en heelmakende omgangsvormen tussen therapeut en cliënt.

Transitionele objecten en liminaliteit: een besluit

“De potentiële ruimte komt enkel voor in relatie tot een gevoel van vertrouwen aan de kant van de baby, dat is vertrouwen in relatie tot de afhankelijkheid van de moeder-figuur of van elementen uit de omgeving, vertrouwen dat de evidentie is van de afhankelijkheid die geïntrojecteerd werd” (Winnicott 1971: 100).

“In de liminaliteit worden er nieuwe wijzen van handelen, nieuwe symbolische verwevingen uitgetest, om ze af te stoten ofwel aan te nemen” (Turner 1977: 40).

Liminaliteit is een interstructurele en experimentele of scheppende situatie: het is een creatief rijpingsmoment, een ‘aha’-ervaring, een ruimte voor heling. Winnicott’s psychodynamisch begrip van ‘potentiële ruimte’ (1971) kenmerkt dit naar ons gevoel zeer duidelijk: op een bepaalde leeftijd gaat een kind hoe langer hoe meer belangstelling tonen voor het spel van zijn kreetjes, voor het wegwerpen en terughalen van zijn fopspeen of knuffeldier, enzovoort. Het spreken dat de mens tot mens maakt wordt voorbereid in dit spel van ‘spellen’. In dit spel leert het kind op symbolische wijze de afwezigheid van zijn moeder te overbruggen, en begint zijn eigen ruimte te ervaren. Het spel met zijn stem, met de fopspeen of het knuffeldier, als *transitionele fenomenen*, scheidt continuïteit en eenheid tussen moeder en kind, via een intermediaire ervaringsruimte: de potentiële ruimte die ligt tussen de inwendige, psychosomatische ruimte van het kind en de eigenlijke uitwendige werkelijkheid, met haar eigen objectieve dimensies. Het is een interactieruimte tussen het individu en de omgeving/wereld. Het vertrouwen van de baby in (de betrouwbaarheid van) de moeder en in dat van andere mensen en dingen, maakt de scheiding mogelijk tussen niet-ik en ik. Het is in deze overgang dat symbolisering en cultuurschepping kunnen ontstaan. Hier ontstaat de potentiële ruimte bij de gratie van *creativiteit*, spel, gebruik van symbolen. Deze symbolen (klanken, fopspeen, speelgoed enzovoort) staan tegelijk voor verschijnselen uit de uitwendige wereld en verschijnselen van de individuele persoon (het kind dat door de moeder verzorgd wordt) en roept aldus de culturele betekeniswereld op.

De grensbegrippen liminaliteit en potentiële ruimte kunnen op vruchtbare wijze worden toegepast in de relatie tussen therapeut en cliënt. De potentiële ruimte is als grens tussen ik en de ander, voor en nadien, een ruimte van overgang, spel, ervaring en vindingrijkheid, waar iets nieuws kan ontluiken. Het is een grens die niet enkel scheidt maar eveneens samenbrengt, oproept tot ‘communitas’. De afstandelijke arts-patiënt relatie kan zo worden uitgediept tot een communitas van twee subjecten, bij gratie van de potentiële ruimte van het lichaam, de ziekte, het verlangen naar gezondheid, ... die een symboliseringsruimte zijn. Het lichaam van de patiënt verbindt therapeut en cliënt in een ‘quest for therapy’: het biedt de therapeut de mogelijkheid de ziekte ‘aan den lijve’ te ervaren.

Met het oog op heling is het belangrijk dat de therapeut aan zijn patiënt een potentiële ruimte aanbiedt door als heler de basiswaarden en de betekenis van zijn/haar handelen tegenwoordig te stellen ondermeer via ritualisering. Het technisch arsenaal van de medicus werkt horizonvernauwend, terwijl een meerzinnige, symbolische ontmoeting met de arts die zich ook als ‘hele mens’ opstelt, en zijn/haar waarden laat kennen, horizonverruimend en holografisch werkt.

Dat kan bijvoorbeeld in de homeopathie. De traditie waarop de homeopaat zich beroept, legt een band met de horizon van een heel verleden van natuurbetrokken onderzoek dat de patiënt vertrouwen schenkt. Tegelijk zijn natuurbereidingen op de huid van elk van zijn cliënten geschreven, en ontstaat er op deze manier een persoonlijke band met een hele natuur-symboliek van gezondmaking. Uiteindelijk vindt een meerzinnige arts-patiënt relatie reeds ten dele zijn vervulling in kleine aanzetten zoals de positie van de cliënt ten opzichte van de lichtinval in de consultatiekamer, of de inrichting van deze ruimte zelf: of er een medisch diploma, farmaceutische reclame dan wel een familieportret aan de muur hangt, het zijn evenzovele signalen die de patiënt iets vertellen over de persoonlijkheid van de arts. Meteen scheppen dergelijke openingen ook de mogelijkheid om de gewoonlijk communicatie-arme relatie tussen arts en patiënt open te breken en om te plooiën tot een maïeutisch spreken waarin ook de arts zich engageert en zich bereid toont om zichzelf te bekijken op de wijze waarop hij de andere bekijkt. Het contact tussen beiden kan zo worden tot een verwonderd vragen, dat geregeld wordt door wederzijds respect en genegenheid, en waarin arts en patiënt elkaar een veelgelaagd spreken kunnen aanreiken waarin leed, onvermogen en angst, bezieling en geestdrift kunnen worden gedeeld.

Het ontdekken van het raadsel van gezondheid en ziekte in de biografie, de familieroman en de lijdensweg van de patiënt is meteen ook een appèl aan de vraagsteller zelf: de inzichten en waarden van anderen brengen ook de arts in beeld. Het is een verhelderend, maar ook een uitdagend proces dat moet vergt.

Therapeut en cliënt dragen zo elk hun eigen waardenhorizon, vragen en deskundigheid mee en laten die versmelten in de horizon van het lichaam, van 'the quest for therapy' als derde, gemeenschappelijke pool van waaruit betekenissen worden geweven tussen de verschillende semantische velden. Meteen schuilt hierin ook de rijkdom van deze relatie rond de derde term: er blijft iets ongrijpbaars en onvoorspelbaars in het creatieve weven van de betekenissen, of om met de receptie-esthetica te spreken, de elementen van symbolisering die in en doorheen de lichamelijke praxis worden geconstitueerd ontsnappen of overstijgen steeds gedeeltelijk de verwachtingshorizon van de individuele participanten. Er blijven 'open plekken' (Iser 1975) die toelaten de rechtlijnige, één-dimensionale diagnose van de biogeneeskundige consultatie te dynamiseren en te vervangen door een communicatief proces waarin wordt uitgenodigd tot vakkundigheid, veellagige inzichten, helende bezieling en verlossende (maïeutische) of emancipatorische luciditeit.

Noot

- 1 Van 1972 tot 1974 heeft R. Devisch participierend onderzoek verricht onder de noordelijke Yaka van zuidwestelijk Zaïre, in een cluster van 13 dorpen, elk met gemiddeld een 120-tal inwoners, met name in het groepement Taanda op een 450 kilometer ten zuid-oosten van Kinshasa. Verder heeft R. Devisch medisch-antropologisch onderzoek uitgevoerd in samenwerking met de 'Medisch-Antropologische Werkgroep' voor de studie van psychosomatische klachten en aandoeningen bij immigranten (p.a. Centrum voor Welzijnszorg, Laken) (Devisch & Gailly 1985). Een gelijksoortig onderzoek naar de culturele lichaamssymboliek bij patiënten werd verricht aan het Razi Academisch Psychiatrisch Hospitaal te Tunis (Devisch & Vervaeck 1985). Sinds 1982 coördineren R. Devisch en H. Stuer de 'Onderzoeks-

groep omtrent Symptoom en Symbool' (aan de afdeling Huisartsgeneeskunde aan de Universitaire Instelling Antwerpen) gewijd aan de antropologische benadering van maagklachten en -aandoeningen bij Vlaamse huisartspatiënten (Devisch 1983). Dit perspectief komt aan bod in de onderzoeken en seminaria van de Onderzoekseenheid omtrent Symbool en Symptoom (onder leiding van R. Devisch), aan de Afdeling Antropologie van de K.U. Leuven (Devisch 1986c). Filip De Boeck is lid van de Afdeling voor Sociale en Culturele Antropologie (K.U. Leuven) en leidt een medisch-antropologisch onderzoek naar regionale genezingscultussen bij de matrilineaire Luunda, zuiderburen van de Yaka. De Boeck bestudeerde voordien de lichaamssymboliek in de Laat-Middeleeuwse Vlaamse literatuur.

Literatuur

Armstrong, D.

1983 *Political anatomy of the body. Medical knowledge in Britain in the twentieth century.* Cambridge: Cambridge University Press.

Baxandall, M.

1985 *L'oeil du Quattrocento: l'usage de la peinture dans l'Italie de la Renaissance.* Paris: Gallimard.

Boon, J.A.

1982 *Other tribes, other scribes: Symbolic anthropology in the comparative study of cultures, histories, religions and texts.* Cambridge: Cambridge University Press.

Bourdieu, P.

1980 *Le sens pratique.* Paris: Minuit.

De Tollenaere, M.

1975 Naar de oorsprong van de taal. *Tijdschrift voor Filosofie* 37 (2): 187-210.

Devisch, R.

1983a Le corps sexué et social ou les modalités d'échange sensoriel chez les Yaka du Zaïre. *Psychopathologie africaine* 19 (1): 5-31.

1983b 'Ik blijf me raar voelen in de buik': Een semantisch-antropologische verkenning van bovenbuikklachten in Vlaamse huisartspraktijken. *Antropologische Verkenningen* 2: 139-76 (heruitgegeven in: J. Degryse Ed., *Maagklachten opnieuw bekeken*, Leuven-Amersfoort: Acco, 1986: 61-92).

1984a *Se recréer femme: Manipulation sémantique d'une situation d'infécondité chez les Yaka du Zaïre.* Berlin: Dietrich Reimer Verlag.

1985a Symbol and psycho-somatic symptom in bodily space-time. The case of the Yaka. *The International Journal of Psychology* 20: 589-616 (Themanummer: 'Symbol and symptom in bodily space-time', R. Devisch & A. Gailly, Eds.).

1985b Polluting and healing among the Northern Yaka of Zaïre. *Social Science and Medicine*, 21: 693-700.

1986a Marge, marginalisation et liminalité: le sorcier et le devin chez les Yaka du Zaïre. *Anthropologie et Sociétés*, 10 (2): 117-37. (Themanummer: 'Les dynamiques à la marge'; Ellen Corin, Ed.).

1986b Medical anthropology in Belgium: the state of the art. *Medical anthropology quarterly* 17 (4): 87-9.

Devisch, R. & A. Gailly

1985 *Dertlesmek: 'het delen van mekaars leed'*. Een therapeutische zelfhulpgroep onder Turkse vrouwen. *Psychoanalyse* (Brussels) 3: 80-91, 198-9 (Themanummer Psychoanalyse en antropologie).

Devisch, R. & B. Vervaeck

1985 Doors and thresholds: Jeddi's approach to psychiatric disorders. *Social science and medicine* 22 (5): 541-51.

Fabian, J.

1979 The anthropology of religious movements: from explanation to interpretation. *Social Research*, 46 (1): 4-35.

- Foucault, M.
 1963 *Naissance de la clinique*. Paris: Presses Universitaires de France.
 1972 *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard.
 1976 *Histoire de la sexualité I*. Paris: Gallimard.
- Francastel, P.
 1965 *Peinture et société*. Paris: Gallimard.
- Iser, W.
 1975 Die Wirklichkeit der Fiktion. In: R. Warning (Ed.), *Rezeptionsästhetik: Theorie und Praxis*. München: Fink.
- Janzen, J.
 1982 *Lemba: A drum of affliction in Africa and the New World*. New York: Garland.
- Kopp, S.B.
 1976 The trickster-healer. In: E.W.L. Smith (ed.), *The growing edge of Gestalt therapy*. New York: Brunner/Mazel, pp. 69-82.
- Lévi-Strauss, Cl.
 1955 *Tristes Tropiques*. Paris: Plon.
- Mooij, A.
 1975 *Taal en verlangen. Lacans theorie van de psychoanalyse*. Meppel: Boom.
- Oderwald, A.
 1985 *Geneeskunde, kritiek en semiologie*. Leuven: Acco.
- Pouillon, J.
 1975 *Fétiches sans fétichismes*. Paris: Maspéro.
- Sontag, S.
 1977 *On photography*. New York: Strauss & Giroux.
- Stuer, H.
 1986 De huisarts als spiegel voor de patiënt. In: *Huisartsmodel 2000. De huisartsgeneeskunde op weg naar het jaar 2000*. Antwerpen: Kluwer & Wetenschappelijke Vereniging der Vlaamse Huisartsen, pp. 85-95.
- Turner, V.W.
 1977 Variations on a theme of liminality. In: S. Moore & B. Myerhoff (ed.), *Secular ritual*. Assen: Van Gorcum, pp. 36-52.
 1968 *The drums of affliction*. Oxford: Clarendon Press.
- Van den Berg, J.H.
 1959 en 1961 *Het menselijk lichaam: een metabletisch onderzoek, deel I & II*. Nijkerk: Callenbach.
- Van Ussel, J.M.W.
 1968 *Geschiedenis van het sexuele probleem*. Meppel: Boom.
- Winnicott, D.W.
 1971 *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard.