

Commentaar bij een lijkschouwing

Tom Jacobs

In de geneeskunde domineert de visuele waarneming. Hiermee tracht men de wetten van ziekte en lichaam te beheersen. De dominantie van het zien stelde zich in de loop van vorige eeuw in, tegelijk met het belang van de anatomopathologie als kennisbron. Aan de hand van een autopsie-verhaal wordt aangetoond dat in de schaduw van de visuele dominantie er een andere zintuiglijkheid leeft: het voelen, dat onoverkomelijk verbonden is met de kwetsbaarheid en de eindigheid van de arts. Met praktijk-voorbeelden wordt gesuggereerd dat deze gevoeligheid het medisch handelen zelf betekenis geeft.

Inleiding

In het ziek-zijn doet zich een verstoring in van onze relatie tot de wereld voor: onze gerichtheid op de wereld perkt zich in en het lichaam trekt zich terug uit zijn omgeving en is gericht op zichzelf (Goldstein 1983: 355). De intentionele boog ontspant zich (Merleau-Ponty 1979: 158).

Onze gerichtheid op de wereld wordt bepaald door de werking van de zintuigen, zodat we mogen aannemen dat in het ziek-zijn, waarbij deze gerichtheid afneemt, er ook een verandering in onze zintuiglijkheid plaatsgrijpt.

Daarnaast wordt in het ziek-zijn de bekommernis van de arts opgeroepen. Welke zintuiglijkheid speelt in diens tussenkomst een rol? Gaat het enkel maar om een dominantie van het zien, of leeft in de schaduw van deze dominantie ook nog een andere zintuiglijkheid, met name een bepaalde wijze van voelen? Dat is de vraag waarop deze bijdrage in wil gaan.

De geneeskunde onder het primaat van het zien

Van de arts wordt actief handelen verwacht: met de inzet van zijn kennis en kunde wordt op het herstel van de zieke gehoopt. Op zich is deze verwachting echter al een reductie: van de ervaring van het ziek zijn naar een oplosbaar probleem (Berg 1993), een probleem dat zich laat vatten (be-grijpen) en zich laat lokaliseren, zoals een vijandig doelwit (Sontag 1983), om het te kunnen behandelen.

Het is vanuit een dergelijke 'geografische' opvatting van ziekte niet verwonderlijk dat "in de professionele biomedische observatie de afgelopen honderd jaar zich een accentverschuiving heeft voorgedaan ten gunste van de visuele waarneming" (Van der Geest 1993). Deze vorm van zintuiglijkheid leent zich bij uitstek tot het waarnemen van het lokaliseerbare, het controleerbare en het meetbare (Synott 1993).

Om te kunnen ingrijpen dient de totaliteit van de ziekte in beeld gebracht te worden. Totaliteitsaanspraken op ziekte verbinden zich met de beeldvorming van ziekte. Aanspraken die vóór de twintigste eeuw niet door de geneeskunde werden gemaakt: "Das Wort 'Ganzheit', das heute so oft gebraucht wird, ist nicht zufällig eine sehr junge Wortbildung. Man kan das Wort noch nicht in den Lexika des 19. Jahrhunderts finden" (Gadamer 1993: 136).

Met de activiteit van het medisch handelen heeft zich het primaat van het zien verbonden om in de ziekte een berekenbare en behandelbare ruimte te scheppen. Dit primaat heeft zich ook in het taalgebruik doorgedrukt: de arts leeft bijvoorbeeld met de vrees 'het niet te zien'. 'Het niet horen' is blijkbaar minder erg. Trouwens hij 'hoort' ook niet met de stethoscoop het hartgeruis: om het geruis waar te nemen kun je er best een voorstelling van maken op een lijn, waar het geruis zich verhoudt tot de lokalisatie van de systole en de diastole (Van der Hauwaert, 1975). Iets wat trouwens geperfectioneerd wordt in de cardiofonografie, waar men een twee-dimensioneel beeld verkrijgt van het geruis, dat men met de stethoscoop reeds vermoedde. Opmerkelijk is dat men spreekt over een *steto-scoop*, en niet over een *steto-foon*, wat nog eens het belang van het zien in het ausculteren suggereert.

De dood: van duisternis tot lichtbron van medische kennis

De suprematie van het zien en de aanspraken op een totaliteit in de geneeskunde zijn ontstaan nadat de anatomopathologie zich tot belangrijke bron van medische kennis ontwikkelde begin vorige eeuw (Foucault, 1986). De anatomopathologie is de wetenschap die haar kennis hoofdzakelijk heeft opgebouwd uit de waarnemingen bij lijken opgedaan. Om het levende lichaam, met haar afwijkingen, te begrijpen wordt het in de negentiende eeuw, in tegenstelling tot vroeger, belangrijk beroep te doen op de lijk-schouwing. Dit impliceert een volledig andere houding tegenover de dood:

De dood is niet meer wat zij zo lange tijd geweest is: die nacht waarin het leven zich oplost en zelfs de ziekte in de war raakt; zij is voortaan de grote macht van verheldering die de ruimte van het organisme en de tijd van de ziekte beheerst en aan het licht brengt (Foucault 1986: 183).

Foucault gebruikt hier de metaforiek van licht en duisternis; het zien is inderdaad enkel mogelijk met behulp van een lichtbron. In de negentiende eeuw maakte de dood een omslag mee van de duisternis, die haar tot dan toe kenmerkte, naar een wezenlijke lichtbron voor de medische wetenschap, die de kennis van het levende lichaam pretendeert.

De jongste ontwikkelingen in de geneeskunde brengen hierin vooralsnog geen verandering, zoals moge blijken uit het scherper stellen van de beeldvormende

technologie. Ook het belang van de autopsie wordt regelmatig nog in de medische literatuur onderstreept. Er wordt zelfs gevreesd voor de gevolgen van de teruggang in lijkschouwingen, die zich de laatste jaren doorzet in de geneeskunde:

Bij voortgaande vermindering van het aantal obducties zal het *donker* worden in de geneeskunde. Laten wij deze *verduistering* voorkomen. Wie vergeefs streed voor het leven, heeft recht op een laatste consult. Moge het in ons land niet zo ver komen als in de Verenigde Staten, waar thans gepleit wordt voor reanimatie van de obductie (Van Rijssel 1985; cursivering door mij).

Het primaat van het zien zal de arts het best in staat stellen de totaliteit van een ziekte te begrijpen. In zijn kennis spelen de waarnemingen opgedaan bij lijkschouwingen een belangrijke rol. Het is echter maar de vraag of het inlijven van de dood in onze waarneming van het leven, wel zo restloos gebeurt als men het zich voorstelt, of 'de nacht waarin het leven zich oplost' zichzelf zomaar laat oplossen. Want is de dood niet het ongrijpbare andere in ons bestaan dat zich niet laat pakken door onze totaliteits-aanspraken? Verwijst de dood niet bij uitstek naar onze lichamelijkheid en is ze daardoor niet verbonden met een andere zintuiglijkheid dan deze van het overschouw-wend zien? De volgende getuigenis over een lijkschouwing roept deze vragen op.

Een autopsie-ervaring

In zijn *Chroniques médicales d'un psychanalyste* vertelt de Franse arts en psycho-analyticus Pierre Benoit (Benoit 1988) hoe hij aan het begin van zijn loopbaan zich betrokken voelt bij iemand die ernstig ziek is maar bij wie men niet tot een diagnose komt, ondanks allerlei klinische en laboratorium-onderzoeken. Begrijpelijkerwijze raakt hij dan ook gefascineerd door wat hij noemt deze rebellie van de ziekte tegen de diagnostiek. Dit belet echter niet dat hij op een ochtend het ziekenbed leeg vindt met de mededeling dat de patiënt de voorbije nacht gestorven was. -

Benoit wil natuurlijk de oorzaak van dit overlijden kennen en besluit daarom tot een autopsie over te gaan. Maar het is de tijd van de mobilisatie vlak voor de tweede wereldoorlog en vele mensen zijn uit het ziekenhuis weggeroepen, ook de jongen van de autopsie-kamer. Waardoor Pierre Benoit diezelfde dag, 's avonds laat, de autopsie dan maar op zijn eentje aanvangt. Hij doet het met de techniek en de methode die hij van zijn opleiding heeft meegekregen. Maar het verschil met de voorgaande keren dat hij een autopsie meemaakte, is dat het nu nacht is en dat hij er alléén voor staat. Een publiek dat toekijkt, ontbreekt.

De enige aanwezigheid, buiten van hemzelf en van het lijk in deze fel verlichte ruimte, ervaart hij van een zwart gat, een open venster dat uitgeeft op de duisternis van de nacht. Dit venster is hoog in de muur geplaatst om te beletten dat men van buitenaf kan zien wat daar binnen gebeurt. Helemaal beklemmend wordt het wanneer hij door de confrontatie met normale organen niet tot een oorzaak van dit overlijden kan komen. "De wil om te kennen bleef op een wreedaardige wijze onbevredigd", is het commentaar van Benoit achteraf, "alle organen toonden zich op een hopeloze wijze normaal. Nooit zou ik, nooit zou 'men', de oorzaak van deze dood weten."

Dit niet-weten blijft nu gedurende veertig jaar in zijn geheugen gegrift samen met het dreigend beeld van dat zwarte gat. Telkens als hij aan die autopsie terugdenkt, raakt Benoit niet verder dan dit niet-weten en het zwarte gat. Verdere details blijven op een storende wijze ontbreken. Was de overledene een man of een vrouw, en hoe was die persoon als levende geweest? Onmogelijk is het voor hem zich daar nog iets van te herinneren. "De simpele idee van een dood zonder oorzaak en het simpele beeld van een zwart gat hadden alle plaats in de herinnering ingenomen, en hadden haar doen stollen."

Tot plotseling, na veertig jaar, de herinnering weer levend wordt. Eerst voelt Benoit hoe toen door dat zwarte gat een zachte bries gekomen was en zijn schouders had geraakt, zodat hij er een rilling van had gekregen. Een rilling die zich nu trouwens telkens gaat herhalen wanneer hij aan de autopsie terugdenkt! En plotseling weet hij nu ook dat de overledene een vrouw was. Hij weet het niet doordat hij nu een klaarder beeld zou hebben van zijn waarnemingen bij de autopsie, maar door de indruk die hij van haar opdeed als levende. En hij specificceert: "Zonder twijfel de indruk, vluchtig maar krachtig, van een specifiek lijden, menselijk specifiek, waarvoor ik gevoelig ben." Hij ziet haar nu weer voor hem in haar ziekenkamer, en in welk bed precies ze lag.

Hoe is die herinnering levend geworden? Niet door zijn verwoede pogingen om erover te schrijven. Zijn vrienden hebben hem daartoe aangespoord, maar hij vindt voor het witte blad alleen maar een bedroevend tekort aan inspiratie. Hij komt niet verder dan een algemene beschouwing over 'de geneeskunde buiten sexe en dood' om ('La médecine hors sexe et hors mort'). Opdat de herinnering levend zal worden dient hij de nabijheid van de dood te ervaren, als hij zelf ernstig ziek wordt. Op een bepaald ogenblik is de toestand zo erg dat hij zijn vrouw gelaten meedeelt: "Weet je, ik geloof echt dat ik me van mezelf aan het ontdoen ben" ("...que je suis en train de me défaire"). Dit beeld, van het zichzelf verliezen, doemt enkele maanden later weer op wanneer na zijn herstel plotseling en onverwacht de indruk van die zachte bries door het zwarte gat zijn herinnering levend maakt.

Door de nabijheid van de dood in zijn eigen leven te ervaren raakt de arts Pierre Benoit uiteindelijk in staat méér te weten over de verhouding die hij had tot de vrouw die hij als lijk had geschouwd. Een gevoelservaring heeft deze herinnering terug op dreef gezet.

In zijn tekst gaat Benoit verder met het aanbrengen van verklaringen, waarvan een aantal in zijn lichaam geschreven zijn. Zo leeft hij zijn leven lang met de dwanggedachte onvoldoende lucht te krijgen. Deze dwanggedachte wordt gevoed door zijn astmatische constitutie, maar maakt tegelijk dat hij gevoelig is voor de deugd wanneer de lucht wél tot hem komt. Wat op zijn beurt zijn gevoeligheid voor dat briesje uit het zwarte gat verklaart!

Commentaar: naar een andere zintuiglijkheid

Het verhaal van Benoit vertoont een aantal verschuivingen in de houding van de arts Pierre Benoit tegenover ziekte en dood: van algemeenheid naar uniciteit, van dag naar nacht, van activiteit naar passiviteit, van zien naar gevoeligheid. Hierdoor wordt op zijn

minst een andere lichamelijke aangegeven dan deze die in de medische tekstboeken wordt geconstrueerd.

Van algemeenheid naar uniciteit

Constitutief voor het medisch handelen is de weigering om zich op te houden in het raadsel van het singuliere. Om iemands ziek-zijn te verhelpen moet men dit ziek-zijn verheffen tot een hanteerbaar concept van ziekte. Ook tijdens de lijkschouwing, dat 'laatste consult', komt het erop aan de waarnemingen tot algemene kenmerken terug te brengen.

Deze 'gang naar het algemene' veronderstelt de aanwezigheid van een collectiviteit. Medisch handelen is institutioneel ondersteund handelen. Belangrijke medische beslissingen en ingrepen worden daarom nooit alleen genomen. Soms wordt deze collectiviteit heel concreet in de praktijk gerealiseerd: de chirurg staat niet alleen in de operatiezaal en de lijkschouwing grijpt dikwijls plaats voor geïnteresseerd klein publiek of er is op zijn minst voor assistentie gezorgd.

Benoit staat echter alleen. Met daarbij vóór hem dat lichaam dat nog maar eens rebelleert tegen de diagnostiek, zich verzet tegen het licht van het algemene: "de wil om te kennen bleef op een wreedaardige wijze onbevredigd." Het is onmogelijk om uit het raadsel van het unieke te stappen.

Nochtans kan hij zich nadien de uniciteit van het betreffende lichaam niet herinneren: hij weet zelfs niet of het een man of een vrouw betreft. Daar komt pas verandering in als hij de singulariteit van zijn eigen lichaam ervaart in een ernstige ziekte die hem aan de rand van de dood brengt.

Van de dag naar de nacht

Medisch handelen speelt zich af in de klaarheid van de dag. 's Nachts plooiën de ziekenkamers op zichzelf, zoals de gevangenissen dat in het weekend doen (Cf. de beschrijvingen van de advocaat Michel Graindorge over zijn gevangenschap in Graindorge 1981). Alleen op de afdeling intensieve zorgen werkt men verder, maar daar blijven dan ook de lichten branden. Men leeft in de ontkenning van de nacht.

"Artsen zijn 's nachts het meest kwetsbaar", stond in de aanhef van het themanummer over nachtelijke urgenties van het Britse vakblad 'The Practitioner' (1990). Ook de arts leeft 's nachts onder de druk van wat Dickens noemt: "Those long, dreary hours in the twenty-four when the shadow of death is darkest, when despondency is strongest and when hope is weakest" (Turner, 1990). De vermoeidheid speelt hier natuurlijk mee, maar daarmee is aangegeven dat ook artsen met regelmaat gedwongen worden om zich terug te trekken in de geslotenheid van hun lichaam.

Een nachtelijke oproep vraagt dan ook naar de inspanning om zich weer op het niveau van een institutioneel verantwoord handelen te plaatsen. Het tekortschieten van deze inspanning brengt de arts al gauw in een gevecht met niet terzake doende details die zich aan zijn waarnemingen en handelen opdringen.

Het niet terzake doende detail is bij Pierre Benoit het zwarte gat. Zijn aandacht zou geconcentreerd moeten zijn op het lijk, maar toch ervaart hij een dreiging die uitgaat van dat zwarte gat hoog in de muur. Deze dreiging is echter niet zo onbenullig: Pierre

Benoit staat oog in oog met een dode. De eenzaamheid, zijn vermoeidheid en het nachtelijke uur zouden hem wel eens gevoelig kunnen maken voor zijn eigen kwetsbaarheid.

Van activiteit naar passiviteit

Pierre Benoit verricht een autopsie volgens de methode die hij van zijn opleiding heeft meegekregen: de arts die poogt ook tijdens dit 'laatste consult' het proces van deze ziekte en dit overlijden te begrijpen. Echter, het is hem niet alleen door confrontatie met normale organen onmogelijk geworden tot een diagnose te komen, hij kan zich het geslacht en de hoedanigheid van de persoon in kwestie ook niet meer herinneren. Alle pogingen hiertoe, zoals het neerschrijven van het gebeuren, falen. Hij moet wachten (in het Frans: 'patienter') tot een vroegere indruk, volkomen los van zijn intenties, in hem doorbreekt. Voorwaarde hiertoe is dat Benoit zelf ziek wordt ('patient'). Gezondheid betekent de stilte van het lichaam, het ziek-zijn laat het lichaam in passieve zin voelen: "La santé, c'est la vie dans le silence des organes. Inversement, la maladie, c'est ce qui gêne les hommes dans l'exercice normal de leur vie et dans leurs occupations et surtout ce qui les fait souffrir" (Ganguilhem 1984: 52). Deze passiviteit in zijn ziekzijn is echter de voorwaarde dat Benoit gevoelig wordt voor de vrouw, waarop hij de autopsie verrichtte.

Van zien naar gevoeligheid

'Autopsie': etymologisch betekent het 'met de eigen ogen zien', echter ook 'zichzelf bekijken om zichzelf te begrijpen'. Benoit doet het allebei: hij doet kennis op bij het schouwen van het lijk, tegelijk zoekt hij nadien te verhelderen wat toen precies gebeurde in de hoop iets meer van zichzelf te kennen. Zo vindt hij verklaringen die in zijn lichaam ingeschreven zijn: zijn gevoeligheid voor het briesje bijvoorbeeld vanuit zijn astmatische constitutie die hem de dreiging van de verstikking leerde te ervaren.

Maar het zien belet wel de beide ondernemingen: hij kan zich heel wat details niet meer herinneren en ook wat hemzelf betreft raakt hij niet verder dan wat algemene beschouwingen over ziekte en geneeskunde.

Pas als hij de zachte bries die toen zijn schouders raakte opnieuw voelt, wordt zijn herinnering levend. Nu beleeft hij ook de indrukken die de overledene – hij weet nu dat het een vrouw was – op hem achterlieten. Hij is zich in tegenstelling tot de bevindingen bij de autopsie, bewust van de eigenheid van die overleden vrouw: een verschuiving van het algemene naar het singuliere, die echter tegelijk een verbintenis met die unieke ander inhoudt, een verschuiving die Merleau-Ponty als volgt verwoordt:

Wanneer iemand zich voorhoudt universeel te zijn, dan onderscheiden zich de zorg voor zichzelf en voor de ander niet: hij is een persoon tussen personen en de anderen zijn zoals hemzelf. Maar wanneer, integendeel, hij erkent wat uniek is in de geleefde lichamelijke dan verschijnt de ander noodzakelijk onder de vorm van een kwelling, van een begeren of op zijn minst van een ongerustheid (Merleau-Ponty 1985: 293).

Voorwaarde voor deze gevoeligheid is dat Benoit eerst zelf ziek wordt. Pas deze gevoeligheid voor zijn kwetsbaarheid maakt hem ontvankelijk voor de indrukken die

de overledene op hem achterliet, 'voor het menselijke specifieke lijden' dat van haar uitging en hem appelleerde. Zoals in het zien van de medische diagnose de kennis bij de dode opgedaan nabij is, zo is in de gevoeligheid voor iemands lijden de nabijheid van de eigen kwetsbaarheid constitutief, een kwetsbaarheid waar men niet in de volle zin van het woord naar kan kijken omdat deze kwetsbaarheid nooit volledig van onze lichamelijke af te zetten.

De arts als clandestiene compagnon¹

Artsen werken in een medische bedrijvigheid waar het kijken domineert. Artsen zijn echter ook kwetsbare wezens, en door deze onoverkomelijke kwetsbaarheid gebonden aan een passiviteit. Door deze kwetsbaarheid speelt een bepaalde gevoeligheid mee, in de schaduw van het zien. In welke mate kan deze gevoeligheid het medisch handelen ondersteunen? In een medisch artikel over transseksualiteit komt deze gevoeligheid als volgt naar boven:

Soms wordt transseksualiteit gezien als decadentie van het fin de siècle waarvoor medische hulp, in een tijdperk van beperkte middelen niet te rechtvaardigen is. Eén confrontatie met een transseksueel persoon is doorgaans voldoende om tot de overtuiging te komen dat transseksualiteit een ontwrichtende stoornis is, met een ernstige mate van lijden (Gooren 1992).

Een lijden waar de arts zich niet meer kan van ontdoen.

Een collega-arts vertelde mij het volgende verhaal: Tijdens het onderzoek van een patiënte met sinusitis merkte hij een rilling op toen hij bij haar met de otoscoop de gehoorgang inspecteerde. Wat later tijdens de raadpleging hadden ze het over een neteliger probleem: haar steeds weerkerende depressies, en het telkens optreden van allerlei bijwerkingen bij het innemen van antidepressiva, waardoor ze bijna alle antidepressiva had uitgeprobeerd. "Misschien is er iets in je dat zich juist tegen die pillen verzet, omdat het over iets anders gaat", merkte de arts op, en hij vroeg haar of zij als kind iets ernstig had meegemaakt. "Ach dokter, zoveel", antwoordde zij hierop en na een korte stilte vertelde ze hoe haar moeder telkens haar lange haar in een lavabo waste, hierbij hard aan de haren trok en wanneer ze hierop begon te wenen, haar gezicht smoorde in de lavabo. "Telkens als iemand mij raakt aan het hoofd gaat er nu nog een rilling door me heen", vervolgde ze. Het was de aanraking van de onderzoekende arts die een stuk verhaal van de patiënt op gang bracht.

Uit de volgende getuigenis van een andere arts blijkt dat het toevertrouwen van vroeger leed een stille verbintenis tussen arts en patiënt instelt:

Ik sta wat onwennig in de operatiekamer. Het is lang geleden dat ik het blauw-grijze uniform, het masker en het kapje heb aangetrokken. Maar ik had het beloofd. Op de tafel ligt mijn patiënte, pas vertrokken onder de algemene narcose. Haar naakte lichaam wordt klaargemaakt voor de incisie. Er heerst een gemoedelijke bedrijvigheid.

Drie maand terug raadpleegde ze mij wegens onderbuikklachten. Terwijl ik met mijn vragen het probleem van de buik aftast maakt ze zelf de sprong naar een ander probleem: haar rusteloosheid en haar slapeloosheid de voorbije weken. Ik voel hoe zij het stuur van de raadpleging overneemt en mij tot zwijgen begint te dwingen. Ze vangt een verhaal aan dat ze uitsmeert over de komende

weken: steeds scherper komen de details van hoe zij als kind mishandeld werd naar boven. Het moet cruilt, en ik moet luisteren. Ik voel me weliswaar vereerd door het vertrouwen dat deze vrouw in me stelt maar voel me dikwijls meegedreven in de beklemming die zij als kind ervaarde.

Tot ze me op de laatste raadpleging meldt dat het iets beter met haar gaat, ze bedoelt met die rusteloosheid en die slapeloosheid. De buikklachten zijn evenwel dezelfde gebleven. Daarvoor wordt zij nu geopereerd. Opeens voel ik hoe het geheim dat ik met haar deel strikt medisch gezien hier zonder belang is. Maar ik vind dat helemaal niet erg.

Met haar verhaal in mijn hoofd voel ik hoe de chirurg bijna achteloos in haar lichaam ingrijpt. Met grote waarschijnlijkheid is ze straks van haar onderbuikklachten verlost.

Arts en patiënt staan hier, evenals Benoit en zijn patiënte, niet meer in een subject-object verhouding tegenover mekaar, waarbij de arts de actieve rol heeft en de patiënt de medische handelingen passief ondergaat. Het herkennen van de eigen kwetsbaarheid plaatst beiden in een passiviteit die hen juist gevoelig maakt voor hun uniciteit. Een gevoeligheid die men niet meer van zich kan afzetten, en die een verbintenis tussen arts en patiënt instelt.

In de schaduw van zijn zelfzekere bedrijvigheid is de arts een 'clandestiene compagnon' van wie op hem beroep doet.

Noten

Tom Jacobs studeerde geneeskunde en filosofie te Leuven. Hij is werkzaam als huisarts in Antwerpen.

1. De benaming 'clandestiene compagnon' ontleende ik van een artikel dat de schrijver Maurice Blanchot schreef over het werk van de filosoof Emmanuel Levinas (Blanchot, 1987). Het artikel is geïnspireerd door het werk van deze filosoof.

Literatuur

Benoit, P.

1988 *Chroniques Médicales d'un psychanalyste. Médecine et psychanalyse*. Paris: Rivages/Psychanalyse, pp. 13-40.

Berg, M.

1993 Wat dokters doen: Een studie van klinisch werk. *Medische Antropologie* 5(2): 191-207.

Blanchot, M.

1987 Notre compagne clandestine. In: F. Laruelle (ed.) *Textes pour Emmanuel Levinas*. Paris, Jean-Michel Place (1980), pp. 79-87.

Canguilhem, G.

1984 *Le normal et le pathologique*. Paris: P.U.F Quadrige (1966).

Foucault, M.

1986 *De geboorte van de kliniek*. Nijmegen: SUN.

Gadamer, H.G.

1993 *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt a/M: Suhrkamp.

Geest, S. van der

1993 Zin en zintuig in gezondheid en ziekte: een voorbeschouwing op een symposium. *Medische Antropologie* 5(2): 63-9.

Goldstein, K.

1983 *La structure de l'organisme*. Paris (1951).

- Gooren, L.J.G.
 1992 Transseksualiteit, I. omschrijving, etiologie, hulpverlening. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 136(39): 1894.
- Graindorge, M.
 1981 *De krachtmeting*. Berchem: EPO.
- Hauwaert, L.G. van der
 1975 *Fysisch onderzoek bij hart- en vaatlijden*. Leiden: Stafleu.
- Merleau-Ponty, M.
 1979 *Phénoménologie de la perception*. Paris: TEL (1945).
 1985 *Signes*. Paris: Gallimard, NRF (1960).
- Rijssel, Th.G. van
 1985 Het laatste consult. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 129(5): 197-99.
- Sontag, S.
 1983 *Illness as metaphor*. Hammondsworth: Pinguin books.
- Synott, A.
 1993 *The body social. Symbolism, self and society*. London: Routledge.
- Turner, J.
 1990 Night emergencies. *The Practitioner* 234 (August): 763.