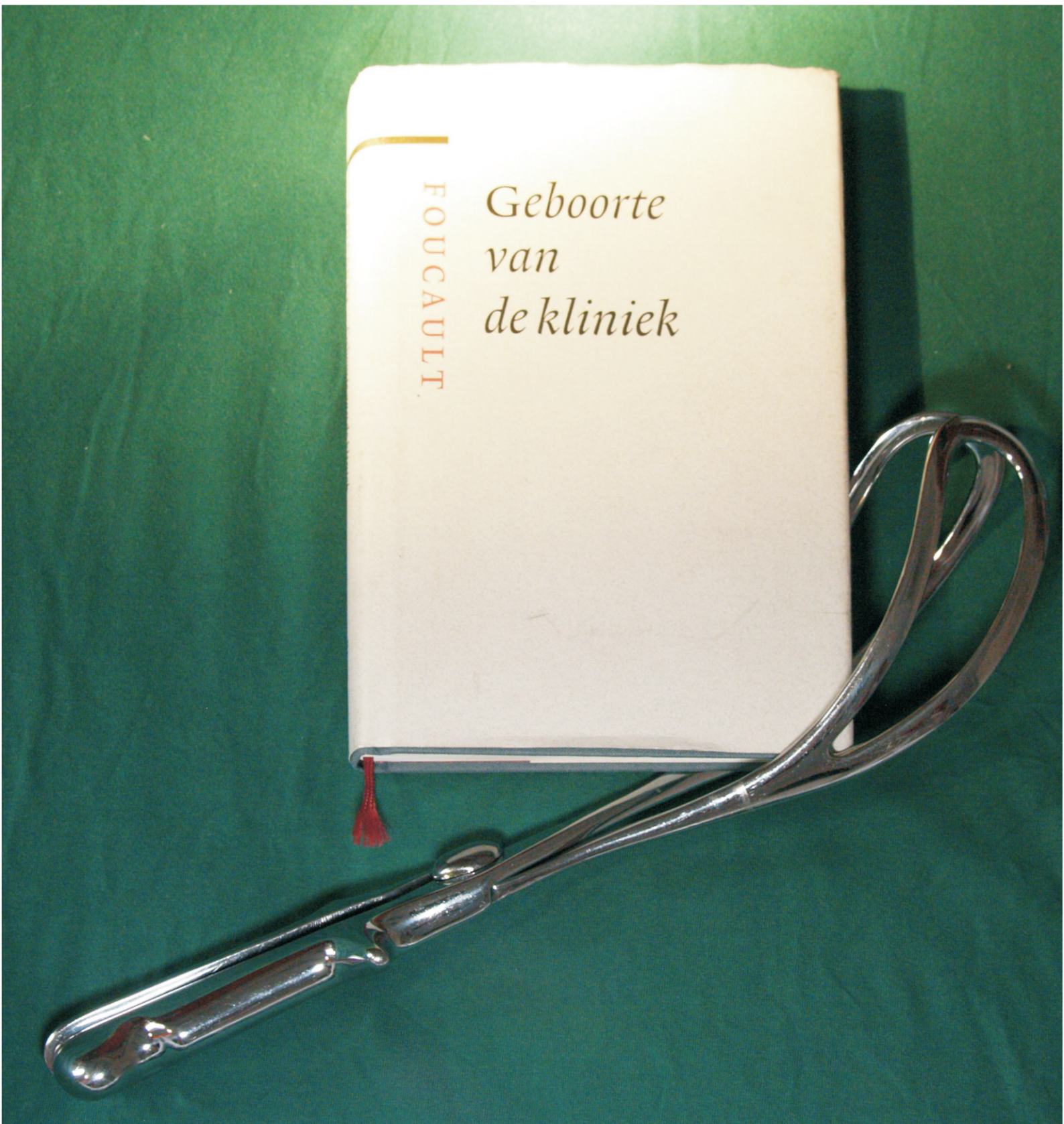


Michel Foucault en het medisch weten

Een forcipale extractie van zijn *Geboorte van de kliniek*



Jurn Kerckamp

Michel Foucault en het medisch weten.

Een forcipale extractie van zijn *Geboorte van de kliniek*.

Erasmus Universiteit Rotterdam
Faculteit der Wijsbegeerte
Leerstoelgroep Filosofie van Mens & Cultuur
Bachelor Wijsbegeerte

Naam: drs. H.J. Jurn Kerkkamp
Studentennummer: 1288
Begeleider: dr. A.W. Prins
Adviseur: drs. F.H.H Schaeffer
Datum: 30 april 2012
Aantal woorden: 13576

Omslagillustratie foto van het boek van Foucault *Geboorte van de kliniek* met de forceps
(verlostang).

Met dank aan dr. Wim J. Van Wijngaarden, gynaecoloog, ziekenhuis Bronovo, 's-Gravenhage
voor het beschikbaarstellen van de forceps.

Inhoudsopgave.

Hoofdstuk 1:	Inleiding	4
Hoofdstuk 2:	Michel Foucault: zijn leven, zijn werk	8
Hoofdstuk 3:	Foucault's <i>Geboorte van de kliniek</i>	19
Hoofdstuk 4:	Conclusie	35
Hoofdstuk 5:	De orde van de cardiologische kliniek (onderzoeksopzet)	37
Literatuurlijst		39

Hoofdstuk 1

Inleiding

33 JAAR GELEDEN begon ik aan de opleiding cardiologie, het vak waarvoor tijdens de studie geneeskunde interesse gewekt was, met name door Braunwald's boek *The Myocardium: Failure and Infarction* uit 1974 (Braunwald, 1974). De opleidingsjaren en de jaren erna stonden in het teken van groei van het eigen weten, het toepassen van reeds vernomen kennis en het zoeken naar nieuwe kennis. Deze groei werd geplaatst tegen de achtergrond van de toename van het weten van de cardiologische gemeenschap, het vinden van nieuwe kennis en de overdracht van kennis. Centraal in deze kennisgroei stonden het ziekbed en het concept 'kliniek'. Opvallend was het toenemend samengaan van het 'laboratorium' met de kliniek, waarbij het 'laboratorium' zowel de experimenteel wetenschappelijk kant omvatte als de klinisch wetenschappelijke.¹ Vanuit de kliniek kwam de probleemstelling, die bestudeerd werd in het laboratorium en vervolgens werd het antwoord toegepast in de kliniek.

De veranderingen van cardiologische kennis werden als vanzelfsprekend gezien als een vooruitgang. Veelal betrof het de duiding van een ontwikkeling naar het doel dat alle hartziekten eens begrepen zouden worden en dat niemand er meer aan behoefde te lijden of te sterven. De titel van hoofdstuk 1 uit Snellens boek *History of Cardiology* uit 1984 luidt niet voor niets "General Aspects of the Cardiological Evolution" (Snellen 1984, 17). Het boek geeft een continuïteit van cardiologische ontwikkeling weer, beginnend bij Harvey's publicatie over de bloedsomloop in 1628 tot de explosieve groei in de laatste decennia van de 20^{ste} eeuw: "[...] the impressive growth of cardiology from its origin to present dimensions [...]" (Snellen 1984, 13). Met dit beeld van een geleidelijke ontwikkeling wordt echter voorbijgegaan aan de schoksgewijze veranderingen van de paradigma's die het vak beïnvloedden, zoals de ontdekking van kamervibrilleren als voornaamste doodsoorzaak van het acute myocardinfarct in de jaren 70 van de vorige eeuw en de ontdekking van de interventie bij het acute myocardinfarct in de jaren 80. Het feit dat kamervibrilleren behandeld kon worden, leidde tot de oprichting van hartbewakingseenheden in de jaren 70: de gevolgen van het myocardinfarct konden behandeld worden. Het concept 'hartbewaking' leidde weer tot de klinische observaties en behandelingen van patiënten met andere afwijkingen en maakte mede de hartchirurgie haalbaar. Nauwelijks enkele jaren voordat in de begin jaren 80 hartcatheterisaties bij patiënten met een acuut myocardinfarct op toenemende schaal werden verricht, werd de cardioloog die dit als

¹ Onder klinisch wetenschappelijk onderzoek wordt verstaan het doen van testen op een groep patiënten met dezelfde aandoening. De testen kunnen diagnostisch of therapeutisch zijn.

eerste had gedaan, weggehoond tijdens zijn presentatie op het wereldcongres voor cardiologie, omdat zijn werk onethisch en onverantwoord zou zijn. De hartcatheterisatie tijdens het acute infarct maakte het echter mogelijk in te grijpen in het proces van infarctering en deze behandeling is nu niet meer weg te denken. De vraag is of deze verandering slechts een ontwikkeling betekende van de bestaande cardiologische praktijk of dat er meer aan de hand is.

ZOALS beschreven, berustte deze als een vooruitgang beschouwde ontwikkeling op de intensieve samenwerking tussen de kliniek - het ziekbed met de kennis en ervaring van de cardioloog - en het klinisch laboratorium - de wetenschappelijke proeftuin. Ter beheersing en presentatie van de informatiestroom over nieuwe cardiologische ontwikkelingen én in het kader van educatie werden werkgroepen opgericht die zich toededen op de diverse deelonderwerpen van de cardiologie. Bovendien werden richtlijnen opgesteld waaraan het cardiologisch werk zou hebben te voldoen. Vanaf 1992 verschenen er richtlijnen met betrekking tot de klinische diagnostiek en behandelingen en voor het doen van klinisch wetenschappelijke onderzoek (Good Clinical Practice). Evidence-Based Cardiology kwam op ter ondersteuning van de klinisch praktijk: “The practice of evidence based cardiology requires integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research.” (Kitching 1998, 2). Een tweede belangrijke ontwikkeling betrof de ‘imaging’ technieken, zoals echocardiografie (echo), computer tomografie (CT), magnetische resonantie (MR) imaging en angiografie. Was het voordien slechts mogelijk om op een indirecte wijze een afbeelding van het hart via een gewone thoraxfoto of via het toedienen van een contrastmiddel te verkrijgen, nu was er de mogelijkheid om op directe wijze het hart en mogelijke afwijkingen af te beelden. Tevens werd het mogelijk om afbeeldingen van anatomie en functie te combineren, zoals bij de Doppler echocardiografie en de MR. Het klinisch beeld kon steeds beter worden onderbouwd en “meten is weten” werd ook binnen de cardiologie een gevleugelde uitspraak. Al deze ontwikkelingen pasten in het beeld van de evolutie van de ‘klinische cardiologie’.

EIND jaren 90 deden zich in de medische praktijk opmerkelijke veranderingen voor. Zo werd bijvoorbeeld in 1994 het “Cardiovasculair Onderwijs Instituut” opgericht (CVOI, 2011). Overheid, politiek, zorgverzekeraars en patiëntengroeperingen raakten betrokken bij de organisatie van de medisch-specialistische zorg. Enerzijds ging daarbij de aandacht uit naar de organisatie van de randvoorwaardelijke vorm, waarin de inkomens van specialisten, zowel als organisatie van de beroepsgroep, kwaliteitsvisitaties (zowel op het individuele niveau als dat van de vakgroep en de opleidingsgroep) een rol speelden. Anderzijds trok de inhoud van de opleiding, nascholingscursussen

(vanaf 1998), de eisen voor herregistratie en het “Individueel Functioneren van Medische Specialististen” (IFMS vanaf 2009) de aandacht.²

Langzaam aan leek het aandachtspunt in de medische Praxis te verschuiven van het ziekbed als centrum voor kennisgroei naar het in acht nemen en uitvoeren van de richtlijnen. De ervaring opgedaan aan het ziekbed werd vervangen door ervaring in het verrichten van medisch-technische handelingen. Het klinisch onderzoek - “[...] a careful clinical examination, which remains the cornerstone [...]” - verschoof naar de achtergrond door technisch onderzoek - omschreven als “[...] the triumph of modern medicine” - en door verwaarlozing van klinische vaardigheden, zonder garantie dat hiermee een betere geneeskunde bedreven zou worden: “Declining physical examination skills have raised great concerns. [...] Performance does not predictably improve with experience.” (Braunwald 1980, 3; Braunwald 2005, 63; Fang 2012, 107). De cardiologie kwam te berusten op het uitvoeren van richtlijnen, gebaseerd op Evidence-Based Medicine. Daarbij werd het bijzondere van de zieke ondergeschikt gemaakt aan het algemene uit de richtlijn: “Guidelines are written to describe a consensus on the diagnosis or therapeutic interventions appropriate for most patients in most cases.” (Lee 2001, 126 en 1219). Het toepassen van de richtlijn, verheven tot protocol, heeft in de huidige geneeskunde voorrang verkregen. De kwaliteit van de ziekenhuisafdeling wordt afgemeten aan de mate waarin de richtlijnen worden gevolgd: “When the clinician believes that the rule is not appropriate for a patient, the reason should be documented. When such standards are not met, the implication is that an error has occurred.” (Lee 2012, 42). Het beheersen van de imaging technieken is op de eerste plaats gekomen en heeft daarbij de klinische vaardigheden verdrongen. “Het zwaarste in het beoordelen van een harttruis, is het verplaatsen van de echo machine” is een veel gehoorde uitspraak. Uit het zichtbare volgt direct het meetbare, dat tot waarheid verheven wordt. Er wordt aan voorbijgegaan dat de afbeelding op een model berust, zoals bij echocardiografie.³ De verkregen afbeelding geeft een impressie van het orgaan, maar is niet meer dan dat. De landkaart is niet het land.

Er is een spanningsveld ontstaan tussen medisch-technisch onderzoek en de gerichtheid op de patiënt (anamnese en lichamelijk onderzoek). Als bron van wetenschappelijke ‘waarheid’ moeten

² IFMS staat voor Individuele Functioneren van de Medisch Specialist en is een evaluatieprogramma door middel van het bijhouden van een portfolio, het verzamelen van informatie bij patiënten, collega’s en medewerkers, het voeren van evaluatiegesprekken en het maken van een persoonlijk ontwikkelingsplan (POP).

³ Echocardiografie is afhankelijk van de akoestische impedanties van verschillende weefsels. Bij een overgang van weefsels met verschillende akoestische impedanties wordt een deel van de geluidsbundel teruggekaatst - het echo - en deels afgebogen in het onderliggend weefsel. Het computergedeelte van het echo-apparaat maakt er een beeld van.

anamnese en lichamelijk onderzoek het steeds vaker afleggen tegen dit medisch-technisch onderzoek (Reilly 2005, 375-6).

DEZE VERANDERING in benadering van de geneeskunde is voor sommige artsen niet te rijmen met het traditionele beeld van een gestage vooruitgang, hoewel het wel zo gebracht wordt. Door het lezen van Foucault's *Geboorte van de kliniek* is mij duidelijk geworden dat er wel eens sprake kan zijn van een omwenteling in het medisch weten. Foucault beschrijft dat er zich vermoedelijk eerder, rond 1800, zo'n omwenteling in het huidige medisch weten heeft voorgedaan. Volgens hem had destijds de gevestigde geneeskunde haar top in de evolutionaire ontwikkeling bereikt, maar kampte met onoplosbare anomalieën. Een nieuwe vorm van medisch weten kwam op die wel met de anomalieën overweg kon.

DE VERBAZINGWEKKENDE OVEREENKOMST tussen wat Foucault beschrijft en de geneeskunde in de huidige periode vormt de basis voor verder onderzoek. In het onderzoek voor de bachelorthesis wordt de archeologische methodiek van Foucault en de door hem beschreven veranderingen in de medische praktijk rond 1800 bestudeerd om aanstonds in de masterthesis in te gaan op de verdere ontwikkeling van de moderne geneeskunde met als basis de door Foucault beschreven paradigma's, de confrontatie met anomalieën en de opkomst van een nieuwe vorm van medisch weten. De opzet voor dit masteronderzoek wordt besproken in hoofdstuk 5: 'De orde van de cardiologische kliniek'.

Hoofdstuk 2

Michel Foucault: zijn leven, zijn werk

MICHEL FOUCAULT werd op 15 oktober 1926 geboren te Poitiers in Frankrijk. Zijn vader was arts. In 1946 werd hij toegelaten tot de École Normale Supérieure, waar hij filosofie en psychologie studeerde en in 1952 afstudeerde (l'agrégation de philosophie). Vervolgens was hij werkzaam aan de faculteit der letteren van de Universiteit te Lille, aan de Universiteit van Uppsala te Zweden, als directeur aan het Institut Français van Warschau in Polen en van Hamburg in Duitsland. In 1960 keerde hij terug naar Frankrijk en doceerde psychologie aan de Universiteit van Clermont-Ferrand. In 1961 promoveerde hij op *Histoire de la folie à l'âge classique*. Zijn thèse complémentaire ging over Kant's *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht*. In 1962 werd hij hoogleraar filosofie aan de Universiteit van Clermont-Ferrand. In 1963 verscheen zijn boek *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*. In deze tijd had hij contacten met de structuralistische groep Tel Quel en hij werd na het verschijnen van zijn boek *Les mots et les choses: une archéologie des sciences humaines* gezien als structuralist, waartegen hij zich overigens verzette. Van 1966 tot 1968 verbleef hij als hoogleraar aan de Universiteit van Tunis. Na de studentenopstand in mei 1968 werd hij voorzitter van het Departement Filosofie van de nieuwe Universiteit te Vincennes en in 1969 werd hij benoemd als hoogleraar aan het Collège de France met als leeropdracht "Histoire des systèmes de pensée". Zijn inaugurale rede, gehouden in 1970, luidde "*L'ordre du discours*". Ondertussen was in 1969 zijn vierde werk in de reeks van de archeologie van het weten verschenen met de titel *L'archéologie du savoir*. Tijdens de mei opstand in 1968 was Foucault politiek-maatschappelijk actief geworden en bracht hij zijn geschiedenis van het weten hiermee in relatie. In zijn boek *Surveiller et punir: naissance de la prison*, dat verscheen in 1975, onderzoekt hij gevangenisstraf als resultaat van disciplineren en normalisering. Deze verschijnselen van disciplineren en normalisering waren niet beperkt tot de gevangenis. Hij gaf aan deze ook te herkennen in de maatschappij, bijvoorbeeld in scholen en kazernes. In deze periode zette hij zich in voor humanitaire omstandigheden voor gevangenen. Vervolgens legde hij zich toe op de rol van macht in de ontwikkeling van onze seksualiteit: in 1976 verscheen *La volonté du savoir. Histoire de la sexualité I*. De twee volgende werken over seksualiteit, *L'usage des plaisirs. Histoire de la sexualité II* en *Le souci de soi. Histoire de la sexualité III* verschenen vlak voor zijn overlijden en hebben als thema hoe om te gaan met seksualiteit als onderdeel van een persoonlijke levensstijl (Karskens 2000, 215-216, Gutting 2005, xvii-xviii, collège de France, 2012). Michel Foucault stierf op 25 juni 1984 te Parijs aan de gevolgen van AIDS.

DE WERKEN van Michel Foucault worden wel ingedeeld naar drie perioden en methoden. De eerste periode presenteert de archeologische methode en gaat over de geschiedenis van concepten. De studentenopstand van mei 1968 markeert de overgang van de archeologische periode naar de genealogische periode. Het gaat hier niet meer om het “afgraven” van de geschiedenis en het reconstrueren van het weten, maar om het vinden van de herkomst van de vormen en de objecten van macht in de moderne tijd. Dankzij Deleuze is Foucault geïnteresseerd geraakt in Nietzsche, met name zijn filosofie over de wil tot macht en zijn genealogische methode, zoals beschreven in *Zur Genealogie der Moral* (1887). Foucault schreef hierover in 1971 een essay getiteld *Nietzsche, la généalogie, l’histoire*, waarin hij laat zien dat er bij de genealogische methode niet sprake is van één oorsprong, maar van een meervoudige afkomst. In tegenstelling tot Nietzsche zag Foucault niet één historische verandering in de machtsrelatie, maar meerdere, met radicale breuken. Centraal thema is dat sociale en morele normen te begrijpen zijn vanuit machtsrelaties. In *Surveiller et punir* geeft hij een historische verklaring voor de verandering van een systeem van macht. In *La volonté du savoir* beschrijft hij hoe normen omtrent seksueel gedrag, codes, vertogen en instituties zich ontwikkelden sinds de zestiende eeuw.

In de werken uit de genealogische periode staat het disciplineren centraal, dat wil zeggen hoe individuen tot subject worden gemaakt. Foucault introduceert het begrip biomacht: technieken die de overheid hanteert om greep te krijgen op het gedrag en de fysieke conditie van de bevolking (Zwart 2008, 258).

La volonté du savoir vormt een overgangswerk naar Foucaults derde periode. Naast de bovengenoemde thema’s wordt een andere geschiedenis van het vertoog over de seksualiteit neergezet. De derde periode behandelt de hermeneutiek van het Zelf, gewijd aan de vraag hoe individuen zichzelf tot subject (kunnen) constitueren (Zwart 2008, 258).

FOUCAULTS STUDIE van de geschiedenis van het weten handelt over veranderde concepten van waanzin (*Histoire de la folie à l’âge classique*, 1961), van geneeskunde (*Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*, 1963) en de sociale wetenschappen (*Les Mots et les choses: une archéologie des sciences humaines*, 1966). In zijn vierde werk, *L’Archéologie du savoir* uit 1969, zijn de wetenschappen in het algemeen het primaire object voor archeologische analyse (Gutting 2005, Collège de France, 2012). Volgens Zwart positioneert Foucault zich hiermee als archeoloog van het weten (Zwart 2008, 258).

HET BOEK *Geschiedenis van de waanzin* is een geschiedenis van concepten, waarbij het object de waanzin is. In het boek presenteert Foucault een historisch overzicht van hoe er over waanzin sinds

de Middeleeuwen tot en met het einde van de achttiende eeuw is gedacht en geschreven. Het boek behandelt met name wat Foucault de klassieke periode, van 1657 tot 1794 in Frankrijk en Engeland, noemt (Foucault 1975, 11). Hij geeft hierin een overzicht met betrekking tot het fenomeen waanzin, de (medische) achtergrond en hoe er met waanzin en de waanzinnige werd omgesprongen. De waanzinnige verstoort de natuurlijke orde en de daaraan gekoppelde sociale en staatsorde. Er werd geen onderscheid gemaakt tussen de begrippen ‘redeloosheid’ en ‘waanzin’. Oorzaak van de waanzin was dat het ‘dier in de mens’ de macht had overgenomen. Bij internering werd er geen onderscheid gemaakt tussen waanzinnigen, criminelen en landlopers, aangezien allen de orde verstoorden (Foucault 1975, 209). Deze internering had een repressieve functie bij het uitoefenen van macht (Foucault 1975, 225). In de maatschappij heerste angst voor de zedelijke en lichamelijke besmetting door de waanzinnige; er bestond een duidelijke relatie tussen de moraal, het sociale en de medische wetenschap (Foucault 1975, 203). De arts moest optreden als moralist en als hersteller van de natuurlijke orde (Foucault 1975, 185). Vijf jaar later schrijft Foucault in het voorwoord van *De woorden en de dingen* dat zijn boek over de waanzin tevens de geschiedenis van het Andere beschrijft, waarbij iets wat deel uitmaakt van een cultuur, maar er tegelijk vreemd aan is, wordt uitgesloten (Foucault 2006, 19).

Foucault beschrijft wat het begrip ‘waanzin’ in de diverse tijdsperioden inhield en hoe de samenleving en overheid met de waanzin als het Andere, het afwijkende, omging. Hij geeft echter niet aan waar die periodisering op berust. De toegepaste methode wordt niet toegelicht en het werk bevat nauwelijks citaten.

OOK *Geboorte van de kliniek* is een geschiedenis van concepten. Het object is hier de perceptie van de fysieke ziekte zoals deze zich ontwikkelde aan het eind van de 18^{de} - begin 19^{de} eeuw (Gutting 2005, 9). Foucault beschrijft in zijn boek dat in een tijdsbestek van vijftig jaar de medische structuren in genoemde periode geheel hervormd werden. Met het verschijnen van de kliniek is het oude hospitaal veranderd in een curatieve en onderwijskundige instelling. De kliniek maakt wetenschappelijke geneeskunde en een bepaalde wijze van geneeskunde bedrijven mogelijk, namelijk het combineren van theoretisch weten met de praktijk aan het ziekbed. Het medisch weten vormt zich aan het ziekbed: de arts ziet de zieke als individu, benadert deze als zodanig en voert lichamelijk onderzoek uit (Foucault 2008, 97, 105). Niet de ziekte, maar de zieke wordt object van de waarneming en kennis (Foucault 2008, 33). Het denken over ziekte verandert: er is niet langer een ziektesoort die in het lichaam opgenomen wordt, maar het lichaam zelf is ziek (Foucault 2008, 172). In de klassieke geneeskunde werd de patiënt gezien als drager van de symptomen, die ontcijferd dienden te worden om tot het wezen van de ziekte te komen en waarbij de zieke zelf slechts een

verstorende invloed op dit proces kon hebben. Voor de patiënt in de moderne geneeskunde valt het zieke lichaam samen met de ziekte en gaat het om de tekens die waargenomen worden in het anamnese en onderzoek (Foucault 2008, 234). De fundering van de geneeskunde ligt niet meer in de abstracte nosologische tabel, maar in de pathologisch-anatomische bevindingen. Het eindige leven van de mens, getoond in de overledene bij het post-mortem onderzoek, vormt de uiteindelijke fundering van de medische kennis. De ontdekking van deze eindigheid wordt verder uitgewerkt in zijn boek *De woorden en de dingen* (Foucault 2006, 376).

Foucault herkent drie belangrijke thema's die door de verandering van de geneeskunde ontstaan zijn. Deze drie paradigma's zijn het zichtbaar maken en benoemen van de afwijking in het zieke lichaam, de samenhang tussen letsel en functie van de zieke organen en de (on)zekerheid omtrent diagnose en behandeling. De moderne geneeskunde heeft zich de volgende 200 jaar gericht op deze paradigma's en hun problemen.

FOUCAULT analyseert in *De woorden en de dingen* de opkomst van de moderne sociale wetenschappen, waarvan de kennis is gebaseerd op het concept 'mens'. Hij stelt dat zijn archeologisch onderzoek twee grote breuken in de epistèmè van de westerse cultuur heeft blootgelegd: bij de aanvang van de klassieke periode in het midden van de 17^{de} eeuw en bij de aanvang van de moderniteit rond 1800. Centraal in deze breuken staat de orde, waarop de theorieën en interpretatie van de ordening van de dingen worden geconstrueerd (Foucault 2006, 15). Deze orde is een gebied tussen reflexieve kennis, zoals wetenschappelijke theorieën en filosofische interpretaties, en de (gecodeerde) waarneming die we ervaren in het leven. Het is in de vertogen dat Foucault de aanwezigheid en werkzaamheid van de orde ziet. Dit tussengebied gaat dus vooraf aan de woorden, de waarnemingen en de gebaren en is een algemene ruimte van het weten, haar configuraties en de modaliteit van de dingen die daarin verschijnen. Foucault introduceert in dit verband de term "epistèmè", dat "de archeologische grondstructuur is die samenhang verleent aan het weten en alle daarop gefundeerde vormen van kennis die door de wetenschappen in een bepaald tijdsbestek geproduceerd worden." (Oosterling in Foucault 2006, 456).⁴ Door het accepteren van breuken verwerpt hij de historische continuïteit van ideeën en thema's, die hij aanduidt als een oppervlakkige schijn (Foucault 2006, 17). Foucault neemt bovendien afstand van het beeld dat hij met Ideeëngeschiedenis bezig is. Zijn analyse heeft tot doel te ontdekken waardoor het weten zich heeft gevormd en op grond van welk historisch a priori wetenschappen zich hebben ontwikkeld. Een

⁴ H. Oosterling schreef bij Foucault's *De woorden en de dingen* een glossarium, dat achter in het boek te vinden is.

historisch a priori verdwijnt op een gegeven moment en wordt opgevolgd door een ander historisch a priori (Foucault 2006, 16-7). En hier komt hij met een kernpunt: het verschijnen van de mens is een recente configuratie, die ook weer zal verdwijnen “[...] als een gezicht in het zand op de vloedlijn van de zee.” (Foucault 2006, 18 en 453).

In *Geboorte van de kliniek* gebruikt Foucault dezelfde archeologische methode door te zoeken naar discontinuïteiten in de vertogen. Hij zoekt het historisch a priori en de ruimte waarin de dingen zich geordend vertonen. Het gaat om een verwoording van een primaire ordening die aan het weten vooraf gaat. Deze manier van denken in *De woorden en de dingen* vormt een samenhang met *Geschiedenis van de waanzin* en *Geboorte van de kliniek*. Het gaat er telkens om hoe de kennis over de mens rond 1800 in ruimte en tijd is verschenen. De werken over waanzin en geneeskunde beschrijven een verstoring van de orde. Waanzin is een deel van de cultuur, maar is er tegelijk vreemd aan en vraagt om uitsluitingen. Zo is ook ziekte wanorde en gevaarlijk anders, echter niet in de samenleving, maar in het lichaam zelf. *Geschiedenis van de waanzin* behandelt de grenservaring van het Andere, *Geboorte van de kliniek* zoekt de constituerende vormen van het medisch weten op (Foucault 2006, 20).

Hermeneutiek of structuralisme?

NA PUBLICATIE van *De woorden en de dingen* wordt Foucault gekarakteriseerd als structuralist. Dreyfus en Rabinow komen met goede argumenten tegen deze opvatting. In *Geschiedenis van de waanzin* staat eerder de hermeneutiek op de voorgrond. Foucault interpreteert het systeem om mensen te isoleren door de tijd heen, met name in de overgang van de klassieke periode naar de moderne tijd. Het concept “gekke” toonde zich in meerdere interpretaties, van werkeloosheid, crimineel gedrag tot een mentale aandoening. Deze hermeneutische benadering laat Foucault echter los in *Geboorte van de kliniek* (Dreyfus 1982, 3-11). Hier maakt hij een wending naar het structuralisme, omdat hij de structuur die onder de geneeskunde ligt en die de praktijken, het vertoog, de blik, het kennende subject en zijn objecten onderhoudt, probeert te ontdekken. Er is geen sprake van een bewust, betekenis-gevend subject, maar van een veld van discursieve praktijken (Dreyfus 1982, 57, 70). Er zijn quasi-structuralistische regels van formatie, onbekend voor de gebruikers en beoefenaren van de menswetenschappen, die het discours gedurende een bepaalde periode bepalen (Dreyfus 1982, 76). De voor de historische periodes onderliggende structuren wisselen echter op een discontinue wijze en dit is tegen het uitgangspunt van structuralisme, dat gericht is op tijdloze structuren. Foucault zoekt niet naar deze tijdloze structuren, maar naar historische mogelijkhedenvoorwaarden (Dreyfus 1982, 15). Toegespitst op *Geboorte van de kliniek* wil Foucault

aantonen dat het medisch vertoog, de praktijk en ervaring begrijpbaar gemaakt kunnen worden door middel van een systematische structuur van de kennis omtrent de individuele zieke. Deze kennis berust op de klinische ervaring aan het ziekbed, die mogelijk is geworden dankzij de reorganisatie van het hospitaal. Er kwam een nieuwe definitie van de status van de zieke in de samenleving en een nieuwe relatie tussen publieke steun en medische ervaring. Deze systematische structuur staat bekend als de anatomisch-klinische methode en maakt de geneeskunde een positieve wetenschap (Dreyfus, 1982, 14-15).⁵ De moderne tijd begrijpt de tekst van Pomme⁶ geciteerd in *Geboorte van de kliniek* niet meer, omdat deze een andere structurele kenniscode heeft (Foucault, 2008, 7). Terecht merken Dreyfus en Rabinow op dat het niet gaat om de semantische inhoud, maar om de syntactische vorm (Dreyfus, 1982, 15). Een ontsteking is voor het moderne weten niet meer een samenspel van tekens, dat verwijst naar de essentie van de ziekte in een nosologische tabel, maar een proces met organische grondslag, dat zich binnen een weefsel afspeelt. Dreyfus en Rabinow beargumenteren dat *Geschiedenis van de waanzin* een hermeneutisch en *Geboorte van de kliniek* een structuralistisch werk is, maar vinden dat Foucault zelf noch hermeneuticus noch structuralist is (Dreyfus 1982, 12,14-15).

De archeologie van Foucault.

ZOALS eerder opgemerkt worden de werken van Foucault in drie perioden met elk een methode ingedeeld. In zijn archeologisch werk gaat Foucault op zoek naar het verleden onder ons huidige vertoog, terwijl hij in zijn genealogisch werk onderzoekt hoe het heden uit een veelheid van oorsprongen ontstaan is. De archeologische methode gaat over de geschiedenis van concepten, die

⁵ “Deze structuur, waarin de ruimte, de taal en de dood met elkaar worden verbonden - wat kortom de anatomisch-klinische methode wordt genoemd - vormt de historische voorwaarde voor een geneeskunde die zichzelf beschouwt en door ons wordt beschouwd als positief” (Foucault 2008, 238).

⁶ P. Pomme, *Traité des affections vaporeuses des deux sexes*. Lyon, 1769, deel I, pp. 60-65: “Omstreeks het midden van de achttiende eeuw behandelde en genas Pomme een hysterica door haar ‘tien maanden lang baden van tien tot twaalf uur per dag’ te laten nemen. Aan het einde van deze kuur tegen de uitdroging van het zenuwstelsel en de warmte waardoor ze werd bestendig, zag Pomme ‘vliesachtige delen die op stukken doorweekt perkament leken (. ..) onder een lichte pijn loslaten en dagelijks met de urine naar buiten komen, en vervolgens de urineleider aan de rechterkant loslaten en in zijn geheel langs dezelfde weg naar buiten komen’. Hetzelfde gold voor ‘de ingewanden die in een andere fase hun inwendige vlies verloren, dat we door het rectum naar buiten zagen komen. Slokdarm, luchtpijp en tong verloren op hun beurt delen; en door braken of ophoesten had de patiënte verschillende stukken voor ons uitgespuugd.’” (Foucault 2008, 7).

zelf polyvalent zijn. Een zelfde concept kan wijzen naar verschillende theoretische contexten of theorieën. Zo verwijst het concept ‘evolutie’ naar twee verschillende theorieën, namelijk die van Lamarck en die van Darwin. De concepten worden benaderd vanuit een linguïstische structuur en niet vanuit het individuele subject. De genealogische methode heeft als uitgangspunt dat de geschiedenis van het heden een toevallige meervoudige oorsprong van praktijken en instituties heeft (Gutting 2005, 14). Volgens Flynn beschrijft Foucault met de term ‘genealogie’ dat een praktijk niet door toeval ontstaan is, maar dat er in feite machtsrelaties aan ten grondslag heeft liggen (Flynn 2005, 34-5).

In *Qu'est-ce que les Lumières?* over Kant's essay *Was ist Aufklärung?* brengt Foucault zijn archeologie en genealogie weer samen. Hij noemt zijn kritisch onderzoek genealogisch-archeologisch: “[...] cette critique n'est pas transcendente [...]: elle est généalogique dans sa finalité et archéologique dans sa méthode.” (Foucault 1983, 81). Hiermee opent Foucault de mogelijkheid om onderzoek te doen naar het ontstaan van de objecten van het weten. Deze objecten worden gevormd door de discursieve praktijken. De vorming wordt zichtbaar gemaakt met behulp van de archeologische methode.

Zoals een veldarcheoloog de bodem onder ons afgraaft en het verleden construeert, zo graaft Foucault de verschillende lagen af die aan ons huidige weten voorafgegaan zijn en stelt het weten en spreken in de verschillende perioden of epistèmès samen. Foucault bedient zich van de analogie tussen de archeoloog die onze culturele voorgeschiedenis in de bodem onderzoekt en hemzelf die de archieven afgraaft. Beiden zoeken naar de fundamenten van ons bestaan in plotse overgangen, breuklijnen genoemd. Zoals de bodem zich onder onze voeten roert, zo beweegt het verloop van ons verleden (Foucault 2006, 20). In zijn archeologische analyse graaft Foucault de archieven af op zoek naar het discours: wat er gezegd (geschreven) wordt en hoe het gezegd (geschreven) wordt. Het archief is het geheel (‘l'ensemble’) van werkelijk uitgesproken discoursen, dat als geheel bepalend is voor het weten in een gegeven periode. Het gaat hem om het discours als discursieve praktijk.⁷ Met andere woorden, archeologie is de analyse van het discours in zijn modaliteit van archief. Deze modaliteit is het historisch a priori van het discours. De discursieve praktijk is een preconceptueel sociaal gesanctioneerd lichaam van regels die iemands manier van waarnemen, oordelen en handelen bepaalt. Praktijken vestigen normen, passen deze toe en maken het mogelijk om een verloop te toetsen op waarheid. Flynn wijst op de judicatieve en veridicatieve dimensies van de praktijk: de

⁷ “Discursieve praktijken [zijn] verzamelingen van anonieme en historische regels, altijd specifiek bepaald naar tijd en plaats, en die, in een bepaalde periode en binnen een sociaal, economisch, geografisch of linguïstisch gebied, het raamwerk definiëren binnen welk de enuntiatieve functies worden uitgeoefend.” (Merquior, 1988, 80)

regels om iets een bepaalde afwijking te noemen liggen vast en deze bieden tevens de mogelijkheid van een discours. Nu is een archief de locus van de regels en praktijken, die de condities van in- of exclusie vormen en wetenschap constitueren. De archieven bevatten feiten, maar zijn tijdsgebonden. Zo beschouwd is het archief historisch a priori. (Flynn 2005, 30-31). De discoursen liggen vast in een dispositief, dat bestaat uit een totaal aan wetten, handelingen, instellingen, bevoegdheden, gewoonten en gebouwen. (Veyne 2010, 16). Volgens Paul Veyne bepalen de vertogen van een gegeven periode hoe we waarnemen, denken en handelen. Hij verwijst naar *Dits et écrits*, waarin Foucault schrijft dat het niet zo vanzelfsprekend was dat de oorzaken van een ziekte moesten worden opgespoord door individueel lichamelijk onderzoek. (Veyne 2010, 39).

Foucault is door zijn studie naar de geschiedenis hoe waanzin beschreven werd, gestuit op een plotse verandering, een ommekeer in beschrijven en denken rond 1800. Hij beschrijft in *Geschiedenis van de waanzin* hoe Pinel zocht naar een andere classificatie van waanzin en de waanzinnige scheidt van de misdadiger: rond 1800 ontstonden de psychiatrische instellingen. Het concept 'waanzin' ondergaat in die periode een dramatische verandering. En waarom zou Foucault vervolgens niet zijn gaan graven naar de andere medische vertogen, op zoek naar vergelijkbare veranderingen in concepten die de geneeskunde betreffen? Het zoeken naar vertogen is de methode om kennis te nemen van een bepaalde theoretische en concrete ruimte, omdat die ruimte de dingen op een bepaalde wijze ordent, opdat we kunnen waarnemen en benoemen. Veranderingen in de configuratie van een ruimte heeft via veranderingen in waarnemen en taal gevolgen voor de vertogen. Een vertoog wordt omschreven als de configuratie van kennen, waarnemen, denken en uitvoeren. Foucault's archeologisch onderzoek is zodoende een retrospectief onderzoek uitgaande van de medische vertogen tegen het eind van de achttiende eeuw in Frankrijk naar de veranderingen in de configuratie van ruimten. In *De woorden en de dingen* legt hij een directe relatie tussen taal en de ordening in de betreffende ruimte.

Het historisch a priori.

CENTRAAL in Foucault's geschiedenis van de concepten staan de discontinuïteit van de geschiedenis en het historisch a priori. De discontinuïteit ziet hij als een archeologische breuk, die zich toont in het archief.

Door deze breuk te zien als het resultaat van een omwenteling op het niveau van het weten zelf distantieert Foucault zich van de paradigmaverschuiving van Kuhn (Foucault 2008, 173). Ten eerste omdat het *alle*, niet alleen de wetenschappelijke, terreinen van het weten betreft en ten tweede omdat het veranderingen in het kijken en het weten, die de mogelijkheidsvoorwaarden voor kennis

inhouden, betreft. Deze veranderingen leiden tot anders kijken en benoemen en veroorzaken tevens een epistemologische reorganisatie van het object (Foucault 2008, 235). De veronderstelling van het historisch a priori toont volgens Hendricks dat Foucault nog steeds in het moderne epistèmè staat, als transcendentiaal filosoof en Kantiaan (Hendricks 2008, 357). Foucault presenteert het historisch a priori als een transcendente waarheid, zelf niet waarneembaar, maar voorafgaand aan de zintuiglijke waarneming en te vergelijken met Kant's a priori. Vanuit Kant bezien is het zelfs een synthetisch a priori en vormt zij in haar mogelijkheidsvoorwaarden de basis voor onze kentheoretische vermogens. De wijze waarop het concept 'ziekte' als object aan ons verschijnt, is zodoende historisch bepaald (Foucault 2008, 234).

Met het historisch a priori geeft Foucault aan dat ons kenvermogen historisch is bepaald. Dat kennis berust op a priori voorwaarden was reeds door Kant beschreven, maar hij legde deze voorwaarde uit als een universaliteit en een onveranderlijkheid. Foucault geeft die voorwaarden een historische tijdsafhankelijkheid. Hij oefent in *Qu'est-ce que les Lumières?* kritiek uit op wat Verlichting is, maar richt deze niet op het transcendentale, de mogelijkheidsvoorwaarden zoals Kant dat deed. Foucault maakt deze kritiek historisch: "[...] la critique va s'exercer non plus dans la recherche des structures formelles qui ont valeur universelle, mais comme enquête historique à travers les événements qui nous ont amenés à nous constituer à nous reconnaître comme sujets de ce que nous faisons, pensons, disons." (Foucault 1983, 80). Volgens hem heeft ieder tijdperk een verschillende opvatting over de orde van de dingen. Hij beschrijft het opkomen van het verschijnsel mens als object van (medisch) onderzoek. Het moderne epistèmè maakt dit onderzoek mogelijk, dat een combinatie is van waarnemen, in samenhang met tekens en taal, en van weten, in de vorm van een epistemologische reorganisatie. Deze aspecten komen na *Geboorte van de kliniek* uitgebreider aan de orde in *De woorden en de dingen*.

Foucault schrijft dat de door hem gevonden veranderingen in Frankrijk in een tijdsbestek van vijftig jaar hebben plaatsgevonden. Hij illustreert dit met de teksten van Pomme uit 1769 en die van Bayle uit 1825, beide over vliesachtige structuren ⁸ (Foucault 2008, 7-8). Pomme en Bayle keken totaal anders naar deze vliesachtige structuren en roepen met hun beschrijvingen andere beelden bij ons op. De veranderingen in weten drongen destijds snel door in de maatschappij, met name mogelijk gemaakt door de maatschappelijke omwenteling aldaar veroorzaakt door de Franse Revolutie in 1789. Het is zichtbaar in de maatregelen, die de revolutionaire regering nam op het

⁸ Pomme beschrijft vliesachtige structuren als verschijnsel, als betekenaar van de ziekte, terwijl Bayle een pathologisch-anatomische beschrijving geeft van vliesachtige structuren als teken van het letsel. Een verschijnsel krijgt in deze context overigens pas betekenis door een handeling van een (bewust) subject.

gebied van academies, hospitalen en opleiding en bevoegdheden van artsen (Foucault 2008, 35 en 70). De vraag is of deze opgetreden veranderingen in het weten beperkingen kennen. Foucault noemt het zelf een Europees cultuurverschijnsel in aanvang (Foucault 2008, 241). Daarnaast lijken radicalere vormen van de Verlichting van invloed geweest te zijn op de vorming van het verschijnsel ‘moderne mens’ en zal de Franse Revolutie een faciliterende en versnellende invloed uitgeoefend hebben. In Engeland waren de veranderingen op het politiek-sociale terrein minder uitgesproken (Rabinow 1984, 241-2). Bovendien lijkt Foucault deze veranderingen van tijdsperioden te verbinden met de Verlichting en te beperken tot het Westen (Foucault 2008, 43). Rich geeft de aanvulling dat volgens hem de veranderingen in de structuren van geneeskunde in de Verenigde Staten pas hun effect kregen aan het eind van de negentiende - begin twintigste eeuw, een honderd jaar na de veranderingen in Frankrijk (Rich, 2008, 221). De omwenteling zoals beschreven in *Geboorte van de kliniek* met het epicentrum in Frankrijk rond 1800 valt derhalve niet zonder meer te extrapoleren naar andere landen, zowel in Europa als daarbuiten.

De discursieve praktijk.

FOUCAULT geeft in zijn boek *Geboorte van de kliniek* niet aan wat aan de verandering rond 1800 in het medisch weten ten grondslag ligt. Dreyfus, Flynn en Veyne stellen dat de discursieve praktijk (of formatie) het mechanisme is. Dreyfus en Rabinow schrijven dat de discursieve formaties het object waarover zij gaan, constitueren (Dreyfus 1982, 61). En Veyne verwijst naar de taalspelen van Wittgenstein waarbij het volgens hem bij Foucault gaat om waarheidsspelen en merkt op dat het object verandert naar het nieuwe discours: zo keek Laennec anders naar het lichaam dan zijn voorgangers, die slechts een ‘gekrabbel van tekens’ zagen (Veyne 2010,75-6). De discursieve praktijk constitueert het object van het vertoog en een systeem van waarbevinding. De praktijk is zodoende meer een mechanisme, die de verandering in het weten begeleidt, dan de oorzaak er van. Slechts Flynn durft een oorzaak aan te geven door te stellen dat machtsrelaties ten grondslag liggen aan de discursieve praktijk (Flynn 2005, 35). Een bepaalde discursieve praktijk zal zich door machtsrelaties uit een meervoudige oorsprong vormen.

HET OBJECT van de discursieve praktijk is hier het concept ‘ziekte’. Een concept kan verschillend worden uitgelegd al naar gelang de theoretische context. Als voorbeeld wordt door Gutting de evolutietheorie aangehaald, waar de theorie van Lamarck anders is dan die van Cuvier (Gutting 2005, 8). In de klassieke periode had men een andere theorie over het concept ‘ziekte’ dan in de moderne. In de achttiende eeuw verstoorde ziekte de natuurlijke orde, hoewel het zelf een deel uit

maakte van die natuurlijke orde, terwijl in de moderne periode ziekte een aantasting met een bepaald doel van de fysiologie en anatomie van het individuele organisme is. Nogmaals: ziekte is na 1800 niet langer een ziektesoort die in het lichaam wordt opgenomen, het is het lichaam zelf dat ziek wordt. Het tweede punt van de discursieve praktijk is het systeem van regels dat het waarnemen, oordelen, afbeelden en handelen bepaalt, maar tevens een begrenzing van dit alles. Het systeem van regels toont zich in het vertoog en in verband met het object 'ziekte' in de medische waarneming, zowel in de oordeelsvorming als de toetsing er van. De begrenzing van de discursieve praktijk creëert de medische ruimte waarbinnen het vertoog plaats vindt. Het oordelen vraagt om een waarheidsbevinden, dat waar-onwaar in het vertoog mogelijk maakt, het zoeken naar de 'verificatie' volgens Flynn (Flynn 2005, 20-31). Het medische vertoog toont zich het eenvoudigst in de organisatie van de opleiding van nieuwe artsen en in de tekstboeken. Foucault verwijst bij zijn studie naar de verandering in het medisch weten rond 1800 naar deze bronnen van kennis.

Hoofdstuk 3

Foucault's *Geboorte van de kliniek*.

IN 1963 verscheen Foucault's boek *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*. De eerste Nederlandse vertaling *Geboorte van de kliniek. Een archeologie van de medische blik*, verscheen in 1986 bij SUN, met onlangs, in 2008, een herziene editie bij Boom te Amsterdam. In het boek “[...] gaat het over de ruimte, de taal en de dood; het gaat over de blik.” (Foucault, 2008, 7). De ondertitel *Een archeologie van de medische blik* laat zien dat het boek behoort tot Foucaults archeologische periode, Hij past hierin zijn archeologische methode als analyse toe op de overgang rond 1800 van de klassieke geneeskunde naar de moderne geneeskunde.

Foucault's archief.

FOUCAULT noemt als voornaamste bronnen voor zijn onderzoek Boissier de Sauvages's *Nosologie méthodique* uit 1772 ⁹, Pinel's *Nosographie philosophique* uit jaar VI (1795) en *La médecine clinique* uit 1802, Bichat's *Traité des membranes* uit 1799 en *Anatomie pathologique* uit 1801 en Broussais's *Examen des doctrines médicales* uit 1821 en *Histoire des phlegmasies* uit 1826. Het aantal verwijzingen naar andere boeken en rapporten is zeer groot. ¹⁰

Boissier de Sauvages ¹¹ stamt uit de oude, classificerende medische school, maar bij Pinel, hoewel hij nog abstract en nosografisch te werk gaat, bespeurt Foucault al veranderingen. De ziekte werd bij Pinel niet in de tabel kenbaar gemaakt, maar was aan de hand ervan herkenbaar (Foucault 2008, 145). De tabellen die Pinel opstelde, hadden een analytische functie, maar zonder de analytische structuur, die zo typerend was voor de klassieke periode. In hoofdstuk 10 over de koortsen behandelt Foucault de veranderingen die bij Pinel zijn opgetreden. Ten opzichte van Boissier de Sauvages keert Pinel de configuratie van de nosografie, het indelen van de symptomen, om. Boissier de Sauvages veralgemeniseerde de symptomen om in de nosografische tabel de ziekte te vinden, terwijl Pinel probeerde de tekens van de ziekte in het lichaam te lokaliseren. Hij oordeelde

⁹ Boissier de Sauvages's classificatie is gebaseerd op die van Sydenham en op de methode van botanici, zoals Linnaeus. Volgens de nosologie vindt de classificatie plaats op basis van symptomen als semiologie.

¹⁰ Dreyfus en Rabinow merken op dat een preselectie van Foucaults data weleens gedaan kan zijn door curatoren van de Bibliothèque Nationale te Parijs, maar concluderen dat dit voor klaarblijkelijk geen probleem is geweest (Dreyfus 1982, 59).

¹¹ Boissier de Sauvages leefde van 1706 tot 1767 en schreef zijn werken tussen 1741 en 1776.

echter dat het letsel het gevolg was van de ziekte in plaats van andersom (Foucault 2008, 223-4). In de observatie richt de arts zich volgens Pinel tot de zieke waarbij in de observatie de gesproken en de waargenomen momenten elkaar afwisselen. De waarheid van de ziekte ligt niet meer in de nosologische tabel, maar in de regelmatige afwisseling van woord en blik (Foucault 2008, 144). De beschrijving dient nauwgezet te zijn, omdat beschrijven tevens leren zien is en daarmee het zichtbare wordt beheerst.

Bichat gaat door op Morgagni's ¹² weg met als uitgangspunt dat de verwantschap tussen ziekten niet de nosologische tabel is, maar als beginsel de localisatie in de organen heeft: de ziekte wordt bepaald door een lokale ruimte (Foucault 2008, 160). Bichat reduceert de organische massa, het lichaam, tot de weefselruimte, waarbinnen de belangrijkste ziektefamilies zichtbaar worden (Foucault 2008, 163). De ziekte wordt in de organische ruimte van de zieke geplaatst, waardoor de arts om kennis te verkrijgen over de ziekte, de verschijnselen door het lichaam dient te laten tonen. Hier treedt een belangrijke verandering in het denken op. Het anatomisch letsel is de zetel van de ziekte, van waar uit de ziekte zich verspreidt langs de weefsels. Bichat breekt hiermee met de classificatie van de klassieke geneeskundigen (Foucault 2008, 217). Een probleem deed zich echter voor bij ziekten zonder letsel, zoals koorts. De klassieke geneeskunde zag koorts als een symptoom, koppelde deze aan andere symptomen en kwam zo tot de aard van de ziekte (Foucault 2008, 218). In de vroege jaren van de moderne geneeskunde ging men op zoek naar de aanhechtingsplaats van de ziekte in het lichaam, een pathologisch-anatomisch letsel. Dat ontbrak echter bij koorts (Foucault 2008, 214, 218). De rol van de koorts in de verandering van het medisch weten wordt later besproken..

Waar Bichat zich inzette om de ziekten een organische grondslag te geven door naar organische kenmerken te zoeken, daar ontbond Broussais het koppel symptomen en lokaal letsel. Hij formuleerde dat het om een verschijnsel op twee pathologische niveaus met een verschillende chronologie gaat: een functionele stoornis gevolgd door een anatomisch te herkennen stoornis van het weefsel (Foucault 2008, 228). De basis van de moderne geneeskunde, namelijk de pathologische anatomie, waar Bichat mee begonnen was, was op haar eigen grens gestuit en zij verbond voortaan symptomen met de functiestoornissen van de weefsels, die door ziekte waren teweeggebracht (Foucault 2008, 229). De medische blik ten opzichte van Bichat wordt op een nieuwe wijze georganiseerd. Er ontstaat een volledig ruimtelijk onderzoeksveld, waar de medische ervaring niet meer te danken is aan de pathologische anatomie, maar aan de pathologische fysiologie. Bij Bichat

¹² Foucault verwijst naar Morgagni's werk *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* uit 1761.

was het principe van de zichtbaarheid belangrijk en was de lokalisering het gevolg, terwijl bij Broussais geldt dat een ziekte zichtbaar is, omdat ze een lokaal karakter heeft (Foucault 2008, 229-30).

Volgens Foucault is het verdwijnen van het wezen van de ziekte de belangrijkste ontdekking van 1816. De weg die het boek *Geboorte van de kliniek* begonnen is met een classificerende opsomming van vliesachtige delen door Pomme in 1769, eindigt met de anatomische beschrijving van de hersenvliezen door Bayle in 1825 (Foucault 2008, 7-8). “Het ziekteverschijnsel wordt opgenomen in een organisch geheel waarvan de structuren ruimtelijk, de determinatie causaal en de verschijnselen anatomisch en fysiologisch zijn.” (Foucault 2008, 231).

De veranderingen in het medisch weten.

FOUCAULT ziet in de achttiende eeuw een fundamentele verandering in het medisch weten ontstaan. Deze verandering valt af te lezen aan een nieuw profiel van het zichtbare en het zegbare en in een reorganisatie van de symptomen en tekens, die samen het ziekteverschijnsel vormen. In de klassieke geneeskunde deed de ziekte zich voor in het symptoom en had het teken een toegevoegde anamnestiche of prognostische waarde. Daarentegen zijn tekens in de moderne geneeskunde op de voorgrond komen te staan. Zij hebben een onderlinge samenhang (zie de waarschijnlijkheidsstructuren) en hebben een talige relatie als betekenaar met de ziekte als betekende: de ziekte drukt zich uit in tekens. Het symptoom wordt door een handeling vertaald in een teken (Foucault 2008, 22, 136). Zoals Foucault zegt: “[...] een botanica van symptomen werd vervangen door een grammatica van tekens [...]” (Foucault 2008, 17). In die medische ruimte van tekens en symptomen wordt de ziekte met het organisme verbonden tot pathologische entiteiten, waardoor het wezen van de ziekte met haar oorzaken en gevolgen in een driedimensionele ruimte wordt geplaatst (Foucault 2008, 17). Waar in de achttiende eeuw, de periode van de classificerende geneeskunde, de symptomen van ziekte aan de tweedimensionele oppervlakte van het lichaam worden afgelezen, gaat de moderne arts op zoek naar de ziekteverschijnselen het lichaam in. De term ‘ruimte’, die Foucault benadrukt in het voorwoord¹³, verwijst zowel naar de driedimensionele ruimte van het lichaam van de zieke als naar de ruimte die de ziekte nu gaat innemen.

De veranderingen die opgetreden zijn tussen het eind van de achttiende eeuw en het begin negentiende eeuw kunnen samengevat worden rond vier thema’s:

1. het object ‘ziekte’

¹³ “In dit boek gaat het over de ruimte, de taal en de dood; het gaat over de blik.” (Foucault 2008, 7)

2. de organisatie van de geneeskunde
3. de medische ruimte
4. de medische waarneming

Deze vier thema's zullen achtereenvolgens behandeld worden.

Het object 'ziekte'.

AAN het einde van de achttiende eeuw waren er een aantal problemen ontstaan omtrent de verschijningsvorm van het concept 'ziekte', waarop de classificerende geneeskunde geen antwoord had. Foucault haalt het probleem met de epidemieën aan, een ziekte die een groot aantal mensen treft. Deze epidemieën konden niet benaderd worden vanuit de waarneming van essenties en ordeningen, zoals in de geneeskunde van de soorten¹⁴, maar met een waarneming van kwantiteiten en getallen. Men kreeg aandacht voor het bijzondere van de ziekte.

Het doel bij de analyse van een epidemie is niet om de algemene vorm van een ziekte te herkennen door haar een plaats toe te wijzen in de abstracte ruimte van de nosologie, maar om achter de algemene tekens het bijzondere te herkennen. Hiermee kwam de geneeskunde, die de epidemieën bestudeerde, tegenover die van de ziekte te staan (Foucault 2008, 42, 43, 46).

Een tweede probleem is de plaats die de zieke in ging nemen. Bij de klassieke geneeskunde was er sprake van een rationele, geometrische ruimte van essenties van ziekten, waarbij de ziekte op de tabel kon worden ontdekt. De ziekte wordt zichtbaar binnen het lichaam, waarbij deze twee geen vooraf gedefinieerde gemeenschappelijke ruimte hebben. De uiting van een ziekte in het lichaam van de zieke is een toevallige, zodat de invloed van de zieke op de ziekte zelf storend is. Om tot een diagnose te komen diende het individu met zijn bijzondere kwaliteiten weggedacht te worden (Foucault 2008, 26, 28, 33). Artsen en patiënten werden slechts als nauwelijks te vermijden stringen geduld (Foucault 2008, 26). Beiden waren toeschouwers van die rationele, geometrische ruimte, maar maakten er geen deel van uit. De arts raakte volgens Foucault, die Zimmermann¹⁵ aanhaalt, verstrikt in de kwaliteit van de medische observatie en kon hier uitkomen door oog te hebben voor het bijzondere van de ziekteverschijnselen en de individuele positie die de patiënt in ging nemen. In de geneeskunde van de soorten ontstond een hernieuwde aandacht voor het individuele en het

¹⁴ Foucault gebruikt de termen geneeskunde van de soorten, geneeskunde van de klassen en classificerende geneeskunde voor de geneeskunde van de achttiende eeuw.

¹⁵ Foucault verwijst naar Zimmermann's *Traité de l'expérience en médecine*. Paris, 1800. Oorspronkelijk uit 1763-1764.

bleek dat meerdere patiënten dezelfde verschijnselen van een ziekte hadden. In het resultaat van de vermeerdering van ziekteverschijnselen wordt het zieke individu aangetroffen (Foucault 2008, 33-35). Het zieke individu wordt als object van de waarneming gezien door enerzijds de bijzondere verschijnselen te erkennen en anderzijds te zoeken naar een gemeenschappelijke ziekte, wat onmogelijk was met het werken bij de nosologische tabellen.

In vijftig jaar tijd is men anders gaan denken over ziekte: het zieke lichaam is de ziekte en is het object van de waarneming geworden. Daarbij vormt het medisch weten zich niet meer vanuit de abstracte nosologische tabellen, maar aan het ziekbed. Foucault citeert Fourcroy¹⁶, dat er in plaats van een oord van esoterische boekenwijsheid (de oude Medische Faculteit) er een nieuwe medische school zal komen die de 'Tempel der Natuur' zal zijn. Daar zal men niet leren wat de leermeesters van vroeger meenden te weten, maar de voor allen toegankelijke vormen van waarheid die in de dagelijkse praktijk zichtbaar wordt (Foucault 2008, 97). De arts ziet de zieke als een individu, benadert deze, onderzoekt deze en behandelt het zieke lichaam in plaats van het wezen van de ziekte. Omdat de ziekte samenvalt met de ruimte die het lichaam inneemt, wordt de zieke het object van de waarneming en kennis: de zieke is het kenobject geworden. Volgens Foucault gaat dit verder dan slechts een wijziging van het raakvlak tussen kennend subject en gekend object, maar betreft het een algemene herinrichting van het weten en gaat het om de mogelijkheidsvoorwaarden voor kennis met een verandering in de opstelling van kijken en weten. Het gaat volgens hem om een ander spel met nieuwe regels, in plaats van hetzelfde spel gespeeld met verbeterde regels (Foucault 2008, 173).

Het zieke lichaam wordt op een andere wijze bekeken en het pathologisch proces wordt geïntroduceerd. De waarneming richt zich niet meer op de ziektesoorten, maar op de processen, de gebeurtenissen die in het zieke lichaam plaatsvinden (Foucault 2008, 133). Het concept 'ziekte' verschuift van een behoren tot de natuurlijke orde tot een pathologische vorm van leven dat op een overzichtelijke wijze naar een bepaald doel verloopt (Foucault 2008, 190-1). De ruimte, die de ziekte inneemt gaat samenvallen met die van het zieke lichaam, waarmee het object 'ziekte' te bestuderen valt als het object 'ziek lichaam'. Als het zieke lichaam als object gezien wordt, vormt het een nieuw te verkennen tastbare ruimte van het lichaam, die tegelijk een ondoorzichtige massa is waarin onzichtbaar letsel verborgen ligt. De arts benadert de patiënt door het doen van (lichamelijk) onderzoek. De klassieke analytische geneeskunde¹⁷ heeft plaatsgemaakt voor de geneeskunde van organen, ziektehaarden en oorzaken (Foucault 2008, 156). In de geneeskunde van de achttiende eeuw

¹⁶ A.F. Fourcroy, *Rapport sur l'École de Médecine*, Parijs jaar III (1792).

¹⁷ Met de klassieke geneeskunde wordt de geneeskunde van voor 1800 aangegeven en met de klinische of moderne geneeskunde die van erna.

ging het om het herkennen van het wezen van de ziekte en diende de zieke als semantische drager. Individuele kenmerken werden gezien als accident. In de moderne geneeskunde gaat het juist om het zien van de individuele variaties van de ziekte, waarbij de taal zich aanpast en bijvoorbeeld de metafoor de voorkeur heeft boven de meting: ‘zo groot als een sinaasappel’ (Foucault 2008, 208-9). Een voorbeeld is de verschuiving van koorts als symptoom van ziekte naar teken van het zieke lichaam: in de achttiende eeuw in de nosologie representeerde koorts als symptoom het wezen van de ziekte en werd in de tabellen als dusdanig ingedeeld. In de moderne geneeskunde is koorts een teken van een doelgerichte reactie van het organisme dat zich verweert tegen een ziekte(-verwekker). Koorts is niet meer een teken van de ziekte, maar van de weerstand tegen de ziekte (Foucault 2008, 218). Zowel Laennec als Dupuytren zagen veranderingen in de weefsels niet meer als een manifestatie van de ziekte zelf, maar als reactie er op (Foucault 2008, 187). Foucault schrijft met betrekking tot de nieuwe, moderne geneeskunde, dat de geneeskunde van de tabelarische (ziekte)soorten vervangen is door een geneeskunde die de aandacht op de pathologische reacties gericht heeft (Foucault 2008, 234).

FOUCAULT beschrijft een vijftal anomalieën en spanningen die ontstonden aan het eind van de achttiende eeuw. De anomalieën waren verstoringen van de medische praktijk: de destijds gangbare geneeskundige opvatting kon er niet mee overweg. Deze anomalieën behelzen een gemeenschappelijke waarneming van een algemeen verschijnsel (de epidemie) dat tegenover het individuele staat en een verschuiving in de verhouding van het particuliere tot het algemene, dat wil zeggen het bijzondere van de ziekte en het individuele van de zieke (Foucault 2008, 34, 42-6). In de discursieve praktijk, die zich richt op de kennisvorm, zoals het verzamelen, hanteren en doorgeven ervan en op de organisatie en plaats van het medische veld traden dermate spanningen dat veranderingen noodzakelijk waren (Foucault 2008, 70, 76, 98, 103, 105).

De anomalieën vragen om een verandering in het concept ‘ziekte’. Er treedt een verschuiving op van een abstracte ziektesoort, die een taxonomische plaats in een nosologische tabel heeft, naar een concrete lichamelijke aandoening. Deze heeft zijn grondslag in de pathologische anatomie en pathofysiologie. Het zieke individu is object geworden in plaats van het wezen van de ziekte, waardoor het zieke lichaam benaderd en behandeld wordt. Het medisch weten vormt zich voortaan aan het ziekbed in plaats van op de nosologische tabel. En tenslotte zijn ruimtelijk de ziekte en het zieke lichaam samen gaan vallen (Foucault 2008, 12, 19, 145).

De reorganisatie van de geneeskunde.

IN *Geboorte van de kliniek* schenkt Foucault aandacht aan wat de organisatie van de geneeskunde genoemd kan worden, waarbij het gaat om het onderwijs, het vaststellen van en de controle op de medische bevoegdheid, de institutionalisering van de geneeskunde, de rol van de arts en plaats van het hospitaal in het politieke veld en de functie van de kliniek.

In de achttiende eeuw toonde deze praktijk zich in de onderwijsmethode, waar de geneesheer zijn studenten onderwees in het lezen van de gezaghebbende teksten en het ontcijferen van de symptomen bij de zieke om tot het wezen van de ziekte te komen. De docent wees de symptomen aan en met zijn ervaring bekortte hij het werk voor de leerlingen (Foucault 2008, 86).¹⁸ De gezaghebbende boeken waren die van Sydenham (*Médecine pratique*, 1784¹⁹) en Boissier de Sauvages (*Nosologie méthodique*, 1772). Diagnose stellen betekende aflezen, ontcijferen en classificeren van de symptomen, waarbij de individuele zieke met zijn bijzondere kwaliteiten weggedacht diende te worden. Niet passende verschijnselen moesten worden weggelaten en de patiënt zelf werd als een verstorend element beschouwd (Foucault 2008, 33). Therapeutisch handelen bestond uit het corrigeren van de verschijnselen, in overeenstemming met het wezen van de ziekte. Dit wezen van de ziekte las de arts uit de nosologische tabel af (Foucault, 2008, 26). Na classificatie en instellen van de therapie werd de ziekte in de tijd gevolgd. Het waar of onwaar toonde zich tenslotte aan het beloop van de ziekte. Als de hoogleraar vergissingen beging, werden deze aan het licht gebracht door de natuur, namelijk de afloop van de ziekte (Foucault 2008, 87). Omdat de ziekte veelal in eigen omgeving begon, werd het gezin als de natuurlijke plaats van de ziekte gezien, de plaats waar ze haar essentie en natuurlijk beloop tot ontwikkeling kon brengen. Het hospitaal beïnvloedde op een negatieve wijze het natuurlijk beloop van de ziekte en werd bij voorkeur gemeden, tenzij er thuis geen verzorging mogelijk was (Foucault 2008, 37). Het hospitaal was er voor de armen.

Aan het eind van de achttiende eeuw ging dit veranderen en ontstond er een invloed van buiten af op de geneeskunde, namelijk vanuit de overheid alsmede vanuit de beroepsgroep zelf via door de overheid ingestelde instanties. Daarnaast bepaalde de kliniek via de klinische methode, het opleidingsziekenhuis en het wetenschappelijk onderzoek hoe de moderne geneeskunde bedreven moest worden in taal en praktijk. Het waar of onwaar van de diagnose werd gezien bij de autopsie.

¹⁸ Foucault citeert Cabanis, *Observations sur les hôpitaux*. Paris 1790, 30.

¹⁹ Oorspronkelijk Th. Sydenham, *Praxis medica experimentalis*. Leipzig, 1695.

De fundering van het medisch weten verschoof van een abstracte, nosologische tabel naar de concrete bevindingen bij pathologisch-anatomisch onderzoek. Deze veranderde interesse voor de dood als einde van de individuele mens past bij de analytiek van de eindigheid, die de moderne tijd kenmerkt.

Ten tijde van de Franse Revolutie en haar politieke ideologie valt er een demarcatie te zien in de discursieve praktijk en de vertogen. Deze demarcatie stelde Foucault in staat de veranderingen in de praktijk te herkennen. In enkele jaren tijd werden de oude medische structuren omgevormd tot nieuwe, waarbij de kliniek een centrale plaats kreeg. Foucault verwijst naar de rapporten en boeken van Cabanis en Fourcroy (tussen 1790 en 1792). De oude hospitalen werden vanaf 1789 gesloten, het sluiten van de universiteiten en het opheffen van de medische genootschappen volgden in 1792. (Foucault 2008, 60, 100-101). Door de staat werden gezondheidsscholen opgericht, universiteiten gingen weer open en nieuwe medische genootschappen verschenen, alle in 1793. (Foucault 2008, 75, 101). Klinisch onderwijs werd gedefinieerd in de jaren 1791-1793, waarbij de kliniek de dubbele rol kreeg in het onderwijs en in het vaststellen van de medische bevoegdheid. De kliniek kwam hier naar voren als de praktische oplossing voor het probleem van de opleiding van artsen en het vaststellen van de medische bekwaamheid (Foucault 2008, 103). Praktijk en theorie werden georganiseerd rondom het ziekbed. De maatstaven van het theoretisch weten werden voor het eerst binnen één institutioneel kader samengebracht met de maatstaven van een aan ervaring en gewoonte afhankelijke praktijk (Foucault 2008, 105). Daarnaast kreeg de kliniek een belangrijke taak in de ontwikkeling van wetenschappelijke kennis en bijpassende taal (Foucault 2008, 88). Tijdens de laatste jaren van de achttiende eeuw kreeg de kliniek een nieuwe structuur. De kliniek kwam los uit de theoretische structuur, waar het weten als in een theater gepresenteerd werd en werd een veld waarin het weten ontstond, getoetst en verwezenlijkt werd (Foucault 2008, 88).

De overheid kreeg in 1776 al aandacht voor de geneeskunde in het kader van de economische schade die epidemieën aanrichtten en stichtte een Koninklijke Maatschappij voor Geneeskunde. Hieruit ontstonden ideeën over controle op bevoegdheid tot uitoefening van de geneeskunde. (Foucault 2008, 46). De revolutionaire overheid nam dit over door het gilde van artsen af te schaffen, overeenkomstig het afschaffen van de gildestructuur in het algemeen en in het bijzonder omdat de medische gilde de vorming van een medisch bewustzijn van de staat verhinderde (Foucault 2008, 60). De staat (Directoire) reorganiseerde de medische stand met een verdere controle op de bevoegdheid en met een nieuwe vorm van opleiding (Foucault 2008, 69). In deze reorganisatie speelde de kliniek een voorname rol, toen het Directoire de kliniek als het hoofdthema van de institutionele reorganisatie van de geneeskunde ging zien (Foucault 2008, 96). Toen vervolgens de medische ruimte en de politiek-maatschappelijke ruimte samen gingen vallen, kreeg de arts een

politiek-maatschappelijke rol. De geneeskunde werd voorzien van een normatieve positie en de arts van een politieke taak. Ziekte werd verbonden met onderdrukking en genezing met bevrijding (Foucault 2008, 55 en 75). De staat nam een leidende positie in ten aanzien van het geneeskundig onderwijs, omdat geneeskunde behoorde tot voor de maatschappelijk noodzakelijke kennis. Het Directoire maakte onderscheid tussen de voor de burger onontbeerlijke kennis, die hij nodig had om een vrij man te worden - de Staat was hem dit onderwijs evenzeer verschuldigd als de vrijheid zelf - en de voor de maatschappij noodzakelijke kennis: de Staat moest deze bevorderen (Foucault 2008, 75). Tegelijk gaf dit de overheid het probleem ten aanzien van het vrije beroep van de artsen. De overheid wilde de burgers beschermen tegen ondeskundige medische hulp, maar had tegelijk de behoefte aan een beschermende wet voor de artsen zelf. De medische handeling was niet een marktartikel, waarvan de burger zelf de waarde kon bepalen. De arts diende op zijn bekwaamheid en morele waarde gecontroleerd te worden. (Foucault 2008, 108). Dat gaf de overheid de gelegenheid om zich te bemoeien met de vorm van het onderwijs. De universiteiten gingen op slot. Er kwamen gezondheidsscholen, die echter wegens het ontbreken van een structuur, die als basis zou kunnen dienen voor de eenheid tussen een ervaringsvorm (gedefinieerd door de individuele observatie) en een onderwijsvorm (gegeven in het hospitaal) weer gesloten werden (Foucault 2008, 76).

In dit vacuüm kwam het Directoire met een nieuwe onderwijsvorm, waar zowel theoretisch onderwijs als praktisch onderwijs aan het bed werd gegeven. De hoogleraar wees de leerlingen op de diagnostische tekens en de belangrijkste symptomen van de ziekte (Foucault 2008, 98). De kliniek kwam hier naar voren als de praktische oplossing voor het probleem van de opleiding van artsen en de vaststelling van de medische bekwaamheid (Foucault 2008, 103). Voor het eerst werden het theoretisch weten en de ervaring binnen één instituut samengebracht. (Foucault 2008, 105).

De revolutionaire overheid sloot de hospitalen, deels omdat deze geleid werden door religieuze orden en deels vanuit de ideologie, dat de hospitalen geassocieerd werden met armoede. Ziekte werd gezien als een individueel ongeluk waarop het gezin moest reageren door het slachtoffer de noodzakelijke verzorging te geven. Het ziekenhuis was in dit opzicht een achterhaalde oplossing, dat niet langer voorzag in de werkelijke behoefte van de armoede en de zieke mens in zijn nood zelfs stigmatiseerde (Foucault 2008, 68). Dit standpunt was op den duur financieel en organisatorisch niet houdbaar en het Directoire gaf de hospitalen hun rechtspositie terug. De houding ten opzichte ervan was echter wel veranderd: de arme zieke kreeg zijn behandeling in ruil voor zijn beschikbaarheid als onderwijsobject en compenseerde zo de maatschappij - lees de rijken die het hospitaal in stand hielden - voor het ter beschikking gestelde kapitaal (Foucault 2008, 114). De rol van de kliniek werd vastgelegd toen het Directoire de kliniek beschouwde als het hoofdthema van de institutionele

reorganisatie van de geneeskunde (Foucault 2008, 96).

De reorganisatie van de geneeskunde heeft veranderingen teweeg gebracht in het onderwijs- en opleidingssysteem, de controle op de bevoegdheid van de artsen tot uitoefening van het beroep, de verandering van plaats waar de zieke verzorgd gaat worden en het constitueren van de kliniek, waar de zieke geobserveerd en behandeld gaat worden.

De medische ruimte.

FOUCAULT spreekt over de medische ruimte in meerdere hoofdstukken, maar voornamelijk valt er te lezen over zijn zienswijze in de hoofdstukken 1, 4 en 7 t/m 10. Hij beschrijft een ontwikkeling van die ruimte aan de hand van de vertogen van Pinel, Bichat en Broussais.²⁰ Aan de veranderingen in de beschrijving van de medische ruimte valt af te lezen wat die medische ruimte inhoudt, wat betreft configuratie, kenmerken en eigenschappen.

De klassieke medische ruimte is abstract, geometrisch, gesloten en geordend door de nosologische tabel die haar kenmerkt. De ziekte krijgt een lichamenlijk gestalte in de waar te nemen ruimte, maar ziekte en lichaam van de zieke hebben geen vooraf gedefinieerde gemeenschappelijke ruimte (Foucault 2008, 27-8). De waargenomen medische ruimte is een nosologisch theater, wat sterk doet denken aan de afbeelding van het *Theatrum Anatomicum*.²¹ Foucault spreekt over de eerste verruimtelijking, waar de geneeskunde van de soorten de ziekte in een vlak van gelijkenissen plaatst en waar het individuele, zowel van de ziekte als van de zieke, niet bij kan dragen aan de feiten (Foucault 2008, 85). De zieke, en trouwens ook de arts, kunnen slechts een verstorend effect hebben op de presentatie van de ziekte. Aangezien ziekte tot de natuur behoort, is niet de ziekte met betrekking tot het leven tegennatuurlijk, maar de zieke in relatie tot de ziekte zelf. De paradoxale rol van de geneeskunde ligt er vooral in de storingen die de patiënt en de arts veroorzaken, te neutraliseren. Zo ontstaat er een ruimte, waarin de ideale configuratie van de ziekte een zichtbare vorm aanneemt en te plaatsen is op een tabel, waarin de orde van de essenties herkenbaar is (Foucault 2008, 26). De arts houdt afstand tot de zieke en zijn waarneming is gericht op het ontcijferen van symptomen, direct representatief als tekens, om zo tot het wezen van de ziekte te komen. De ziekte, die op de tabel kan worden ontdekt, wordt zichtbaar binnen het lichamenlijke van

²⁰ Pinel leefde van 1745 tot 1826, schreef zijn werken tussen 1798 en 1804, Bichat van 1771 tot 1802, met werken tussen 1800 en 1802 en Broussais van 1772 tot 1838, met werken tussen 1808 en 1834.

²¹ Het *Theatrum Anatomicum* uit van de Universiteit van Leiden is geschilderd door Woudanus in 1610 en hangt in het Academisch Historisch Museum te Leiden.

de zieke, omdat de zieke de toevallige drager van zijn ziekte is en het object waarvan de ziekte zich tijdelijk meester heeft gemaakt. De ruimte maakt van de ziekte een natuurlijke vorm (Foucault 2008, 27). In deze ruimte hebben symptomen betekenissen. De arts blijft op afstand omdat het diagnosticeren een rationeel proces is van ontcijfering, dat geen lichamenlijk onderzoek behoeft. Het rationele proces schept een ruimte van essenties (Foucault 2008, 11, 27).

Foucault bemerkt bij Pinel al veranderingen. Pinel begreep de beperking van de tabel in haar analytische structuur en bekeek de tabel in de analytische functie (Foucault 2008, 145). De medische ruimte werd geopend en raakte ongeorganiseerd (Foucault 2008, 143). Pinel definieerde de begrenzing van die ruimte tot het onderzoeksdomein (Foucault 2008, 27). Hij gaf haar betekenis door een actieve handeling in de afwisseling van vragen stellen en observeren te introduceren en betrad hiermee de ruimte, die voor kort op afstand gehouden werd door de arts. Hij keerde het uitgangspunt ten opzichte van Boissier de Sauvage om: waar deze de lokale uitingen veralgemeniseerde, ging Pinel op zoek naar lokale tekens van de ziekte ((Foucault 2008, 223). De pathologische anatomie begon door zich te onderwerpen aan de nosografie een plaats te krijgen in de medische ruimte (Foucault 2008, 216). In de medische ruimte krijgen de symptomen en tekens van de ziekte door het medisch onderzoek en vragen een materialiteit in de vorm van het letsel (Foucault 2008, 47). Maar Pinel lokaliseerde de tekens en niet de ziekte in het lichaam: de ziekte maakte zich kenbaar in het lichaam via het lokale letsel en de essentiële structuur van de ziekte bleef bij hem bestaan.²²

Bichat deed zijn kennis op bij Morgagni²³ en bij het openen van lijken. Hij definieerde de medische ruimte als organisch aan de hand van zijn weefselprincipe, namelijk het vlak van organische aantasting door de ziekte, waar de ziekte zijn weg zoekt langs de oppervlakten van de weefsels, het vlak van de organische aantasting (Foucault 2008, 186). De medische ruimte werd losgemaakt uit de abstracte en theoretische context en ging samenvallen met de medische ervaring. De arts trad de ruimte van de ziekte en zieke binnen (Foucault 2008, 88). Die medische ruimte werd door zijn begrenzing de plaats van kennisverwerving en werd in de praktijk 'kliniek' genoemd. Bij Bichat wordt ziekte omschreven als een doelgerichte proliferatieve aandoening, die zich ontwikkelt volgens de wetten van de ruimte. De eigenschappen van de ziekte zijn afhankelijk geworden van de configuratie van de ruimte en niet meer van de nosologische tabel (Foucault 2008, 44). Met het bestuderen van koorts komt er bij Bichat een wending in het denken over de relatie tussen

²² Boissier de Sauvage schreef zijn *Nosologie méthodique* in 1772; Pinel zijn *Nosologie philosophique* in 1798. Nosologie is een complete beschrijving van de symptomen, etiologie en het pathologisch mechanisme van een ziekte; nosografie beschrijft de ziekte aan de hand van symptomen, etiologie en pathogenese en deelt de ziekten op grond van deze beschrijvingen in.

²³ Morgagni *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, 1761.

symptomen en oorzaak van de ziekte. Werd in het klassieke denken koorts gezien als representant van het wezen van de ziekte, zo werd deze in de moderne geneeskunde beschouwd als een doelgerichte reactie van het organisme. Het bestuderen van de reactie van weefsels op een ziekte kwam op. Het was de algemene verbreiding van de lokale ziekte, die de bijzondere symptomen van de ziektesoort veroorzaakten (Foucault 2008, 227). Omdat het lichaam van de zieke dezelfde ruimte bezet, gaan ook daarvoor de wetten gelden en kunnen ziekte en zieke op een zelfde wijze bestudeerd worden, namelijk via de klinisch pathologisch-anatomische methode, later door Broussais aangevuld met de pathofysiologische.

Broussais maakte de ruimte van de organische lokalisering geheel onafhankelijk van de nosologische configuratie. Door de ervaring dat koortsen niet altijd een organisch letsel vertoonden, kwam hij tot de constructie dat een fysiologische stoornis van het weefsel vooraf moest gaan aan het anatomisch letsel. Hij bepleitte het zien van de symptomen in relatie met deze functiestoornissen en het bestuderen van het aangetaste orgaan samen met haar functie. Hiermee plaatste hij de ziekte door haar lokale karakter in de zichtbaarheid van de medische ruimte. (Foucault 2008, 229). Broussais haalde de laatste nosologische visies uit het medische weten weg. Ziekte en medische ervaring waren toen door de fysiologie op basis van de gemeenschappelijke natuurwetten volledig toevertrouwd aan een nieuwe medische ruimte. De ziekte is opgenomen in een organisch geheel, dat beantwoordt aan de wetten van de medische ruimte door het innemen van een ruimtelijke structuur, het hebben van een causale determinatie en waarvan de ziekteverschijnselen anatomisch en fysiologisch zijn (Foucault 2008, 230-1).

FOUCAULT schetst de medische ruimtes van de klassieke en van de moderne perioden. Het gaat hem om de ruimte, waarin de ziekte zich manifesteert en ervaren wordt. Deze ervaringsruimte is in de klassieke periode een abstracte, nosologische tabel en in de moderne periode het concrete lichaam van de zieke. Het historisch a priori schept deze medische ruimte en laat toe dat deze ruimte en het medisch weten elkaar construeren. Klassiek is theoretische kennis, het waarnemen en decoderen van de symptomen en toepassen van de nosologische tabel. Bij de moderne geneeskunde staan de combinatie van medische kennis en de klinische ervaring, het betekenisgeven van de symptomen door het doen van onderzoek en de wisselwerking tussen klinische waarneming en het weten centraal.

De medische ruimte is geconfigureerd volgens de natuurwetten van het weten (het *epistèmè*) en geconstrueerd als een taal. De ruimte bepaalt de relatie tussen ziekte, zieke en arts (Foucault 2008, 34-5, 143). De zieke is in de moderne geneeskunde het kenobject geworden, omdat de ruimte van de ziekte is samengevallen met die van de zieke (Foucault 2008, 19). De arts neemt de ruimte in de

klassieke periode waar door het ontcijferen van de symptomen en tekens en in de moderne periode door het lichaam van de zieke te onderzoeken (Foucault 2008, 118-9, 129). De rol van de arts is het zichtbaar en zegbaar maken van de ziekte, het decoderen, als het ware ontdekken van het geheim van de ziekte. Tot de veranderingen van de medische ruimte worden gerekend de veranderingen die de orde van de dingen betreffen, teken en taal, de reorganisatie van het begrip ziekte, de transitie dat het zieke lichaam als kenobject de plaats ingenomen heeft van de ziekte en de overgang van een abstracte classificerende geneeskunde in een concrete anatomisch-klinische. Maar ook de arts behoort tot de medische ruimte. In plaats van een externe waarnemer van die ruimte te zijn, is hij de ruimte binnengetreten. Hij is de onderzoeker, bron van ervaring en kennis, houder van het vertoog, maar is tevens horig aan de discursieve praktijk. De veranderingen in de medische waarneming tonen zich in het vervangen van de classificerende door een klinische blik waar zintuiglijke waarnemingen (met het lichamelijk onderzoek van de patiënt) de plaats hebben ingenomen van een abstract, theoretische waarneming, in het zichtbaar en zegbaar maken van de onzichtbare ziekte en de bijdragende rol die het individu in gaat nemen (Foucault 2008, 203). Tenslotte tonen veranderingen in de discursieve praktijk zich in de wet- en regelgeving omtrent het medisch onderwijs en de bevoegdheid van artsen, de rol van de kliniek als opvolger van het ziekenhuis en de mogelijkheid om klinische wetenschap te gaan beoefenen. Het woord 'kliniek' uit de titel van het boek komt meerdere malen in bredere betekenis terug: in de term 'klinische blik' als type medische waarneming, als institutie 'de kliniek' en dan in de betekenis van onderwijsziekenhuis, van gestructureerde wijze van denken (de methode van klinisch onderzoek) en van de taal van gezondheid en ziekte (Foucault 2008, 88, 96, 105, 119).

In de nieuw ontstane klinische ruimte is de wijze waarop medische kennis verworven wordt, veranderd. In de klassieke periode wees de docent, die in bezit was van de kennis, de leerlingen in het hospitaal op de kenmerken van de ziekte. Volgens Foucault werd het weten uitgesproken in de overdracht van de leermeester aan de leerling (Foucault 2008, 98). Bij de moderne geneeskunde gaat het echter om het ontstaan van het weten, als resultaat van het onderzoek, dat wordt opgenomen in de ervaringen (Foucault 2008, 11, 17). De leermeester en zijn leerlingen vormen een groep waarin herkenning en streven naar kennis hand in hand gaan (Foucault 2008, 80, 83). Het zoeken naar kennis gaat de diepte in, waarbij de natuur wordt ondervraagd en onderzocht. Het weten wordt niet meer afgelezen en gepresenteerd, maar ontstaat in de kliniek (Foucault 2008, 88, 111, 148, 154).

De medische waarneming.

IN MET NAME de hoofdstukken 6 en 7 gaat Foucault in op de veranderingen in de medische

waarneming en het uitdrukken van het geobserveerde in taal. De combinatie van waarnemen en uitdrukken wordt omschreven als de medische blik. Deze ‘blik’ veranderde op het moment dat de arts de medische ruimte in stapte door de zieke te ondervragen en te onderzoeken, op zoek naar het letsel van de ziekte. De ziekte had immers zijn materialiteit gekregen in de zieke. Bevond zich bij de klassieke geneeskunde de grondstructuur in de nosologische tabel, samengesteld op graad van gelijkenis, bij de moderne geneeskunde was deze grondstructuur gelegen in de pathologische anatomie en fysiologie van oorzaak en gevolg. Eerder is betoogd dat de moderne arts zich richt op het klinisch veld, dat bestaat uit een open medische ruimte en begrensd is door het lichaam van de zieke, waar de ziekte mee samenvalt. De arts creëert zelf dat klinisch veld door de medische ruimte te begrenzen en de waarnemingen verkregen uit onderzoek te beschrijven. Foucault spreekt over de medische blik. Dit is niet een ‘uitvinding’ van de moderne tijd, maar bestond ook daarvoor zij het in een bepaald andere organisatievorm (Foucault 2008, 117).

De blik kan het beste gedefinieerd worden als het geheel van weten, waarnemen en benoemen volgens een bepaalde epistemologische structuur, waarbij de term ‘blik’ verwijst naar een meervoudige waarneming en niet slechts naar het zien. In de 18^{de} eeuw was de blik ordenend en analytisch van karakter volgens een naturalistisch model. De blik was gericht op de symptomen, omdat de verzameling hiervan de ziekte werd genoemd. In de 19^{de} eeuw wordt de blik opgenomen in de klinische ervaring. Het kennend subject herrangschikt de symptomen en verschijnselen en zoekt naar de achterliggende pathologie. Aan het eind van de 18^{de} eeuw werd zodoende de medische blik op een nieuwe wijze georganiseerd (Foucault 2008, 112, 119). Het moderne medisch weten gaat samen met het zien en benoemen, waarbij het beschrijven van de uitingen van de ziekte zien en weten is geworden (Foucault 2008, 146). Er bestaat een relatie tussen het zichtbare en het zegbare (Foucault 2008, 125). De medische blik is het zichtbaar en zegbaar maken van het object ziekte voor het moderne medisch weten. De verandering in de medische blik rond 1800 was mogelijk, doordat het kennende subject gewijzigd en gereorganiseerd werd en zodoende op een nieuwe wijze ging functioneren (Foucault 2008, 118). Om de medische blik en haar verandering te beschrijven dient gekeken te worden naar de relatie arts en het object ‘ziekte’ met haar tekens en symptomen en dit te benoemen in taal. De arts in de 18^{de} eeuw was waarnemer, die kwalitatief en analyserend te werk ging. Hij ontcijferde de natuur en zijn blik was gericht op een gesloten veld, waar het waarnemen van de ziekte geschiedde in de vorm van het zien van volgens de tabel representatieve symptomen en tekens (Foucault 2008, 139-140). In de 19^{de} eeuw is de arts een onderzoeker met een kwantitatieve en explorerende blik, die te werk gaat door de natuur te ondervragen en te testen (Foucault 2008, 139-140). Het veld van de moderne arts is open: de moderne klinische blik dient deze te begrenzen om de juiste informatie te verkrijgen. Bichat (1771-1802) stond op de grens van het epistemologisch

verschil tussen het waarnemen van symptomen en tekens in de 18^{de} en 19^{de} eeuw (Foucault 2008, 149). Foucault beschrijft het verschil in de medische blik van de twee perioden: Menuret ²⁴ voelde aan de pols een symptoom van de ziekte en nam daarmee deel aan de wetenschap van het Opperwezen, terwijl Corvisart ²⁵ aan de pols voelde om het teken van het letsel te bestuderen (Foucault 2008, 199). De pols representeert niet meer de taal van de ziekte, die afgelezen wordt aan de hand van een tabel, maar krijgt betekenis binnen het door het medisch onderzoek gestelde vragen in de door de arts begrensde ruimte. Corvisart zag achter de pols het letsel van de ziekte in het lichaam van de zieke. Waar in de klassieke geneeskunde van de 18^{de} eeuw de symptomen representatieve verschijnselen van de ziekte en tekens aankondigingen van een symptoom zijn, is het symptoom in de 19^{de} eeuw een uitdrukking van de ziekte die door tussenkomst van de arts in een teken getransformeerd wordt. Het teken zegt wat het symptoom is binnen het medisch onderzoek (Foucault 2008, 118, 122, 200).

Om zekerheid over het bestaan van de ziekte te verkrijgen, gebruikte de 18^{de} eeuwse arts de tabel om het wezen van de ziekte volledig in woorden uit te drukken. Deze tabel vormde de tussenschakel tussen het wezen van de ziekte en de symptomen, waar de ziekte zich in manifesteerde. In de 19^{de} eeuw stuitte de geneeskunde op de complexiteit van het object, zowel ziekte als het zieke lichaam, en de onvolmaaktheid van de wetenschap. Volgens Foucault kwam de geneeskunde onder invloed van de wiskundige Laplace met een waarschijnlijkheids-berekening, die een convergentie van symptomen en tekens omvatte (Foucault 2008, 124-127). Elke zekerheid werd gezien als een geheel dat uit een aantal waarschijnlijkheden bestond. Zo werd de zwangerschap van een vrouw in acht graden verdeeld, waarbij elk teken een achtste deel van de gehele zekerheid bezat (Foucault 2008, 134-135). Foucault verwijst naar Brulley en Cabanis voor deze zekerheids- en waarschijnlijkheids-berekeningen (Foucault 2008, 134, 151). ²⁶ De medische blik is niet meer het inzicht van het geestelijk oog van Descartes en Malebranche, dat in staat is achter de verschijnselen het wezen van de ziekte waar te nemen en deze waarheid geeft met behulp van de abstracte, nosologische tabel, maar een empirische blik, die een zintuiglijk waarneembare waarheid zoekt (Foucault 2008, 12, 154). De moderne geneeskunde introduceerde de tijd als gebeurtenissen en verschoof de pathologie van verschijnselen naar die van gevallen, die zich in de tijd ontwikkelden. De klinische observatie, het verzamelen van feiten en doen van proefnemingen gaat een belangrijk

²⁴ M. Menuret, *Nouveau traité du pouls*, 1768.

²⁵ J.N. Corvisart, *Essai sur les maladies et les lésions organiques du coeur*, 1806.

²⁶ Foucault verwijst naar Brulley's werk *Essai sur l'art de conjecturer en médecine* uit 1801 en Cabanis's *Coup d'oeil sur les Révolutions et la réforme de la médecine* uit 1804.

onderdeel uitmaken van de moderne geneeskunde.

In de klassieke geneeskunde van de 18^{de} eeuw stond de observatie in directe relatie met het zichtbare, dat gerepresenteerd werd door de nosologische tabel. De moderne geneeskunde daarentegen maakt het onzichtbare zichtbaar door onderzoek en laat het experiment ter bevestiging van de diagnose een centrale plaats innemen (Foucault 2008, 138-9). De medische blik gaat een actieve rol spelen en gaat op zoek naar gebeurtenissen als tekens, die het verloop van de ziekte tonen.

De ervaring, die voor de arts deel uit maakt van de medische blik, verandert rond 1800. In de klassieke geneeskunde betreft de ervaring het aflezen en ontcijferen van de symptomen, het universaliseren, dat wil zeggen ontdoen van de particuliere verschijnselen en het aflezen van de universele symptomen op de nosologische tabel om te komen tot de essentie van de ziekte. De arts wist uit ervaring dat hij in deze analyse geen verstoring moest veroorzaken bij de zieke. De ervaring werd ingevoegd in het weten. In de moderne geneeskunde bestaat het weten uit een combinatie van kennis en praktische ervaring. Ervaring doet de arts aan het ziekbed op door te onderzoeken en proefnemingen te doen. Hij ontdekt de tekens, die de symptomen betekenis geven en door deze te verbinden met het letsel van de ziekte. De arts gaat van algemene ziekteverschijnselen naar de bijzondere, die aanwezig zijn in het individu en weer terug via waarschijnlijkheidsberekening naar het algemene (Foucault 2008, 111, 122).

Hoofdstuk 4

Conclusie

MICHEL FOUCAULT laat in *Geboorte van de kliniek* zien hoe hij de vertooganalyse inzet bij zijn archeologische methode. Hij onderzoekt de vertogen in de Franstalige medische boeken en verslagen uit de periode van 1769 tot 1825. De geschiedenis van het medisch weten toont een discontinuïteit rond 1800 en in vijftig jaar trad een complete verandering op in de geneeskundige theorieën en praktijken. Aan de hand van zijn studie kan gesteld worden dat rond 1800 met het epicentrum in Frankrijk de moderne geneeskunde is ontstaan. De veranderingen waren eind 18^{de} eeuw aangevangen met anomalieën, dat wil zeggen spanningen op het gebied van epidemieën, het bijzondere van de ziekte en het individuele van de zieke, die niet te beschrijven en te begrijpen waren binnen de klassieke geneeskunde.

In zijn boek gaat Foucault er echter niet op in hoe deze anomalieën ontstaan of gesignaleerd zijn. Noch geeft hij aan wat ten grondslag aan de veranderingen in het medisch weten heeft gelegen. Een derde punt wat niet onderbouwd wordt, is de verificatie en justificatie van zijn archeologische methode. Deze twee mankementen worden door de auteurs Flynn en Veyne aan de orde gesteld (Flynn 2005, 30-31, Veyne 2010, 16).

UIT HET BOEK zijn vier hoofdthema's geëxtraheerd betreffende het medisch weten:

1. het object 'ziekte'
2. de organisatie van de geneeskunde
3. de medische ruimte
4. de medische waarneming.

Het object 'ziekte' is het onderwerp van de discursieve praktijk en het onderwerp waar de geneeskunde zich op richt. Foucault laat zien dat de theorieën over het concept 'ziekte' veranderen van een abstracte ziekte-essentie tot een concrete pathologisch-anatomische en -fysiologische aandoening. De discursieve praktijk omvat een systeem van regels die overgedragen worden in de organisatie van de geneeskunde en in het onderwijs. In het boek valt het beloop van de reorganisatie goed te volgen en wordt duidelijk hoe deze heeft geleid tot de opkomst van de moderne kliniek. Het woord 'kliniek' uit de titel van het boek komt meerdere malen in bredere betekenis terug: in de term 'klinische blik' als type medische waarneming, als institutie 'de kliniek', en dan in de betekenis van onderwijsziekenhuis, van gestructureerde wijze van denken (de methode van klinisch onderzoek) en van de taal van gezondheid en ziekte. De medische ruimte is van belang, omdat deze de relatie tussen ziekte, zieke en arts weergeeft. De door de ziekte ingenomen ruimte is veranderd door het

gaan samenvallen met de ruimte van het zieke lichaam, waardoor de arts kennis kan verkrijgen over de ziekte door het lichaam te onderzoeken. De medische waarneming betreft over de wijze waarop het object 'ziekte' gezien en onder woorden gebracht wordt. Dit proces wordt de medische 'blik' genoemd; het vertelt hoe de arts de symptomen en tekenen verbindt met het concept 'ziekte'. De medische 'blik' kenmerkt in haar historisch wisselend gedaante de epistemologie van het medisch weten.

IN *Geboorte van de kliniek* behandelt Foucault het ontstaan van de moderne geneeskunde met als paradigma's:

1. het zichtbaar en zegbaar maken van de ziekte als pathologische aandoening
2. het relateren van het anatomisch letsel aan organische functieveranderingen
3. het omgaan met (on)zekerheden met betrekking tot waarheidsbevinding.

Dit blijven punten van aandacht in de moderne geneeskunde tot op heden.

Hoofdstuk 5

De orde van de cardiologische kliniek (onderzoeksopzet).

MICHEL FOUCAULT toont ons met zijn boek *Geboorte van de kliniek* twee belangrijke bevindingen. Ten eerste dat de geschiedenis van het medisch weten discontinu verloopt en zogenaamde breuken vertoont en ten tweede dat de moderne geneeskunde is ontstaan na een dergelijke breuk. Bij het onderzoek naar het weten zocht hij naar de vertogen in archieven.

Zijn boek laat zien dat aan het eind van de 18^{de} eeuw door anomalieën spanningen in de medisch praktijk ontstonden, dat deze praktijk in een vijftig jaar tijd volledig gereorganiseerd werd en dat het medisch weten revolutionair veranderde. Zijn werk roept echter twee grote vragen op. De eerste vraag betreft de verdere ontwikkeling van de moderne geneeskunde: hoe is de geneeskunde omgegaan met de paradigma's zoals het zichtbaar en zegbaar maken van de ziekte als pathologische aandoening, het in verband brengen van anatomisch letsel met de verstoorde orgaanfunctie en het omgaan met de (on)zekerheid met betrekking tot waarheidsbevinding? De tweede vraag is of het moderne epistèmè nog steeds actief is; met andere woorden: of er sprake is van anomalieën en spanningen vergelijkbaar met die aan eind van de 18^{de} eeuw in het medisch veld en of er wellicht sprake is van een omwenteling van het medisch weten?

Om deze vragen te beantwoorden zal er onderzoek gedaan worden in de meer recente medische archieven volgens de archeologische methode van Foucault, waarbij de aandacht in het bijzonder gevestigd zal zijn op cardiologische tekstboeken.

METHODE.

Het medisch archief.

ALS UITGANGSPUNT wordt de serie cardiologische tekstboeken *Braunwald Heart Disease - A Textbook of Cardiovascular Medicine* genomen. Een tekstboek is zowel een leerboek als een naslagwerk en omdat het werk het geheel van kennis betreffende het vakgebied weergeeft, met definities en rechtvaardigingen, behoort het tot de discursieve praktijk. Flynn zou zeggen dat het tekstboek de judicatieven en veridicatieve dimensies van de praktijk bevat (Flynn 2005, 31). De serie *Braunwald* omvat 30 jaar cardiologie in negen edities. Een ander groot standaardwerk is de serie *The Heart* onder de hoofdredactie van J.W. Hurst, dat in 13 edities de periode van 1966 tot heden omvat. Van eigen bodem zijn er de vijf Nederlandse cardiologische leerboeken uit 1978 tot en met 2008. De aandacht van mijn onderzoek zal gericht zijn op de afgelopen 30 jaar. Bij het onderzoek wordt

verder gebruik gemaakt van tekstboeken, guidelines, leerboeken voor medisch studenten over de medische praktijk en verslagen die met dit onderwerp te maken hebben.

Het onderzoek.

IN HET ONDERZOEK komen drie aspecten van een medisch epistème aan de orde, namelijk de anomalieën, paradigma's en de vormen van het medisch weten.

De vragen van dit onderzoek zijn:

1. hoe het moderne medisch weten met haar paradigma's zich ontwikkeld heeft
2. of een omwenteling in het huidige, moderne medisch weten aannemelijk gemaakt kan worden
3. wat de anomalieën zijn geweest
4. hoe deze nieuwe vorm van het medisch weten er uit ziet.

BIJ HET BEANTWOORDEN van de vragen wordt gekeken naar de vier hoofdthema's van het medisch weten:

1. het object 'ziekte'
2. de organisatie van de geneeskunde
3. de medische ruimte
4. de medische waarneming.

De studie is met name gericht op de cardiologische aspecten van het medisch weten.

TOEGEVOEGDE VRAGEN zijn of de verandering van het medisch weten geïsoleerd in het vakgebied plaats vindt of optreedt in het kader van een algemene omwenteling, in de woorden van Foucault: een overgang van epistèmè. Een laatste vraag betreft de localisatie van de verandering. De verandering van het medisch weten rond 1800 had haar epicentrum in het revolutionaire Frankrijk. Heeft de recente omwenteling eveneens een epicentrum of is er sprake van globalisering?

RESULTATEN.

DE RESULTATEN van het onderzoek worden als vervolg op de analyse van Foucaults boek *Geboorte van de kliniek* in de masterthesis gepubliceerd.

Literatuurlijst

- Braunwald, E. 1974, ed. *The Myocardium: Failure & Infarction*. New York, NY, USA: HP Publishing Co.
- Braunwald, E. 1980. The History. In: *Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Disease*. E. Braunwald, ed. Philadelphia, Penn, USA: Saunders, pp 3-12.
- Braunwald, E. 2005. Examination of the Patient. In: *Braunwald's Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Disease*. D.P. Zipes, P. Libby, B.R.O. Bonow, E. Braunwald, eds. Philadelphia, Penn, USA: Elsevier-Saunders, pp 63-76.
- College de France: http://www.college-de-france.fr/default/EN/all/ins_dis/michel_foucault.htm, 15 april 2012.
- CVOI, 2011, website: <http://www.cvoi.nl/profiel.html>, 13 november 2011.
- Dreyfus, H.L. and P. Rabinow. 1982. *Michel Foucault. Beyond Structuralism and Hermeneutics*. Chicago, Ill, USA: The University of Chicago Press.
- Fang, J.C., P.T. O'Gara. 2012. Examination. An Evidence-Based Approach. In: *Braunwald's Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine*. Eds R.O. Bonow, D.L. Mann, D.P. Zipes, P. Libby and E. Braunwald. Philadelphia, Penn, USA: Elsevier-Saunders, pp 107-125.
- Flynn, Th. 2005. *Foucault's Mapping of History*. In: *The Cambridge Companion to Foucault*. Ed. G. Gutting. Cambridge, UK: Cambridge University Press, pp 29-43.
- Foucault, M. 1975. *Geschiedenis van de waanzin*. Utrecht, NL: Boom.
- Foucault, M. 1983. *Qu'est-ce que les Lumières?* In: O. Dekens. 2004. *Qu'est-ce que les Lumières?* Rosny, F: Bréal.
- Foucault, M. 2006. *De woorden en de dingen*. Amsterdam, NL: Boom.
- Foucault, M. 2008. *Geboorte van de kliniek. Een archeologie van de medische blik*. Amsterdam, NL: Boom.
- Gutting, G. 2005. *Biographical Chronology*. In: Ed. G. Gutting. *The Cambridge Companion to Foucault*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, pp 2-18.
- Hendricks, Chr. 2008. Foucault's Kantian critique. *Philosophy & Social Criticism* 34 (4): 357-382.
- Karskens, M. 2000. *Michel Foucault*. In: eds. M. Doorman en H. Pott. *Filosofen van deze tijd*. Amsterdam, NL: Bakker, pp 215-229.
- Kitching, A., D. Sackett and S. Yusuf. 1998. Approaches to evaluating evidence. In: *Evidence Based Cardiology*, eds. S. Yusuf, J.A. Cairns, A.J. Camm, E.L. Fallen and B.J. Gersh. London, GB: BMJ Books, pp 3-23.
- Lee, Th.H. 2001. Guidelines: Electrocardiography. In: *Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular*

- Medecine*. E. Braunwald, D.P. Zipes, P. Libby, eds. Philadelphia, Penn, USA: Saunders, pp 126-128.
- Lee, Th.H. 2001. Guidelines: Diagnosis and Management of Acute Myocardial Infarction. In: *Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medecine*. E. Braunwald, D.P. Zipes, P. Libby, eds. Philadelphia, Penn, USA: Saunders, pp 1219-1231.
- Lee, Th.H. 2012. Measurements and Improvement of Quality of Cardiovascular Care. In: *Braunwald's Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medecine*. Eds R.O. Bonow, D.L. Mann, D.P. Zipes, P. Libby and E. Braunwald. Philadelphia, Penn, USA: Elsevier-Saunders, pp 42-48.
- Merquior, J. G. 1988. *De filosofie van Michel Foucault*. Utrecht, NL: Het Spectrum.
- Oosterling, H. 2006. Glossarium. In: M. Foucault. *De woorden en de dingen*. Amsterdam, NL: Boom, pp 455-460.
- Rabinow, P. 1984. In: *The Foucault Reader*, ed P. Rabinow. Middlesex, GB: Penguin Books.
- Reilly B.M., Chr.A. Smith and B.P. Lucas. 2005. Physical examination: bewitched, bothered and bewildered (editorial). *Medical Journal of Australia* , 182 (8), 375-6.
- Rich L.E., J. Sommons, D. Adams, S. Thorp and M. Mink. 2008. The Afterbirth of the Clinic. *Perspectives in Biology and Medicine* 51 (2): 220-236.
- Snellen, H.A. 1984. *History of Cardiology*. Rotterdam, NL: Donker Academic Publications.
- Veyne, P. 2010. *Foucault. De denker, de mens. (Foucault, sa pensée, sa personne)*. Kampen, NL: Klement.
- Zwart, H, 2008. Nawoord. De actualiteit van de archeologie van de medische blik: geboorte en dood van de klinische ervaring. In: M. Foucault. 2008. *Geboorte van de kliniek. Een archeologie van de medische blik*. Amsterdam, NL: Boom, pp 253-268.