

Begrepet «funksjonelle lidelser» vitner om biomedisinens dysfunksjonelle teorigrunnlag

I Tidsskrift for Den norske lægeforening ble det i nr. 11–14/2002 publisert en artikkelserie om funksjonelle lidelser eller somatisering. Jeg er uenig i denne seriens teoretiske forståelsesramme. De faglige paradokser, tilkortkommenheter, frustrasjoner, usikkerheter og utfordringer som påpekes i serien som helhet, er etter min oppfatning ikke blitt lokalisert med tanke på deres sanne kilde. Seriens hovedbudskap, nemlig en «fleksibel biopsykososial tilnærming» til de såkalte funksjonelle lidelser, dokumenterer en erkjennelsesteoretisk mangel i humanmedisinen. Min kritikk av dette ateoretiske og elektivt anvendte «supplement» til biomedisinen forankres i en fenomenologisk analyse av to autentiske sykehistorier.

*The question is not, as for Hamlet,
to be or not to be,
but to belong or not to belong.*
Marcel Proust (1)

Magesmerter, depresjon, svimmelhet og angst er blant de hyppigst forekommende helseplager en primærlege i Norge møter. Det går ikke en eneste arbeidsdag i allmennpraksis uten at minst én pasient har fremlagt minst et av disse symptomene. Og ikke sjelden angir våre pasienter at disse plagene representerer et betydelig problem for dem og at de begrenser deres utfoldelse, arbeidskraft og livsglede på avgjørende måter.

Magesmerter, depresjon, svimmelhet og angst tilhører også den gruppen av hyppige allmennmedisinske diagnoser som genererer ikke ubetydelige mengder henvisninger til utredninger i annen- og tredjelinje. Ofte har spesialisthelsetjenesten ikke mye å bidra med når det gjelder avklaring av patogeneesen. For angstens og depresjonens vedkommende fører det til at spesialistenes hjelp består i å anbefale bruk av psykofarmaka, ut fra en forståelse om at angst og depresjon er lidelser i den enkeltes sinn som kan påvirkes kjemisk. For magesmertenes og svimmelhetens vedkommende lyder spesialistenes vurdering oftest at man ikke finner organiske somatiske patologiske forhold som kan forklare symptomene, slik at plagen ansees som «funksjonell» (sic!). Da brukes «diagnosen» somatisering.

Allmennleger som mottar slike tilbakemeldinger, nikker ofte samtykkende. Men

Anne Luise Kirkengen
anlui-k@online.no
Behrens gate 8
0257 Oslo

de er ikke hjulpet av konklusjonen. «Funksjonelle» lidelser representerer nemlig uten unntak dysfunksjonelle tilstander. Det betyr at den medisinske oppgaven, nemlig å hjelpe et menneske som er så plaget av noe at vedkommende er ufør i sin hverdag, på langt nær er løst. Begrepet «somatisering» er ingen diagnose, ikke engang en dårlig diagnose. Det representerer derimot medisinsk retorikk. Det tildekker at medisinen, faget som skal forvalte kunnskapen om de kroppslige lidelser, mangler en faglig forståelse for helseproblemer som kjennes i kroppen, men som ikke byr på de kroppslige substratene som medisinen diagnostiske teknologi kan påvise. Det betyr at begrepene «somatisering» og «funksjonell lidelse» er artefakter av biomedisinske forklaringsmodeller. De peker følgelig på en erkjennelsesmangel i humanmedisinen.

Erkjennelsesteori

Når korrekt utførte biomedisinske undersøkelser ikke verifiserer en tilstand som er tilgjengelig for korrekt biomedisinsk behandling, er annen- og tredjelinjens oppgave utført. Primærlegen blir derved indirekte anmodet om, og rent praktisk nødt til, å ta andre metoder for avklaring av problemet i bruk. Konklusjonen er logisk og oppgaven høres enkel. Men behersker vi allmennleger andre metoder? Hvis ja, hvor har vi lært disse og hvilke av dem virker slik de skal, altså som adekvate løsninger på våre pasienters helseproblemer (2)?

I Tidsskriftet nr. 11/2002 ble det innledet en artikkelserie om de såkalte funksjonelle lidelser eller somatisering (3). Artiklene tematiserer alle hva som kan gjøres i form av medisinsk behandling når medisinsk utredning ikke verifiserer en organfeil. De fleste av forfatterne tilråder «en fleksibel biopsykososial tilnærming».

Begrepet «biopsykososial» ble som en slags trekantet modell eller et multifaglig konsept lansert av Engel (4). Modellen er ikke tuftet på en konsistent teori, og begrepet er intet annet enn en språklig konstruksjon. Likevel anvendes det i medisinen som om

det representerte en fruktbar forståelsesramme for det som unndrar seg biologiske forklaringer. «Ordet» skaper inntrykk av en slags likevektig integrasjon av viten fra tre ulike kunnskapsområder. Men både psykologien og sosiologien er fagfelter som favner mange og dels sterkt polariserte teorier. Hvis «bio-psyko-sosial» er et slags akronym for en syntetiserende tenkning, hvilke(n) av de tallrike psykologiske teorier om menneskers emosjoner og hvilke(n) av de ulike sosiologiske modeller om menneskers samliv inngår i så fall i den? Hvis begrepet skal tilkjennegi at visse – og vel å merke bare visse – kroppslige plager krever tilnærming ut fra det faktum at mennesker føler og er sosiale vesener, hvorfor blir de medisinsk verifiserbare menneskelige lidelser ikke inkludert i en slik forståelse? Er disse beviselig uavhengig av emosjoner og sosial tilhørighet? Meg bekjent er det mer og mer som tyder på at snarere det motsatte er tilfellet, nemlig at både høy morbiditet og høy mortalitet er positivt korrelert med høy emosjonell belastning og lav sosial status (5).

Hverdagsmedisin

Faget medisin har ingen autorisert teorikombinasjon fra psykologi og sosiologi i tillegg til den biologien som danner ryggraden i medisinstudiet. Er det da opp til meg som allmennpraktiker å skolere meg i psykologi og sosiologi generelt og deretter velge mine egne teoretiske posisjoner? Bør jeg i så fall «varedeklarere» meg selv ved å opplyse om mine teoretiske preferanser slik at personer som konsulterer meg kan vite på forhånd hva jeg vil bruke av ikke-medisinsk kunnskap i tilfelle de skulle ha plager som krever en «fleksibel biopsykososial tilnærming»? Skulle det følgelig stå på mitt dørskilt og mitt vitsett kort for eksempel: Anne Luise Kirkengen, dr.med., ortodoks freudianer og tvilende marxist? Ville jeg miste pasienter på grunn av denne selvangitte referanserammen? Ville det være klokere å skilte med feminist, eller ville alle menn da utebli? Kunne jeg regne med full liste hvis jeg skrev kognitivist, behaviorist og strukturalist?

Biomedisinsk teori hjalp meg i hvert fall ikke til å forstå Magdalenas magesmerter og depresjon og Irenes svimmelhet og angst. Mitt samarbeid med disse to kvinnene ble derimot ledet av en erkjennelse om at ethvert menneske er situert og intensjonalt (6, 7). Det betyr at vi alle fødes inn i samfunn som er strukturert av verdier, ritualer, regler og normer (8, 9). Vi ønsker alle å realisere visse

sentrale intensjoner (7, 10). Vi lever våre liv ut fra en oppfatning om en mening med det å leve (7–10). Vi legemliggjør både vår levde tid, de stedene hvor vi har levd og våre levde forhold til mennesker som, på godt eller vondt, er eller har vært betydningsfulle for oss (8, 11). Vi omgjør våre erfaringer til kropp, som reaksjoner, holdninger eller spenninger, i samsvar med den meningen vi tillegger dem (8, 11, 12). Våre tolkinger preges av vår personlige forståelseshorisont og en større, sosiokulturelt definert forståelsesramme, siden vår identitet utgjøres av hvem vi er for oss selv og hva vi betyr for andre. Med andre ord, jeg forankret mitt medisinske samarbeid med Magdalena og Irene i en fenomenologisk værens- og kroppsfilosofi (13, 14). Derved ble både deres opplevde liv og deres levde kropp gyldige kunnskapskilder for å forstå deres aktuelle helseproblemer.

Magesmerte og depresjon

Magdalena er 80 år og lever sammen med sin mann. Hun oppsøkte meg på grunn av stadig tiltakende magesmerter. Hun var urolig og samtidig litt ergerlig. Det passet dårlig å være syk nå, rett før hennes 60 års bryllupsdag. Blodprøvene viste økte verdier for to levertransaminaser, ikke dramatisk, dog tydelig, ellers normale funn. Ultralydunder-søkelse av øvre abdomen kunne ikke avsløre feil. For øvrig hadde Magdalena ingen andre plager, bortsett fra at hennes mangeårige depresjon var mer følbare. Medikamentet som hjalp så godt i starten, gjorde ikke samme nytten lenger. Det var det n-te preparatet hun hadde prøvd. Hun hadde vært litt forberedt på denne utviklingen, sa hun.

I de følgende samtalen om mulige årsaker til leverproblemen forstod jeg gradvis at jeg satt overfor en kvinne som hadde en 60 år gammel knyttneve i magen. Den traff henne da hun var så lykkelig og samtidig så sårbar som aldri før. Denne knyttneven, og det var Magdalena egen metafor, laget smerten her og nå. Smerten var nemlig ikke ny. Den hadde kommet år etter år ved omtrent disse tider, men sjelden så heftig som i år. Samtidig pleide hennes depresjon å bli tydeligere. Ved slike anledninger pleide psykiateren hennes å skifte medisin.

Magdalena var yngst og eneste datter i en velstående familie. Tre brødre gjorde henne til prinsesse i huset. Hun hadde beskyttere overalt, hun nøyte stor frihet, men var aldri uten en eller flere storebrødre rundt seg. Interesserte friere møtte kritiske øyne. Men så kom prinsen som kunne godtas. Han fridde og fikk ja. Familien var glad, prinsessen var lykkelig, forelsket og snart nygravid. Så kom knyttneven i form av et brev. Det var fra en kvinne som hadde et krav på prinsen hennes. Magdalena ble truffet så voldsomt i sin gravide mage at hun trodde hun ville miste barnet. Men hun ble også truffet i sin ærbarhet, og gjennom det ble hennes families ære truet. Det målbandt henne. Familien ville

anklage mannen, og han ville miste deres respekt. Hun ville stå imellom og muligens miste enten familien eller mannen eller begge. Hun måtte tie, svelge og godta sin avmakt. Avmakten preget hennes videre liv. Det som var så tungt og ikke kunne sies, fikk navnet depresjon. Smertene fikk navnet ikke-ulcus dyspepsi. Men sinnet og raseriet over sviket og fornedrelsen fikk aldri sitt rette uttrykk. For, som Magdalena sier: «Hva hadde det nyttet? Han bad om tilgivelse. Hva annet kunne jeg gjøre?»

Erfaringshorisonten

Antropolog Nancy Scheper-Hughes tilbyr gode begreper å tenke om kropp med. Et av dem er «the mindful body». Magdalena kropp er «mindful», besjelet. Den taler i hennes rasjonalitet og logikk. Den gir liv til et annet av Scheper-Hughes' tenkeredskaper, «the rebel body», den opprørske kroppen. Selv om den faller periodisk til ro, gjør Magdalena kropp, etter 60 år, fremdeles opprør hvert år på den tiden da fornedrelsen skjedde og måtte forties. I hennes ellers vel-fungerende kropp finnes en knyttneve som hun bare kan omtale med tilsørende ord, og som ingen ser eller vet om.

Neven traff der hvor hun var mest sårbar, hvor hennes seksualitet, fruktbarhet, kvinnelighet og ærbarhet plutselig var knyttet sammen med en annen, fremmed kvinnes. Neven ble et *vedvarende* slag hun aldri overkom. Fornedrelsens kraft ble bestemt av Magdalena sosiale kontekst. Ifølge den var hun seksuelt urørt da hun traff sin mann. Jomfrueligheten utgjorde hennes ærbarhet. Mannens ære var derimot knyttet til andre kjennetegn.

Forståelsesrammen

Denne kulturstyrte distinksjonen mellom kvinners ærbarhet, knyttet til uberørthet og til sine mannlige slektningers sosiale rang, og menns ære, knyttet til deres egne bragder eller ressurser, har den tyske sosiologen Frigga Haug tydeliggjort. Men selvsagt skulle en mann av ære holdt sin fortid for seg selv. Da han ikke greide det, var det Magdalena oppgave å forhindre avsløring og offentlig skam gjennom å bære smerten og å godta nedverdigelsen etter spillereglene i hennes samfunnssjikt.

Siden mannen bad om tilgivelse, var det dessuten hustruens kristne plikt å tilgi. Magdalena sinne og raseri over fornedrelsen ble brakt til taushet av lover som er uskrevne, men sterke. De krevde underkastelse. Alt annet ville ha kostet enda mer. Fordi hun ikke kunne snakke om en smerte i livet, fikk hun en smerte i kroppen. Den måtte etter reglene for det som ikke kan snakkes om, omtales med ord om kroppslig lidelse.

Sosiokulturell strukturert disiplinering omformet Magdalena fra krenket person til syk kvinne. Sosialt uakseptabelt opprør ble brakt til taushet og derved omgjort til sosialt akseptabel sykdom. Idet hun fødte seg,

ble hun føyd inn i den endeløse rekken av kvinner med ubestemmelig smerte og depresjon. Hun bekreftet derved epidemiologiske data angående sykdomsforskjeller mellom kvinner og menn. At disse faktisk ikke har biologiske årsaker, men er sosiokulturelle konstruksjoner forkledd som vitenskap, er for lengst blitt påpekt av mange samfunnsvitere (15).

Forhistorien

Irene hadde vært pasient ved min praksis i mer enn 20 år. I noen av disse årene hadde vi ikke hatt kontakt på grunn av fravær fra praksisen og fordi Irene selv hadde bodd utenlands, en følge av hennes arbeid i et forlag. Hun hadde i alle disse årene ikke trengt sykmelding.

Ved én anledning, for et par år siden, hadde hun beskrevet at hun av og til kunne føle noe som liknet på angst når hennes mor kom med sine litt tildekkede klager om at datteren ikke viste nok omsorg. I den forbindelse hadde vi snakket om at angsten muligens ble utløst av en fornemmelse av å være fanget eller låst. Irene var da blitt klar over at hun hadde sterk pliktfølelse og at dette kunne føre til at hun påtok seg ansvar hun egentlig ikke ønsket, noe som førte til en følelse av å være kontrollert av andre.

Svimmelheten og angsten

En vår klaget Irene over langvarig forkløelse som ikke ville gi seg. Så ble hun tett i begge ørene. Nesespray og saltvann var virkningsløst. Øreskylling lindret ikke plagen. Så fortalte hun at hun hadde hatt flere kortvarige, lette «anfall» av svimmelhet den siste tiden som gjorde henne engstelig. Hun ble henvist til øre-nese-hals-spesialist med spørsmål om serøs otitt eller affeksjon av labyrintene. Etter en omfattende utredning konkluderte spesialisten med at det ikke forelå patologiske forhold, men at han mistenkte redusert mikrosirkulasjon i labyrintene. Han anbefalte Albyl-E i tre uker og deretter en mer omfattende undersøkelse.

Noen uker senere bad Irene om et beroligende medikament for en økende uro som hun ikke kunne navngi. Svimmelheten kom sporadisk og var til å holde ut. Vi snakket om at hun følte seg presset av sin mor til ytelser hun ikke kunne nekte fordi hun ikke ville sære moren. Rett etter min ferie fortalte hun at hun imens har vært ved en nevrologisk poliklinikk etter henvisning gjennom en lege i vennekretsen. Han tok affære da hun bad om hjelp etter at hun plutselig fikk et kraftig svimmelhetsanfall og ikke kunne reise seg eller stå. Ved poliklinikken ble det tatt en rekke relevante undersøkelser, alt med normale resultater. Nevrologen konkluderte med at det trolig dreide seg om en stressløs benign posisjonsvertigo, siden det kunne synes som om svimmelheten ble provosert av visse hodestillinger. Stresset kunne skyldes stort tidspress på jobben. Irene var blitt deltids sykmeldt. Nevrologen hadde an-

tydet at det kunne være påkrevd å foreta en utredning ved Haukeland Sykehus med tanke på krystallsyke.

Irene bad om forlengelse av sykmeldingen siden hun skulle utredes videre, og siden hun ikke klarte å gjennomføre full arbeidstid. Plagene var så sterke, og verst var usikkerheten omkring «neste anfall». En måned senere, etter enda flere negative undersøkelser, snakket vi sammen igjen. Da nevnte Irene for første gang at angsten for svimmelheten var sterkest om morgenen, og at hun kunne få en akutt uro når hun kom ut på kjøkkenet, der alle vinduene var tildekket pga. stillaser på utsiden. Det hadde foregått oppussing lenge, helt urimelig lenge. Dette sa hun med sterkt trykk på ordene, slik at jeg hørte både noe om «lukket, innestengt» og om «urimelig». Da jeg bad henne si mer om dette, fortalte hun at eieren av nabogården hadde laget store problemer ved innsigelser mot arbeidet etter at det var påbegynt. Det var blitt til en stor tvist. Naboen hadde anlagt rettssak. Da arbeidet måtte stanses inntil saken var avklart, tok håndverkerne på seg andre oppdrag. Og selv om naboen tapte saken, kom arbeidet ikke straks i gang igjen. Naboen ville anke. Fremdeles var alt usikkert.

Irenes fortelling ble stadig mer engasjert. Hun var synlig preget av indignasjon, pusten endret seg og hun fikk «sinte» flekker på halsen, men hun brukte ikke «sinte» ord. Hun var så sterkt preget av følelser at jeg spurte om det var dette, det å være utlevert til en uforutsigbar person, som plaget henne mest. Det bekreftet hun umiddelbart, og hun gjentok at naboen hadde vært helt urimelig, aldeles urimelig. Da jeg grep ordet og spurte om denne vilkårligheten, denne følelsen av å være utlevert til en annens urimelighet, om det minnet henne om noe som hadde hendt henne før i livet, da skjedde følgende: Irene ble et øyeblikk helt stille, så begynte ansiktet å arbeide, og så sa hun, mens hun hoppet over et bekreftende ja, med et sterkt forundret tonefall: «Men det er da over 30 år siden.» Og så kom tårene.

Etter et øyeblikks pause fortalte hun uten overgang om en dyp krenkelseserfaring som lå 30 år tilbake og som brakte henne fullstendig ut av balanse i en periode. Den var helt hinsides rimelighet. Den knyttet seg til en av hennes aller nærmeste som sveik henne da hun var helt henvist til vedkommenes støtte, lojalitet, ansvarsfølelse og anstendighet. Hun var uten forvarsel blitt kastet ut i en livssituasjon som, fra den ene dagen til den neste, hadde brakt alle hennes planer i fare. Alt var plutselig blitt utrygt og uforutsigbart. Situasjonen hadde tvunget henne til å tilpasse seg forhold hun aldri selv ville ha valgt. Omstendighetene hadde låst henne fast. Det handlet krenkelsen i fortiden om. Der var det som liknet. Derfor hadde uforutsigbarheten og urimeligheten i nåtiden gjenopplivet den sjokkerte, eksistensielt truende ydmykelsen i fortiden. Derfor hadde en konstellasjon

her og nå som liknet på en trussel der og da igjen brakt en ellers svært autonom og kompetent kvinne, bokstavelig talt, helt ut av likevekt.

Avslutning

Når noe, hva det enn måtte være, krenker et menneskes verdighet, da skjer vold. Volden handler om fravær av respekt for en annens integritet. Et menneskes verdighet, selvtakelse og selvrespekt er tett knyttet til andres respekt og aktelse og er derfor truet når en nær og betydningsfull person viser sin forakt. Når en slik krenkelse skjer, så angår og påvirker den hele mennesket i hans eller hennes væren. Fordi krenkelsens vesen er vold, forvolder den smerte selv når fysisk vold er fraværende. Smerten finner sitt sted i den levde kroppen på en meningsfull måte. Det finnes nemlig en kroppslig sammenheng mellom hvordan en smerte oppleves og hvordan den leves videre. Jo mer smerteerfaringen må holdes skjult for omverdenen, eller jo mer den tildekkes og forties i kraft av rådende maktstrukturer, desto mindre får den sitt rette navn og sin rimelige heling.

Medisinen er faget for behandling av smerte. Om smerten fremstår som et kroppslig eller et mentalt avvik fra en definert norm, avgjør hvilken del av faget som blir tillagt behandlingsoppgaven. Så lenge faget er delt opp på en måte som vitner om et syn på mennesket som delt i kropp og sinn, vil faget verken kunne se mennesket i hele sin væren eller smerten i hele sin mening. Forutsetningen for en meningsfull menneskelig tilværelse er nemlig ikke oppfylt gjennom bare å være, men, slik Marcel Prousts foranstående parafrase av den ensomme Hamlets værensspørsmål tydeliggjør, *om å være til i samvær med andre*.

Min konklusjon er at bruken av begrepene «funksjonell lidelse» og «somatisering» dokumenterer medisinsens begrensede forståelsehorisont i forhold til at menneskelig lidelse springer ut av de sentrale forutsetninger for menneskers væren. Selve det biomedisinske teorigrunnet genererer følgende en type medisinske oppgaver som i all hovedsak blir kanalisert inn i allmenntilstanden. Disse oppgavene representerer det mest krevende og minst meritterende arbeid i allmennpraksis. Begrensningene oppveies ikke av at enhver allmenntilstand prøver å være så empatisk og så skolert i ikke-medisinsk kunnskap som overhodet mulig. Begrensningene er faktisk hele fagets problem. Og de truer hele fagets troverdighet.

Min kritikk er ment som et argument for å integrere en konsistent værenslære, nemlig fenomenologi, i humanmedisinsens forståelsesgrunnlag. Tolkninger av menneskelig lidelse uten en slik forankring gjør nemlig urett mot menneskers vesen. Humanmedisinen, faget som forvalter kunnskap om menneskers sykdommer, kan ikke bare begrunnes biologisk med et ateoretisk «nødssupplement» for visse, spesielle tilfeller og for

bruk i allmenntilstanden eller av de spesielt interesserte blant spesialistene. Uten et anker i en værenslære gjør faget nemlig ikke bare de menneskene som søker fagets hjelp fremmede for seg selv og sitt eget levde liv, men også de menneskene som utøver dette faget. Det er denne fremmedgjøringen, naturvitenskapelig i sin begrunnelse og objektgjørende i sin virkning, som representerer den dypeste krenkelsen av den menneskelige integritet. I hjelpens navn rammer den både de mennesker som er pasienter og de mennesker som er deres leger.

Autorisasjon

Magdalena og Irene har begge autorisert tolkingen av deres helseproblemer slik som den her er fremlagt. Magdalenas kommentar var: «Jeg ble ikke glad da jeg så det hele i en sammenheng. Jeg kjente faktisk knyttneven igjen. Men det betyr også at dette er den rette forståelsen av mine smerter og min depresjon. Og det er tross alt beroligende å vite at ting faktisk henger på greip, ikke sant?» Irene har bekreftet at hun gjenvant balansen gjennom å forstå hvordan hennes levde erfaring påvirket hennes aktuelle kroppssopplevelse. Da hun kunne se sammenheng, kunne hun nemlig også velge hensiktsmessige tiltak som motvirket følelsen av avmakt.

Litteratur

1. Proust M. In search of lost time. London: Chatto and Windus, 1992.
2. Høltedahl KA. Hva slags kunnskap har leger? Hva slags kunnskap har allmennpraktikere? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1306–8.
3. Malterud K. Somatisering – en dårlig diagnose. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1092.
4. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129–36.
5. Westin S. Sosiale gradienter i helse. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1861.
6. Descombes V. The mind's provisions. A critique of cognitivism. Princeton: Princeton University Press, 1994.
7. Cassell EJ. The body of the future. I: Leder D, red. The body in medical thought and practice. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1992.
8. Scarry E. The body in pain. The making and unmaking of the world. New York: Oxford University Press, 1985.
9. Toombs SK. The meaning of illness. A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1992.
10. Frank AW. The wounded storyteller. Body, illness, and ethics. Chicago: University of Chicago Press, 1995.
11. Rothschild B. The body remembers. The psychophysiology of trauma and trauma treatment. New York: W.W. Norton, 2000.
12. Thornquist E. Musculo-skeletal suffering: diagnosis and a variant view. Sociology Health Illness 1995; 17: 166–92.
13. Kirkengen AL. Inscribed bodies. Health impact of sexual abuse in childhood. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2001.
14. Toombs SK, red. Handbook of phenomenology and medicine. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2001.
15. Lock M, Gordon DR. Biomedicine examined. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1988.