

MEERTEN B. TER BORG

Op zoek naar hoop

INLEIDING

Religie, magie en geneeskunde zijn altijd nauw met elkaar verbonden geweest. Vele heilige figuren, tot Jezus Christus toe, waren altijd óók genezers, en velen van hen waren heiligen, juist omdat ze genezers waren. Helemaal verwonderlijk is dit niet, want bij ziekte, gebrek en dood komt de menselijke kwetsbaarheid onbarmhartig in zicht en zowel geneeskunde als religie is erop uit de pijn daarvan te verzachten.

De band tussen het religieuze en de geneeskunde lijkt verbroken sinds de geneeskunde op wetenschap is gebaseerd. Nu is het medische onderzoek zonder twijfel wetenschappelijk. Maar geldt dit in even sterke mate voor het medisch handelen en voor de medische consumptie? Zijn daar religieuze kwesties niet een rol blijven spelen? Daar hoor je weinig over, tenzij er sprake is van sommige vormen van alternatieve geneeskunde. Dan komen begrippen als magie en geloof weer om de hoek kijken. Consumptie in het alternatieve circuit wordt daarbij dan vaak een terugval genoemd naar een atavistisch bijgeloof. De postmoderne patiënt, zegt de historicus Shorter, is weer terug bij het kruidenvrouwtje van weleer.¹

Er is een tegenstelling gecreëerd: de rationaliteit van de reguliere medische consumptie wordt als vanzelfsprekend aangenomen, net als de irrationaliteit van andere vormen van medische consumptie. Die tegenstelling lijkt mij wat te absoluut. Het reguliere medische bedrijf is minder rationeel

dan hier kennelijk stilzwijgend wordt aangenomen, en het alternatieve circuit is minder irrationeel.² Maar daar gaat het mij niet in de eerste plaats om. De denkfout die men hier maakt, is dat men stilzwijgend veronderstelt dat de productie net zo rationeel of irrationeel is als de consumptie. Maar dat hoeft niet het geval te zijn. Ook als de medische wetenschap strikt wetenschappelijk en rationeel zou zijn, hoeft dat niet te betekenen dat het therapeutische bedrijf dat erop is gebaseerd, zelf ook strikt wetenschappelijk en rationeel is. Om van de consumptie nog maar te zwijgen.

Het komt mij voor dat men er, onder invloed van de ideologie van de Verlichting en de modernisering, stilzwijgend van uit is gegaan dat mét het verdwijnen van religie en magie uit de aanbodzijde, religie ook verdwenen is uit de vraagzijde. Dit, tenzij men om welke reden dan ook terugvalt in premodern gedrag en een kwakzalver opzoekt. Het verdwijnen van religie lijkt zo vanzelfsprekend. De medische wetenschap kan steeds meer en de mensen zijn steeds beter geschoold. En dan is er nog het proces van secularisatie, waardoor de religie helemaal van het toneel lijkt te verdwijnen.

Toch, dwars tegen deze schijnbare evidentie in, wil ik betogen dat men te snel, te gemakkelijk heeft verondersteld dat magie en religie uit het medische bedrijf zijn verdwenen, aan de consumptiekant, aan de vraagkant. Ik wil daartegenover aannemelijk maken dat de geneeskunde, zeker aan de vraagkant, eerder meer dan minder religieus is geworden. Daarmee is allerminst bedoeld dat de geneeskunde een religie is geworden. Er is mee bedoeld dat de geneeskunde een grotere religieuze lading heeft gekregen doordat de moderne heilsverwachting er meer aan is opgehangen dan in de tijd waarin het heil in de eerste plaats bij God gezocht werd.

Ik begin met een korte schets van wat er door de mo-

dernisering in ons religieuze leven is veranderd. Daarbij vertel ik welke invloed deze veranderingen in de westerse cultuur hebben op onze visie op ziekte, gebrek en genezing. Dat leidt tot een betoog over de medicalisering van de zingeving en de medicalisering van religie. Vervolgens probeer ik te laten zien dat dit het rationeel gebruiken van de medische voorzieningen door de consumenten niet in de weg staat. Vervolgens hoop ik aannemelijk te kunnen maken dat de toename en de grenzeloosheid van de medische consumptie, of die nu regulier is of alternatief, naast vele andere factoren ook voortkomt uit het te weinig erkennen of herkennen van religieuze en zingevingsaspecten. De analyse wil ik besluiten met de boude bewering dat meer aandacht voor zingevingsvraagstukken en meer geestelijke verzorging bij het terugdringen van de medische consumptie zouden kunnen helpen.

DE MEDICALISERING VAN WERELDBEELD EN ZINGEVING

Wanneer er sprake is van de medicalisering van onze samenleving, dan denkt men vooral aan de groei van het gezondheidsbudget, aan de toename van het aantal doktoren, de toename van de medische consumptie en controle. Minder realiseert men zich dat ook ons wereldbeeld³ tot op zekere hoogte gemedicaliseerd is, en dat, omgekeerd, de medicalisering van de samenleving een samenhang vertoont met een aantal kenmerken van het westerse wereldbeeld en met het proces van modernisering. Ik wil kort enkele van die samenhangen noemen.

Een trend waarvan we het belang moeilijk kunnen overschatten, is de *individualisering*. Het individu wordt de maat van alle dingen. Dit toenemende belang van het individu, van het eigen ik, leidt in de moderne tijd tot iets wat er daarvoor niet was: het steeds belangrijker worden van de eigen gevoelens en het eigen lichamelijk functioneren. Pijn, en vooral ook pijntjes en gevoelens worden een maatstaf voor het welbevinden. Daarbij leert men gevoelig te zijn voor tekenen die het lichaam geeft, men is erop gespitt (Shorter 1985: 107v). Volgens de historicus Shorter is dat de moderne patiënt: de man of vrouw die voortdurend bezig is met te duiden waarop de traditionele patiënt niet lette: allerlei vage tekenen van het lichaam. Dat zijn ook de klachten waarmee men naar de dokter gaat. Deze interesse voor de eigen gevoelens begon bij de hogere klassen en is duidelijk een dalend cultuurgoed. Aanvankelijk zijn het de rijken die met verkoudheden en onschuldige darmbezwaren naar de dokter gaan. Minder vermogenden hadden geen keelpijn en geen diarree. Dit is veranderd: de vage klachten zijn gedemocratiseerd.

Dit leidt op zich al tot toename van de medische consumptie. Maar dan heeft er een interessante omkering plaats. Lichamelijk ongerief is niet alleen een ongemak, veel ongemak wordt ook lichamelijk ongerief. Veel onbehagen wordt lichamelijk gedefinieerd. Het lijkt wel of het lichaam de antenne wordt voor alles wat ons niet bevalt. Het dominerende medische discours is een voor de hand liggende bedding waarin veel onbehagen zich voegt. Het onbehagen heeft een adres (Bauman 1992: 151).

Daarmee zijn we bij een tweede trend die ik wil noemen: de *toename van materialisme*. De term materialisme heeft vele betekenissen. Voor ons onderwerp is relevant dat de neiging toeneemt het materiële als meer reëel, meer wer-

kelijk te beschouwen dan het geestelijke. Bovendien trachten we systematisch materiële oorzaken aan te wijzen voor alles, dus ook voor onacceptabele gevoelens zoals pijn. We hebben geen duiveltje in ons zitten dat er door een exorcist uitgewerkt moet worden. God straft ons niet met een vreselijke ziekte. Onze pijn en pijntjes duiden op een hapering in de machinerie. Dit geldt al sinds Descartes in toenemende mate voor ons lichamelijk lijden, maar in de laatmoderne tijd wordt ook het dualisme tussen lichaam en geest steeds verder teruggedrongen. Ook al lukt het niet het geestelijke restloos tot het lichamelijke te herleiden, toch worden verklaringen voor geestelijk lijden steeds meer (en vaak ook: uitsluitend) in de *machinerie gezocht*. De opkomst van de biologische psychiatrie is hiervoor indicatief.

Deze twee processen zijn in feite manifestaties van een derde, de *toenemende binnenwereldlijkheid*, een toenemende oriëntatie op *deze* wereld en op *dit* leven. In *déze* wereld moeten de oorzaken van ons lijden gevonden worden, en niet in de wil van God of in een kwaad gesternte. En ook de verlossing van ons lijden zoeken we in deze wereld. Daarvoor dient de medische wetenschap en haar successen maken de *binnenwereldlijke oriëntatie* plausibeler, en leiden zo weer tot een grotere binnenwereldlijkheid. Als nu ten gevolge van deze toenemende secularisering (verbinnenwereldlijking) een transcendente wereld, een wereld die elders is, steeds onwaarschijnlijker wordt, dan is het ook weer in *deze* wereld dat zo niet het paradijs, dan toch een zekere mate van paradijselijkheid bereikt dient te worden (Ter Borg 1993: 114). De beloning voor onze goede werken kan uitsluitend ter plekke worden geïncasseerd. Het medische bedrijf is gericht op het overwinnen van de lichamelijke beperktheid. In een seculiere samenleving als

de onze betekent dat niet alleen het overwinnen van de dood (voor zolang als het duurt), maar ook het overwinnen van gebrek. Gebrek aan wat dan ook. Gebrek aan levensvreugde. De aarde is niet langer een doorgangshuis of een leerschool voor een later beter leven. Hier op aarde moet het gebeuren. Wanneer het niet gebeurt, wanneer het leven lijden is, dan is men in feite alles kwijt. In dit licht is lijden niet zinloos. Lijden is onaanvaardbaar.

Deze houding is misschien ondenkbaar zonder een kenmerk dat we *activisme* kunnen noemen, en dat volgens Weber (1972: 328v) via de joods-christelijke traditie in onze cultuur is ingebracht. Het is het idee dat we onze situatie zelf ter hand moeten nemen en moeten trachten te verbeteren. De aarde is weliswaar een tranendal, maar we hoeven dat niet lijdzaam te aanvaarden. Er is iets tegen te doen en wel door onszelf. Het gaat bij dit handelen uiteindelijk om niets minder dan het overwinnen van het menselijk tekort, en dat kan tot een steeds grotere perfectie worden opgevoerd. Dit is de *perfectibilité* van de Verlichting. Het streven naar vervolmaking van de wereld en van ons leven daarin. Daarbij hoort ook een vooruitgangsgeloof (Ter Borg-Neervoort 1982: 7v).

RATIONALISERING EN VERWETENSCHAPPELIJKING

De middelen die ons daarvoor ter beschikking staan zijn rationaliteit en wetenschap. Anders dan het woord doet vermoeden gaat het bij de wetenschap al lang niet meer primair om het weten. Het gaat om het onderwerpen: de natuur in ons, de natuur buiten ons, en de medemens. Het zijn vooral de (toegepaste) natuurwetenschappen die hierin ver gevorderd zijn. Daaraan danken zij hun niet geringe

prestige. Door hun succes maken ze het moderne wereldbeeld plausibel. Mede daardoor zijn ze niet alleen een methode, maar ook de rechtvaardiging van het moderne wereldbeeld.⁴ Bovendien ontlene wij westerlingen hieraan voor een belangrijk deel ons zelfbeeld.

Het moderne, wetenschappelijke, binnenwereldlijke wereldbeeld bestaat omdat wetenschap en technologie, dankzij hun indrukwekkende prestaties ten goede en ondanks de effecten ten kwade, voor velen aannemelijk maken dat we op de goede weg zijn. Het vooruitgangsgeloof vertelt ons daarbij dat we nog nooit zo ver geweest zijn op de goede weg en dat we op deze weg zullen blijven.⁵ De wetenschap is de onderbouwing van het moderne wereldbeeld als zodanig. Wetenschappelijkheid en rationaliteit zijn basiswaarden van het moderne wereldbeeld, dat wil zeggen dat ze het mede constitueren (Ter Borg 1991: 169v).

Dat geldt *a fortiori* voor de *medische wetenschap* omdat deze gericht is op het bij ons centraal staande individu⁶. De medische praktijk echter is er niet in geslaagd zich op hetzelfde wetenschappelijke niveau te bewegen als de medische wetenschap. Dat neemt niet weg dat het prestige van de medische wetenschap sterk op de medische praktijk afstraalt.⁷ Wat voor de verwetenschappelijking geldt, geldt dan ook in nog sterkere mate voor de *medicalisering* van onze samenleving. De medische wetenschap heeft daarbij een duidelijke belofte. Deze maakt deel uit van het activisme en het oude Verlichtingsidee van de *perfectibilité*: er kan iets aan gedaan worden. Sterker nog: er behoort iets aan gedaan te worden. En er *zál* ook iets aan gedaan worden. Van medisch ingrijpen, in welke vorm ook, wordt het heil verwacht. Het is hierom dat artsen zo vaak moeite hebben *niét* iets voor te schrijven.

De medische wetenschap is zo een basis geworden van

ons wereldbeeld. Dat gaat zeer diep. Ze is ook een symbool van het westerse wereldbeeld en heeft daarbij (misschien: daardoor) universele pretenties. Medische prestaties, zoals het laag houden van de kindersterfte, zijn bijvoorbeeld wereldwijd een graadmeter voor de beschaving van een land. Daarbij is gezondheid een norm en een waarde, in Nederland veruit de hoogste waarde.⁸

Ik vat samen. Medicalisering van de cultuur houdt in dat onze problemen, die als persoonlijke problemen worden geduid, vaak een lichamelijke vertaling krijgen en vervolgens object worden voor een of andere vorm van medisch handelen. Ons wereldbeeld zelve is tot op zekere hoogte gemedicaliseerd en daarmee ook de zingeving. Wat een zinvol leven is, wordt niet bepaald door de geïnstitutionaliseerde religie, maar door onszelf, in termen die vaak medisch van aard zijn. De termen *goed* en *kwaad* zijn vaak vervangen door *gezond* en *ongezond*. Ons geluk en ons ongeluk, de waarde van ons leven en ons werk, onze lusten en onze lasten, het staat allemaal, positief of negatief, in het teken van de hoogste waarde: de gezondheid, en van het hoogste doel: 'je lekker voelen'.

DE MEDICALISERING VAN RELIGIE

De verwachtingen die we door de gemedicaliseerde zingeving van het medische bedrijf gekregen hebben, zijn vaak hoog gespannen. Daardoor komt de verhouding tussen geneeskunst en religie in een interessant licht te staan. We ervaren wonderen, maar we weten dat het geen wonderen zijn maar prestaties van de menselijke ratio.

In de krant die ik lees, wordt af en toe een medische column geschreven door een man die zich onmiskenbaar

op zijn wetenschappelijkheid laat voorstaan.⁹ Vaak heeft die de volgende structuur. Er wordt wat medische kennis overgedragen. Bij wijze van conclusie worden ons daarin vaak nieuwe geneeswijzen in het vooruitzicht gesteld. Maar ons worden ook dringende adviezen verstrekt met betrekking tot onze manier van leven. Ons wordt duidelijk te verstaan gegeven wat we moeten doen, maar toch ook vooral moeten laten.

Deze structuur heeft wel iets weg van sommige godsdienstige, en met name christelijke preken: het combineert kennisoverdracht met heilsverwachting en geboden die het gedrag betreffen. Maar die overeenkomst gaat verder dan alleen de structuur van de communicatie.¹⁰ Het betreft ook de inhoud. De hoop is niet zomaar hoop. Het betreft hier verlossing van pijn en overwinning van de dood, die helaas vooralsnog van tijdelijke aard moet zijn. Ook de geboden en vooral verboden zijn niet zomaar geboden en verboden. Het zijn gedragsregels die vaak het genot betreffen, zaken die voor velen het genot van het leven uitmaken. Er wordt ascese verlangd, net als in christelijke preken. Eindigheid en ascese.

Wat hieruit spreekt zijn niet zozeer parallellen tussen traditionele godsdienst en het medische bedrijf, maar eerder functieverschuivingen. Je overdrijft nauwelijks als je zegt dat in de laatste honderd jaar het medische bedrijf de gedragscontrole voor een belangrijk deel heeft overgenomen van de kerk.

Belangrijker lijkt mij die andere functieverschuiving: het geven van hoop. De medicalisering is niet zomaar zingeving. Zij is zingeving met een belofte. Zij geeft hoop en heil ten aanzien van de hoogste waarde. Zij is ook de reden dat een oncoloog soms een chemotherapie voorschrijft omdat je de mensen de hoop niet mag ontnemen. Hier hebben we een ander aspect van de gemedicaliseerde

zinggeving: het soteriologische (Good 1994: 83v). Het medische bedrijf is een heilsinstantie. De dokter is niet zomaar een technet die een machinerie herstelt. Hij is een heilbrenger. Het is een rol waaraan hij niet is gewend, die hem opgedrongen is. Sommige medici proberen deze rol te ontvluchten door zich voor te doen als een simpele technet. Op die manier proberen ze te ontkomen aan de geweldige eisen die de rol van heilbrenger met zich meebrengt. Toch is hier sprake van een grote ambiguïteit. De cultuur dwingt hem bijna die rol op zich te nemen. *Bovendien zet zijn vak de reguliere medicus in precies die uitzonderingspositie die ook kenmerkend is voor de priester.* Beiden stonden of staan op een voetstuk waar ze zelf zijn opgeklommen. Hun buitenstaanderspositie in de samenleving wordt vaak gemarkeerd door bijzonder gedrag met een seksueel geladen betekenis. Beiden zijn tot bovenmenselijke seksuele zelfbeheersing in staat. De rooms-katholieke priester ziet bijvoorbeeld idealiter af van ieder seksueel verkeer. De dokter gaat nog een stap verder. Hij betast naakte lichamen zonder dat dit, alweer idealiter, seksuele consequenties heeft. Bij het uitoefenen van zijn beroep schendt hij ook taboes, in een daarvoor speciaal ontworpen rituele setting. Het is hem en alleen hem (of haar) toegestaan de integriteit van het menselijk lichaam te schenden: hij prikt erin, hij snijdt erin. Als het nodig is: zonder toestemming. Hij is ook (althans in Nederland) de enige die onder bepaalde voorwaarden mensen van het leven mag beroven. Deze buitenstaanderspositie geeft het medische bedrijf een zeker charisma (Ter Borg 1991: 87v).

De functies die hier van de kerk naar het medische bedrijf zijn verschoven, zijn niet zomaar functies. Het gaat om zinggeving en om het aanpakken van het existentiële probleem bij uitstek: de menselijke eindigheid. Het levert

hoop op het onuitsprekelijke, dat meestal een paradijselijk leven blijkt te zijn waarvan het einde niet in zicht is, omdat het medische bedrijf het zicht erop belemmert (Bauman 1992: 138v). Hij weet wat hij moet doen op momenten dat alle hoop verloren lijkt.

Parallellen, overeenkomsten, functieverschuivingen: we kunnen zonder meer vaststellen dat het medische bedrijf ten dele een functioneel alternatief is voor de kerk en voor de geïnstitutionaliseerde religie. Daaruit mag niet worden afgeleid dat het medische bedrijf de religie van de moderne tijd is. Maar ik meen wel dat, waar mensen geloven dat hun heil afhankelijk is van de vooruitgang van de medische wetenschap, er sprake is van een religieus geloof.

Waar we dat vinden kun je, zo lijkt het mij, spreken van de medicalisering van religie. Het geloof in het bovenmenselijke is dan verschoven van God naar het medische bedrijf.¹¹ Het lijkt mij een hard en pijnlijk geloof, maar ook een geloof dat velen door een crisis heeft gehaald. In die zin is het functioneel.

Als ik nu een stap verder ga en op grond van deze soteriologische functie zeg dat het medische bedrijf in zekere zin een religieus bedrijf is: ga ik dan te ver? Ik ga nog een stap verder. Ik beweer dat het medische bedrijf vaak een religieuze status heeft.¹²

Het is raadzaam om onderscheid te maken tussen *de religie en religie*. Bij het eerste is sprake van een institutie, een stelsel. Bij het tweede gaat het om een functie: om het geloof in iets bovenmenselijks dat ons boven het miserebele van het dagelijkse uittrekt. Die functie krijgt het medische bedrijf in toenemende mate, en in die zin kan het religie zijn.

DE MEDICALISERING VAN HET WERELDBEELD
EN DE ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

Het valt mij op dat sommige zorgverzekeraars, zoals de ziekenkassen tegenwoordig heten, adverteren met 'de compleetheid van hun pakket'. Onder die compleetheid valt dan – het wordt er expliciet bij gezegd – een *second opinion* en *alternatieve geneeswijzen*.

Met deze twee items heeft de medische consument als het ware zijn wantrouwen jegens het medische bedrijf meeverzekerd. Je vraagt je af of daarmee niet een bres is geslagen in het bolwerk der reguliere medici.¹³ Dat zal wel zo zijn. Is daarmee ook de medicalisering van wereldbeeld en samenleving een halt toegeroepen? Kunnen we zover gaan dat we de opkomst van een postmoderne patiënt postuleren, die veel gemeen heeft met de premoderne patiënt en die zich weer verlaat op de kruidendrankjes van de plaatselijke toverdokter?

Ik meen dat dit veel te ver gaat. De medicalisering van de moderne maatschappij is in hoog tempo een steeds ingewikkelder verschijnsel aan het worden. Om dit proces enigszins te begrijpen moeten we terug naar de individualisering waarmee we de medicalisering van de zingeving hebben laten beginnen. Het individu wordt hierdoor niet *alleen norm en maatstaf, het wordt ook de beslisser*. Het zelfbeschikkingsrecht van het individu komt steeds meer op de voorgrond te staan. Dit komt op steeds meer plekken tot uiting, ook in het medische bedrijf.

Het komt om te beginnen tot uiting in de rol van de dokter: hij is steeds minder de vaderfiguur die het onmondige kind bij de hand neemt en beslist wat goed voor hem is. De arts gaat zichzelf steeds meer zien als een technicus.

Het komt ook tot uiting in een begrip als *informed consent*, waarbij de beslissingen formeel bij de patiënt komen

te liggen. De patiënt wordt steeds meer een klant die wordt voorgelicht over de mogelijkheden die hij heeft. Hierbij wordt voortgebouwd op protoprofessionalisering,¹⁴ dat wil dus zeggen op de opbouw van een aanzienlijke medische kennis bij de consument. De belangstelling voor medische kennis is enorm groot. Ingewikkelde operaties worden op televisie uitgezonden op *prime time*. Deze programma's hebben overigens dezelfde blijde boodschap als de eerder genoemde krantencolumn: er kan steeds meer. Wees maar niet bang, als jouw tijd daar is, kan er nog weer meer. Zo leiden individualisering en zelfbeschikking via protoprofessionalisering geleidelijk tot een intensivering van de medicalisering. Moderne patiënten begrijpen steeds beter wat ze hebben. Ze zijn medebeoordelaar geworden van het medische ingrijpen. Dit kan tot twee effecten leiden, die elkaar versterken. Het moet wel leiden tot frustraties, maar het leidt ook tot een *kritische houding* van de consument ten aanzien van het 'product' zorg. In onze samenleving wordt een dergelijke kritische houding gerespecteerd, en er wordt in het verzekeringspakket meer en meer rekening mee gehouden: *second opinion*. Dit houdt niet in dat men de medische wetenschap wantrouwt. Integendeel. Het houdt in dat men zozeer in de medische wetenschap ingevoerd meent te zijn, dat men kritisch is op de manier waarop wetenschappers kritisch zijn. Men weet dat men verschillend tegen de zaken aan kan kijken binnen de wetenschap. Men weet dat veel medisch handelen bestaat uit een moeizaam, betrekkelijk theorieeloos proces van *trial and error*. Men weet dat de medische literatuur niet te overzien is en dat twee altijd meer weten dan één.

Een ander gevolg van individualisering is *pluralisering*. Verschillende standpunten worden naast elkaar geaccepteerd. Eenieder is zijn eigen visie op de wereld gegund.

Dit betekent dat men ook een andere visie op het medische bedrijf kan hebben. Het accepteren van geneeswijzen op grond van andere paradigma's is niet op voorhand onacceptabel of absurd. Dat wordt het des te minder waar het medische bedrijf niet in staat is te doen wat er van verwacht wordt: het in vage lichamelijke klachten geconverteerde onbehagen op te heffen. Alternatieve geneeswijzen worden daarmee enigszins respectabel. Omdat deze geneeswijzen vaak een achtergrond hebben die vanuit een modern verwetenschappelijkt wereldbeeld wat minder helder oogt dan de reguliere geneeskunde, wordt het *soteriologische* karakter van het medische bedrijf bij de alternatieve geneeswijzen duidelijker dan bij de reguliere geneeskunde. Hier wordt dit aspect van genezen over het algemeen wél herkend. Omdat men dit aspect hier exclusief herkent, denkt men dat het hier exclusief aanwezig is. Dat is echter niet het geval. Het *soteriologische* karakter is in principe even sterk aanwezig in de consumptie van alle geneeswijzen. Dat kan zowel bij de wetenschappelijke geneeskunde als bij geneeswijzen die werkelijk premodern zijn,¹⁵ zoals gebedsgenezing.

Door het proces van individualisering en zijn consequenties, zo mogen we dus besluiten, wordt de medicalisering verbreed. Het medische bedrijf wordt breder gedefinieerd, eerst door de consumenten, stilaan ook door officiële instanties zoals zorgverzekeraars. Er is geen sprake van de terugval in een atavistische religiositeit. Er is sprake van een uitbreiding van de medische consumptie bij steeds verder uiteenlopende instanties. Er is geen sprake van ontmedicalisering in onze cultuur. Er is sprake van een zekere pluralisering van het gemedicaliseerde wereldbeeld. De pluralisering van de medische consumptie is respectabel geworden.¹⁶

Het medisch winkelen bij lieden die vanuit de reguliere geneeskunde gezien worden als regelrechte oplichters, toverkollen, kwakzalvers, nepdokters wordt, het is al eerder vermeld, gezien als een terugval in een atavistische irrationaliteit. Een dergelijk standpunt gaat uit van een rigide begrip van rationaliteit. Het is beter het begrip niet absoluut op te vatten. Rationeel handelen moet hier worden gedefinieerd als: het optimaliseren van de effectiviteit en de efficiëntie binnen een bepaalde culturele setting. Het bezoeken van een toverdokter is ongetwijfeld irrationeel vanuit het standpunt van exact opererende medische wetenschap. Maar is het dat ook vanuit het standpunt van wie is uitbehandeld? Is het ook irrationeel binnen de hedendaagse cultuur van streven naar paradijselijkheid en perfectie?

Wanneer men merkt dat men van het officiële medische bedrijf niets meer te verwachten heeft voor de behandeling van zijn kwalen, is het rationeel om het zoeken van genezing hier, wellicht na een *second opinion*, te staken. Het is, zo zou men daar vanuit de reguliere geneeskunde wellicht aan kunnen toevoegen, raadzaam om het zoeken hoe dan ook te staken en af te wachten tot de medische wetenschap iets nieuws heeft gevonden. Maar dit is om twee redenen niet rationeel.

Ten eerste is het niet rationeel omdat we nu eenmaal in een cultuur zitten waarin het activisme hoogtij viert. Men kan in een dergelijke cultuur moeilijk opeens van wanhopige patiënten verlangen zich bij het lijden neer te leggen omdat de wetenschap achterloopt bij de behoefte. Wanneer er problemen zijn, moet er naar oplossingen voor die problemen gezocht worden. Binnen een dergelijke cultuur

is het rationeel om naar oplossingen, hoe dwaas ook, te blijven zoeken. In een dergelijke cultuur is het raadplegen van een alternatieve genezer die de naam heeft veel mensen geholpen te hebben, rationeler dan het lijden te accepteren – ook als de methoden van die genezer zelf niet rationeel zijn.¹⁷

Ten tweede is het niet rationeel, omdat medisch ingrijpen, hoe wetenschappelijk verantwoord ook, slechts een deel is van het genezingsproces. De mens zou niet geëvolueerd zijn zonder een sterk zelfgenezend vermogen. Omdat de mens een sociaal dier is, wordt dit zelfgenezende vermogen kennelijk op de een of andere manier bevorderd door interacties. Ik doel hier op het placebo-effect, waarop het succes van een deel van de geneeskunde, *regulier of niet, is gebaseerd*.¹⁸ *Evolutionair gezien is het dus rationeel om interacties te blijven zoeken die het lijden op welke manier dan ook moeten verlichten. Sommigen blijven daartoe een beslag leggen op de capaciteit van de reguliere geneeskunde. De reguliere geneeskunde is op dit gebied nooit uitgepraat. Men blijft altijd proberen met nieuwe middelen en nieuwe ingrepen. Het is vanuit een optiek waarin kostenbeheersing centraal staat veel rationeler als men het reguliere medische bedrijf ontlast en het elders gaat zoeken. Het is door de medicalisering van onze cultuur dat daarbij alternatieve genezers de eerste keus zijn, en niet bijvoorbeeld geestelijke verzorgers.*

Zo bezien is de toename van de medische consumptie bij alternatieve genezers geen irrationele zaak.¹⁹ Het duidt op een toename van de rationalisering en de verwetenschappelijking van de maatschappij. De protoprofessionalisering is zover voortgeschreden, dat men ziet dat de wetenschap niet louter zekerheden biedt. Daarbij ziet men niet af van het najagen van lichamelijke oplossingen voor naar het lichamelijke vertaalde vormen van onbehagen. In

die zin is men, ondanks het raadplegen van vaak premoderne tovenaars, modern.

Hiermee is uiteraard niet gezegd dat het raadplegen van alternatieve genezers in alle gevallen rationeel is, of louter rationeel. Er zijn allerlei irrationele motieven in het spel, zoals angst voor pijn, angst voor de waarheid, angst voor radicale ingrepen, angst voor het grote, anonieme apparaat. Het is echter de vraag of deze vormen van irrationaliteit erger zijn dan wat er aan irrationaliteiten plaatsvindt binnen de reguliere geneeskunde: trial and error op grond van een medische blik, of het handhaven van voorgeschreven standaardbehandelingen waaraan iedere wetenschappelijke grond ontbreekt.

DE ONEINDIGHEID VAN DE MEDISCHE CONSUMPTIE

De oneindigheid van de medische consumptie is verweven met de medicalisering van de zingeving. Het vertalen van de onvrede met het bestaan door veel mensen in medische termen alleen al maakt de medische consumptie oneindig, zolang men tenminste doorgaat te trachten de problemen op te lossen. Hetzelfde geldt voor de kwetsbaarheid van het menselijke vlees. Men kan de ene na de andere ziekte trachten op te lossen, maar de kwetsbaarheid is principieel. Daar komt dan nog bij het streven naar perfectheid, de *perfectibilité*, het geloof in de vooruitgang: deze factoren maken dat er niet zonder meer een eind zal komen aan de toename van de medische consumptie.

Er zijn natuurlijk mogelijkheden, maar deze zijn beperkt en komen zozeer in strijd met vigerende waarden, dat alleen al het noemen ervan pijnlijk is. Eén ervan betreft het selectief toegang verlenen tot het medische be-

drijf. Dit is discriminatie en dat is een weg die men in Nederland liever niet gaat. Een andere weg is euthanasie. Deze weg is ook in Nederland omstreken en zal voorlopig niet gehanteerd worden als kostenbeheersingsmethodiek. Een criterium voor het legaal toepassen ervan is vooralsnog zinloos lijden. Wat zinloos is, is medisch gedefinieerd. Het valt als norm onder het vooruitgangsprincipe van de medische wetenschap. Wat zinloos lijden is, zal dus ook opschuiven.

Een andere mogelijkheid is een deel van de medische consumptie aan psychologische factoren toe te schrijven en tot psychosomatische symptomen te verklaren. Dat is een manier om de behandelbaarheid van het onbehagen in stand te houden.

Kortom: zolang het wereldbeeld voor een deel gemedicaliseerd is, zal men zijn ellende voor een deel een medische betekenis geven. Medische zingeving en medische heilsverwachting zijn cultuurgoederen geworden die niet uitroeibaar lijken in de moderne tijd.

Dat neemt niet weg dat mijn analyse wijst in een richting die enigszins de oneindigheid van de medische consumptie kan beperken. Men moet daarbij uitgaan van de pluralisering, waarvan ik heb gezegd dat het een consequentie is van het proces van individualisering. Zingeving is in de moderne tijd gepluraliseerd, en steeds meer vormen van zingeving lijken in onze tijd acceptabel.

Nu heb ik gezegd dat onze zingeving gemedicaliseerd is: ellende die ons overkomt, krijgt een medische, lichamelijke betekenis en moet langs medische weg verholpen worden. Ons medische bedrijf is ten dele zingeving, maar niet onze hele zingeving is medisch. Medische zingeving heeft in de levensgeschiedenis van mensen zijn verbindingen met andere modaliteiten van zingeving. De medische

zingeving past, met andere woorden, in een levensverhaal waarin van alles aan de hand is en de dingen pluraal worden geduid: voor een deel godsdienstig, voor een deel psychologisch, voor een deel politiek, ethisch enzovoort.

Wil men de medische consumptie beperken, dan zal men het zingevingaspect ervan moeten verminderen. Dat kan men ten eerste doen door de zingevingaspecten en de soteriologische aspecten van het medische handelen te erkennen. Dat gebeurt veel te weinig. Als medici deze aspecten al herkennen, dan weten ze er geen raad mee. Ze kunnen er geen kant mee op en dus lopen ze ervoor weg. Dat kan men doen door te vluchten in de rol van technet: *men maakt duidelijk dat men er alleen is voor de reparatie van de kapotte machine. Of men vertaalt het onbehagen toch weer in de richting van nog meer medisch ingrijpen. Beide strategieën komen op hetzelfde neer. Het laatste is, het ligt voor de hand, bevorderlijk voor de toename van de medische consumptie. Maar het eerste is dat niet minder. Op de technet-oplossing kan de patiënt immers reageren door nog meer onbehagen somatisch te vertalen (De Swaan 1985: 33).*

Vanwege deze betrekkelijke verlegenheid ten aanzien van de zingevingaspecten van het medisch handelen is het beter het zingevingaspect te expliciteren. Dat gebeurt nu mondjesmaat. Het zou op veel uitgebreidere schaal moeten gebeuren. Men zou geestelijke verzorging bijvoorbeeld een grotere rol moeten geven. De geestelijk verzorger zou zich niet zozeer bezig moeten houden met het zielenheil in expliciet godsdienstige zin, zoals in het verleden vaak het geval was. Men moet zich er rekenschap van geven dat de meeste zingeving tegenwoordig binnenwereldlijk is. Men dient uit te gaan van de biografie van de medische consument en van daaruit een betekenisvol leven te construeren, waarbij het lichamelijke aspect wat wordt gerelativeerd.²⁰

Misschien komen naast de geestelijke verzorging ook de patiëntenverenigingen in aanmerking. Hun praatgroepen zouden niet alleen bij wijze van nazorg moeten worden ingeschakeld, maar misschien al in een eerder stadium. Beide groepen zouden erkend moeten worden, ook in hun curatieve bijdrage. We moeten ons hierbij overigens niet beperken tot een louter intramuraal aangelegenheid. Ook extramuraal zou een op orde brengen en een expliciet geven van zin aan het eigen leven zinvol kunnen zijn en de medische consumptie kunnen terugdringen.

Nu heb ik niet de illusie dat ik hiermee iets nieuws zeg. Dit soort dingen is vaker gezegd en het is er nooit van gekomen, juist door het zingevende en religieuze karakter van het medische bedrijf. De exclusief natuurwetenschappelijke en technische benadering heeft het daardoor altijd ruimschoots gewonnen. Nog steeds ziet men het beleid diametraal de andere kant op gaan dan hier wordt bepleit.

Toch kan het geen kwaad het nog maar weer eens te zeggen op een moment dat de groei van de medische consumptie een groter probleem vormt dan ooit.

NOTEN

1. Shorter 1985: 211. In feite zegt Janssen (1996: 184) hetzelfde, en hij geeft er, net als Shorter, een verklaring bij. Ik ben het met die verklaringen niet oneens. Ik meen alleen dat de tegenstelling rationeel/modern tegenover postmodern/irrationeel te absoluut is. Het begrip 'terugval' suggereert daarbij een vooruitgang die nooit heeft plaats gevonden.
2. De oude vestigingsstrijd van de medische wetenschap echoot hier nog na (vergelijk bijvoorbeeld Katz 1984: 32).
3. 'Wereldbeeld' definieer ik als het geheel van betekenissen waarmee mensen hun werkelijkheid definiëren en zich erin oriënteren. Zie verder: Ter Borg 1991: 31v.

4. Dat geldt niet alleen voor de kosmologie van het moderne wereldbeeld, maar ook voor de existentiële kanten ervan.
5. Het gaat hier – het is misschien onnodig om dat te zeggen – niet om een wetenschappelijk gefundeerd geloof. Het is een geloof dat vrij algemeen wordt aangehangen, hoewel het bij veel aanhangers onbehagen oproept. Pessimisme ten aanzien van onze vooruitgang betreft niet zozeer de wetenschap, maar veeleer de menselijke tekortkomingen.
6. Het is in dit verband interessant dat de op de collectiviteit gerichte medische wetenschap, die werkelijk succesvol is geweest, het heeft afgelegd tegen de op het individu gerichte wetenschap (De Swaan 1990: 141).
7. Shorter 1985: 130; Katz 1984: 40. De medische praktijk, het dagelijks medische handelen, is iets anders dan de medische wetenschap. Wanneer ik over beide tegelijk spreek, heb ik het over het *medische bedrijf*.
8. Sinds het gemeten wordt is het in de publieke opinie zelfs veruit de hoogste waarde (Sociaal Cultureel Rapport 1996: 446).
9. P. Borst in de *NRC-Handelsblad*.
10. Ik stel mij voor dat zeer veel instructies en verkooppraatjes een dergelijke structuur hebben.
11. Een dergelijk geloof kan gevonden worden door het analyseren van doktersromans en bijvoorbeeld doktersbiografieën. Katz (1984: 131v) laat zien hoe de man die de eerste harttransplantatie uitvoerde, Chris Barnard, door zichzelf en door de patiënten die de eerste harttransplantaties ondergingen, op een dergelijk voetstuk werd geplaatst.
12. Voor de verhouding tussen zingeving en religie, zie Ter Borg 1996: 17v.
13. Medici klagen erover dat ze veel macht zijn kwijtgeraakt aan financiers, beleidsmakers, de overheid enzovoort.

14. Deze term, door De Swaan (1979: 17) gebruikt voor de psychotherapie, is evenzeer op het medische bedrijf van toepassing.
15. Vele alternatieve geneeswijzen zijn, hoewel ze wortels hebben in de traditie, modern van aard. Ze zijn in de moderne cultuur ontstaan of geïmporteerd, en men tracht rechtvaardigingen te vinden die rationeel zijn of daarvoor door moeten gaan. Zelfs de puur traditionalistische genezers gebruiken vaak moderne termen. Zo spreekt men van allerlei vormen van straling.
16. Deze toenemende medicalisering betekent – hoe paradoxaal het ook mag lijken – machtsverlies van de reguliere medici op twee fronten. Aan de ene kant krijgen ze als persoon minder respect van de steeds mondiger patiënt. Aan de andere kant is er, omdat het medische bedrijf voortdurend uitbreidt, meer kan en met duurdere apparaten werkt, een klasse van managers nodig die coördineert en de gelden verdeelt. De macht van deze managers gaat ten koste van die van de medici.
17. Dit is vanzelfsprekend geen pleidooi voor alternatieve geneeskunde (daar heb ik geen verstand van). Het is slechts een poging de logica van een cultuurelement te laten zien.
18. Zie de bijdrage van Van der Geest aan deze bundel, en ook: Van der Geest, 1989 en Van der Geest, 1995.
19. Overigens blijft de alternatieve medische consumptie sinds 1990 in Nederland constant (Van Baal 1996). Dat betekent dus een relatieve afname.
20. Ik begrijp uit verhalen die mij bereiken dat vele ziekenhuispredikanten tegenwoordig al doen wat ik hier bepleit.

LITERATUUR

- Baal, M. van (1996) 'Trendcijfers gezondheidsenquête; medische consumptie, 1981-1995', *Maandberichten gezondheid*, 5, 4-12, Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Bauman, Z. (1987) *Legislators and Interpreters - On modernity, post-modernity and intellectuals*. Cambridge, Polity Press.
- Bauman, Z. (1991) *Modernity and Ambivalence*. Ithaca, Cornell University Press.
- Bauman, Z. (1992) *Mortality, Immortality and Other Life Strategies*. Cambridge, Polity Press.
- Borg, M.B. ter (1996) *Het geloof der goddelozen*. Baarn, Ten Have.
- Borg, M.B. ter (1991) *Een uitgewaaierde eeuwigheid. Het menselijk tekort in de moderne cultuur*. Baarn, Ten Have.
- Borg, M.B. ter (1993) *De dood als het einde*. Baarn, Ten Have.
- Borg-Neervoort, M. ter (1982) *Innovatie tot in Eeuwigheid*. Amersfoort, De Horstink.
- Featherstone, M., M. Hepworth & B.S. Turner (eds.) (1991) *The Body, Social Process and Cultural Theory*. London, Sage.
- Frank, A.W. (1991) 'For a Sociology of the Body: An Analytical Review', in: M. Featherstone, M. Hepworth & B.S. Turner (eds.) *The Body, Social Process and Cultural Theory*. London, Sage, 36-102.
- Geest, S. van der (1989) 'Aha: de omweg van de verwondering in de medische antropologie', *Medische Antropologie*, 1, 190-206.
- Geest, S. van der (1995) 'Placebo ergo sum. Naar een antropologische interpretatie van medisch handelen.', *Medisch Contact*, 50 (51/52), 1659-1663.
- Good, B.J. (1994) *Medicine, Rationality and Experience. An anthropological Perspective*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Hoffer, C. (1994) *Islamitische genezers en hun patiënten. Gezondheidszorg, religie en zingeving*. Amsterdam, Het Spinhuis.
- Janssen, J. (1996) 'Postmoderne bedevaart. Jomanda's healing service in Tiel', *Psychologie en Maatschappij* 20 (2) nr. 75, 177-188.
- Katz, J. (1984) *The Silent World of Doctor and Patient*. New York, The Free Press.
- Manenschijn, G. (1988) 'Gezondheid in de burgerlijke filosofie: de onderwerping van het lichaam.', in: J. Rolies (red.) *De gezonde burger*. Nijmegen, Sun, 31-50.

- Rolies, J. (1988) 'Gezondheid: een nieuwe religie?', in: J. Rolies (red.) *De gezonde burger*, Nijmegen, Sun, 11-30.
- Schnabel, P. (1982) *Tussen stigma en charisma. Nieuwe religieuze bewegingen en geestelijke volksgezondheid*. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Shorter, E. (1985) *Bedside Manners. The Troubled History of Doctors and Patients*. New York, Simon & Schuster.
- Skrabanek, P. & J. McCormick (1993) *Dwalingen en dwaasheden in de geneeskunde*. Nijmegen, Sun.
- Sociaal-Cultureel Rapport* (1996) Rijswijk, Sociaal-Cultureel Planbureau.
- Swaan, A. de (1979) 'Inleiding', in: C. Brinkgreve, J.H. Onland, A. de Swaan, *Sociologie van de psychotherapie I*. Utrecht, Het Spectrum.
- Swaan, A. de (1985) *Het medisch regime*. Amsterdam, Meulenhoff.
- Swaan, A. de (1990) *Zorg en de staat - Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd*. Amsterdam, Bert Bakker.
- Turner, B.S. (1991) 'Recent Developments in the Theory of the Body', in: Featherstone, M., M. Hepworth & B.S. Turner (eds.) *The Body, Social Process and Cultural Theory*. London, Sage, 1-35.
- Weber, M. (1972) *Wirtschaft und Gesellschaft*. Tübingen, J.C.B. Mohr (Paul Siebeck).