

AUTOMEDICALISERING, ETHIEK EN IDEOLOGIE

Freddy Mortier

Onder automedicalisering versta ik het verschijnsel waarbij individuen en groepen zich medische schema's toe-eigenen voor de interpretatie en beoordeling van hun sociale en persoonlijke leefwereld. Automedicalisering bestaat bijgevolg in de (de)codering van somatische gewaarwordingen in medische termen (zelfdiagnose), in de rechtvaardiging van gedragswijzen in medische termen (persoonlijke preventie), en in het eigenhandig ingrijpen in medisch ongewenste toestanden (zelfmedicatie en zelfkuur). In dit artikel vertrek ik van het vermoeden dat het automedicaliseringsproces uitbreiding neemt, en stel ik mij de vraag hoe men dat verschijnsel moet inschatten? Gaat het om een waardevolle tendens, een emancipatorische of, integendeel, om een irrationeel gegeven? Hoe verhoudt automedicalisering zich tot medicalisering? Gaat het om een rationele aanpak van gezondheidsproblemen? In welke mate kan men achter die tendens staan? Met welke ethische maatstaven moet men dat proces beoordelen?

Ik wil die vraag stellen, omdat de geneeskunde in een merkwaardige relatie tot ethiek staat. Op het eerste gezicht schijnt de geneeskunde louter technisch rationeel verbonden met de fundamentele waarde die zij tot object heeft (gezondheid), net zoals de kunst van de ingenieur technisch rationeel gebonden is met de gebruiksnormen van de brug die hij ontwerpt. De normativiteit van de geneeskunde schijnt in dat opzicht gewoon te gehoorzamen aan de algemene wetten van wat Habermas de instrumentele rationaliteit zou noemen. Het is immers evident dat de beoefening van de geneeskunde vooronderstelt dat leven, of toch minstens bepaalde vormen van leven waardevol zijn. Die waarden waarop de medische praxis berust, vooronderstellen dan weer bepaalde oordelen over de waardevolheid van bepaalde vitale functies, wijzen van organisch en fysiologisch functioneren, en dergelijke meer. Het is evident dat de waarde die wij aan gezondheidszorg zelf hechten in belangrijke mate medebepaald wordt, natuurlijk niet uitsluitend door de ethische betekenis die wij aan gezondheid verlenen. Gezondheid neemt in de waardenhiërarchie zo een hoge plaats in dat zij dikwijls als een basisrecht wordt beschouwd. Dat is ook niet verwonderlijk: gezondheid vormt in vele gevallen de ba-

sis voor de opbouw van het goede leven (onder een bepaald gezondheidsniveau kunnen geen andere fundamentele waarden gerealiseerd worden), en maakt bovendien zelf deel uit van het goede leven (gezondheid levert een fundamentele bijdrage tot de levenskwaliteit). Dit alles is vanzelfsprekend, en wordt eigenlijk ook niet betwist. Overigens wordt in de medische praktijk aangenomen dat consensus bestaat over de centrale plaats van gezondheid in de waardenhiërarchie, zodat het hele probleem van de waardengeladenheid van geneeskunde uiteindelijk tot een puur technische zaak zou herleidbaar zijn. Precies die opvatting van de waardenvrijheid van geneeskunde is de laatste decennia, onder invloed van maatschappelijke ontwikkelingen die we hier niet aan een onderzoek onderwerpen, op heel wat tegenstand gestuit. Ik ontwikkel in drie stappen een visie op de waardengeladenheid van geneeskunde.

Medicalisering en waardenvrijheid

Onder *medicalisering* verstaat men de uitbreiding van medische perceptie- en interventiewijzen tot gebieden van de sociale en persoonlijke levenssfeer waar dat voorheen niet het geval was (1). Sinds ongeveer het einde van de achttiende eeuw is de medicalisering van de leefwereld sterk toegenomen. Zo werden in de loop van de laatste eeuwen de urbanistische expansie, bevallingspraktijken, begrafenispraktijken, woonomstandigheden, werkomstandigheden, kinderverzorging, sexualiteit, sociaal inadekwaat gedrag, misdadigheid, pedagogische relaties, dieetgewoonten, wijzen van gaan, staan, lopen en zitten en nog vele andere levenssferen gemedicaliseerd (2). Medicalisering komt neer op een uitbreiding van de autoriteit van medische beroepsgroepen over bepaalde gedragswijzen, zodat die groepen steeds meer sociaal erkende en gesanctioneerde macht verwerven over tal van levenssferen (effect professionalisering). Medicalisering komt ook neer op een integratie van steeds meer levensdomeinen in het bereik van de gezondheidsbetrachtingen en -interventiewijzen (3).

Beide vormen van medicalisering geven aanleiding tot ethische of ethisch gemotiveerde kritieken op de gezondheidszorg (en op de welvaartstaat in het algemeen). Het professionaliseringseffect wordt bijvoorbeeld veroordeeld op grond van zijn autonomie-ondermijnend karakter, zijn gebrek aan legitimiteit, zijn machts effecten. Het medisch imperialisme wordt zijn dienstbaarheid aan sociale, politieke en economische doelstellingen verweten: door de medicalisering van armoede, deviantie, sociale zelfverdediging en dergelijke meer krijgen de geneesheren een fundamentele rol in de neutralisatie en pacificatie van potentieel 'gevaarlijke' bevolkingsgroepen.

Dit gaat ongeveer als volgt. Door medicalisering worden bepaalde gedrags-

wijzen en gebruiken tot object van wetenschappelijke kennisvergarig. De arts dringt bijvoorbeeld door tot de nederige stulp van de plattelandsmin, wiens omgang met baby's aan een onderzoek wordt onderworpen. Hij toetst traditionele verzorgingspatronen aan een medische norm en bij conflict oefent de arts druk uit in de gewenste richting (4). De medicalisering problematiseert de gangbare gebruiken vanuit de beschikbare geneeskundige kennis. De biomedische wetenschappen legitimeren (terecht of ten onrechte) die interventies doordat zij hen een aura van betrouwbaarheid en rationaliteit verlenen.

Medicalisering brengt ook technologisering mee. Dit betekent dat men streeft naar de inplanting van sociale relaties, gefundeerd in de deskundigheid van de dokter of van de gezondheidswerker in het algemeen (de vroedvrouw of -meester, de medische agoog, de kinesistherapeut, de verple(e)g(st)er, enzoverder). De prescripties van de gezondheidswerker worden daardoor technologie, dat is de vakkundige toepassing van een wetenschap speciaal ontworpen met het oog op de eliminatie van ongewenste toestanden (3). Afhankelijkheidsrelaties tussen mensen verkrijgen ook daardoor een zekere legitimiteit: gemedicaliseerde relaties zijn van instrumentele aard; zij maken deel uit van een technische rationaliteit.

Verwetenschappelijking en technologisering spelen op elkaar in. De verwetenschappelijking breidt de problematisering voortdurend uit en de technologisering brengt de sociale relaties onder in het deskundigheidsmodel.

Vanuit dit standpunt kan men de waardenvrijheid van de geneeskunde betwisten op volgende gronden: 1) door medicalisering ontstaan expanderende asymmetrische relaties tussen groepen (deskundigen versus patiënten); 2) medicalisering ondermijnt autonome probleemformulering en -behandeling; 3) medische kennis legitimeert interventie in levensstijlen en gedragingen (wetenschap en technologie als ideologie); 4) medische interventie impliceert ongelijke behandeling van groepen ('les classes dangereuses' worden meer geproblematiseerd dan andere klassen); 5) geneeskunde legitimeert en organiseert aspecten van de sociale controle en dit in dienst van gevestigde belangen; 6) door de toepassing van medische categorieën op bepaalde toestanden en gedragingen heeft medicalisering, ook al zou zij niet in dienst staan van gevestigde belangen, hoe dan ook machtheffecten door de differentiële behandeling die zij mogelijk maakt van 'zieken' en 'gezonden' (of van risico- en niet-risicodragers); 7) de genoemde factoren werken allen samen in de richting van een axiologische verabsolutering van de waarde gezondheid (het sociaal proces van de medicalisering versterkt voortdurend de centrale plaats van de gezondheid in de waardenhiërarchie).

Medicalisering en herbepaling van axiologische kaders

Talcott Parsons geeft volgende bepaling van de ziekenrol (4). Zij houdt volgens hem in: 1) dat de zieke lijdt aan een somatische deficiëntie die hem ontslaat van zijn gewone verplichtingen; 2) dat de zieke niet verantwoordelijk is voor de ziekte-toestand zelf; 3) dat de zieke de plicht heeft beter te willen worden; 4) de plicht heeft tot het zoeken/aanvaarden van deskundige hulp.

Volgens Parsons zou de ziekenrol dus een zekere deëthisering van gedragingen en persoonlijke toestanden inhouden: de zieke wordt immers niet gestraft of geblameerd voor het te kort komen aan de normale rolverwachtingen, en hij wordt bovendien niet verantwoordelijk gesteld voor de toestand waarin hij zich bevindt (misschien wél voor de gedragswijze die hem tot die toestand heeft gebracht, maar daarvan maken de behandelende medische instanties abstractie). De aanvaarding/opdringing van de ziekenrol verontschuldigt en corrigeert een bepaald soort afwijkingen, met name die veroorzaakt door somatische deficiënties. In de negentiende eeuw bijvoorbeeld had de overgang van een eng hygiënisme - dat de volksklassen middels luiheid en gebrek aan properheid verantwoordelijk stelde voor de meest virulente infectieziekten - naar een strikt somatische geneeskunde een deëthiserende invloed. Het is niet moeilijk gelijkaardige effecten aan te wijzen door de medicalisering van de zothed.

Men heeft er op gewezen dat de deëthisering, verondersteld door Parsons, in feite slechts schijn is, omdat ziekte en gezondheid steeds ook morele concepten zijn die men niet kan loskoppelen van plaats- en tijdsgebonden morele beginselen en van de sociale relaties waarin zij fungeren (5). De beslissing om bepaalde toestanden te beschouwen als ziekte en andere niet, heeft inderdaad een morele dimensie. Zo erkennen sommige Amerikaanse geneesheren in de negentiende eeuw de ziekte 'drapetomanie', die bij de neger-slaven in het Zuiden voorkomt, en waarvan het belangrijkste symptoom de vlucht naar het (vrije) Noorden is (6). Een ander voorbeeld is de schijn-deëthisering van masturbatie door de 'uitvinding' van een ziekte die de masturbatie veroorzaakt, met name onanisme (7). De gevallen lopen uiteen, maar illustreren beide het ethisch effect van medicalisering: in het geval van drapetomanie depolitiseert men deviant gedrag door de inschakeling in medische categorieën; in het geval van onanisme 'redt' men het ongewenste van de masturbatie - na het verlies om sociologische redenen aan overtuigingskracht van de moraal-theologische veroordeling van pollutie - door een legitimatie in termen van gezondheid. Masturbatie is niet langer ongewenst omdat zij zondig, maar omdat zij ongezond is.

Men kan bij wijze van conclusie stellen dat de impositie van de ziekenrol niet zozeer deëthiseert, dan wel een omschakeling van axiologische perspectieven en referentiekaders bewerkt. Medicalisering schakelt de waardering niet uit, maar on-

derwerpt haar aan herdefiniëring. De bepaling van Parsons is bovendien op maat van de curatieve en diagnostische relaties gesneden. Men kan er echter *mutatis mutandis* ook de rol van de risico-drager in het kader van preventie uit afleiden. Die bepaling stemt dan overeen met het rol-frame waarin het subject stapt bij de aanvaarding van preventiemaatregelen: 1) de risicodrager verhoogt door zijn gedrag de kans op een somatische deficiëntie; 2) de risicodrager is verantwoordelijk voor de ziekte-toestand die het eindresultaat is van dat gedrag; 3) de risicodrager heeft de plicht niet ziek te willen worden; 4) hij heeft de plicht tot het opvolgen van deskundig advies met betrekking tot het risicogedrag.

Het effect van preventieve medicalisering verschilt dus sterk van de curatieve en diagnostische actie. Het eerstgenoemde type werkt rechtstreeks moralisme in de hand. Het maakt gezondheid tot een kwestie van individuele verantwoordelijkheid en tot een persoonlijke opgave. Wie zijn persoonlijke levensstijl niet aanpast aan preventiemaatregelen kan uiteindelijk verantwoordelijk gesteld worden voor de resulterende ziekte. Op het preventieve vlak resulteert dus een ethisering van de persoonlijke levensstijl langs de omweg van de vrijwillige gezondheidsrisico's. Dit 'ethische probleem' treedt vooral op de voorgrond met de crisis van de Westerse gezondheidszorg (de explosie van de gezondheidsbudgetten), waardoor kostenbeheersing een prioriteit is. Men stelt zich de vraag of individuen die vrijwillig risicogedrag vertonen (roken, ongezond eten, gevaarlijke sporten beoefenen, enzoverder) wel het recht hebben van de gemeenschap een kostenbesteding te vragen wanneer zij ziek worden. Het nemen van het risico, zo luidt het, impliceert ook de bereidheid tot het nemen van de eventuele negatieve gevolgen van dat risico (8). Hier doet zich dus een ethisering voor van het gedrag dat leidt tot ziekte.

Ook uit deze ethisering van risicogedrag blijkt de waardenoverladenheid van geneeskunde. Als men 'risicogedrag' ruim interpreteert, valt zowat al het denkbare handelen eronder. Indien men de rechten op hulp in het kader van de sociale verzekering van die ethische kwestie afhankelijk zou maken, zou uit de persoonlijke preventie een zeer gevoelige disciplinerende van de burger voortvloeien. De geneeskunde zou daardoor - en of dit nu gebeurt in het kader van de sociale zekerheid dan wel van een privé-ziekteverzekering speelt daarbij geen rol - haar functie van 'normaliseringsinstantie' (M. Foucault) extra benadrukken. Een 'gezonde' levensstijl blijkt telkens weer tevens een gedegen burgerlijke stijl te zijn, gedragen door een matigsethos in het vlak van de lichamelijke behoeftenbevrediging en lichaamsverrichtingen (9). De ethisering door preventieve medicalisering is vanuit ideologisch-kritisch standpunt verdacht: zij is uitdrukking van een klasse-ethos.

We besluiten: uit een beschouwing van de ziekenrol, die men met de verder schrijdende medicalisering oplegt, blijkt eveneens de fundamentele waardengeldenheid van medicalisering, en dit zowel in het diagnostische en curatieve als in het preventieve opzicht.

Ziektebegrip en waardenperspectief

Talrijke auteurs hebben kritiek geleverd op de waardengeladenheid en -selectiviteit van het mechanistisch, biologistisch, somatisch ziektebegrip dat in het laatste kwart van de negentiende eeuw tot stand is gekomen en nog steeds het grootste deel van de medische praxis beheerst. Om dit toe te lichten is het nuttig het klassieke ziektebegrip te contrasteren met recentere begrippen, die de zogenaamde medische antropologen hanteren (10). Ziekte is voor vertegenwoordigers van die richting in feite de reactie van een populatie op pathogene factoren, waarbij geen onderscheid gemaakt wordt tussen 'biologische' en 'socio-culturele' gehelen van oorzaken en van adaptatiemechanismen.

Ziekte is dus het gedrag van een gastheer ten overstaan van een 'pathogene factor' waaronder men dan zowel "tabaksmozaïek, als kwade droes en rabies", of psychische overbelasting kan verstaan. Op het menselijke vlak reageert het individu *actief* (11). Ziekte staat bij de geciteerde auteurs bijgevolg niet langer gelijk aan de passieve blootstelling aan een externe agressor, maar wordt gezien als het resultaat van een combinatie van individu-exogene en -endogene factoren. Zowel immunogenetische, ecologische, hematologische en andere biologische factoren als sociale en culturele factoren veroorzaken 'ziekte' bij individuen en populaties door hun multi-causale samenhang.

Tegenover dit holistisch ziektebegrip staat het klassieke, dat de nadruk legt op de ziekte als een klinische en fysiologische entiteit (biologische, chemische, fysische processen staan centraal). De rol van de arts wordt gedefinieerd door zijn specifieke somatisch-specialistische kennis en vaardigheid (12). Het contrast tussen beide ziektebegrippen is groot. Volgens het eerste speelt het eigenlijk geen rol of men ziekte op het cellulaire, subcellulaire of organische, dan wel op het demografische of culturele niveau bestrijdt, noch of die interventies individuen of populaties aangaan. Het komt er op aan één of meerdere oorzaken in een multi-causale keten uit te schakelen. Het verschil tussen sociale of persoonlijke preventie aan de ene kant en curatieve en diagnostische ingrepen aan de andere kant wordt daardoor sterk gerelativeerd. J. Ch. Sournia, een medisch antropoloog, trekt de virtuele etiologische ononderscheidbaarheid van biologische en sociaal-culturele factoren zelfs door tot de ziekte-classificatie. Zo onderscheidt hij naast infectie-ziekten, intoxicaties, deficiëntie-, en erfelijkheidsziekten ook onderwerpingsziekten, dat zijn constellaties van ziekten veroorzaakt door politieke dominantie en economische uitbuiting (voorbeelden zijn toxicomanie ten gevolge van de opiumoorlogen met China, of van de Britse, Franse en Portugese kolonisatie van Zwart Afrika; de pathocenose van de middeleeuwse Groenlandse bevolking ten gevolge van de Deense imperialistische politiek) (13).

Dergelijk ziektebegrip, door zijn nadruk op (onder andere) de collectieve en

sociale aard van pathologische toestanden, biedt uitzicht op een gepolitiseerde 'geneeskunde', die ziekte en gezondheid eindelijk beschouwt als wat ze uiteindelijk ook zijn: sociaal-ethische kwesties.

Het klassieke ziektebegrip echter heeft onvermijdelijk depolitiserende gevolgen. Een heel mooi voorbeeld is de medicalisering van de vrouwenrol naar het einde van de negentiende eeuw toe: de uitsluiting van vrouwen uit de wereld van de productie met de daarbij horende verdwijning van zinvolle, actieve en duidelijk omliggende productieve rollen maakte vrouwen tot het bijzonder doelwit van de arts. Vooral de relatief welstellende vrouwen bleken aan een 'epidemie' te lijden, waarvoor de dokters een oorzaak zochten in excitatie, atrophie of in een andere pathologische toestand van de vrouwelijke voortplantingsorganen (14).

Het klassieke ziektebegrip bewerkt ook de-ethisering en depolitisering door de individualisering van ziekte. In het somatische model is ziekte ontologisch verbonden met individuen die er een individuele levensstijl op nahouden, in een bepaalde familiale en sociale omgeving leven, enzoverder. Die 'factoren' verhogen of verlagen de individuele gezondheidsrisico's. Begin- en eindpunt van die benadering, zowel wat betreft de localisatie van ziekte en gezondheid, de eenheid van interventie als het doel van de hulpverlening, is telkens weer het individu. Nu is het natuurlijk wel juist dat ziekte zich concreet bij individuen voordoet, maar het is onjuist dat de etiologie van ziekten een exclusief individuele aangelegenheid is. Ziekten zijn geen individuele problemen, maar zijn de resultaten van het samengaan van biologische processen met ecologische, sociale, economische, ideologische en psychologische processen die het individu overstijgen. Dit geldt overigens ook voor het interventieniveau: de dominerende gezondheidszorg is, overeenkomstig het somatische ziektebegrip, op de eliminatie van individuele kwalen georiënteerd. Niets zegt echter dat dit ontologisch gezien het geëigende niveau is voor efficiënte ziektebestrijding en gezondheidspromotie. Er zijn aanwijzingen dat ingrepen in het vlak van de arbeidsorganisatie en -voorwaarden, in het demografische vlak of in dat van de economische kwaliteitscontrole de gezondheid in toto beter dienen dan de hele geneeskunde. Gezondheidspolitiek en medische politiek zijn niet hetzelfde. Hoe dan ook: het ziektebegrip, dat aan de basis ligt van het grootste deel van de gezondheidszorg, is sterk individualistisch georiënteerd, en bewerkt alleen al daardoor een de-ethisering en de-politisering van de gezondheidsproblemen (15).

De praktijk van de gezondheidszorg verdoezelt op die manier de economische en politieke belangen die mede aan de basis liggen van de gezondheidsproblemen. De beroepsziekten zijn slechts het extreemste voorbeeld van de manier waarop kapitaalsaccumulatie en productiviteitsstijging strijdig kunnen zijn met de gezondheidsbelangen van arbeiders. Ziekten ten gevolge van overbelasting zijn een ander voorbeeld, net als de zogenaamde civilisatieziekten. De gebrekkige controle over de chemische en nucleaire industrie in het bijzonder en polluerende indus-

trie in het algemeen, of over de voedings- en tabaksindustrie veroorzaakt veel meer kankers dan ooit door individuele preventie aan de hand van de anti-kanker code van de Europese Gemeenschap kunnen voorkomen worden.

Een centraal effect van medicalisering is dus dat zij door individualisering de pathogene gevolgen van sociale verhoudingen verdoezelt en die verhoudingen bijgevolg legitimeert.

Men kan daaraan de beschouwing verbinden dat de persoonlijke preventie in feite, ondanks ethisering, het individualisme van het diagnostische en curatieve ziektebegrip verlengt: men personaliseert gezondheidsproblemen zodat ze problemen rond de levensstijl worden. Het opnemen van verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid wordt zo tot zelfzorg.

Samenvattend kan men stellen dat medicalisering, zowel wat preventie als wat eigenlijke ziekenzorg aangaat, de gezondheidsproblemen zo sterk personaliseert, ook en speciaal daar waar verantwoordelijkheidsvragen opduiken, dat sociaal-ethische vragen in het gedrang raken. Medicalisering werkt niet alleen een herdefiniëring van axiologische perspectieven in de hand, zoals ik al geargumenteed heb, maar verplaatst ook het zwaartepunt van de verantwoordelijkheidsverdeling. De historisch-sociale relaties die de ernstige gezondheidsproblemen veroorzaken, worden buiten de gezondheidsdiscussie geplaatst. Daarom kan men stellen: de geneeskunde, gebaseerd op het klassieke ziektebegrip, functioneert als ideologie.

Automedicalisering

Zo komen we dan eindelijk tot het onderwerp van de automedicalisering. Zij bevordert, zoals medicalisering, verwetenschappelijking en technologisering. Zelfdiagnose werkt een cognitieve attitude tegenover het eigen lichaam in de hand. De afstandelijke, emotioneel minder betrokken band tot de somatiek wordt intenser. Mensen worden bij wijze van spreken specialist in de somatische zelfobservatie en -interpretatie. De introspectieve aandacht voor de boodschappen van het lichaam neemt toe (16).

Ook het aspect technologisering is aanwezig: door bemiddeling van allerlei popularisatiekanalen, zoals TV-gezondheidsmagazines, medische woordenboeken, gespecialiseerde tijdschrifttribriecken, mondelinge toelichtingen van de huisarts, enzoverder, wordt de persoonlijke levensstijl een soort toegepaste medische wetenschap. Men beoefent sport, omdat men theoretisch weet heeft van zijn gunstige effecten op het lichaam; roken en alcoholgebruik worden beperkt omwille van te verwachten gevolgen in een verre toekomst; spijzen en drank worden niet langer geconsumeerd omwille van hun smaak, maar omwille van abstracte kwaliteiten (caloriegehalte, organische samenstelling, mineralen, vitaminen). Kortom:

mensen gaan hun eigen levensstijl specialistisch benaderen.

De uitgangspunten van dat specialisme hoeven niet samen te vallen met die van de technocratische geneeskunde. De gezondheidscultus kan gerust uitgaan van een 'holisme', dat de mens beschouwt als een eenheid van lichamelijke, psychische en spirituele factoren. Hierdoor overstijgt ziekte en gezondheid het strikt somatische standpunt. Door het accent te leggen op preventie vanuit een integraal standpunt, staat een dergelijk holisme alleen al op gespannen voet met de heersende medische praxis. Ik spreek over automedicalisering wanneer de relatie tot het lichaam, met het oog op het vermijden van ziekte en op de bevordering van gezondheid, op grond van een in principe rationeel verantwoordbaar cognitief paradigma (klassiek-medisch, holistisch, environmentalistisch, enzovoort) georganiseerd wordt. Doorslaggevend is dus de centrale motivationele en attitudinale plaats van de waarde gezondheid in de individuele gedragingen.

Een vaststelling vooraf is dat automedicalisering in opmars is. Men denke aan de opstelling in grootwarenhuizen van apparaatjes om de hartslag te meten, aan het alledaags gebruik van weegschalen, bloeddrukmeters, koortsthermometers, enzoverder. Die apparaatjes laten toe bestendig het eigen lichaam te controleren en in te grijpen van zodra bepaalde normen worden overschreden of van zodra afwijkingen optreden. De hele gezondheidscultus berust op automedicalisering. Zo is er een uitgebreid aanbod van apparaatjes om zelfs tijdens de verrichting van lichamelijke prestaties 'feedback' te verkrijgen. Men kan de hartslag meten tijdens het fietsen op de 'home-trainer', bij het joggen het aantal passen tellen, enzoverder. De aandacht wordt afgeleid van de bezigheid - het lopen, het fietsen - om die geheel op het ik, op de zelf-meting te richten. Fitness-sporten gelijken een beetje op toegepaste wetenschappen van het zelf. Gelijkaardige evoluties doen zich voor in het vlak van de diëtik. Men kan ook denken aan alternatieve geneeswijzen zoals meditatie en biofeedback, polariteitstherapie, bewegings- en danstherapie, massage, homeopathie, enzoverder (17). Overall duikt de zelfcultuur in een medisch of quasi-medisch kleedje op. Ondanks de oppositionele waarde van sommige zelfzorgalternatieven voor de klassieke geneeskunde, lijken die alternatieven mij vanuit het hier behandelde standpunt zoveel gelijkenis te vertonen met 'klassieke' automedicalisering dat zij rustig samen kunnen behandeld worden.

Automedicalisering profiteert (ten dele) van het wetenschappelijk aura van instrumentele rationaliteit dat rond de geneeskunde hangt, maar lijdt aan net dezelfde ideologische verdraaiingen als die geneeskunde. Men kan het inderdaad als een reële vooruitgang beschouwen dat mensen zich bewuster worden van gezondheidsproblemen en dat een deel van de medische kennis gepopulariseerd wordt, zodat het radicaal monopolie door allerlei deskundigen over de gezondheidszorg wordt aangetast. De informatisering die ook het geneesherenberoep treft, maakt

binnen afzienbare tijd allerlei betrouwbare vormen van zelfdiagnose, zelfkuur en zelfmedicatie tot een technische mogelijkheid. De uitbreiding van automedicalisering behoort zelfs tot de echt waardevolle objectieven van de WHO-Verklaring van de Alma Ata Conferentie en is een voorwaarde voor de verbetering van de gezondheidsvoorwaarden op planetaire schaal (18). Niet de intrinsieke waarde van automedicalisering staat hier ter discussie, noch de intrinsieke waarde van de Westerse geneeskunde.

Waar het om gaat is dat die geneeskunde steeds een dubbele functie heeft geënd: aan de ene kant dient zij een materiële taak die bestaat in de bestrijding van ziekte en bevordering van gezondheid; aan de andere kant heeft zij een sociale functie die bestaat in de uitoefening van sociale controle en, via de specifieke vorm van die geneeskunde, in de reproductie van de bestaande machtsverhoudingen. Zoals V. Navarro terecht heeft betoogd is het onjuist dat de sociale functie de primaire is. Precies doordat de bestaande gezondheidszorg materieel efficiënt is, kan zij ook dienstbaar gemaakt worden aan machtsbelangen. De sociale functie ent zich op de materiële en niet omgekeerd (19). Hetzelfde geldt voor automedicalisering. In het geheel van de economische, politieke en ideologische verhoudingen waarin automedicalisering optreedt, bezit zij, op de eerste plaats dank zij haar materieel-technische rationaliteit, ook een sociale, ideologische verdoezelende functie. De emancipatorische betekenis van individualistische automedicalisering is zeker miniem.

Vanuit de visie die hierboven ontwikkeld is op de waardengeladenheid van geneeskunde bekijk ik nu het geval van de automedicalisering.

Asymmetrie

Men zou kunnen menen dat automedicalisering de asymmetrische relaties tussen monddode patiënten en deskundige artsen of andere gezondheidswerkers vernietigt of afzwakt. Dit is slechts ten dele zo. Automedicalisering houdt een vorm van schijnautonomie in. Op het eerste gezicht lijkt het geautomedicaliseerde subject aan zelfbeschikking te hebben gewonnen tegenover het medisch paternalisme, maar dat is slechts schijn. Het subject blijft de passieve consument van een aanbod waarover het geen controle heeft. Talrijke gemedicaliseerde lichaamsnormen bereiken de consument via populariseringskanalen. Uit dit aanbod kan hij niet rationeel selecteren, omdat hij daartoe niet de vereiste competentie bezit. De uitkomst kan in dergelijke gevallen alleen willekeur of autoritarisme zijn. Uiteindelijk wordt de consument dus teruggeworpen op zijn eigen ondeskundig oordeel of op de hiërarchische arts-patiënt relatie. Hij staat voor het dilemma tussen een pseudo-medicalisering en irrationele volgzzaamheid; kortom, voor een alternatief waarin geen

sprake is van authentische zelfbeschikking. De autonomie van de automedicalisering blijkt in de heersende omstandigheden enkel een illusie van dwazen. De automedicalisering verhoogt bovendien de afhankelijkheid van de gezondheidsindustrie.

Probleemperceptie

Automedicalisering beïnvloedt de probleemdefinitie decisief. Door te zeggen dat men zich treurig of melancholisch voelt, drukt men iets helemaal anders uit dan door te zeggen dat men zich depressief voelt, ook al refereren beide uitspraken (misschien) naar identieke ervaringen. De gemedicaliseerde uitdrukking (depressie) suggereert bovendien een bepaalde oplossingsstrategie (medicatie of de minstens principiële zinvolheid van de hulpvraag), die de niet-gemedicaliseerde niet impliceert. Het verschil tussen medicalisering en automedicalisering bestaat er dan in dat eerstgenoemde een interventie legitimeert, dikwijls tegen de weerstand van de betrokkenen in. Medicalisering werd in het verleden immers dikwijls ervaren als de kolonisatie door een vreemde cultuur (denk aan de desintegratie van de traditionele geneeswijzen en vormen van omgaan met het menselijk lichaam die door de wetenschappelijke geneeskunde werden, en nog steeds worden, vernietigd). De automedicalisering ondermijnt helemaal de kritische afstand tot de medische probleemperceptie en -definitie. De aard van de onderdrukking, die soms gepaard gaat met medicalisering, wordt verdoezeld door een kwaliteit van onderwerping (erkenning van de legitimiteit van de onderdrukking).

Zelfzorg en individualisme

Het ideologisch vertekenend individualisme van het mechanistische ziektebegrip wordt nog geïntensifieerd door automedicalisering. Centraal staat het individu, met zijn persoonlijke levenssfeer en zijn persoonlijke verantwoordelijkheid voor ziekte en gezondheid. Hoewel holistische versies van de zelfzorg het mechanistische van het klassieke ziektebegrip verlaten, verlengen zij in feite de individualiserende dimensie ervan. Meer nog, door de preventierol uit te breiden tot het spirituele en mentale werken zij ook met betrekking tot die aspecten een eng moralisme in de hand.

Het is echter een illusie te denken dat de problemen, waaruit bijvoorbeeld beschavingsziekten ontstaan, kunnen opgelost worden door op het individuele vlak voor het eigen lichaam te zorgen. Jogging bijvoorbeeld compenseert wel in zekere mate de stress die men dagelijks ondergaat, maar men kan zich afvragen of die

stress niet beter en efficiënter bestreden kan worden door de concurrentievoorwaarden zélf aan banden te leggen.

Door het intensifiëren van het individuele wordt dus het hele vraagstuk van de gezondheidspolitiek geneutraliseerd en buiten discussie geplaatst. De personalisering van gezondheidsproblemen verkrijgt conservatieve functies dank zij de compenserende waarde van zelfzorg. Wie de gebreken psychologisch-defensief compenseert, pakt die gebreken niet zelf aan, maar houdt ze precies in stand. Hij werkt alleen de scherpe kantjes weg.

Men zou algemener zelfs de stelling kunnen hard maken dat de toename van zelfzorg recht evenredig varieert met het verlies aan controle over de omgeving. Naarmate de algemene gezondheidsvoorwaarden degraderen, neemt ook samen met het gevoel van individuele kwetsbaarheid de aantrekkingskracht van zelfzorg toe. De intensifiëring van automedicaliseringsreflexen wordt dus rechtstreeks bepaald door de socio-politieke inbedding van ziekte en gezondheid.

Verabsolutering van de gezondheidsvoorwaarden

Men kan gezondheid niet gewoon reduceren tot de medische normen voor gezond functioneren, uitgedrukt in somatische termen. Gezondheid omvat heel wat meer. Bevredigende niveaus van psychisch, affectief, sociaal en intellectueel functioneren, spelen daarin ook een rol. De realisatie daarvan vereist niet gewoon ingrepen in het individuele vlak, maar in het vlak van de sociale verhoudingen. Gezondheidsdoeleinden en -normen horen bijgevolg het voorwerp van sociale en politieke dialoog te zijn. Vandaag verkeren wij in een situatie waarin de geneeskunde het monopolie over de bepaling van die doelstellingen opeist. Dit is een gevaarlijke situatie: discussie over waarden moet mogelijk zijn; deze waarden worden nu aan de publieke dialoog onttrokken en als absolute, algemeen-menselijke waarden voorgesteld. Automedicalisering versterkt nog de reeds heersende indruk dat de geneeskunde terecht dat waardenmonopolie opeist. Het hele gezondheidsprobleem wordt gedepolitiseerd. Automedicalisering draagt dus sluiks bij tot het buiten discussie plaatsen en de-ethiseren van sociale problemen en draagt ook op die manier naast een kleine emancipatorische een grote onderdrukkende betekenis.

Automedicalisering legitimeert de kolonisatie van sociale verhoudingen door medische categorisering.

Automedicalisering draagt sterker nog dan medicalisering bij tot de overdracht van lichaamsnormen naar het sociale domein. Waarden die oorspronkelijk

slechts betekenis hebben in het kader van een arts-patiënt relatie krijgen een functie in de sociale omgang. De normen voor de relatie gewicht-lichaamslengte bijvoorbeeld die voor de arts een indicatie kunnen zijn van een aanleg tot bepaalde ziekten, gaan stilaan ook fungeren als sociale normen. Zwaarlijvigheid verandert daardoor van een gezondheidsrisico (waarvoor men kan kiezen) in een sociaal stigma (waarvoor men niet kiest). Door het proces van automedicalisering gaan lichaamsnormen een sterkere druk uitoefenen op wie ze niet nakomt. Technisch-somatische normen krijgen een sociale waarde. Deze kolonisatie van de sociale verhoudingen door het medische uit zich op tal van domeinen: 'sportieve' vrijetijdsbesteding, gezonde voeding, regelmatig leven, opzoeken van zuivere lucht, enzoverder. Samen met de medisch-positieve levensstijlen worden ook de deviante gedefinieerd.

Daar komt nog bij dat men de automedicalisering in een breder perspectief moet situeren. De toenemende aandacht voor het lichaam uit zich in een explosie van allerhande lichaamsspecialismen: diëthiek, schoonheidszorgen, kinesithérapie, enzoverder. Die specialismen voldoen aan de behoefte tot problematisering van het lichaam door bijkomende normen te creëren, waartegenover men tenslotte wel in gebreke moet blijven. Het aantal normen neemt gestaag toe, maar de middelen om eraan te voldoen, evolueren niet in gelijke mate, of gaan in economische crisisperiodes zelfs achteruit. Daardoor kan de lichaamszorg ook in toenemende mate dienst gaan doen als sociaal onderscheidingsmiddel: niet iedereen heeft de financiële middelen en de tijd om zijn lichaam te cultiveren (20). Cosmetica, sport, artsen, biologische voeding, gezonde vacaties, rustige woningen, enzoverder zijn duur. De gezondheidscultus kan dan ook heel goed dienst doen als een legitimatie voor 'conspicuous consumption'. Op die manier wordt aan het normaliserend effect, dat de automedicalisering bereikt door het opleggen van waardenpatronen aan levensstijlen, nog een effect van sociale discriminatie toegevoegd.

Irrationale gronden van de automedicalisering

Automedicalisering is trouwens nog op andere manieren verbonden met klassonderscheidingen. Zij zet zich door op de vruchtbare voedingsbodem van een toenemende aandacht voor de boodschappen van het lichaam. Die aandacht houdt dan weer verband met het parasiteren van de heersende klassen op de arbeid van de werkende klassen. De vrijstelling van fysieke arbeid werkt immers de introspectieve attentie sterk in de hand. Voor die klassen beantwoordt medicalisering aan een reeds aanwezige behoefte, die de adoptie van medische interpretatieschema's verder invult (21). Voor de andere klassen gaat het om een, overigens om zijn materiële voordelen dikwijls achteraf zeer welgekomen, kolonisatie door een vreem-

de cultuur.

Men kan uit deze gegevens de hypothese afleiden dat, gezien het dalende belang van fysieke arbeid in de post-industriële maatschappijen door de invloed van informatisering en tertialisering, de voedingsbodem voor (auto)medicalisering voor de meeste sociale klassen en categorieën in feite druk wordt bemest. De geneeskunde is slechts één onder de vele apparaten die op de tendens inspelen. Alle praktijken die bijdragen tot zelfproblematisering krijgen ontwikkelingskansen.

De technische rationaliteit van automedicalisering is dus helemaal niet gegarandeerd. De medische invulling van de zelfhulp vormt sociaal-psychologisch één blok met andere vormen van zelfzorg, zoals de zogenaamde 'Californische' zelfzorg (22). Men doelt daarmee op de narcistische, egocentrische cultus van het zelf: mensen die de hoofdbrok van hun tijd besteden aan het oplossen en problematiseren van vragen zoals "wie ben ik eigenlijk?", "kan ik mijzelf wel zijn in deze of gene relatie?", enzoverder. De hele cultuur van de navelstaarderij dus, waarover Christopher Lasch het heeft (23). Allerlei post-freudiaanse psychotherapieën, bio-energetische work-shops, gestalt-therapie, encounter-groups, verwaterde versies van Oosterse introspectie-filosofieën, en dergelijke meer vinden daarin een plaats. Het zoeken naar het 'authentieke' zelf gaat in die Californische psychotherapieën gepaard met een intense aandacht voor het 'geblokkeerde' lichaam, dat derhalve moet 'bevrijd' worden. Kennis van het lichaam en lichaamsexpressie zijn dan ook centrale therapeutische onderdelen in die Californische zelfzorg. Automedicalisering bevat, net als die beweging, irrationele tendenzen. De geneeskundige invulling van de toenemende aandacht voor de lichaamsboodschappen is eigenlijk maar willekeurig. De behoefte die aan haar basis ligt kan zich ook anders dan medisch bevredigen. Om het in de terminologie van Habermas te zeggen: automedicalisering beantwoordt uiteindelijk meer dan medicalisering aan een expressieve behoefte, terwijl medicalisering, méér dan automedicalisering, aan een instrumentele behoefte beantwoordt (24).

Last but not least weerspiegelt de tendens tot automedicalisering de verscherpende concurrentiestrijd in crisisperiodes. Bourdieu associeert het soberheidsethos, zoals dat onder andere naar voren komt in de gezondheidscultus, met habitus van de middenklassen. Doordat zij zich objectief in een situatie bevinden van waaruit sociale opgang in hun of de volgende generatie mogelijk is, althans mits de nodige opofferingen, weerspiegelt hun algemene instelling een bereidheid tot uitstel van behoeftenbevrediging. Men kan nu, Bourdieu extrapolierend, stellen dat een verscherping van de competitie ten gevolge van een inkrimping van de arbeidsmarkt en een verschaarsing van de machtsposities mede aan de basis ligt van een versobering van persoonlijke levensstijlen (25). Automedicalisering bekrachtigt de versobering: het cognitiever worden van de relatie tot de lichamelijke behoeften, uit zich onder meer in een versterkte aantrekkingskracht van medische denkcate-

gorieën. Ook in dit opzicht is automedicalisering een uiting van afnemende en niet van toenemende autonomie. Het globale ethos, nodig voor optimaal functioneren in een conjunctuur van economische crisis, zet zich rechtstreeks door in het intieme leven. De economische krijger draagt zijn competitiewaarden over op zijn hele persoonlijke levensstijl.

Dit is een uiting van verminderde weerstand tegen sociaal bepaalde heteronomie.

Besluit

Net zomin als medicalisering is automedicalisering een ethisch en ideologisch neutrale aangelegenheid. De individualiserende trends in beide processen hebben een ideologisch, dat is tegelijk legitimerend en verdoezelend, effect. Hoewel automedicalisering op het eerste gezicht een positieve bijdrage tot zelfbeschikking levert, is dit slechts ten dele het geval: in zoverre zij niet gewoon berust op de ongecontroleerde adoptie van medische definities van sociale relaties en van wijzen van probleemperceptie, lijkt automedicalisering een ondoorzien gevolg te zijn van de overlevering van geïndividualiseerde subjecten aan competitie- en distinctiemechanismen en aan globale verschuivingen in de aard van de arbeid. De ethisering van het gedrag door de beklemtoning van de preventierol blijkt bij nader toezien slechts een individualiserende, en bijgevolg sociaal-deëthiserende, strategie te meer.

De les van Alexis de Tocqueville en, veel later, van Emile Durkheim en Louis Dumont luidde dat naarmate de westerling zijn individualisme sterker in de verf zet, hij zich des te meer verraadt als een kuddedier dat zich niet bewust is van zijn sociaal-economische bepaaldheid. De genealogie van het Westerse individualisme zou meteen die zijn van de sociale controle in geavanceerde kapitalistische maatschappijen. Het proces van automedicalisering is één van de laatste stappen in de verdere opbouw van het sociaal onderdrukkende individualisme. Het ziet er naar uit dat mensen steeds meer hun eigen terrorist worden en steeds minder over zichzelf gaan beschikken.

Noten

(1) Zie I.K. Zola, *Medicine as an institution of social control: the medicalizing of society*, in: D. Tuckett, J.M. Kaufert, *Basic Readings in Medical Sociology*. London, Tavistock, 1978, pp. 254-260; een literatuuroverzicht in Susan E. Bell, *Changing ideas: the medicalization of menopause*, in: *Social Sciences and Medicine*, 24 (1987, 6), pp. 535-542.

- (2) Er bestaat een enorme literatuur over het onderwerp. Zie bijvoorbeeld de reader P. Wright., A. Treacher, *The problem of medical knowledge. Examining the social construction of medicine*. Edinburgh, University Press, 1982; een van de beste beknopte geschiednissen van de medicalisering blijft G. Rosen, *A History of Public Health*. New York, MD Publications, 1958. Overigens bestaan tal van nationale en regionale studies over medicalisering.
- (3) Zie R. Crawford, *Healthism and the medicalization of everyday life*, in: *International Journal of Health Services*, 10 (1980, 3), pp. 365-388, aldaar p. 369.
- (4) Zie onder andere F. Mortier, *De medisch-pedagogische controle op de minnen van de achttiende eeuw*, in: *Comenius* 26 (1987), blz. 175-199.
- (5) Zie H. Tr. Engelhardt, Jr., *Closing remarks*, in: H. Tr. Engelhardt, Jr., S.F. Spicker, *Clinical judgment: a critical appraisal*, Dordrecht, Reidel, 1979, pp. 265-271.
- (6) T. Parsons, *The social system*. London, Tavistock, 1952, pp. 436-37.
- (7) Zie R. Crawford, *Healthism and the medicalization of everyday life*, in: *International Journal of Health Services*, 10 (1980, 3), p. 378.
- (8) Zie H. Tr. Engelhardt, *The concepts of health and disease*, in: H. Tr. Engelhardt, S.F. Spicker, *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*, Dordrecht, Reidel, 1975, pp. 125-141, aldaar p. 138.
- (9) Th. Tarczylo, *Sexe et liberté au siècle des Lumières*. Paris, Presses de la Renaissance, 1983.
- (10) G. Pinet, *Ethical aspects of Public Health and the Role of the State*, in: S. Doxiadis, ed., *Ethical Issues in Preventive Medicine*. Dordrecht, Martinus Nijhoff, 1985, pp. 32-35.
- (11) Voor de historische achtergrond van dit disciplineringsproces, zie C. Lis, H. Soly, *Policising the early modern proletariat, 1450-1850*, in: Ch. Tilly (ed.), *Proletarianization and Family History*. London, Academic Press, 1984, pp. 163-228.
- (12) J. Ruffié, J. Ch. Sournia, *Les épidémies dans l'histoire de l'homme. Essai d'anthropologie médicale*. Paris, Flammarion, 1984; M.D. Grmek, *Préliminaires d'une étude historique des maladies*, in: *Annales. E. S. C.*, 24 (1969, 6), pp. 1473-1483; M.D. Grmek, *Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale*. Paris, Payot, 1983; J.C. Sournia, *Histoire et médecine*. Paris, Fayard, 1982.
- (13) J. Ruffié, J. Ch. Sournia, op.cit., p. 11; zie ook J. Ch. Sournia, op. cit., p. 165. Na een bespreking van de geschiedenis van chronische malaria, waarin lokale demografie, economische golven, administratieve geschiedenis, en genetica een rol spelen, besluit hij: "On peut dire qu'une maladie n'a pas d'histoire en tant que telle, seuls les groupes humains en face de la maladie en ont une." Speciaal uit immunogenetisch onderzoek blijkt dat individuen totaal verschillend kunnen reageren op een identieke invasie (Ibid., p. 243). Een en ander hangt samen met het 'genetisch polymorfisme' van populaties, dat is het gegeven dat de individuen die een populatie samenstellen niet hetzelfde genetisch patrimonium bezitten. Het genetisch polymorfisme hangt op zijn beurt samen met de heterogeniteit van de milieus waarin individuen geplaatst zijn, waardoor ook de adaptatieve pressies van individu tot individu verschillen (Ibid., p. 60).
- (14) W.R. Rosengren, *Sociology of medicine. Diversity, conflict and change*. New York/Hagerstown/Philadelphia/San Francisco/London, Harper & Row, 1980, p. 97.
- (15) J. Ch. Sournia, *Histoire et médecine*, pp. 188-190.

- (14) Mary K. Zimmerman, *The Women's Health Movement: A Critique of Medical Enterprise and the Position of Women*, in: B.B. Hess, M.M. Ferree (eds.), *Analysing Gender. A Handbook of Social Science Research*. Newbury Park/ Beverly Hills/ London/ New Delhi, Sage Pub., 1987, pp. 442-472, aldaar 449.
- (15) Zie ook V. Navarro, *Medicine under Capitalism*. New York, Prodist, 1976, pp. 206-208 over de ideologische functies van de 'gesomatiseerde' geneeskunde.
- (16) Zie over lichaamsperceptie L. Boltanski, *Les usages sociaux du corps*, in: *Annales ESC*, 26 (1971, 1), pp. 205-233.
- (17) Zie over die alternatieve holistische geneeswijzen R. Crawford, op. cit., p. 366.
- (18) Ook 'radicalen' zoals I. Illich pleiten voor meer autonome vormen van gezondheidszorg tegenover de geprofessionaliseerde. Zie I. Illich, *Grenzen aan de geneeskunde. Het medisch bedrijf - een bedreiging voor de gezondheid?* Baarn, Het Wereldvenster, 1978 (1976).
- (19) V. Navarro, *Crisis, Health and Medicine. A Social Critique*. New York/ London, Tavistock Publications, 1986, pp. 241-45.
- (20) Zie P. Bourdieu, *La distinction. Critique social du Jugement..* Paris. Minuit, 1979.
- (21) J.P. Goubert heeft dit aangetoond door historisch onderzoek van de spreiding van het medisch aanbod. De inplanting van de artsen en chirurgijnen volgen in de beginfase van de medicalisering de geografische concentraties van de 'classes oisives'. Zie J.P. Goubert, *La première croisade médicale*, in: J.P. Goubert, *La médicalisation de la société française 1770-1830*. Waterloo/ Ontario, Historical Reflections Press, 1982, pp. 3-13.
- (22) Zie bijvoorbeeld M. Foucault, *Waarom zou niet ieder van zijn leven een kunstwerk maken? Over de genealogie van de ethiek*; M. Pagès, *La liberation du corps*, in: *L'homme et la société*, in: *M. Foucault in gesprek*. Amsterdam. De Woelrat, 1985, pp. 72.
- (23) Chr. Lasch, *The culture of narcissism* New York. Warner Books, 1979.
- (24) J. Habermas, *Theorie des kommunikativen Handelns I*. Frankfurt a. Main. Suhrkamp, 1981, p. 45.
- (25) Zie voor die extrapolatie: F. Mortier, *Einde van de nuttige luiheid*, in: *De Morgen* (16.4.1988).