

Sterven en voortleven in Nederland vanaf 1930

De regulering van macht en emoties aan het levenseinde

Dit is het verslag van onderzoek naar veranderingen in de dominante omgangscodes tussen stervenden en voortlevenden. Ik heb die veranderingen vanaf 1930 opgespoord aan de hand van drie bronnen: het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* (TvZ), veel gebruikte verpleegkundige handboeken en toonaangevende geschriften inzake medische ethiek, met name het zogenaamde 'blauwe boekje' van de *Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst* (KNMG). Deze bronnen bieden het voordeel dat zij een systematische inhoudsanalyse over de hele periode van onderzoek mogelijk maken.

Artsen en verpleegkundigen hebben uit hoofde van hun beroep vaak en intensief met stervenden te maken. De meeste mensen die in de periode van onderzoek zijn gestorven zullen aan het einde van hun leven onderworpen zijn geweest aan de regie of het regiem van deze professies - in ziekenhuizen zowel als thuis.¹ Artsen en verpleegkundigen kunnen daarom gelden als de dominante vertegenwoordigers van alle andere voortlevenden en hun omgangsvormen met stervenden als de meest gezaghebbende. Van het TvZ - lang de enige en steeds een vooraanstaande spreekbuis van verpleegkundigen - is iedere vijfde jaargang vanaf 1930 in zijn geheel bestudeerd, als betrof het de notulen van dat jaar. Daardoor kan in dit verslag ook een indruk worden gegeven van de veranderingen in de omgangsvormen die gelden in de bredere sociale context waarbinnen mensen aan hun eind kwamen: het medisch regiem.²

In de periode van onderzoek laten zich drie fasen onderscheiden: de eerste strekt zich uit van 1930 tot in de jaren vijftig; het is de periode van de 'gewijde leugen'; dan volgt een overgangsfase, vanaf midden jaren vijftig tot het einde van de jaren zestig, waarin het verzet tegen de oude codes steeds krachtiger aanzwelt; en in de derde fase, van 1970 tot nu, tekent zich een 'emancipatie van stervenden'

steeds duidelijk af.

Alleen al uit deze indeling valt op te maken dat de gegevens niet wijzen op een sterker wordend taboe op sterven en dood, maar op het omgekeerde.

De periode van de 'gewijde leugen'; 1930-1950

Dat verplegenden vaak en regelmatig met stervenden te maken hebben, komt in deze periode nog nergens in het tijdschrift tot uiting, zelfs niet in het speciale nummer over ouderen en ouder worden uit de jaargang 1950. Slecht-nieuws-gesprekken komen niet aan de orde. Wel blijkt terloops dat het verstrekken van 'gewijde leugens' volstrekt gangbaar was, zoals in deze passage:

Hoop doet nu eenmaal leven en een 'pia fraus' (geheiligde misleiding) acht elke geneeskundige oirbaar ten aanzien van de meest ernstige, wellicht ten doode opgeschreven lijder (1935, p. 46).

Slechts op twee zeer indirecte manieren blijkt verder in het TvZ dat mensen sterfelijk zijn: uit In Memoriam's en uit de aandacht voor het voorkómen van suicide. Een artikel over 'Belangrijke feiten bij de verpleging van depressieve zieken' leert dat *alle* belangrijk geachte feiten daarmee te maken hebben:

Bij het baden mag men den patiënt geen oogenblik zonder toezicht laten, want enkele seconden zijn voldoende, dat de patiënt onderduikt en den dood vindt. Gaat een zieke op de W.C. dan mag men nooit de strenge waarneming doen ontbreken... Bij ziekenbezoeken moet de verpleger erop letten, dat de familie van de patiënten geen scherpe en spitse voorwerpen (messen, vorken, scheerapparaat) aan den patiënt geeft... en na ziekenbezoeken de bedden en beddetafels, schuifkastjes, enz. controleeren, of de patiënt niet ook iets verstopt heeft (1930, pp. 744-745).

Hier blijkt tevens hoezeer verpleegkundige verzorging uit bevoogding, toezicht en bewaking bestond. Ook uit praktijken als het opnamebad, waarbij patiënten op onreinheid werden gecontroleerd, en uit de uniforme ziekenhuiskleding die zij verplicht waren te dragen, blijkt dat de omgang met patiënten beschaafd en daardoor beschavend moest zijn - een omgangsideaal dat tegenwoordig als bevoogdend en als buitensporig hiërarchisch wordt getypeerd. Het met elkaar bespreken van angsten en andere emoties paste daar niet in.

Dat mensen sterven blijkt in deze periode verder alleen uit een aantal in het tijdschrift opgenomen In Memoriam's. Opvallend daar-

aan is, dat die zich in weinig of niets onderscheiden van afscheidsberichten bij pensionering: in beide gevallen beperkt de tekst zich tot een bespreking van het *werk* van een *functionaris* - verpleegster of arts. Daardoor lijkt het alsof de betrokkenen geen huiselijk leven of intimi hebben gekend. Een persoonlijke noot of toon komt bij wijze van hoge uitzondering wel eens voor, maar is dan steeds zeer paternalistisch:

Arme kleine Vennekool, drie kwart van je leven is opoffering, is lijden geweest. Rust in vrede! (1930, p. 213).

In de jaargang 1950 bestaan de enige prille tekenen van een op gang komende verandering uit het noemen van de verwachting dat 'de *psychologische wetenschap* ons (zal) kunnen helpen om op de juiste wijze met mensen om te gaan' (p. 114) en uit enkele overlijdensberichten waarin wordt besproken van een 'ontstellend bericht', van een 'geliefde collega', 'intense emotie', 'rouw in het hart' en 'persoonlijk denk ik met grote waardering aan de goede samenwerking die er jarenlang tussen ons bestond' (pp. 426, 427, 488). Deze aandacht voor emoties en persoonlijke bindingen is nieuw.

Ook uit de *verpleegkundige handboeken* blijkt, dat het naderende einde als regel *niet* aan de betrokkene werd medegedeeld. De handboeken volstaan in deze periode met korte en zakelijke passages - over het herkennen van de naderende dood, over de te verstrekken verpleegtechnische zorg, over hoe men de dood kan vaststellen en over het afleggen. Soms treft men een of twee zinnen aan die iets verder gaan, bijvoorbeeld: 'Zorg voor rust en stilte bij een stervenden patiënt'.³ En:

De dokter zal ook beslissen, of een patiënt bediend moet worden; alleen in spoedgevallen treffen wij de nodige maatregelen. Waarschuwt gij den geestelijke, vermeld er dan bij of uw patiënt wél of niet bij bewustzijn is (Zr. H.A. Melk, *De praktijk der Ziekenverpleging*, 1941, p. 368).

In ditzelfde boek komen sommige moeilijkheden van wat tegenwoordig terminale zorg heet, terloops aan de orde, maar dat gebeurt alleen om de gehoorzaamheid die verpleegsters aan artsen verschuldigd zijn te benadrukken:

Ge kent het spreekwoord: 'Waar nog leven is, daar is nog hoop' en zelfs als de patiënt u vraagt, hem niet meer in te spuiten, als de familie u smeekt hem niet meer te plagen, ook als het u zelf iedere keer een overwinning kost, het voorschrift uit te voeren, dan moet ge *toch* hiermee doorgaan. Want - 'de wonderen zijn de wereld nog niet uit' - er komen nog altijd verrassende genezingen voor! Houdt u aan die

gedachte vast, als het gehoorzamen u zwaar valt en bedenkt, dat een kostbaar mensenleven niet door verkeerd gerichte gevoeligheid verloren mag gaan (pp. 387-388).

Hier blijkt tevens hoezeer artsen als regel alsmaar dóórbehandelden. 'Vrome leugens' en uitzicht op de volgende behandeling: verder werd de emotionele draagkracht van medici, verpleegkundigen en patiënten niet geacht te reiken.

Uit de *boeken over medische ethiek* blijkt dat artsen stervenden slechts zelden op de hoogte brachten van hun terminale situatie. Stervenden werden zo lang mogelijk in de waan gebracht en gelaten dat er een gereede kans op herstel aanwezig was; artsen oefenden een 'regiem van stilte en gewijde leugens' uit. Dit regiem werd tot in de jaren zestig ook via de 'officiële' code van de KNMG in het 'blauwe boekje' verdedigd.⁴ Nog in 1959 heet dat, dat door het ontwijkende gedrag van de arts

de patiënt dikwijls rijp gemaakt (zal) worden om tenslotte de waarheid te vermoeden, te begrijpen en te verwerken (pp. 277-278).

Dat 'vermoeden, begrijpen en verwerken' gebeurde als regel in stilte. In 1949 verschijnt een boekje waarin de mogelijkheid wordt genoemd van deze regel af te wijken, en wel wanneer de patiënt 'bezonkener, nadenkender' werd en

de troostvolle opmerkingen (van de dokter) wel aanhoort, maar inwendig van andere gedachten is... Dan wordt de zaak anders, dan zou het verkeerd zijn om maar steeds de zieke tegen beter weten in hoop te geven, de ernst van de toestand voor hem te blijven verbergen.⁵

Ten opzichte van de familie van de stervende kón het 'regiem van stilte' worden doorbroken. Dit werd echter zo lang mogelijk uitgesteld, omdat, in de woorden van de auteur van *De Moraal van de Arts* gezien onze beperkte kennis, zo vaak de afloop van een ernstig ziektegeval nog kan meevallen.

Maar, als het moment van zekerheid tóch was gekomen, dan deed een arts er verstandig aan, zo heette het, om

de omgeving van de zieke deelgenoot te maken van de nu wel zeer ernstige kansen op een minder goede afloop (p. 19).

Voor deze gevallen had de KNMG een dergelijk advies:

Men ga met tact te werk; vertel geen directe leugen en lichte in het algemeen liever de familie in (p. 278).

Het moment waarop het advies tot bedienen van katholieke patiënten werd gegeven, moest dan ook met zorg worden gekozen:

Het kan b.v. zijn, dat men reden heeft te vrezen voor een ongewenst sterke emotie (p. 259).

Artsen die hier bang voor waren werd in dit verband nog verzekerd

dat dit sacrament volgens de katholieke leer 'niet noodzakelijk ter zaligheid' is en ook, 'dat nog korte tijd (men neemt aan enkele uren) na de dood de bediening kan plaats hebben'.

Ter aanvulling hierop een citaat uit een boek dat in 1955 verscheen:

De Rooms-Katholieke patiënt, die in stervensgevaar geraakt, krijgt door het sacrament der stervenden althans enig inzicht in zijn toestand. (...) Bij Protestanten en ongelovigen liggen de verhoudingen anders. Daar houdt de arts zich veelal aan den regel, door Moskowitz (*Medische Ethica*, art. 52, Leiden 1902) in een ongelukkig gestelde zin aldus geformuleerd: 'Hij make de hopeloze toestand zijner patiënten, nimmer 'aan na volkomen zekerheid dienaangaande, met omzichtigheid, in geen geval aan den lijder zelve, bekend, tenzij dit in het belang van bloedverwanten of aanverwanten vereist mocht zijn tot het treffen van voorzieningen'. Alleen stoffelijke belangen gelden; met de gedachte dat het sterven voor een mens een belangrijk gebeuren is, waarvan hij ook zelf enige weet mag hebben, wordt geen rekening gehouden.⁶

Uit dit boek blijkt verder dat patiënten slechts flink en moedig werden genoemd als ze met niemand over hun ziekte en angsten spraken, en dat wie huilde als reactie op het slechte nieuws dat een arts kwam brengen al gauw 'emotioneel instabiel' heette, een afwijking die met 'pia fraus' moest worden behandeld (pp. 30, 76). En in een passage die de verhoudingen vóór 1955 kenmerkt, vroeg men zich omtrent eventuele wijziging van die verhoudingen af

hoe ver wij daarin wel kunnen gaan zonder de voor iedere besloten gemeenschap noodzakelijke discipline te ondermijnen. Mogen patiënten vanuit het ziekenhuis hun familie opbellen? Mogen zij tekenen of schilderen, met alle rommel die dit in de conversatiekamer of op bed meebrengt? Mogen zij, indien het mooi weer is, buiten wandelen? En daar hun familie ontmoeten buiten de vastgestelde uren? Of, wat nog belangrijker is: mogen zij vragen stellen of zelfs tegenspreken? (p. 68).

Als patiënten vóór de jaren vijftig geen vragen mochten stellen, laat staan tegenspreken, met wie zouden stervenden dan over hun doodsangst e.d. hebben kunnen *praten*? Nee, waar de stervende zich ook bevond, thuis of in een ziekenhuis, sterven lijkt zelfs voor stervenden geen onderwerp van gesprek te zijn geweest. Er stond zelfs straf op:

Het is de patiënten verboden over hun kwalen te spreken en een 'boete-potje', als zij hierop betrapt worden, doet goede diensten (p. 82).

De vraag in hoeverre geestelijken, specialisten in doodsangstbezwering, een inbreuk maakten op dit 'regiem van stilte', kan, gezien het bovenstaande, eenvoudig worden beantwoord. Weliswaar geeft het

bronnenmateriaal geen uitsluitsel over deze vraag, maar wel is duidelijk, dat zij van de inlichtingen van artsen afhankelijk waren. En die inlichtingen bleven zo lang mogelijk uit, vaak langer.

Met betrekking tot de vraag in hoeverre intimi zich aan dit 'regiem van stilte' hielden, biedt een bekend Engels boek over het rouwen van weduwen, enkele verhelderende passages:

These women knew very well that their husbands were dying and they dealt with that knowledge by spitting it off and continuing to think, and to some extent act, *as if* they were not.

Deze reactie verklaart de auteur - hij noemt het zelfs 'necessary for them' - uit de verhoudingen aan het sterfbed, waar ook de aanstaande weduwe haar man misleidde door hem niet op de hoogte te brengen van zijn naderende dood: 'she "puts on a brave face", if not, she would "spoil" his remaining time on earth'.⁷

Nets als in Engeland was ook in Nederland de opvatting dat het vernietigen van hoop op genezing een te grote belasting van het gevoelsleven inhield en tot een onverdraaglijk einde zou leiden, overheersend genoeg om te veronderstellen dat stervenden in de meeste gevallen ook niet met intimi over hun naderende einde hebben gesproken.

Naar huidige maatstaven gemeten, vierden de afweermechanismen ontkenning en verdringing hoogtij. Artsen en verpleegkundigen weerhielden stervenden met behulp van opium, leugens en sancties ervan zich hun toestand te realiseren, en naarmate de medische kennis en macht toenamen kwamen steeds meer zieken en vooral dodelijke zieken onder dit regiem te vallen. Dus, waar de stervende zich ook bevond, thuis of in een ziekenhuis, er heerste een 'regiem van stilte en gewijde leugens'.

De periode van overgang: 1955-1965

Vanaf de jaargang 1955 komen de veranderingen het eerst en het duidelijkst tot uiting in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*. De veranderingen in de beide andere bronnen - boeken - gaan in dezelfde richting, maar hinken wat na. Daarom volsta ik met het weergeven van de veranderingen in de jaargangen 1955, 1960 en 1965 van het TvZ.

De periode van overgang kan worden getypeerd door twee strijdi-

ge spreken uit de rubriek 'Woorden van Wijsheid en Schoonheid' uit de jaargang 1955. De traditie is gerepresenteerd in de spreuk 'Als iets is geschied, helpt het klagen niet' (p. 246), terwijl de geest van latere jaargangen spreekt uit 'De zwaarste last verliest zijn gewicht, als men erover praten kan' (p. 572). Erover praten staat niet langer zonder meer gelijk aan klagen, napraten niet aan erover doorzeuren - maar het duurt nog vele jaargangen voordat het evalueren heet.

Een ander voorbeeld van de ambivalentie die de overgangssituatie kenmerkt, is de wijze waarop over de 'dépersonalisatie' die optreedt bij opname in de 'molen van de gezondheidszorg' werd geschreven: naast de traditionele, hiërarchische benadering die eruit bestond dat de schrijver, een arts, wijst op de voordelen van 'het afbreken van de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt', kwam een meer democratisch gerichte aandacht voor het gevoelsleven van de patiënt tot uiting in de erkenning dat artsen verplicht zijn om, 'als het therapeutisch handelen een einde gaat nemen, welbewust en doelbewust te trachten de persoonlijkheid van de patiënt weer op te bouwen' (1965, pp. 131-132).

In deze periode van overgang treft men de traditie aan, zowel als verzet ertegen. Aangezien de traditie vooral uit zwijgen bestond, komt hieronder vooral het verzet aan de orde. Daarbij gaan de veranderingen in de omgangscodes binnen het medisch regiem als geheel vooraf aan die rond het sterven.

Het medisch regiem

Hoewel in de jaargang 1955 het traditionele beroep op (naasten)-liefde en 'roeping' nog klinkt, hoort men in volgende jaargangen slechts woorden die minder sociale afstand en distinctie verraden, woorden als *vertrouwen* en *respect*. In 1955 kwam de relatie tot patiënten voor het eerst in een nieuw, persoonlijker licht te staan, en wel tegenover wetenschap en techniek:

Maar... gaan wij met al die wetenschap en kunde niet al te ver van ons doel af? Vergeten wij niet vaak, dat wij toch een 'zuster' moeten zijn voor onze zieke medemens en dat wij dat alleen kunnen bereiken door liefde te geven aan onze zieken? Gebruiken wij niet heel vaak alleen onze hersenen en vergeten dan ons hart in te schakelen? (1955, p. 169).

Dit onderscheid tussen 'hersenen en hart', deze spanning tussen beroepsmatige kennis en persoonlijk medegevoel is niet alleen een uiting van gevorderde techniek, maar ook van gewijzigde sociale verhoudingen: Al in 1960 werden verpleegkundigen die nog de traditio-

nele sociale afstand bewaren en zich naar de oude, formele omgangscode gedragen, getypeerd als afgestompt achter een masker van 'flinkheid en stoerheid'. Zij heetten zich te verbergen achter 'de nonchalance van de sleur van de *schijnzorg*' (p. 168). De tot voor kort gangbare afstandelijker omgang met elkaar en met zichzelf wordt nu door vooraanstaande auteurs als 'pre-fabricated' afgewezen, en als 'schablonewerk' vol 'cliché's' gebrandmerkt (pp. 172, 247). En in een nieuwjaarsrede volgt op de raad om 'niet altijd in dat omhulsel van "flinke, stoere vrouwen" rond te lopen':

Dit betekent, dat we ons zullen moeten verdiepen in onze eigen geestelijke gezondheid... De mensen zoeken in ons een steun voor hun lichamelijke of geestelijke noden. Bereiken we dat alleen met flinkheid van onze kant? Moeten we soms niet ons gevoel laten spreken, ons zo inleven in de ander, dat we meevoelen?... Zijn wij verhard voor al deze emoties of stoppen we ze diep weg in ons hart? (1960, pp. 20-21).

Naast de hartekeer 'We leven nog in zo'n ontstellend achterlijke schablonewereld' (p. 169) klinkt in deze jaargang de roep om 'een bril van onbevangenheid op te zetten' (p. 167) om zodoende cliché's en schablonen te verjagen en de 'menselijke waardigheid' en de 'zelfwerkzaamheid van de zieke' (p. 168) in het oog te houden. In dit verband volgt voor het eerst een tirade tegen 'medelijden':

Met medelijden spreken we de banvloek uit en scheppen of accentueren het contrast tussen de gezonde en de zieke. Het komt niet aan op wat verloren is gegaan, maar op wat behouden is gebleven... En wat bereiken we ermee? Dat de zieke er zich nog ouder of nog kleiner en in ieder geval nog hulpbehoevender door voelt en alleen maar dankbaar mag zijn - ja *mag* zijn - als gunst voor wat ieder ander wel voor hem wil doen (1960, p. 170).

Ook het 'zich verschuilen' achter religieuze of andere 'frasen' wordt nu voor het eerst verdacht gemaakt als verdringen en ontkennen:

Ook als bijbelteksten door ons gehanteerd worden kunnen wij daarmee ons cliché trachten te verhullen. Hoe gemakkelijk citeren wij niet allen? Citeren is ontlenen aan, gemeenlijk uit een gebrek aan rechtstreeks persoonlijk beleven (p. 247).

De afhankelijke staat waarin de zieke verkeert en het contrast met de eigen gezondheid vormt niet langer een onverdachte bron van arbeidsvoldoening; het wordt nu zelfs als pijnlijk ervaren:

Onze gezondheid en onze weldoenerij aan die zieke is het grootste contrast met zijn eigen doen. En hoe kunnen wij dit juist opvangen en nivelleren? (p. 170).

De omgangscode van verpleegkundigen vergt in 1960 een groter inlevingsvermogen en een sterkere identificatie met patiënten, hetgeen wijst op een verkleining van de sociale én de psychische afstand, op

een toename van de druk om in medische figuraties, zoals overal in de samenleving, sterker met elkaar rekening te houden, óók met elkaars gevoelens. Zo worden veel impulsen en emoties, die tot voor kort overeenkomstig de gangbare standaard van zelfregulering waren ontkend en verdrongen, uit de kerkers van het gevoelsleven gehaald zonder de controle erover te verliezen. Er kwam een collectieve, ook wetenschappelijk gelegitimeerde ontdekkingsreis naar verborgen emoties op gang. Het begrip dat diende als noemer van de ontdekkingstocht heet in 1955 *psycho-somatiek* en in 1960 *geestelijke gezondheid*. Deze begrippen worden aanvankelijk aan de orde gesteld onder verwijzing naar de *psychologie* en vanaf 1960 ook naar de *sociologie*. In de jaargang 1965 zet deze tendens door en komt prominent tot uiting in de nieuwe aandachtsvelden *emoties*, *emotionele gezondheid* en *psycho-somatiek*. De inbreng en de verwachtingen van de sociale wetenschappen breiden zich uit, evenals het zich inleven in patiënten. De aandacht voor 'de mens als geheel', ook voor de relatie tussen lichamelijke en emotionele spanningen, groeit. De kritiek op ziekenhuizen, dokters en verpleegsters neemt toe mét de gevoeligheid voor sociale ongelijkheid en onnodige vernederingen; zij treft diverse praktijken, zoals het opnamebeleid van ziekenhuizen (p. 341), het aanspreken van oudere patiënten met 'opa' of 'oma' (p. 131), het slechts zien van *ziekten* en geen *zieken* (p. 162) en - opnieuw:

Medelijden heeft echter vaak een zeer bittere bijsmaak; er zit iets van verachting in... (1965, p. 506).

Net zoals de 'roeping' door een sociale banvloek werd getroffen toen men er een collectieve zelfverheffing boven de afhankelijke zieken in zag, zo ondergaat nu ook medelijden een dergelijk lot. Deze nuanceringen in emotieregulering gaan hand in hand met nuanceringen in de verhoudingen; de hiërarchische, formele sociale afstand tussen patiënten, verpleegkundigen en artsen vermindert. Ieders plaats in de rangorde is ter discussie komen te staan, een discussie die aanzet tot verdere psychologisering en sociologisering.⁸

Sterven

Tegelijk met de aandacht voor emoties en 'geestelijke gezondheid' is ook die voor sterven en dood(sangst) duidelijk toegenomen. Verpleegkundigen én artsen worden tot nadere bezinning op de menselijke sterfelijkheid gemaand, onder meer als gevolg van de nieuwe mogelijkheden tot *reanimatie*:

Voor de dokter begint eigenlijk de grote moeilijkheid, wanneer hij het

gevoel heeft medeplichtig te zijn aan een 'te laat' sterven. Dit is het probleem van de reanimatie... Het 'op tijd' sterven kan alleen als zinrijk gedacht worden, wanneer de dood wordt beschouwd als een immanent bestanddeel van het leven (1960, p. 251).

Behalve door de reanimatie worden artsen en anderen in deze periode ook sterker met het probleem van de dood geconfronteerd in de *geriatrie*, een opkomend specialisme, waarin dit probleem 'lang niet zo duidelijk zichtbaar is, maar toch wel meer en meer gevoeld wordt' (1960, p. 249). In deze jaargang wordt dan ook de 'Eerste cursus Gerontologie' aangeboden (p. 287) en dringt zich de vraag 'willen wij in de geriatrie de mens zo goed mogelijk brengen naar zijn immanente dood, of willen wij hem tenslotte onsterfelijk maken?' (p. 255) steeds dwingender op. Op deze manier komt de praktijk van het alsmaar dóórbehandelen ter discussie te staan.⁹

Zelfs in artikelen waarin nog veel traditionele nadruk ligt op afstand nemen en houden, zijn de onderwerpen sterven en doodsangst prominent aanwezig: de leerling-verpleegster 'wordt onmiddellijk geconfronteerd met de problemen, die de mens het zwaarst wegen: ziekte, lijden, dood, schuld, liefde'. Dit moet zij 'leren verwerken', een formulering die in deze periode voor het eerst wordt aangetroffen. De visie dat dit verwerken voornamelijk gebeurt door 'zichzelf er in (te trainen) door de narigheid heen te kijken, er overheen te zien' (p. 312), lijkt in 1960 al niet langer dominant. Al op de eerste bladzijde zet de redactie de toon met een 'existentiële' reflexie op de problemen en de gevoelens rond leven en dood. En in een nieuwjaarstoespraak stelt men de vraag:

Kunnen we beter aanvoelen dan de doorsnee mens, omdat we dichter en vaker staan bij dood of bij beginnend leven? (p. 20).

Ook wordt hier gesproken over:

de strijd met het gevoelsleven, toen we als jonge leerling in het ziekenhuis werkten. Onze eerste aanraking met de dood... en het niet begrijpen van oudere zusters, die hier schijnbaar zo gemakkelijk overheen stapten (p. 21).

De ontwikkeling dat mensen steeds vaker in ziekenhuizen moeten sterven, ontmoet rond 1960 verzet:

De omstandigheden dragen ertoe bij, dat men zijn eigen dood niet kan sterven... En toch is deze uniform wordende dood een gruwel (p. 253).

En ook de eigen doodsangst komt aan de orde:

Wij zijn echter gemeenlijk wel bar slecht op de hoogte van onze eigen innerlijke gesteldheid. Wij menen dat we niet bang zijn voor de dood, wij praten over ziekte als onvermijdelijkheid-die-je-het-hoofd-moet-bieden... maar dat komt niet uit het hart (pp. 246-247).

Het inlichten van patiënten in een *slecht-nieuws-gesprek* is in 1955

terloops aan de orde gekomen en in 1960 gebeurt dat uitvoeriger. In 1955 komt dit gesprek slechts twee keer en steeds in het kader van iets anders ter sprake:

Een psychiater die veel omgaat met tuberculosepatiënten heeft geconstateerd dat iedere patiënt op het moment dat hij de diagnose verneemt psychisch zo'n schok krijgt, dat men hem geestesziek zou kunnen noemen. Dit stadium kan slechts enkele minuten duren, doch ook langer. Door gelegenheid te geven tot ontlading van de spanning stellen we hem in staat en moedigen we hem zelfs aan uitdrukking te geven aan zijn gevoelens, hoe onsamenhangend zijn reacties ook mogen zijn (pp. 348-349).

In 1960 komt het 'slecht-nieuws-gesprek' rechtstreeks aan de orde en klinkt het protest tegen de traditie van zwijgen en 'gewijde leugens' luider:

Wij moeten wél bedenken, dat wij sommigen, door niets te zeggen, iets ontnemen... Er zijn er voor wie het een grote rust is, dat er openlijk gesproken is, voor de patiënt én voor de familie. Wij voelen niet altijd genoeg, in welke eenzaamheid wij de patiënt brengen door altijd maar weer optimistisch te blijven (p. 254).

Het probleem hoe de emoties in de laatste levensfase te reguleren, zal in volgende jaargangen onder de noemer 'stervensbegeleiding' meer aandacht krijgen en in 1965 komen bij de behandeling van de gerontologie ook problemen aan de orde die wat later onder de noemers 'kwaliteit van het leven' en 'euthanasie' komen te vallen:

Zowel bij de therapie als bij het schatten van de prognose moet men steeds in het oog houden, dat het behoud van leven alleen zin heeft als men ook kan zorgen, dat het levenswaardig is (pp. 882-883).

In deze overgangperiode getuigen ook de In Memoriam's steeds vaker van een persoonlijker woord- en emotievoering dan vóór de oorlog denkbaar was. Niet alleen 'de medische wetenschap ziet tegenwoordig de mens als een geheel' (1955, p. 348), óók rouwenden doen vanaf 1955 pogingen om het arbeidsleven en het privéleven van overledenen als een geheel voor te stellen. Zelfs niet-harmonieuze verbindingen daartussen worden niet langer geschuwd:

Zij had de laatste jaren een vrij moeilijk leven; zelf zuster van de oude stempel, plicht voor alles, recht door zee en recht op het doel af, kon zij zich niet verenigen met de moderner leefwijze en opvattingen van jongere zusters... Dat zij de Rust en Vrede geniete, welke zij in haar leven niet vond (1955, pp. 575-576).

De tendens om overledenen te memoreren als functionaris én als persoon, zet door en in 1965 blijkt voor het eerst openlijke aandacht voor de houding van de gestorvene aan het levenseinde. Van een missiezuster wordt haar doodsstrijd gemeld en hoe zij 'smeekte de

zusters te bidden opdat zij zou kunnen sterven!’ (p. 863). Het In Memoriam van een arts begint met zijn eigen woorden: ‘Ik ken mijn ziekte, weet het verloop - en heb mij daarbij neergelegd’, hetgeen de inleiding vormt tot enkele woorden over zijn persoonlijkheid (p. 829).

Tenslotte, hoewel de traditie vooral uit zwijgen bestaat, klinken toch ook wat het onderwerp sterven betreft naast de modernere geluiden enkele meer traditionele. In 1955 bijvoorbeeld, luidt de slotzin van een wervend artikel over verpleegsters, die ‘zonnestraaltjes’:

Voor hen zijn het ziekenhuis en de patiënten een deel van het leven, niet een aparte wereld waarin lijden en dood overheersen (p. 309).

En in 1965 blijkt de overgangssituatie nog uit de behandeling van de vraag ‘Wat zeggen wij de patiënt, wat zeggen wij de patiënt niet’:

Dat hij niet altijd uitleg wenst, zien wij vaak bij patiënten met maligne aandoeningen ... het niet-uitspreken van het woord ... net voldoende onzekerheid voor de patiënt om zich aan een valse hoop vast te klampen, dat juist in zijn geval het wel zal meevallen. Dit is *in het merendeel van de gevallen* net voldoende voor de patiënt om psychisch staande te blijven (p. 132) (cursivering C.W.).

Na al het bovenstaande kan het nauwelijks verbazing wekken dat rond 1960 voor het eerst een paradox voorkomt die nog steeds actueel is: de onderwerpen dood en sterven krijgen steeds méér aandacht, terwijl tegelijkertijd wordt opgemerkt dat ze meer dan ooit worden verdrongen:

Het behoort tot de kenmerken van onze tijd, te doen alsof de dood er niet is, de dood te negeren en waarschijnlijk ook zeer dikwijls hem te verdringen. Er is een stilte rondom de dood ontstaan (p. 249).¹⁰

Echter, in deze periode heeft de traditionele bezwering van (doods)-angsten voor een groeiend aantal mensen zozeer aan kracht verloren, dat er eerder een pre-occupatie met de dood is ontstaan, waardoor de ‘stilte’ eromheen niet vaak genoeg doorbroken lijkt te kunnen worden.

De periode na 1970: emancipatie van stervenden

Het medisch regiem

Vanaf 1970 presenteert een toenemend aantal auteurs zichzelf met de voornaam - één van de vele uitingen van verminderende hiërarchische, sociale en psychische afstand. Met een beroep op parallel

lopende belangen van patiënten, artsen en verpleegkundigen, claimen de laatsten steeds sterker een verantwoordelijke plaats *naast* artsen, niet slechts *onder* hen. Ook de 'distantie tot de hulpvragende is geringer geworden' (1970, p. 904). In 1985 stellen verpleegkundigen zich expliciet op één lijn met 'hulpverleners van andere disciplines' en zien zij zichzelf als 'verlengde arm' van de patiënten:

We worden nogal eens gezien als de verlengde arm van de arts, de psycho-therapeut, de ortho-pedagoog etc. Hulpverleners van andere disciplines onderkennen nog te weinig het eigen beslissingsbeleid van de verpleegkundige, de ongedeelde verantwoordelijkheid m.b.t. het ondersteunen van de zelfzorg van de bewoner, patiënt (p. 20).

Deze democratisering strekt zich ook uit tot de verhouding met de als bovennatuurlijk voorgestelde machten, een proces van secularisering:

Vroeger, in de tijd van de roeping gold: 'De mens wikt, God beschikt', m.a.w. de eindverantwoordelijkheid lag altijd bij de roepende instantie. Die roepende instantie functioneert niet meer... Er is niet een boven- of buitenpersoonlijke instantie van wie een dwingende invloed uitgaat; motivatie speelt zich binnen de persoonlijkheid af (1970, p. 929).

Deze ontwikkeling van 'roeping' naar 'motivatie' biedt een fraai voorbeeld van individualisering, van een toegenomen dwang van anderen tot zelfdwang.

Het ideaal van een gelijkere en respectvoller omgang verplicht niet alleen tot het informeren van de patiënt, maar omvat ook het gedragsvoorschrift

dat men de patiënt aanmoedigt om over zijn zorgen en angsten te praten. Daardoor kan men achterhalen wat de patiënt daarvan vindt of wat hij wil of moet weten, terwijl hij tegelijkertijd de gelegenheid krijgt om zijn emoties en spanningen te uiten. Bovendien kan de patiënt op deze wijze meer betrokken worden bij de beslissingen welke i.v.m. zijn genezing genomen moeten worden (p. 525).

In deze formulering komt de samenhang tussen emancipatie van maatschappelijk zwakkere groepen zoals patiënten - het recht bij beslissingen betrokken te worden - en '*emancipatie van emoties*' - het onder ogen zien en het tegelijkertijd aankunnen van angsten en andere gevoelens - duidelijk naar voren.

Van enige ambivalentie in het streven naar minder hiërarchische verhoudingen én naar 'het bespreekbaar maken van emoties' is vanaf 1970 niets meer te bekennen. In 1975 klinkt het al haast obligaats:

De verpleegster... moet begrip tonen voor de manier waarop de patiënt op zijn ziekte reageert en moet de patiënt helpen bij het verwoorden en tot uiting brengen van zijn gevoelens (p. 322).

En in 1985 wordt het 'omgaan met emoties als boosheid, machteloosheid, vertwijfeling' tot de 'verpleegkundige aspecten' gerekend (p. 543).

In de stroom van aandacht voor het gevoelsleven komt in 1975 *stress* als een nieuw, zij het nog spaarzaam gebruikt begrip voor het eerst bovendien (p. 712). Die stroom strekt zich ook uit tot *seksualiteit* en seksuologie, onderwerpen waarover vanaf jaargang 1970 steeds meer wordt geschreven. De nieuwsgierigheid naar hetgeen in de loop van voorgaande eeuwen steeds meer achter sociale coulissen is geraakt, voor zowel seks als dood, groeit.

Omstreeks 1975 groeit de aandacht voor nieuwe onderwerpen als *preventie*, *agogiek*, *anti-psychiatrie* en *sociale etiologie*, die het blikveld richt op de figuraties van zieken én gezonden, en daarom als een verdergaande sociologisering valt te kenmerken. In het tijdperk van emancipatie en verzet¹¹ is er een grote aandacht ontstaan voor het gevoelsleven van zwakkere groepen in de samenleving, zoals bejaarden, kinderen, psychiatrische patiënten, geestelijk gehandicapten. In de teksten over de omgang met deze groepen is de term *begeleiding* rond 1980 bijzonder populair geworden. Begeleiden is geen leiden, wijst dus op minder hiërarchische verhoudingen, op een kleinere sociale en psychische afstand die het mogelijk maakt 'de getroffene de gelegenheid te geven, zijn gevoelens te uiten' opdat hij 'de problematiek zo bevrijdend mogelijk doorpraat' (p. 131). Meer nog dan leiding vergt begeleiding de deskundigheid van 'zelfhantering':

het zichzelf bewust als middel hanteren in de relatie met patiënten...

Een voorwaarde voor zelfhantering is, dat men zich in voldoende mate als geïntegreerd individu weet te handhaven en kan ontplooiën (1980, p. 425).

Deze 'zelfhantering' vereist kennis 'van onze eigen reacties op situaties waarmee wij geconfronteerd worden, van onze eigen emoties'. Dit bewustzijn moet leiden tot een 'adekwater ingaan op de behoeften' van de zieken (1980, p. 566). Ook van patiënten wordt een beeld van 'zelfhantering' gevraagd, in 1985 'zelfzorg' genoemd. De zin 'Het zelfzorgconcept staat tegenover het behandelingsconcept' geeft aan, dat dan de zelfstandigheid van mondige patiënten uitgangspunt van verpleging is geworden:

Men dient de patiënt voor zichzelf te laten zorgen maar de zorg zó nodig ook over te nemen wanneer de patiënt zichzelf wil laten verzorgen of moet laten verzorgen (p. 9). Het gaat om de flexibele afstemming 'op de uniciteit van deze mens op dat moment' (p. 12).

Een dergelijke gevoeligheid en flexibiliteit is ook geboden om de 'levenskwaleit' van patiënten, een populair begrip in 1985, te bevor-

deren, en wel door:

de patiënt (te) ondersteunen door goed naar hem te luisteren en met hem te communiceren op een manier die afgestemd is op de wijze waarover hij over zichzelf denkt (p. 543).

Zo'n flexibele zelfhantering staat haaks op een zelfregulering die door anderen volgens traditionele, hiërarchische patronen wordt opgelegd. In 1985 bevat een bespreking van 'angst in de hulpverlening' dan ook een tirade tegen '*de flinkheidsideologie*' die

ondanks alles nog steeds een stevige leidraad op de afdeling (is) waar-aan menig leerling bijvoorbeeld slapeloze nachten, huilbuien en soms zelfs ontslag te danken heeft (p. 737).

Sterven

Het verzet tegen de traditie en de 'emancipatie van emoties' komen in deze tijd ook tot uiting in de In Memoriam's van nabestaanden. Zij ervaren de dood als 'onwezenlijk en onbegrijpelijk' (1970, p. 991) en worden 'overweldigd door gevoelens van opstandigheid en machteloosheid'; 'hier schieten woorden te kort en is er alleen maar een krampachtig ballen van de vuist, omdat dit onherroepelijke zo moeilijk te accepteren is en er op de vraag van het "waarom?" geen antwoord komt' (1970, p. 496). Deze opstandige woorden wekken blijkbaar geen herinneringen meer aan de 'wijze woorden' uit 1955: 'Als iets is geschied, helpt het klagen niet'. Sterker, zo'n 'ontstellend bericht' geeft steeds vaker aanleiding tot een opmerking als: 'Soms komt het "waarom" levensgroot op je af in je leven' (1975, p. 85). De grotere aandacht voor sterven en nabestaan, en de daarmee gepaard gaande intensivering van sterfelijkheidsbesef, leidt tot dringender en omvattender waarom-vragen.

Vanaf 1970 neemt de aandacht voor de eindigheid en het einde van mensen - voor sterven, stervensbegeleiding, zelfmoord en euthanasie - toe, en worden situaties en gevoelens beschreven die voorheen onder de mantel der pijnlijkheid bedekt bleven - een voorbeeld uit dat jaar:

Je bent verpleegster en je loopt niet weg, maar ik had het wel willen doen. Een magere man, in halfzittende houding, met open ogen en mond, waar het kunstgebit nog in moet. Omhooggeheven handen en opgetrokken knieën. Toch was hier al een dokter geweest! Is schouwen dan alleen maar kijken op afstand? (1970, pp. 400-402).

In 1970 is voor het eerst sprake van *stervensbegeleiding*: 'het bespreekbaar maken van de dodelijke afloop van de ziekte en het daardoor veroorzaakte verdriet...' (1970, p. 794). De strekking van de stukken

over dit onderwerp is steeds dezelfde, een voortgaande emancipatie, zowel van patiënten als van emoties:

het is helemaal niet erg, dat de patiënt merkt dat de begeleiders ook hun onzekerheden hebben. Het schept zelfs een saamhorigheidsgevoel (1970, p. 795).

Tot de 'verpleegkundige eigenheid' behoort nu ook, 'dat zij degene kan zijn die de patiënt aan het einde van zijn leven moet bijstaan' (p. 904) en een artikel over 'De verplegende en de stervende' opent aldus:

Onze moeilijkheden in de omgang met de stervende komen meestal voort uit onze eigen angsten.

Na een ontleding van die angsten volgt:

Hoewel dit alles meer met het gevoel te maken heeft dan met het verstand, is het toch wel zo, dat het probleem makkelijker te verwerken valt als het tevoren volledig is onderkend en begrepen (1970, p. 403).

Hier wordt impliciet gepolemiseerd met degenen die emoties slechts beschouwen als gevaarlijk en irrelevant, maar dat gebeurt ook expliciet:

Het is zeer te betreuren dat de meeste opleidingen voor verplegenden (en voor artsen eveneens) de emotionele problemen die zich voordoen bij de zorg voor een stervende volkomen negeren, aangezien zij zich geheel toespitsen op de 'technische' kant van de zaak (p. 403).

In 1975 lezen we dat, willen verpleegkundigen gekwalificeerd zijn voor de 'begeleiding van ernstig zieken en stervenden', dan moeten zij hun 'eigen angst verwerkt hebben... de patiënt vrij en onbevangen kunnen benaderen... laten spuien' en als 'praatpaal' kunnen fungeren (pp. 452-454). Een stuk over 'acute doodsproblematiek' vult aan: 'Het is goed dat er plaats is voor het uiten van emoties. Die behoeven echt niet altijd met kalmerende middelen te worden weggewerkt' (p. 675). Deze tendens zet door. In 1985 lezen we:

Veel boeken waaruit de huidige generatie verpleegkundigen studeert of onlangs studeerde, geven een wat eenzijdig beeld van 'de' patiënt: toe-vertrouwd aan onze zorgen teneinde zo snel mogelijk weer beter te worden. Er wordt stilzwijgend aan voorbij gegaan, dat er ook patiënten naar hun dood toe verpleegd moeten worden. (p. 38).

In 1980 is *rouwtherapie* of rouwverwerking een nieuw aandachtsveld. Gezonde rouw bestaat - alweer - uit het uiten en doorpraten van gevoelens.¹²

Onderwerpen als zelfmoord en zelfmoordpogingen worden rond 1970 voor het eerst met begrip besproken, zeker niet absoluut afwijzend (p. 670) en tien jaar later, als het woord 'zelfmoord' meer en meer is vervangen door suicide of zelfdoding, stelt men de vraag of het bieden van hulp daarbij gerechtvaardigd is (pp. 581, 1121) en treft

men stellingen aan als: 'Een balans-zelfmoord zou men altijd moeten respecteren' (p. 581).

Euthanasie, in 1970 reeds ter sprake gebracht, is in 1975 een gecompliceerd en controversieel onderwerp geworden, vooral euthanasie bij 'uitzichtloos lijden' (pp. 227, 547, 819). De discussie over euthanasie laait in 1985 hoog op, vooral tegen het einde van het jaar wanneer een hoofdverpleegkundige die euthanasie pleegde, wordt gearresteerd. Sindsdien is, zoals bekend, het euthanasie-vraagstuk niet meer uit de actualiteit verdwenen.

Conclusies

Van 1930 tot omstreeks 1955 was er in de bronnen geen enkele aandacht voor het gevoelsleven; dat leek slechts in rituelen tot uiting te kunnen komen. Het leek wel alsof elke afwijking van de dominante, stramme emotiehuishouding *gevaar* opleverde voor het opvolgen van bevelen en voorschriften, en alsof stervenden er alleen maar onhanterbaar en ongelukkig van zouden worden. De omgangscodes met zieken en stervenden was formeel en ritueel; zij bestond vooral uit het voorschrift dat allen zich moedig en flink moesten gedragen, dat wil zeggen zwijgen - daarin eventueel bijgestaan door gewijde leugens. Rond 1955 veranderde dit en werd het steeds meer de gewoonte om zichzelf en elkaar de emoties rond ziekte, sterven en nabestaan toe te staan en er uitgebreid en intensief over te praten.¹³ Naarmate de oude hiërarchische scheidslijnen en de legitimering ervan met behulp van 'roeping' en 'naastenliefde' als bevoogdend werden gebrandmerkt, werden hele delen van de oude, formelere standaarden als afstandelijke clichés en schablonen afgedaan en nam de sensitiviteit voor het eigen en elkaars gevoelsleven toe. Het al dan niet op therapeutische wijze aandacht kunnen schenken aan emotionele processen van patiënten, stervenden en van zichzelf is tot de professionele vaardigheden van artsen en verpleegkundigen gaan behoren. De gegroeide wederzijdse identificatie klinkt ook door in de roep om wederzijds vertrouwen en respect. Steeds meer nadruk is komen te liggen op het beter aanvoelen en begrijpen van 'de mens als geheel' binnen zijn sociale verbanden, en steeds meer ging men elkaar verplichten oog te hebben voor zowel de bindingen *in* als die *tussen* mensen: de introductie en bloei van begrippen als emoties, emotionele of geestelijke gezondheid, psychosomatiek, psychotherapie, preventie, nazorg, groepsbenadering, agogiek, begeleiding, slecht-

nieuws-gesprek en rouwtherapie, wijzen alle op *processen van psychologisering en sociologisering*, en op een *emancipatie van emoties* in de zin van toenemende toelating van allerlei emoties tot het bewustzijn en groeiende kansen om ze - beheerst - te ventileren. Waar vaste rituelen voor allen waren - 'the rest was silence' - is een veelheid van vormen gekomen om angsten en andere emoties te delen in de intieme kring - en verder in allerlei situaties met anderen te bespreken.¹⁴

Deze ontwikkeling kan worden begrepen uit de samenhangende en veelomvattende maatschappelijke processen van technisering, democratisering, informalisering en secularisering.

In de problemen rond reanimatie, geriatrie, euthanasie, een langere stervensfase - de periode tussen het slechte nieuws van de aangezegde dood en de dood zelf - en het aantal mensen dat in ziekenhuizen sterft, komt de medische *technisering* en de toenemende *specialisering en vervlechting* in de gezondheidszorg tot uiting. Dergelijke processen hebben zich ook buiten het medisch regiem, in de samenleving als geheel voltrokken. Er vond een voortgaande verafhankelijking van allen van elkaar plaats, waardoor de mogelijkheden verminderden om elkaar te bevelen en te mijden, om elkaar sociaal én psychisch op afstand te houden, hetgeen een *emancipatie* van verpleegkundigen zowel als van patiënten met zich bracht. Ook sterven-den zijn, zou men kunnen zeggen, enigszins geëmancipeerd: hun 'recht op een waardig einde' getuigt ervan. Allen werden tot gelijkwaardiger én intensievere contacten genoopt, en voelden daardoor steeds sterker de noodzaak een visie op de sociale werkelijkheid te ontwikkelen die de voornaamste verschillen in gezichtspunten, gedrags- en gevoelscodes overstijgt,¹⁵ ze althans sterker tolereert - veranderingen in sociale verhoudingen zetten zich door in gedragingen én in gevoelens. Het gaat dus als het ware om een democratisering van de sociale en psychische regiem: extremere uitingen van superioriteit of inferioriteit werden uit het sociale en psychische spectrum verbannen - een vermindering van contrasten - terwijl binnen dat spectrum vele differentiaties werden aangebracht - een toename van nuanceringen in de standaard van gedrag en gevoel.¹⁶ Dit laatste verwijst naar het proces van *informalisering*, naar gedrags- en emotiereguleringen die steeds *minder* door taboes, door ontkenning en verdringing werden gekenmerkt. De Algemeen Beschaafde Omgangsvormen lieten meer ruimte voor meer variaties, voor grotere directheid en openheid, maar ze vereisten tegelijkertijd *meer* sociale

kennis en zelfkennis, zoals ook een krachtiger en bestendiger zelf-regulering. De gelijkere verhoudingen van 'zelfzorg en hulp daarbij' wekten ook hogere verwachtingen - de mate van wederzijds verwacht zelfbedwang steeg - en op iedere dwang of regulering van anderen, ook via voorstellingen over bovenmenselijke anderen, werd kritischer gereageerd, een *secularisering*.¹⁷ Zowel religieuzen als religieuze of 'bovennatuurlijke' voorstellingen werden naar de achtergrond gedrongen: traditionele angstbezwingen verloren aan functie. De sociaal toegestane, collectieve afweer van (doods)angsten verminderde, en allen kwamen onder sterkere druk om deze angsten meer onder ogen te zien en ze tegelijkertijd onder controle te houden. Naarmate deze druk toenam, traden allerlei gevoelens, vooral angsten, die vroeger overeenkomstig de dominante standaard van gedrag en gevoel werden ontkend en verdrongen, althans werden verzwegen, voor het maatschappelijk voetlicht. Hoe mensen in en aan elkaar zitten - een formulering van De Swaan - werd steeds duidelijker gezien als mensenwerk, waarop medische, psychische en sociale inspanningen enige greep kunnen krijgen, maar 'religieuze' inspanningen niet of nauwelijks. Secularisering en sociologisering vormden elkaars pendant: waar het geloof in bovennatuurlijke krachten en een leven na de dood verminderde, daar groeide de hoop op door mensen tot stand te brengen verbeteringen van het leven op aarde.¹⁸ Gevoelige waarheden - zoals een naderende dood - en ware gevoelens - zoals doodsangst - moesten ook daarom sterker onder ogen worden gezien. Dit heeft mede geleid tot een steeds verdergaande feitelijke *nieuwsgierigheid* naar alles wat met dood en sterven samenhangt, variërend van manieren waarop mensen met doodsangsten en andere gevoelens van machteloosheid omgaan tot 'bijna-dood-ervaringen'.

Uiteraard bestaat er een verband tussen veranderingen in omgangscodes en -idealen en de praktijk van het samenleven, vooral op langere termijn gezien. De vraag hoe direct dat verband is, ofwel in hoeverre mensen zich naar die codes en idealen (hebben) gedragen, valt echter nauwelijks te beantwoorden. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat de processen van democratisering en informalisering in de praktijk minder ver zijn doorgezet dan men uit geschriften, waarin vooral idealen worden verwoord, kan afleiden, en dat de emancipatie van stervenden, zoals ook die van emoties, nog veel te wensen overlaat. De veranderingen in de bestudeerde bronnen, literatuur van en voor mensen die uit hoofde van hun beroep vaak en

intensief met stervenden te maken hebben en in die zin een 'voorhoede' vormen, lijken zich bovendien zo'n tien jaar eerder te voltrekken dan die in de bredere samenleving. Daar zijn de processen van democratisering en informalisering pas midden jaren zestig manifest geworden. Ook al zullen er ook nu nog mensen overeenkomstig de traditie van het zwijgen aan hun einde (willen) komen, toch zet zich op dit moment de emancipatie van stervenden krachtig door. Dat mag blijken uit de (aanvullende) terminale thuiszorg die de laatste jaren steeds vaker¹⁹ wordt gevraagd en verstrekt. De instellingen die hierin voorzien, schragen de beweging in de richting van thuis sterven, een beweging waardoor stervenden de regie van hun levens-einde sterker in eigen hand kunnen nemen.

De afweer in de traditionele omgang met stervenden - het ontkennen en verdringen - 'beschermen' zowel stervenden als voortlevenden, inclusief de (terminale) hulpverleners. De laatsten 'beschermen' zich voor een te grote betrokkenheid bij patiënten, vooral bij stervenden. Dat zou hun professionele distantie en competentie schaden: het hart zou het hoofd bedwelmen. Alleen door flink te zijn en afstand te houden dacht men aan de gevaren van het hart het hoofd te kunnen bieden. Dit argument tegen een te grote betrokkenheid klinkt tegenwoordig nog steeds, maar toch vertellen artsen méér en raken allen die terminale zorg verlenen door de grotere druk tot inleving en openheid sterker bij hun terminale patiënten betrokken, zonder aan professionele distantie en competentie in te boeten. De traditionele afweer verloor wat van zijn 'beschermende' functie en werd na 1955 steeds vaker als 'bedrog' ervaren.²⁰ Betrokkenheid en distantie, hart en hoofd, sensitiviteit en flinkheid, zijn kennelijk geen elkaar uitsluitende polen, maar vormen een spanningsbalans, en die spanningsboog is blijkbaar op steeds grotere hoogte onder sociale en individuele controle gebracht. Deze ontwikkeling is nog steeds gaande: de groeiende verwachting van een respectvollere, sensitievere, openhartiger en eerlijker omgang, maakt die omgang moeilijker, stelt hogere eisen aan ieders sensitiviteit en inlevingsvermogen. Dit voert de spanning tussen distantie en betrokkenheid, tussen het 'flinkheidsideaal' en het 'sensitiviteitsideaal' steeds hoger op.²¹ Het traditionele omgangsideaal van flinkheid correspondeert met de oude hiërarchischer omgangspraktijken, met een sterkere nadruk op sociale controle (dwang van anderen) in ongelijkere (machts)verhoudingen; daarentegen verwijst het concurrerende omgangsideaal van sensitiviteit naar een omgang tussen gelijkwaardige mensen en

naar een wederzijds verwachte zelfregulering binnen gelijkere (machts)verhoudingen. Deze strijd voert tot een nieuw ideaal van flinkheid, namelijk de flinkheid om in gelijkwaardiger verhoudingen voldoende zelfcontrole (zelfdwang) op te brengen die is geboden om zich in stervenden in te leven en de doodsangsten die zich zodoende aandienen onder controle te houden. Het is een strijd tussen twee omgangspraktijken en -idealen, die vrijwel iedereen tot op zekere hoogte ook met zichzelf zal voeren. Daarom is hier sprake van een voortgaande tweestrijd *tussen en in* de betrokkenen.²²

In de gewijzigde verhoudingen praten artsen, verplegenden en stervenden tegenwoordig steeds vaker met elkaar over euthanasie. Ook het euthanasievraagstuk wortelt in processen van technisering (waarvoor 'te laat' sterven steeds vaker voorkomt), emancipatie (vermindering van de machtsverschillen, van de hiërarchische en emotionele afstand tussen de betrokkenen in het medisch regiem en daarbuiten) en secularisering (het in eigen beheer nemen van ge- en verboden waarvan eerder gedacht werd dat ze van bovenmenselijke oorsprong waren). Met de voortgang van deze processen zal het aantal verzoeken om euthanasie waarschijnlijk toenemen. Ook het aan de orde stellen van euthanasie zal vaker voorkomen, mede omdat stervenden de vraag naar de bereidheid om eventueel euthanasie toe te passen dikwijls stellen bij wijze van peiling, om te zien of ze de in de nabije toekomst te verwachten onderhandelingen over pijn- en aftakelingsbestrijding met vertrouwen tegemoet kunnen zien. Juist in de stervensfase, wanneer het sociale netwerk inkrimpt tot de intimi, zijn artsen en verpleegkundigen de belangrijkste - vaak de enige - vertegenwoordigers van de samenleving als geheel. Voor de rest verkeren stervenden in een soort maatschappelijk vacuüm, achter sociale coulissen. Afhankelijk van het vertrouwen dat deze vertegenwoordigers van het leven vóór de coulissen in het vermogen tot zelfregulering en zelfbeschikking van stervenden blijken te hebben, kunnen de laatsten nog enig maatschappelijk respect ondervinden. Zo bezien, is een gesprek over euthanasie ook altijd een poging van stervenden om tot het laatst toe als volwaardig gesprekspartner te worden erkend. Dat is vaak de enige manier om niet in te hoeven boeten aan maatschappelijk respect en aan zelfrespect. Hieraan ontleent de uitdrukking '(mens)waardig sterven' zijn betekenis. Door hiernaar te streven en de vraag naar euthanasie telkens weer te herhalen, dragen stervenden bij aan de emancipatie van hun eigen levenseinde, maar ook aan die van hen die voorlopig nog verder leven.²³

Discussie

Het 'regiem van stilte' zoals dat rond stervenden heerste, lijkt voor velen nu nog amper voorstelbaar. Het moeilijkst lijkt het om zich in te leven in mensen die zich van hun naderende dood bewust waren, maar daar dan toch niet met iemand over wilden of konden praten. Wellicht is het deze moeilijkheid die heeft geleid tot de wijdverbreide opvatting dat het sterven in voorgaande eeuwen minder eenzaam was en het sterfelijkheidsbesef groter, want, zo heet het, toen 'leefden de mensen dichter bij de dood'. Ook in veel wetenschappelijk werk, zoals dat van Philippe Ariès, wordt deze opvatting uitgedragen:

De oude instelling, waarbij de dood vertrouwd en nabij was en weinig vrees of ontzag inboezemde, staat scherp tegenover de onze, waarbij de dood zo angstaanjagend is dat we zijn naam niet durven uitspreken.²⁴

In de medische en para-medische praktijk is deze opvatting eveneens gangbaar. Een vrijwilligster bij een stichting voor terminale thuiszorg:

Vroeger was er dan misschien sprake van een afstandelijke benadering van stervende mensen, maar de mensen waren veel meer vertrouwd met de dood en met sterven. Mensen maken tegenwoordig nog zo weinig sterven mee.²⁵

Deze opvatting, hoe gangbaar ook, lijkt mij een romantisering te zijn. Sterven en dood zijn waarschijnlijk nooit realiteiten geweest waartegen mensen zich *niet* hebben gewapend met een schild van verweer en afweer, al dan niet religieus van aard. Ook al was de dood nog zo frequent en nabij, zonder zo'n schild zou men ten prooi vallen aan intense en gruwelijke emoties. Met name de bezwering van doodsangsten met behulp van voorstellingen over bovennatuurlijke krachten - het 'momento mori' was bij uitstek een religieuze oproep - heeft eeuwenlang gefunctioneerd als afweermechanisme en als zodanig het realiteitsgehalte van het sterfelijkheidsbesef verlaagd. Een hoog sterftecijfer betekent dus niet automatisch dat de doodsangst geringer is, noch dat het sterfelijkheidsbesef intenser of realistischer is.

De huidige idealisering van het verleden lijkt mede geïnspireerd op de nog door weinig pijnlijksheidsgevoel geremde beschrijvingen van het sterven in vroeger tijden. Hun fel-realistisch karakter raakte het moderne Westerse gemoed op een manier die zich voor idealisering leent. Maar, de mensen die hier zo vatbaar voor zijn, hebben doorgaans een zodanig ontwikkeld pijnlijksheidsgevoel dat ze samenlevingen waar mensen ook nu nog 'dichter bij de dood' leven liever ontlopen. Door de gestegen onderlinge identificatie²⁶ raakt het leven

en sterven in bijvoorbeeld tropisch Afrika ons op een manier die zich heel wat moeilijker voor idealisering leent dan het sterven in een ver verleden. Veruit de meesten brengen liever geen bezoek aan landen waar het sterftcijfer ook tegenwoordig nog zo hoog is als het hier ooit was toen 'de dood vertrouwd en nabij was en weinig vrees of ontzag inboezemde' - zij kunnen de ellende niet aanzien, heet het.

In een minder ver verleden lijkt de dood evenmin 'vertrouwd' of 'weinig ontzagwekkend' te zijn geweest. In de negentiende eeuw bijvoorbeeld, waren het 'flinkheidsideaal' en het orthodox-medische standpunt *opium et mentiri* ook al van kracht. In die eeuw ontstond er weliswaar een romantische dodencultus, maar hoe kon de ook toen geldende gedragscode 'niet over praten, niet aan denken' (tenzij in religieus, ritueel verband) tot vertrouwdheid met dood en sterven leiden? Sommige van de begraafplaatsen van welgestelden en ook hun rouwgebruiken getuigen van een 'zwart romantisch' verlangen om over de dood heen de banden met geliefden onstoffelijk voort te zetten: 'In de eeuwigheid rukt nooit de Dood, U, van mijn' boezem af!'.²⁷ Een groeiende levensverwachting en bestaanszekerheid, in combinatie met een nog stellig geloof in een hiernamaals, hebben waarschijnlijk het verlangen naar intiemere banden en een eeuwige liefde gestimuleerd, en rouwgevoelens geïntensiveerd. Daarom zal die cultus er alleen voor een bovenlaag van voortlevenden zijn geweest, niet voor stervenden en evenmin voor het gros van de bevolking. Daarvoor leefden zij nog teveel in de voortdurende onzekerheden van een bestaan vol armoede, ziekte en geweld. Zij konden zich de 'luxe' van zo'n religieuze 'flirt' met de dood niet veroorloven.

Niet alleen Philippe Ariès, de bekendste op dit terrein, ook Norbert Elias heeft aan de idealisering van het verleden bijgedragen door 'de eenzaamheid van stervenden in onze tijd', de titel van zijn essay, nadrukkelijk in verband te brengen met de verdringing van de dood uit het dagelijks leven en het wegstoppen ervan achter sociale coulissen:

Bij het seksuele leven is een beperkte, maar merkbare verandering ingezet: de sociale en misschien ook de individuele verdringing is niet meer zo sterk en ondoordringbaar. Maar bij sterven en dood is het eerder omgekeerd. De weerstand tegen het openlijker en meer ontspannen omgaan met sterven en dood is blijkbaar groter dan bij het seksuele leven het geval is.²⁸

Maar, die weerstand en verdringing waren in 1980, het moment van publikatie, al enige decennia over hun laatste hoogtepunt heen.

In de huidige fase van stabilisering en berusting²⁹ komen sommi-

gen er weer toe, wellicht gefascineerd door de gemoedsrust die een collectief onder strakke regie kan uitstralen, terug te verlangen naar de rituelen uit het verleden en die te idealiseren. Maar, voor de mensen die de dominante stroming lijken te vertegenwoordigen, zijn rituelen doorzichtige vormen van bezwering en afweer geworden. In de krachtmetingen tussen mensen lijkt steeds sterker te gelden dat een béétje persoonlijkheid zich niet zoveel afweer toestaat en dus dat men het zich steeds minder kan veroorloven op dit 'zelfbedrog' te worden 'betrap't'. Bovendien, het enigszins doorbreken van de muur van angsten rond sterven, dood en nabestaan, voor zichzelf dan wel openlijk, lijkt veelal opluchtend te werken. Het is de opluchting van een zelfoverwinning die leidt tot een realistischer levensoriëntatie. Een dergelijke opluchting komt ook voort uit andere geslaagde oefeningen in het verdragen dan wel aankunnen van gevoelens van machteloosheid, gevoelens die voorheen sterker werden afgeweerd. Naarmate het succes van dergelijke oefeningen in onderlinge krachtmetingen belangrijker is geworden, is de druk op zichzelf en elkaar tot het hoger opvoeren van dit soort waaghalzerij toegenomen en op deze wijze heeft ook de dood zich, als een sport en een kunst,³⁰ een plaats verworven in het dagelijkse leven van velen.

Noten

- 1 Tussen 1930 en 1975 zijn steeds meer mensen in ziekenhuizen gestorven (van ruim 35% in 1956 tot 51,5% in 1975). Daarna is een lichte daling ingezet (48% in 1981). Bron: E.M. Sluijs e.a. (red.), *Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns*, Utrecht, 1985, pp. 570-571.
- 2 Zie hiervoor ook J.B. Jaspers, *Het Medische Circuit*, Utrecht, 1985; Hennie Oosterbaan, 'Verhoudingen en omgangsvormen in een algemeen ziekenhuis', *Sociologisch Tijdschrift*, 9, 1 (mei 1982), pp. 105-121; Truus Spijker, *Mooi en beschaafd verplegen*, Lochem, 1981 (tweede, herziene druk) en A. de Swaan, *Het medisch regiem*, Amsterdam, 1983.
- 3 G. Rompes, *Cursus Ziekenverpleging*, Amsterdam, 1947, p. 407.
- 4 *Medische Ethiek en Gedragssleer*, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, derde druk 1959 (tweede druk 1941).
- 5 Dr. R.E. Wierenga, *De Moraal van de Arts*, Den Haag, 1949, p. 20.
- 6 J. Groen, G.A. Lindeboom, W.C.M. van Tuyl van Serooskerken en J.M. van der Valk, *Psychologische Aspecten van het Kankervraagstuk*, Haarlem, 1955, p. 15. (Met dank aan Frits van Dam die me op dit boek attent maakte.)
- 7 C.M. Parkes, *Bereavement: studies of grief in adult life*, Londen, 1972, pp. 63-63.
- 8 Het door A. de Swaan geïntroduceerde begrip 'proto-professionalisering'

verwijst naar een proces dat deel uitmaakt van de processen psychologisering en sociologisering.

- 9 Pas in 1969 werden de problemen van deze doorbehandelmoraal luid en duidelijk, dat wil zeggen publiekelijk aan de orde gesteld door J.H. van den Berg in *Medische Macht en Medische Ethiek*, Nijkerk, 1969.
- 10 In *De dood in het leven van alledag* (Den Haag, 1985) heeft Herman Franke deze paradox proberen op te lossen door de toegenomen openheid te verklaren uit de toegenomen afkeer van het lijk en ontbindingsverschijnselen: 'Wellicht dus wordt er zoveel meer over de dood geschreven en gesproken omdat men het allang niet meer over de dood heeft' (p. 80). Deze poging lijkt mij net zo vergezocht als een verklaring van de 'seksuele revolutie' uit de toegenomen afkeer van lichaamsluchtjes en -afscheidingsen.
- 11 Vanaf midden jaren zestig tot eind jaren zeventig; zie Bram van Stolk en Cas Wouters, *Vrouwen in Tweestrijd*, Deventer, 1983 (1985), pp. 168-169.
- 12 Jolanthe van Opzeeland-de Tempe ziet de rouwtherapieën als 'een modern westers rouwritueel'. Zie 'Een psychotherapeut als celebrant van een requiem: rouwen, rouwtheorie en rouwtherapie', in: Geert A. Banck e.a. (red.), *Gestalten van de dood*, Baarn, 1980, pp. 14-42. Voor de veranderingen in de traditionele rouwrituelen, zie in dezelfde bundel: Cas Wouters en Herman ten Kroode, 'Informalisering in het rouwen en in de omgang met doden op de snijzaal', pp. 55-74.
- 13 Vgl. de strijd over het praten tussen echtgenoten en partners, zoals beschreven in *Vrouwen in Tweestrijd*, pp. 131-139.
- 14 Soortgelijke verschillen in emotieregulering als die tussen toen en thans vallen ook tegenwoordig nog waar te nemen, en wel tussen sociale klassen, tussen mensen die in traditionele, dichte familienetwerken leven, en hen die individueler in meer open vriendennetwerken leven. In een onderzoek naar de dominante manieren waarop mensen in de beide netwerken een echtscheiding opvangen en verwerken, concluderen Hennie Oosterbaan en Winkie Zeldenrust ('Van vage klacht tot psychisch probleem', *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 9 (1988), pp. 939-952), dat het de mensen in de traditionele netwerken onmogelijk is zichzelf bloot te geven en hun hart uit te storten, ook niet in de intieme kring. Zij zoeken 'vooral afleiding voor hun zorgen, omdat... al dat gepieker toch maar tot niets leidde en alleen maar spanningen opriep. Het was daarom het beste zulke gedachten zo snel mogelijk uit het hoofd te zetten... Men wilde liefst zo snel mogelijk alles vergeten. Het leven ging vooral verder' (p. 944). 'Praten werd maar "gezeur" gevonden, het was "moeilijk doen" en bleek vooral een synoniem voor roddelen, klagen of aanklagen. Het werd opgevat als gedrag waarmee men zichzelf verlaagde' (p. 942). De belangen of gevoelens van één individu worden ondergeschikt geacht aan die van de familie. Deze mensen hebben geen ander weermiddel dan de groep, de familie en haar eer. Dáárvoor zetten zij zich in. In *Gescheiden Wegen* (NCGV-reeks 84, Utrecht, 1985) werken de auteurs de consequenties hiervan verder uit: door de traditionele oplossing te volgen 'hoeft er ook niet gepraat of gedacht te worden over eigen gevoelens of drijfveren. Het is een poging om zich te onttrekken aan

een confrontatie met de eigen emoties: een afweermecanisme' (p. 214). Slechts een enkeling in deze groep heeft dan ook 'het vermogen om bij wijze van spreken van een afstandje naar zichzelf te kijken, zichzelf in zijn gedrag en drijfveren waar te nemen' (p. 204). En: 'Eerder dan van het verwerken van moeilijkheden, zou je hier kunnen spreken van het wegwerken van moeilijkheden; ze worden als het ware uit de gedachten verbanen' (p. 217). 'Deze mensen breken vaak radicaal met oude situaties en met mensen' (p. 260). Het 'wegwerken' van emoties gaat kennelijk gepaard met het 'wegwerken' van mensen. Ook hier heerst dus een flinkheidsideaal en een 'regiem van stilte'. Tot in de jaren vijftig gold voor stervenden en rouwendenden vrijwel hetzelfde als voor mensen in gesloten netwerken die in de jaren tachtig een echtscheiding doormaakten: 'Het was "pech" hebben en er zat weinig anders op dan zich in het lot te schikken. Waar het dan vooral op aankwam, was de wijze waarop dit lot gedragen werd' (p. 943). Deze gedrags- en emotieregulering lijkt tot in de jaren vijftig deel van de Algemeen Beschaafde Omgangscodes te zijn geweest. In de beschreven gesloten netwerken lijkt deze code te zijn 'geconserveerd', terwijl daarbuiten steeds meer mensen in de processen van psychologisering en sociologisering werden betrokken.

- 15 Vgl. J. Goudsblom, *Nihilisme en Cultuur*, Amsterdam, 1960 (1977, 1988), p. 183
- 16 Vgl. Norbert Elias, *Het Civilisatieproces*, Utrecht, 1982, met name deel II, pp. 260-266. Zie ook Stephen Mennell, *All Manners of Food*, Oxford, 1985, met name pp. 317-332; A. de Swaan, 'Uitgaansbeperking en uitgaansangst', *De Gids*, pp. 483-509, vooral pp. 496-497 en Cas Wouters, 'Is het civilisatieproces van richting veranderd?' *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift*, 3, 3 (dec. 1976), pp. 336-360 en 'Formalisering van informalisering', *Sociologisch Tijdschrift*, 12, 1 (mei 1985), pp. 133-162.
- 17 Ook het grootscheepse geweld van Europeanen jegens elkaar drong in die richting. Al na de Eerste Wereldoorlog werd dit zo ervaren: 'De ellende van die jaren werd niet zelden geschoven op het Christendom en vervreemde menigeen van een tot nu toe vastgehouden traditie. Oude waarden werden weggeworpen, een verlangen naar realiteit op elk gebied ontstond' (*Vijftig Jaar Vrouwenwerk*, Gedenkboek van de Nederlandsche Vereeniging ter Behartiging van de Belangen der Jonge Meisjes 1882-1932, Amsterdam, 1932, p. 74; cursivering C.W.). Eenzelfde reactie op het oorlogsgeweld bevat L.F. Céline's *Reis naar het einde van de nacht*, dertiende geïllustreerde druk, Amsterdam, 1989.
- 18 Secularisering en sociologisering vormen twee kanten van één medaille en als begrippenpaar richten ze de aandacht op één proces. Tot nu toe richtte de aandacht zich vrij eenzijdig op datgene wat verdween (secularisering) onder verwaarlozing van wat ervoor in de plaats kwam (sociologisering). Naarmate de antwoorden op vragen naar de zin van het leven minder religieus werden, werden ze aardser van karakter. Wat mijzelf betreft: de zin van het leven is de zin in elkaar.
- 19 Zie over de uitbreiding van deze 'zorg op maat', waar ook steeds meer

- zelfstandige ondernemers in voorzien - men spreekt van een 'gat in de markt', o.a. *Rapport Terminale Thuiszorg door Vrijwilligers*, Bureau Agogische Producties, Nijmegen, 1989; *Van ziekenhuiszorg naar thuiszorg*, Nationale Ziekenhuisraad, Utrecht, 1986; J.B. van der Steur, 'Thuisverpleging, taak en uitdaging voor de eerste lijn', *Medisch Contact*, 8 april 1988; M. Knapen e.a., *Experimenten thuisverpleging*, Instituut Toegepaste Sociale Wetenschappen, Nijmegen, 1988. De inzet, betrouwbaarheid en motivatie van vrijwilligers in de terminale thuiszorg blijken hoog, zodat de gedachte aan een aards soort 'roeping', een 'roeping door anderen', zich opdringt.
- 20 Collectieve afweer, alsmede individuele varianten daarvan, heeft meestal een tweeledige functie; bescherming én bedrog. Afweer kan als een schild fungeren dat de zin- of betekenisgeving vergemakkelijkt, de levenslust stimuleert en de overlevingskansen verhoogt. Het schild van afweer kan ook het zicht op de gevaren en de controlemogelijkheden van een nieuwe situatie dermate belemmeren dat hele samenlevingen (of groepen mensen daarbinnen) aan overlevingskansen inboeten. Wanneer nu de collectieve afweer vermindert, dan heeft die kennelijk aan beschermende functie ingeboet. De betrokkenen ervaren uitingen ervan dan eerder als bedrog.
- 21 Voor een ander voorbeeld op grond waarvan dezelfde conclusie over de spanningsboog tussen betrokkenheid en distantie volgt, zie mijn 'Stewardessen en de sociologie van emoties', *Sociologisch Tijdschrift*, 14, 4 (maart 1988), pp. 662-689, m.n. pp. 669-672.
- 22 Zo'n tweestrijd lijkt inherent aan integratieprocessen waarin het brandpunt van sociale spanningen zich verplaatst naar steeds grotere (overlevings)eenheden van groepen mensen, waardoor de banden in en tussen de oude, kleinere groepen minder nadruk behoeven en de spanningen daar zich steeds sterker centreren om 'issues' tussen wisselende coalities. Zo bezien, is de tweestrijd tussen flinkheid en sensitiviteit een verbijzondering van een algemenere tweestrijd die meeromvattende integratieprocessen kenmerkt: 'Immer von neuem kam er zu einem Zwiespalt zwischen der faktischen Übernahme der primären Überlebensfunktion durch soziale Einheiten einer neuen Integrationsstufe und der beharrlichen Fixierung der Wir-Identität von Individuen an Einheiten einer früheren Stufe' (Norbert Elias, *Die Gesellschaft der Individuen*, Frankfurt a.M., 1987, p. 304).
- 23 In het openbare debat over deze kwestie hebben sommigen zich tegen goedkeuring van elke vorm van actieve euthanasie gekeerd onder verwijzing naar het eugenetica-programma in Hitler-Duitsland. Zo'n goedkeuring opent de weg naar herhaling, zeggen ze. Maar, onder Hitler was het *hele* staatsapparaat, onder handhaving van de burgerlijke orde, een moord- en terreurmachine geworden, en het eugenetica-programma maakte daar deel van uit. Zolang er gewapende staatsapparaten bestaan is de weg naar herhaling van efficiënte massamoorden geopend, maar toch wil vrijwel niemand die staten opheffen. Zelfs persoonsbewijzen e.d. ontmoeten nog maar weinig verzet.
- 24 Ph. Ariès, *Met het oog op de dood*, Amsterdam, 1975, p. 22. Voor andere voorbeelden van hetzelfde, zie Cas Wouters en Herman ten Kroode, 'Informatisering in het rouwen en in de omgang met doden op de snijzaal'.

- 25 Brief d.d. 3 januari 1989 aan het Humanistisch Verbond naar aanleiding van een artikel van Bert Boelaars in *Humanist* (november 1988) over de wenselijkheid een verpleegverlof bij het einde van een leven voor de naasten van stervenden wettelijk te regelen.
- 26 Zie hiervoor o.a. mijn besprekingsartikel 'Contactadvertenties en het proces van informalisering', *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift*, 16, 1 (mei 1989), pp. 132-145, m.n. p. 144.
- 27 M. Thijs, 'Sterren en wormen en welkende bloempjes', in: *Dood en begraven. Sterven en rouwen 1700-1900*, Centraal Museum, Utrecht, 1980, p. 100 (dichtregel van J. Bellamy).
- 28 Norbert Elias, *De eenzaamheid van stervenden in onze tijd*, Amsterdam, 1984, p. 53.
- 29 Vanaf het einde van de jaren zeventig tot op dit moment; vgl. *Vrouwen in Tweestrijd*, pp. 168-169, en mijn 'Formalisering van informalisering'.
- 30 Vgl. mijn artikel 'Stewardessen en de sociologie van emoties'.