

Gelijkheid is niet goed genoeg in de feministische hulpverlening

Janneke van Mens-Verhulst

'Gelijkheid is goed; ongelijkheid mag niet.' Deze simpele tweedeling ligt ten grondslag aan vele sociale en politieke acties. Maar is dat terecht? Vijfentwintig jaar feminisme in praktijk en theorie leidt tot de conclusie: gelijkheid is niet goed *genoeg*. Door de uitsluitende werking van het gelijkheidsprincipe dreigde er namelijk een impasse te ontstaan.

Lange tijd vormde gebrek aan gelijkheid de bestaansgrond en het richtinggevende principe van de feministische hulpverlening. Daarbij ging het er om een einde te maken aan de als onrechtvaardig beoordeelde ongelijkheid tussen mannen en vrouwen. Die positie blijkt echter onhoudbaar; niet omdat de verschillen tussen mannen en vrouwen niet onrechtvaardig zijn, maar omdat het gelijkheidsprincipe niet voor alle kwesties de goede oplossingsrichting aanwijst.

In het onderstaande geef ik een korte schets van de groei van de feministische hulpverlening in Nederland en sta ik stil bij de voornaamste kenmerken van deze hulpverleningssoort. Vervolgens zet ik uiteen welke ideeën over gelijkheid er binnen de feministische hulpverleningspraktijken leefden en leven en welke problemen daaruit voortvloei(d)en. In het tweede deel van dit artikel presenteer ik een aantal relevante inzichten uit het gelijkheidsdebat in vrouwenstudies, inclusief een aantal conceptuele openingen. Ik eindig met de introductie van het diversiteitsprincipe en een eerste verkenning van de implicaties welke dit zou kunnen hebben voor feministische hulpverlening.

Feministische hulpverlening

Het ontstaan van de Nederlandse feministische hulpverlening dateert van ruim twintig jaar terug. Het was de tijd waarin de vrouwenbeweging zich voor de tweede maal in deze eeuw voluit manifesteerde. Dat kwam de toen gangbare hulpverlening op fundamentele kritiek te staan: kritiek op de beeldvorming en behandeling van vrouwen. Tegelijkertijd ontwikkelde de vrouwenbeweging alternatieve vormen van hulp.

Aanvankelijk betrof het initiatieven buiten de reguliere gezondheidszorg: vrouwentelefoon, vxo-groepen (voor Vrouwen In De Overgang) en abortusklinieken zijn hiervan de bekendste voorbeelden. Naderhand werden er ook eigen centra opgericht voor vrouwenhulpverlening en vrouwegezondheidszorg. In de eerste stond de psychische problematiek voorop, in de tweede de lichamelijke, maar beide soorten centra streefden ernaar de klassieke tweedeling in de gezondheidszorg te overstijgen. Geleidelijk ontstonden er bovendien feministische vormen van hulpverlening binnen de regulier gefinancierde instituten.

De overheid heeft in deze groei een stimulerende rol gespeeld. Na het uitkomen van de eerste *Nota Vrouwenhulpverlening* volgde er vrij snel een projectgroep Vrouwenhulpverlening die in 1988 werd opgevolgd door een Adviesgroep Vrouwenhulpverlening.¹ In 1993 ging een

Werkprogramma Vrouwenhulpverlening van start waarvoor in 1996 een stuurgroep werd geïnstalleerd.²

Doel van het overheidsbeleid was en is de vrouwenhulpverlening te integreren in de reguliere gezondheidszorg. Het tempo van de beoogde integratie verschilt sterk per sector, zo blijkt uit de thans beschikbare tussenrapportages en evaluatieonderzoeken.³ Binnen de lichamelijke gezondheidszorg hebben vooral gynaecologie en huisartsgeneeskunde zich ontvankelijk betoond. In de geestelijke gezondheidszorg liepen de RIAGGs voorop, maar inmiddels zijn ook in de psychiatrie vele interessante projecten gaande. In de beschermende woonvormen en revalidatieprojecten is het aandeel van de vrouwenhulpverlening echter nog minimaal.

Feministische hulpverlening omvat inmiddels praktijken uit verschillende sectoren van gezondheid en welzijn. Het onderstaande is voornamelijk gebaseerd op de kant van de geestelijke gezondheidszorg.

Kenmerken van feministische hulpverlening

Feministische hulpverlening wordt in het algemeen gekenmerkt door een seksespecifieke, politiserende, cliëntgerichte en soms holistische benadering. Van alle vier de termen geef ik een korte uitleg. Voor geïnteresseerden zijn er de literatuurverwijzingen.⁴

Seksespecificiteit is een tegenwicht voor seksenutraliteit. Inzet is de erkenning dat het probleem van haar er anders uitziet dan van hem (verslavingspatroon, gebrek aan assertiviteit, huwelijksmoeheid) en dat er ook andere oorzakelijke processen aan ten grondslag kunnen liggen. Dat vergt een andere behandeling en/of bejegening.

Politisering verwijst naar de invloed van maatschappelijke en culturele componenten op de hulpverlening. Het fungeert als tegenwicht tegen een individualistische benadering. In geval van feministische hulpverlening ligt de nadruk op machtsverschillen: hoe die aan vele problemen van vrouwen ten grondslag liggen en ook schade aanrichten in de therapeutische relatie. Politisering bestaat dan in het 'systematisch aandacht besteden aan de sociale positie van vrouwelijke cliënten en de daarmee verbonden socialisatie'. Hierin komen vier knelpunten steeds terug: 1) De maatschappelijke autonomie (zelfbeschikking) van vrouwen is gering. 2) De samenleving legt vrouwen een zorg- respectievelijk liefdesplicht op waaraan ze meestal niet kunnen voldoen en waardoor ze enorme schuld- en schaamtegevoelens kunnen ontwikkelen. 3) Door de maatschappelijke arbeidsdeling tussen de seksen lijden vrouwen aan een persoonlijk zorgtekort, niet wat betreft het geven, maar in het zelf ontvangen van zorg. 4) Daarnaast hebben vrouwen dan nog te lijden van andere soorten ongelijke behandeling (discriminatie) op grond van seksuele voorkeur, huidskleur, lichamelijke handicap en dergelijke.

Politisering staat in de feministische hulpverlening ten dienste van een anti-dominante attitude. *Empowerment* is hierbij een belangrijke strategie die moet leiden tot een zowel persoonlijk als collectief sterk worden. Voor de cliënt betekent dit bewustwording van feitelijke en eventueel geïnternaliseerde onderdrukking (op basis van sekse, kleur, gezondheid, leeftijd en dergelijke); leren op de eigen gevoelens te vertrouwen en zelf beslissingen te nemen; oefenen in onderhandelen en andere sociale vaardigheden en, waar nodig, tot sociale actie over gaan om zo greep te krijgen op het eigen bestaan.

Cliëntgerichtheid is het alternatief voor de interne gerichtheid die de hulpverlening in de jaren zeventig en tachtig vertoonde: enerzijds op de instellingen met hun kantoortijden en procedures; anderzijds op de beroepsgroepen met hun jargon en interventierepertoire. De cliëntge-

richtheid waar het de feministische hulpverlening om gaat, is te typeren als zorgzaamheid. Ze ligt besloten in stelregels als 'de hulpvraag als uitgangspunt nemen', 'de cliënt over het doel laten beslissen', 'de cliënt "volgen" in plaats van "verwerken"', en 'de organisatie op de behoeften van de cliënt afstemmen' – ook als die cliënt vrouw, laag opgeleid of allochtoon is.

De *holistische benadering* probeert te ontsnappen aan de medisch-technische ofwel ziektebenadering, waarin lichamelijke problemen losgekoppeld worden van psychische, psychische van sociale enzovoort. Dit leidt tot andere probleemreducties, met meer aandacht voor de sociale kant van psychische problemen en de psychische kant van medische problemen.

Gelijkheid en feministische hulpverlening

Het gelijkheidsprincipe ligt ten grondslag aan minstens vier 'verhalen' over vrouwenhulpverlening – verhalen die kunnen worden gereconstrueerd uit de vele teksten die er inmiddels zijn verschenen.

Verhalen over gelijkheid

Een van die verhalen stelt de gelijke behandeling in de therapie centraal. Het zegt dat vrouwen in hun therapie recht hebben op evenveel aandacht en respect als mannen. Ook belooft het een halt toe te roepen aan de zogenoemde pathologisering en trivialisering van de problemen van vrouwen: het ten onrechte ziek dan wel niet-ziek verklaren.

Een ander verhaal concentreert zich op de gelijkheid in de therapeutische relatie en draagt allerlei middelen aan om die gelijkheid te bevorderen; homogeniteit in sekse, maar ook in andere kenmerken die sociaal-culturele consequenties hebben: huidskleur, etnische herkomst, seksuele voorkeur en dergelijke. Het voorkomen van onnodige machtsverschillen tussen therapeut en cliënt moet er voor zorgen dat de vrouwelijke cliënt in de therapeutische setting niet nogmaals geconfronteerd wordt met de onrechtvaardige ongelijkheden waaronder ze ook in haar dagelijks leven te lijden heeft en die (een deel van) haar problemen vormen. Ongelijkheden, bijvoorbeeld in leeftijd of klasse, die niet met homogenisering van de setting kunnen worden opgevangen, moeten tijdens het hulpverleningsproces aan de orde komen.

Een derde verhaal richt zich op de gelijkwaardigheid binnen de behandeling, als therapeutische weg naar sociale en politieke gelijkheid voor vrouwen. Wetende dat autonomie en onafhankelijkheid de criteria zijn waaraan de geestelijke gezondheid van mannen wordt afgemeten, biedt feministische hulpverlening vrouwen de gelegenheid tot een inhaalslag, zodat zij de 'man-co's' die ze door hun opvoeding en socialisatie hebben opgelopen, kunnen wegwerken. Door het trainen van vaardigheden (assertiviteit en onderhandelen bijvoorbeeld) en door anderszins te werken aan zelfvertrouwen kunnen ook vrouwen gaan voldoen aan de criteria voor geestelijke gezondheid.

Het radicaalste verhaal stelt feministische hulpverlening voor als middel tot sociale revolutie. Het spreekt over de gelijkheid van de seksen in een fundamenteel anders georganiseerde maatschappij; een maatschappij waarin bijvoorbeeld productie- en zorgarbeid gelijkelijk over de seksen verdeeld zijn en waarin zorgzaamheid even hoog in aanzien staat als autonomie.

Samengevat is het gelijkheidsprincipe dus een hulpmiddel geweest bij het analyseren van de oorsprong van de problemen van vrouwelijke cliënten. Daarnaast heeft het een normatief kader verschaft voor de therapeutische relatie en voor het therapeutische proces, namelijk als een school voor gelijkheid. Tenslotte heeft het gediend om de koers van het therapeutische

proces in te vullen: richting gelijkheid, hetzij van vrouwen aan mannen, hetzij van vrouwen en mannen aan elkaar.

Gelijkheid is niet goed genoeg

Een aantal ontwikkelingen – zowel in de praktische als in de praktijktheoretische sfeer – bracht geleidelijk de tekortkomingen van de hierboven geschetste verhalen aan het licht.

In de eerste plaats moest de vrouwenhulpverlening erkennen dat haar relevantie voor bepaalde groepen vrouwen slechts beperkt was.⁵ Oorspronkelijk was alle aandacht uitgegaan naar blanke, westerse, heteroseksuele vrouwen uit de middenklasse. Daarbij hadden twee beelden de overhand: dat van vrouwen, die door huishoudelijke en moederlijke taken belemmerd werden in hun ontplooiing; en dat van vrouwen die te lijden hadden onder geweld. Deze beelden boden echter weinig of geen houvast aan lesbische vrouwen, vrouwen van kleur of uit etnische minderheden, kinderloze vrouwen en vrouwen met een chronische ziekte. Zij herkenden zich er onvoldoende in en konden er geen verrijkende inzichten of oefenprogramma's aan ontleen. Hun specifieke ervaringen bleven onzichtbaar. Pogingen om dit te ondervangen met begrippen als 'dubbele onderdrukking' en zelfs 'drievoudige onderdrukking' mondden uit in onbevredigende optelsommen.

In de tweede plaats bleek dat de gangbare feministische hulpverlening maar beperkt bruikbaar was bij integratie in de reguliere gezondheidszorg.⁶ De vraag rees, hoe geschikt de principes van feministische hulpverlening eigenlijk waren voor minder zelfredzame cliënten: adolescenten, oudere of gehandicapte vrouwen, vrouwelijke verslaafden en psychiatrische patiënten die hun problemen zelf niet als vrouw-specifiek zagen.

Dit alles leidde binnen de beweging van feministische hulpverlening tot discussies over het gelijkheidsprincipe.⁷ Eén van die discussies betrof de wenselijkheid van culturele en sociale seksegelijkheid: wat is het nut daarvan als niet tegelijkertijd de algemene waardering voor autonomie ter discussie staat, alsmede de arbeidsdeling binnen het gezin en in het werk buitenshuis? Zou het niet beter zijn te pleiten voor verbondenheid als centrale waarde en op die manier de morele gelijkheid van vrouwen of zelfs hun superioriteit ten opzichte van mannen op te eisen? Zouden de belangen van vrouwen uit de werkende klasse, niet-westers georiënteerde vrouwen en zorgafhankelijke vrouwen niet beter gediend zijn met aandacht voor verschillen tussen vrouwen?

Een andere discussie ging in op de victimisering van vrouwelijke cliënten. Versterkte de nadruk op het geweld tegen vrouwen niet het beeld van de vrouw als machteloos wezen en werkte dat de seksegelijkheid niet tegen? Het feit dat de reguliere gezondheidszorg wel bereid was hulp te organiseren voor incestslachtoffers, maar zich zeer terughoudend betoonde in het creëren van een aanbod voor vrouwen met autonomieproblemen, voedde deze vrees.

In een derde discussie werden bovendien de aannames betreffende de psychologische overeenkomsten tussen de seksen in twijfel getrokken. Misschien waren de verschillen in cognitieve, emotionele en morele ontwikkeling helemaal niet van tijdelijke of contextuele aard, maar essentieel en maakten ze deel uit van het wezen van 'de' vrouw en 'de' man.

Ook de gelijkheidsopvattingen over de therapeutische relatie zijn ter discussie gesteld. Het was immers naïef om aan te nemen dat vrouwelijke cliënten niet geneigd zouden zijn strategisch gedrag aan te wenden, om zo te profiteren van de macht van de therapeut, bijvoorbeeld om via hem of haar financiële of andere bronnen aan te boren. Daarnaast moest er natuurlijk

zorgzaamheid. Ze
ënt over het doel
tie op de behoef-
ochtoon is.

the ofwel ziekte-
nische, psychische
iandacht voor de
problemen.

ouwenhulpverle-
er inmiddels zijn

zegt dat vrouwen
Ook belooft het
an de problemen

relatie en draagt
kse, maar ook in
nische herkomst,
llen tussen thera-
ische setting niet
zonder ze ook in
ormen. Ongelijk-
e setting kunnen
omen.

ig, als therapeuti-
onomie en onaf-
wordt afgemeten,
odat zij de 'man-
wegwerken. Door
door anderszins
eria voor geeste-

sociale revolutie.
ganiseerde maat-
lijkelijk over de
tonomie.

analyseren van de
t een normatief
oces, namelijk als
t therapeutische

een oplossing worden gevonden voor de verschillen in onderdrukking tussen vrouwen.

Zo kwamen geleidelijk de beperkingen van de oorspronkelijke verhalen over gelijkheid, autonomie en anti-dominantie aan het licht. *Gelijkheid was niet goed genoeg* als richtinggevend principe voor feministische hulpverlening.

Debatten over gelijkheid en verschil

Binnen vrouwenstudies zijn de problemen rond het gelijkheidsprincipe al in de eerste helft van de jaren tachtig gesignaleerd. Dat heeft een stroom van publicaties opgeleverd waaruit de vrouwenhulpverlening nieuwe wijsheid kan putten.

Verhelderend is het onderscheid te maken in gebieden waarop de debatten over seksgegelijkheid en -verschil betrekking hebben: het lichaam, de geest, het recht, de politiek of de zedelijkheid bijvoorbeeld.⁸ Dat gaat samen met de notie dat het debat in het ene gebied niet kan worden herleid tot het debat in een ander gebied. Dus: politieke ongelijkheid kan niet worden gelegitimeerd op basis van biologische ongelijkheid, maar evenmin kan sociale gelijkheid worden gepostuleerd op basis van psychische gelijkheid.

Tevens blijkt het van belang het debat over feitelijke overeenkomsten en verschillen te onderscheiden van het debat over de te kiezen denkstrategie. Van wezenlijke betekenis is verder de dubbelzinnigheid van de term gelijkheid. Over deze laatste twee punten wijd ik in het onderstaande uit.

Alfa en beta-bias

Het gelijkheid- en verschilvraagstuk is in de psychologie gearticuleerd als een verschil in denkstrategie: de *alfa* en de *beta-bias*.⁹ De *alfa-bias* staat voor de neiging verschillen te overdrijven en dus vrouwen als totaal verschillend van mannen te zien. De *beta-bias* duidt de neiging aan verschillen te negeren of te minimaliseren en dus vrouwen als vrijwel gelijk aan mannen te beschouwen. Beide denkstrategieën (die overigens opgeroepen en in stand gehouden worden door het werken met een nul-hypothese in de statistische bewijsvoering) hebben voor- en nadelen. Tegengesteld aan wat het gezond verstand doet vermoeden, blijken ze allebei een onderdrukkende werking te kunnen hebben.

De *alfa-bias* heeft als bezwaar dat eventuele overeenkomsten tussen de seksen uit het zicht verdwijnen en dat datgene wat 'anders' is, bovendien meestal als inferieur wordt afgeschilderd. Dit wordt dan gemakkelijk tot het beginpunt van een ongelijkwaardige, autoritaire relatie (tussen mensen of groepen), omdat het verschil behandeld wordt als afwijking van de norm en als rechtvaardiging voor buitensluiting. In het denken over de seksen is die afwijking en inferioriteit doorgaans toebedeeld aan 'het vrouwelijke' en 'de vrouwen'. (Bijvoorbeeld, vrouwen zijn door hun emotionaliteit en lichamelijke niet geschikt om deel te nemen aan de wetenschap of morele beraadslagingen.) Deze denktrant kan uitmonden in overheersing van 'het normale' en onderdrukking van 'het andere'.

De *beta-bias* heeft als bezwaar dat bestaande verschillen tussen mannen en vrouwen worden genegeerd en dat die ene veronderstelde werkelijkheid tot vanzelfsprekendheid en (daarmee impliciete) maatstaf wordt verheven, ook waar de omstandigheden of historie dat bij nadere beschouwing niet rechtvaardigen. In deze denktrant heeft een vrouw die er niet in slaagt carrière te maken, per definitie mindere kwaliteiten. In de *beta-bias* is men blind voor 'het andere' met het gevolg dat wat of wie anders is, ook geliminaliseerd raakt. Dat wil zeggen dat

n vrouwen.
n over gelijkheid,
als richtinggevend

de eerste helft van
leverd waaruit de

n over seksueel-
politiek of de zede-
ne gebied niet kan
d kan niet worden
de gelijkheid wor-

verschillen te on-
betekenis is verder
ten wijd ik in het

n verschil in denk-
n te overdrijven en
dt de neiging aan
ijk aan mannen te
gehouden worden
hebben voor- en
ken ze allebei een

eksen uit het zicht
wordt afgeschilderd.
, autoritaire relatie
ng van de norm en
vrijking en inferio-
beeld, vrouwen zijn
aan de wetenschap
g van 'het normale'

n vrouwen worden
dheid en (daarmee
orie dat bij nadere
ie er niet in slaagt
ien blind voor 'het
Dat wil zeggen dat

die ander buiten de reguliere orde staat, maar ook niet de status van een erkende deviant kan innemen. Mensen met een chronische ziekte of handicap verkeren bijvoorbeeld in een liminale situatie. Zij missen het repertoire om hun situatie en de daarin aanwezige vanzelfsprekendheids-irregulariteit te beschrijven en zijn daardoor gedwongen in hun dagelijkse interactie steeds opnieuw te onderhandelen over hun maatschappelijke situering.¹⁰

De politicologe Young beschouwt beide soorten onderdrukking – zowel die van de pathologisering van verschillen vanuit de verschilpositie als die van de trivialisering van verschillen vanuit de gelijkheidspositie – als vormen van *cultureel imperialisme*.¹¹ Daarmee drukt ze uit dat er in beide gevallen een groep geprivilegeerde mensen is die niet alleen de tekens, betekenissen en communicatiemiddelen voor anderen kan bepalen, maar ook wie tot 'de anderen' gerekend zullen worden.

Ook in disciplines als de biologie¹² en de politicologie blijkt dat beide denkstrategieën zowel bevrijdende als onderdrukkende consequenties kunnen hebben. Het eindoordeel hangt af van context en doel. Dit brengt de historica Scott tot de volgende conclusie: feministen kunnen het 'verschil' niet opgeven, aangezien het een van hun meest creatieve analytische instrumenten is, maar evenmin kunnen ze 'gelijkheid' opgeven, zolang als ze zich willen verstaan met de principes en waarden van het politieke systeem.¹³

Strategisch dilemma

Tronto noemt Scott's conclusie een strategisch dilemma en preciseert het als volgt: er staan de machtelozen maar twee soorten argumentatie ter beschikking als zij de machtsverdeling willen veranderen. Ze moeten stellen dat ze hetzelfde zijn als de machthebbenden, of dat ze anders zijn maar iets van waarde te bieden hebben.¹⁴ Beide strategische posities vergen echter de verloochening van onderlinge verschillen.

Volgens Tronto is dit strategisch dilemma het gevolg van de zogenoemde 'logica van de buitenstaander'. Met die logica verwijst ze naar de drie grenzen van de hedendaagse westerse zedenleer: de grens tussen zedelijkheid en politiek; de grens die in de vorm van het 'moreel gezichtspunt' – wat een objectief oordeel van onafhankelijke morele actoren vereist; en de grens tussen openbaar en privéleven. Deze drie tezamen maken dat de morele en politieke sferen zich konden afsluiten voor de ervaringen en de participatie van vrouwen. Daardoor is onder andere 'zorg' een ondergewaardeerd idee gebleven in de morele beraadslagingen.

Illustratief in dit verband is de kritiek van Parlevliet en Sevenhuijsen op het rapport 'Kiezen en Delen' van de Commissie Keuzen in de Zorg.¹⁵ In dat rapport krijgen vrouwen royaal erkenning als zorgverlenenden, maar nauwelijks als zorgontvangenden met specifieke behoeften. De auteurs analyseren hoe deze ommissie voortvloeit uit het door de commissie gekozen referentiekader. Uitgangspunt was namelijk burgerschap en maatschappelijke participatie. Daarmee waren vrouwen en hun behoeften al bij voorbaat vrijwel uit beeld verdwenen, want hun leven speelt zich (nog steeds) veel minder in de publieke dan in de private sfeer af.

De valkuil van de dichotomie

De dichotomie gelijkheid – verschil draagt vele onuitgesproken tweedelingen met zich mee.¹⁶ Ik noem daarvan de begrippenparen met interessante connotaties in het kader van sekseverschillen. De eerste vier verwijzen naar een beschrijving van het bestaande, terwijl de volgende drie een normatieve lading zichtbaar maken. Het laatste begrippenpaar haalt het keuze-aspect

naar voren: 'onderscheid' veronderstelt een keuze tot het aanbrengen van verschil.

GELIJKHEID	–	VERSCHIL
gelijkheid	–	ongelijkheid
hetzelfde zijn	–	anders-zijn
gelijkenis	–	verschil
overeenkomst	–	verschil
gelijkwaardigheid	–	ongelijkwaardigheid
normaliteit	–	afwijkendheid
eerlijkheid	–	oneerlijkheid
niet-onderscheid	–	onderscheid

Juist als de vergelijkbare termen met hun opposities zo onder elkaar staan, wordt duidelijk welke dubbelzinnigheden in de term 'gelijkheid' vervat liggen en welke morele en emotionele beladenheid er aan de tweedeling kleeft. Gelijkheid wordt als vanzelfsprekend geassocieerd met het goede en rechtvaardige, verschil met het kwade en onrechtvaardige. De mogelijkheid dat zowel gelijkheid als verschil positieve en negatieve consequenties hebben, lijkt uitgesloten. Zo blijven politieke en ethische vragen en ook de noodzakelijke beraadslagingen al gauw achterwege.

Ook laat deze opsomming zien dat de tegenstelling tussen gelijkheid en verschil op zichzelf oneigenlijk is. Het begrippenpaar schotelt een onmogelijke keuze voor, omdat het idee van gelijkheid slechts kan bestaan bij de gratie van verschillen: het omvat die verschillen en is er zelfs van afhankelijk. Joan Scott, die dit als eerste uitvoerig beargumenteerde, stelt het zo: 'Equality is the deliberate indifference to specified differences.'¹⁷ Haar conclusie is dat de term 'gelijkheid' onmiddellijk de vraag oproept, welke hoedanigheden en aspecten worden vergeleken; en dat de antwoorden die worden verkregen, niet los kunnen worden gezien van de specifieke context en de vigerende doelen. Met andere woorden: ook gelijkheid berust op onderscheid.

Conceptuele openingen

De ontrafeling van de term gelijkheid creëert de behoefte aan concepten die het denken in termen van overeenkomsten én verschillen bevorderen (zodat negatie wordt vermeden) en die tegelijkertijd verabsolutering en normering tegengaan (zodat pathologisering wordt voorkomen).

In het volgende presenteer ik enkele van de mogelijkheden om te ontsnappen uit de klem van het gelijkheid- en verschil-denken. Voor het psychologische gebied zijn het de begrippen 'subject-in-wording' en 'onderdrukking-in-onszelf'; voor het socio-politieke gebied de dimensies van onderdrukking en het begrippenpaar 'onderdrukking – privilegering'. Voor het politiek-ethische gebied opent een nadere uitwerking van het begrip diversiteit nieuwe perspectieven.

verschil.

Het subject-in-wording

Subject-in-wording is een begrip dat gebaseerd is op noties uit de filosofie, de ontwikkelingspsychologie en psycho-analytische theorieën.¹⁸ 'Subject-in-wording' of het 'wordende subject' gaat uit van een stroom van identiteitsconstructies temidden van een inherent dynamische context van culturele, sociale, psychologische, naast biologische, seksuele en genetische ontwikkelingen. Veronderstelling is dat de uitkomsten flexibel zijn en in interactie met de politieke, economische en historische contexten (die zelf ook in beweging zijn!) tot stand komen. In dat proces worden voortdurend elementen in- en uitgesloten: mannelijke en vrouwelijke, homo- en heteroseksuele, zwarte en witte, gezonde en zieke – om enkele van de belangrijkste categorieën te noemen.

Het 'wordende subject' veronderstelt de identificatie van een zich ontwikkelend 'ik' met het collectieve geheugen van een 'wij'. In feite is 'het subject' een achteraf-constructie van het zelf, en verkeert het altijd in een overgangspositie; het is een 'processueel subject'.¹⁹

De onderdrukking in onszelf

an, wordt duidelijk
orele en emotionele
ekend geassocieerd
ge. De mogelijkheid
en, lijkt uitgesloten.
dslagingen al gauw

Het binnen- en buitensluiten van elementen kan worden beschouwd als een proces van steeds opnieuw grenzen aanbrengen tussen 'ik' en 'de ander', tussen 'wij' en 'zij'. De elementen die tijdens de identificatieprocessen worden buitengesloten, hebben echter een belangrijke functie. Met hun anders-zijn bevestigen ze namelijk ook van buitenaf de getrokken grenzen. De constituerende van het zelf impliceert dus ook een in stand houden van 'het andere'. Dikwijls gaat dit proces echter verder: de persoon bouwt een aversie op tegen dat andere en is bang er mee geconfronteerd te worden; het buitensluitingsproces verandert in een onderdrukkingsproces.²⁰

verschil op zichzelf
omdat het idee van
schillen en is er zelfs
elt het zo: 'Equality
dat de term 'gelijk-
rden vergeleken; en
n van de specifieke
ust op onderscheid.

Het permanente proces van grensatbakening speelt zich evenwel af in een context van een maatschappelijke groepsvorming die nooit voltooid is, en tegenstrijdig.²¹ De articulatie van de sociale overeenkomsten binnen de 'eigen groep' vergt de aanscherping van verschillen bij de anderen – en vice versa. Dit kan leiden tot een spiraal van onderdrukking tussen wij/zij.

De groepen waarmee het wordende subject zich identificeert, bewegen zich ergens op het continuüm van geprivilegeerd tot onderdrukt.

Vijf dimensies van onderdrukking

i die het denken in
lt vermeden) en die
ring wordt voorko-

Door niet langer uit te gaan van één continuüm – van onderdrukking naar privilegering – is nog meer verfijning in het denken over overeenkomsten en verschillen tussen personen mogelijk.

nappen uit de klem
in het de begrippen
ieke gebied de di-
ilegering'. Voor het
ersiteit nieuwe per-

Young²² onderscheidt bijvoorbeeld vijf dimensies of 'gezichten' van onderdrukking:
– cultureel imperialisme (wat zich zowel kan uiten in verwaarlozing of trivialisering van belangrijke verschillen, als de pathologisering van onbelangrijke verschillen);
– sociaal-economische uitbuiting;
– sociaal-economische marginalisering;
– de 'ontmondiging' door deskundigen (ook wel als een vorm van epistemisch geweld aangeduid);
– systemisch geweld (met andere woorden door instituties getolereerd), dat lichamelijke en geestelijke wreedheid mogelijk maakt.

Deze dimensies kunnen afzonderlijk voorkomen, maar ook in combinatie; in het laatste geval zullen ze elkaar vermoedelijk versterken.

Onderdrukking en privilegering

Bij de introductie van Young's cultureel imperialisme is de tegenstelling 'onderdrukking – overheersing' impliciet ingeruild voor die van onderdrukking – privilegering. Daarmee is ook afscheid genomen van twee connotaties van het begrip 'overheersing'. De eerste was, dat onderdrukking tot stand zou komen door de directe (overheersings)daad van de ene actor (heerser) ten opzichte van de andere (onderdrukte). De tweede connotatie was dat onderdrukking de toepassing van geweld zou inhouden.

De term 'privilegering' doet meer recht aan de invloed van de sociale en culturele context op de ongelijkwaardige relatie tussen de betrokken actoren. Bovendien verbreedt de term de aandacht van fysieke naar andere soorten onderdrukking, namelijk die ten gevolge van ongelijk verdeelde privileges in culturele, economische en kennis-positie.²³

Diversiteit

'Diversiteit' wordt meestal gebruikt om een verzameling verschillen aan te duiden. Het gaat om een *onderscheid in verschillen*: de verschillen zijn op zich weer gecategoriseerd. 'Diversiteit' is daarom met recht te vertalen als *verscheidenheid*: het resultaat van het maken van verschil. Een oordeel over verschillen draagt dus – impliciet – ook een oordeel over overeenkomsten in zich. De vaak gehanteerde oppositie diversiteit – eenheid past niet meer in deze gedachtengang.

Diversiteit verwijst naar een proces waarin verbanden *en* scheidingen worden aangebracht tussen dat wat niet identiek is. Spreken over diversiteit in identiteit, onderdrukking of privilegering betekent dus dat er aandacht geschonken wordt aan de verschillen én gemeenschappelijkheden in de uitkomsten van de geschetste processen. Daarbij is het zaak te differentiëren naar gebieden en het besef levend te houden dat diversiteit in het ene gebied niet zonder meer kan worden herleid tot diversiteit in het andere.

De in deze paragraaf aangedragen begrippen bakenen een nieuwe conceptuele ruimte af voor feministische hulpverlening, met het diversiteitsprincipe als nieuwe koers. Het diversiteitsprincipe drukt respect uit voor wat anders is. Het impliceert waardering voor overeenkomsten én verschillen, zowel waar het om menselijke verlangens als om bestaansprojecten en sociale posities gaat. Uitgaande van diversiteit treedt men verschillen positief tegemoet, als mogelijke inspiratiebron voor verder handelen.

Van gelijkheid naar diversiteit

De grote vraag is natuurlijk hoe verschillen een plaats moeten krijgen in het hulpverleningsaanbod. Gebruikelijk is immers de verschillen te trechteren tot er voldoende gelijkheid over is om tot interventie over te gaan.²⁴ (In de traditionele hulpverlening wordt vooral getrechterd op overeenkomsten in stoornissen. In de feministische hulpverlening werd aanvankelijk vooral getrechterd op geslacht, leeftijd, seksuele voorkeur, moederschap en andere sociaal-cultureel geladen categorieën.)

Twee andere concepten uit vrouwenstudies kunnen hier behulpzaam zijn: 'politiek van de behoefteninterpretatie' en 'ethiek van zorg'. Ze verwijzen naar debatten die het diversiteitsprincipe oproept en waarin gestalte wordt gegeven aan normatieve²⁵ en reflexieve²⁶ professionaliteit. Hierover in het volgende meer.

Politiek van de behoefteninterpretatie

Zorg bieden vereist het kennen van de zorgbehoeften. Dit betekent het inschatten van die behoeften en het selecteren aan welke daarvan men tegemoet zal komen. In geval van concurrerende behoeften is er ook een afweging nodig. Zo'n behoefteninterpretatie²⁷ is geen louter technische of morele aangelegenheid, maar ook een politiek en talig proces. De uitkomsten worden in hoge mate bepaald door wie er zeggenschap hebben in het politieke domein en door de principes en procedures die de besluitvorming reguleren.

Wat de zeggenschap betreft, pleiten feministische wetenschappers voor meer democratie en radicaliteit in de inrichting van het besluitvormingsproces.²⁸ *Democratie*, omdat alle betrokken partijen een stem krijgen toegekend in de besluitvorming. Deze is dus niet voorbehouden aan één, objectief geachte, actor. Tronto werkt dit uit tot de wenselijkheid van overleg tussen tenminste drie partijen: niet alleen de institutionele en professionele zorgverlenenden of de zorgfinanciers, maar ook de zorgontvangenden en de mantelzorg(st)ers. *Radicaliteit*, omdat het de bestaande grenzen tussen het private en het publieke domein overstijgt. Niet het maatschappelijk bepaalde voorschrift is maatgevend, maar de grenzen die een persoon zelf aangeeft – en die in de loop van het leven aan verandering onderhevig (kunnen) zijn. Tronto's veronderstelling is dat in zo'n constellatie meer vrouwen zullen deelnemen aan de besluitvorming en dat met hun participatie een einde zal komen aan de huidige, gefragmenteerde bemoeienis met 'zorg'.

Welke besluitvormingsstructuren deze processen kunnen ondersteunen, is vooralsnog niet duidelijk. Ons Nederlandse stelsel laat zien dat vrouwen, etnische minderheden of ouderen zich niet spontaan als zorgontvangende partij organiseren, wanneer er plaats wordt ingeruimd voor cliëntenorganisaties. En ook binnen dergelijke organisaties spelen de vraagstukken van behoefteninterpretatie en omgaan met diversiteit. Het probleem is dus recursief en de oplossing kan per laag en per fase (voorbereiding, uitvoering) van besluitvorming variëren.²⁹

Wat de regulering van het besluitvormingsproces betreft, hechten de feministische politcoloogen aan pluralisme, communicatie en contextualiteit. *Pluralisme*, dat wil zeggen dat de verschillen in behoeften er mogen zijn en niet voortijdig worden verborgen onder gemeenschappelijkheden. *Communicatie*, in die zin dat er tussen de partijen onderling open beraadslagingen plaats vinden over welke behoeften (nog) wel of (nog) niet worden gehonoreerd. Die openheid wordt overigens begrensd door het heersende vertoog, tenzij een van de partijen ook dat tot onderwerp van beraadslaging weet te maken. *Contextualiteit*, want de relevantie van de benoemde verschillen en overeenkomsten houdt verband met de culturele, sociale, economische, maar ook de sociaal-psychologische, psychische en fysieke situatie.

Het vraagstuk dat dit besluitvormingsproces moet oplossen, is: waar zijn gelijkheidsnormen toepasbaar en zinvol? Temidden van de mondiale en de individuele dynamiek is echter geen definitief of absoluut antwoord te verwachten.

Ethiek van zorg

Een politiek van behoefteninterpretatie lost de morele dilemma's niet op, maar doet ze wel in een andere vorm verschijnen. Het formuleren van die dilemma's gebeurt in het debat over de ethiek van de zorg. Dat debat is door feministische wetenschappers op gang gebracht en wordt thans ook door feministische hulpverlenenden en humanistische wetenschappers gevoerd.³⁰ Hierin neemt men zorgrelaties onder de loep, maar plaatst men ook kanttekeningen bij het

derdrukking – over-
Daarmee is ook af-
erste was, dat onder-
ene actor (heerser)
t onderdrukking de

en culturele context
erbreedt de term de
gevolge van ongelijk

duiden. Het gaat om
seerd. 'Diversiteit' is
en van verschil. Een
eenkomsten in zich.
e gedachtengang.
worden aangebracht
drukking of privile-
én gemeenschappe-
mak te differentiëren
ed niet zonder meer

nceptuele ruimte af
ers. Het diversiteits-
oor overeenkomsten
projecten en sociale
moet, als mogelijke

t hulpverleningsaan-
gelijkheid over is om
soral getrechterd op
aanvankelijk vooral
ere sociaal-cultureel

zijn: 'politiek van de
die het diversiteits-
flexieve²⁶ professio-

autonomie-vertuog, omdat dit in sterke mate bepalend is voor de condities waaronder het denken over zorg zich afspeelt. Daarover nu eerst.

Een eerste kanttekening is dat het westers ideaal van autonomie het zicht op de wederzijdse afhankelijkheid van mensen verduistert. Daardoor is het besef teloor gegaan, hoe in de levensloop situaties van zelfredzame autonomie en kwetsbare afhankelijkheid elkaar afwisselen.

Een tweede kanttekening is dat autonomie een gelaagd begrip is. Fysieke en psychische autonomie gaan niet vanzelfsprekend samen met sociale autonomie of omgekeerd. Wel is het zo dat een geprivilegeerde sociale positie het mogelijk maakt fysieke en psychische zorgafhankelijkheden uit de openbaarheid te houden en zelfs grotendeels uit het eigen bewustzijn te bannen. Hiervan is de goed gesalarieerde gezonde man met huisvrouw op de achtergrond nog steeds het prototype, maar de goed betaalde carrière-vrouw met een 'fee' thuis doet in wezen niet voor hem onder.³¹

Een derde kanttekening is dat het tegemoet komen aan de hulpbehoefte van een ander diens autonomie niet in de weg hoeft te staan. Zorg en autonomie kunnen worden begrepen als twee onafhankelijke continua.³² In dit verband is ook het onderscheid tussen de liberale en de socratische opvatting van autonomie interessant: liberale autonomie als betrekking hebbend op wat *anderen* mogen of niet mogen met betrekking tot mijn leven en mijn zorgbehoeften; socratische autonomie als de concrete invulling van het *eigen* leven; de zelf-verantwoordelijkheid en zelf-zorg die men neemt, wanneer men wordt geconfronteerd met eigen zorgbehoeften, bijvoorbeeld door verlies aan levenskracht.³³

Een vierde kanttekening betreft de onnodig statische en individualistische conceptualisering van autonomie³⁴, waardoor – in spiegelbeeld – ook van zorgbehoeften de dynamiek en contextualiteit te weinig wordt onderkend.

Zorgrelaties worden traditioneel als een-dimensionaal en asymmetrisch opgevat: een actief subject verleent zorg aan een passief object.³⁵ Tronto en Fischer³⁶ hebben de meer-dimensionale blootgelegd door het onderscheid te introduceren tussen 'caring about', 'taking care', 'care-giving' en 'care-receiving'. Ze benadrukken het uitwisselingskarakter van de zorgrelatie met de term 'care-receiving'. Vervolgens vestigen ze de aandacht op de problemen die voortvloeien uit de verzelfstandiging van deze dimensies, met name voor vrouwen. Want niet alleen bestaat in onze maatschappij de groep die concrete zorg verleent (care-giving) voornamelijk uit vrouwen, maar ook de groep die voornamelijk zorg behoeft. Zo is tweederde van de tachtig-plussers van het vrouwelijk geslacht.

Ook het asymmetrische karakter van de zorgrelatie is complexer dan gedacht. Allereerst zijn de zorgontvangende en zorggevende actor niet altijd scherp gescheiden. Bovendien kunnen, zoals hierboven al is opgemerkt, die posities gedurende de levensloop wisselen, bijvoorbeeld van kind als zorgafhankelijk-van-ouder naar ouder als zorgafhankelijk-van-kind. En tenslotte wordt niet alleen de zorgverlenende, maar ook de zorgontvangende actor geconfronteerd met morele dilemma's.³⁷

De *zorgverschaffende* actoren staan voor het dilemma, hoe ze voldoende afstand van het zorgproces kunnen bewaren om het eerlijk te kunnen evalueren. Zo'n afstand is met name voor direct zorgverlenenden moeilijk te bereiken, omdat ze zelf vaak onder een zorgtekort te lijden hebben. De *zorgontvangende* actoren hebben te maken met een ander, sociaal geïnduceerd, dilemma: erkentelijkheid of rancune ten opzichte van de verzorgenden van wie ze afhankelijk

es waaronder het

op de wederzijdse
hoe in de levens-
ar afwisselen.

ke en psychische
teerd. Wel is het zo
sche zorgafhanke-
gen bewustzijn te
e achtergrond nog
uis doet in wezen

fte van een ander
worden begrepen
ssen de liberale en
etrekking hebbend
ijn zorgbehoeften;
-verantwoordelijk-
eigen zorgbehoef-

conceptualisering
dynamiek en con-

opgevat: een actief
meer-dimensiona-
out', 'taking care',
van de zorgrelatie
blemen die voort-
en. Want niet alleen
g) voornamelijk uit
rde van de tachtig-

ht. Allereerst zijn de
dien kunnen, zoals
n, bijvoorbeeld van
. En tenslotte wordt
onteerd met morele

stand van het zorg-
l is met name voor
zorgtekort te lijden
ociaal geïnduceerd,
wie ze afhankelijk

zijn, een rancune die gevoed wordt door het onafhankelijkheidsideaal van onze maatschappij en de daaruit voortvloeiende aversie tegen de kwetsbare elementen in onszelf.

Toekomstperspectief

Gelijkheid is niet goed genoeg. Maar waar brengen de 'nieuwe' concepten ons? Pluspunt is dat ze een andere en opener uitleg mogelijk maken van de kwaliteiten van feministische hulpverlening (seksespecificiteit, politisering en cliëntvriendelijkheid ofwel zorgzaamheid). Dat vergemakkelijkt het denken over en omgaan met diversiteit.

Tot slot een recapitulatie. 'Subject-in-wording' schept de ruimte voor het zien van verschillen naast overeenkomsten in de identiteit van vrouwen (en mannen). Het concept verdraagt zich met de gedachte dat niet alle vrouwen het sekse-aspect van hun identiteit vooropstellen, of dat het belang van het sekse-aspect gedurende de levensloop kan variëren.

De vijf dimensies van onderdrukking maken het gemakkelijker te begrijpen, hoe onderdrukking op basis van sekse verweven kan zijn met andere soorten onderdrukking. Minstens even belangrijk is dat het accent op gemeenschappelijkheden in sekse-onderdrukking niet ten koste hoeft te gaan van aandacht voor verschillen.

Het begrippenpaar onderdrukking en privilegering maakt het mogelijk de overeenkomsten en verschillen tussen onderdrukte en geprivilegeerde groepen te benoemen, zonder meteen een oordeel over schuld of onschuld te vellen. Zo kunnen zowel de verbondenheid tussen de autochtone en allochtone vrouwen (en mannen) als de verschillen tussen feministische cliënten en therapeuten nauwkeuriger worden uitgedrukt. Tevens verhoogt dit begrippenpaar het inzicht in wat het betekent zowel geprivilegeerd als onderdrukt te zijn: hoe zo'n gecombineerde status mensen in geestelijke problemen kan brengen, doordat buitensluiting of onderdrukking van 'het andere' de voortgang in hun zelfbegrip en subject-wording hindert. Dit gebeurt met biraciale mannen en vrouwen die de helft van hun wortels verloochenen of ouderen die hun jeugdige kanten taboe verklaren. Ook wordt zo begrijpelijk, hoe personen uit een geprivilegeerde groep zich door geïnternaliseerde dominantie laten afsnijden van 'het andere'.³⁸ Denk bijvoorbeeld aan mannen die het vrouwelijke in zichzelf onderdrukken, carrièrevrouwen die hun zorgzaamheid de kop indrukken, of feministische therapeuten die geen raad weten met de ouder wordende, kwetsbare en afhankelijke vrouw in zichzelf.

Met het diversiteitsprincipe is de oorspronkelijke 'zoekruimte' van feministische hulpverlening sterk vergroot. Ten eerste biedt het openingen voor de onderkenning van allerlei soorten verschillen en gemeenschappelijkheden in culturele beelden, gedragssoorten, gevoelens en cognities die belangrijk zouden kunnen zijn voor het begrijpen van geïnternaliseerde culturele, sociale en lichamelijke onderdrukking en privilegering. Zo wordt het mogelijk opnieuw te zoeken naar therapeutisch relevante combinaties, dat wil zeggen combinaties die uitzicht op herstel van de gezondheid bieden.

Ten tweede gaat het diversiteitsprincipe pathologisering of trivialisering van 'anders-zijn' tegen (zonder de verheerlijking ervan te propageren), doordat het een positieve benadering voorschrijft van zowel verschillen als gemeenschappelijkheden.

Ten derde betekent diversiteit en de daaraan verbonden taal van 'verschillen en gemeenschappelijkheden' dat er minimaal drie typen sekseverschillen zijn te analyseren: niet alleen de overeenkomsten en verschillen tussen vrouwen en mannen, maar ook tussen vrouwen onderling (en mannen onderling) en in vrouwen (en mannen) persoonlijk – voor wat betreft hun

voortdurende subject-wording binnen de context van onderdrukkings- en privilegeringsprocessen.

Ook voor andere maatschappelijke verhoudingen zijn er steeds deze drie soorten verschillen die een rol kunnen spelen in de politieke en morele beraadslagingen over hulpverlening. De ideeën over politiek van de behoefteninterpretatie, autonomie en zorgrelatie zijn evenzovele handvatten voor de morele en politieke beraadslagingen die gepaard gaan met het in de praktijk brengen van het diversiteitsprincipe. Zulke beraadslagingen over waar gelijkheidsnormen toepasselijk en zinvol zijn, zijn nodig op alle niveaus: van hulpverleningsrelatie tot en met cliëntenplatforms en beroepsverenigingen; van instellingen tot en met adviesraden en andere overheidsorganen.

Tot slot

In de ontwikkeling van die normatieve professionaliteit kunnen humanistische studies een waardevolle bijdrage leveren. Omgekeerd kan het humanistisch werk van feministische hulpverlening en vrouwenstudies leren dat gelijkheid niet het eindpunt, maar het begin is van beraadslagingen ter verwezenlijking van een anti-dominante, empowerende en zorgzame attitude.

Noten

1. GHIGV, *Vrouwenhulpverlening en AGGZ* (Rijswijk, Min. v. WVC 1982). Projectgroep Vrouwenhulpverlening, *Slangengodin & co. Eindadvies* (Den Haag, Min. v. SoZaWe 1986). Adviesgroep, *Zorgvernieuwing op het lijf geschreven. Eindadvies* (Rijswijk, Min. v. WVC 1991).
2. A. Tiems (red.), *Over de integratie van vrouwenhulpverlening* (Rijswijk, Min. v. WVC 1993). A. Tiems (red.), *De eerste jaren – werkprogramma VHV* (Den Haag, Min. v. VWS 1996).
3. C. Albertz, *Een andere kijk op vrouwen. Een onderzoek naar seksespecifiteit in de intake van vrouwelijke cliënten in Riagg Westelijk Utrecht* (Utrecht, Wetenschapswinkel FSW, 1996). L. Schilder, *Maatschappelijk werken met vrouwen* (Utrecht 1989). M.J. Steketee, *Vrouwenhulpverlening in de klinische psychiatrie: een veranderende opvatting* (Bennebroek, Psychiatrisch Centrum Vogelenzang 1995). A.M. Vaalburg, *Je kunt er pillen ingooien wat je wilt, maar de ziekte is te functioneel* (Utrecht, H.C. Rümkegroep 1995). D.Vos, *Vrouwenproblematiek in kaart gebracht* (Hengelo, De Beuk 1989). D.Vos, *VHV en de kwaliteitsdiscussie* (Utrecht, Metis 1993). D.Vos & J.A. Kolk, *Vrouwengroepen: van herkenning naar kracht* (Utrecht, Wetenschapswinkel FSW 1994). E.M.T. Plemper, R.A.L. Rijkschroeff, J. de Savornin Lohman & M.J. Steketee, *Vrouwenhulpverlening en cliënten (in) beweging* (Utrecht, Verwey-Jonker Instituut 1996).
4. In historische volgorde: J. van Mens-Verhulst, 'Vrouwenhulpverlening: van verzamelnaam naar therapievorm', in: *Tijdschrift voor Agologie*, jrg. 14 (1985), nr. 3, p. 182-194. J. van Mens-Verhulst, 'Schatgraven in VHV', in: J. Winnubst, P. Schnabel e.a. (red.), *De metamorfose van de klinische psychologie* (Assen 1991). N.J. Nicolai, *Vrouwenhulpverlening en psychiatrie* (Amsterdam 1992). J. van Mens-Verhulst & L. Schilder (red.), *Debatten in de vrouwenhulpverlening* (Amsterdam 1994). J. van Mens-Verhulst, *Vrouwenhulpverlening: diversiteit als bron van zorg* (Utrecht, Universiteit voor Humanistiek 1996). G. Jacobs, 'Vrouwenhulpverlening en humanistisch raadswerk: een ontmoeting', in: *Praktische humanistiek*, jrg. 6 (1996), nr. 1.
5. Tweede Kamer der Staten-Generaal, *Vrouwenhulpverlening*, brief van de minister en de staatssecretaris van WVC, 50701991, 22182 nr. 1 en 2 (Den Haag, SDU 1991). J. van Mens-Verhulst, *Vrouwenhulpverlening: diversiteit als bron van zorg*.
6. E. Borgesius, *Over leven met seksueel misbruik. De behandeling van seksueel getraumatiseerde vrouwen in de*

1. privilegeringspro-

soorten verschillen
r hulpverlening. De
atie zijn evenzovele
et het in de praktijk
kheidsnormen toe-
tot en met cliënten-
n andere overheids-

istische studies een
feministische hulp-
r het begin is van
en zorgzame attitu-

tgroep Vrouwenhulp-
groep, *Zorgvernieuwing*

VVC 1993). A. Tiems

intake van vrouwelijke
hilder, *Maatschappelijk
e psychiatrie: een veran-
durg, Je kunt er pillen
D.Vos, Vrouwenproble-
(Utrecht, Metis 1993).
oswinkel FSW 1994).
vrouwenhulpverlening en*

1. verzamelnaam naar
Aens-Verhulst, 'Schat-
sche psychologie (Assen
Mens-Verhulst & L.
Verhulst, *Vrouwenhulp-
G. Jacobs, 'Vrouwen-
k, jrg. 6 (1996), nr. 1.
r en de staatssecretaris
ulst, *Vrouwenhulpverle-**

iatiseerde vrouwen in de

psychiatrie (Delft 1992). GHIGV, *Vrouwenhulpverlening: van opvattingen naar kwaliteitsprofiel* (Rijswijk, Min. v. VVC 1993) p. 98-115. J. van Mens-Verhulst & D.Vos, 'De beloftes van een uitverkoren verwantschap',

in: W. Voogt (red.), *Vrouwen en kinderen eerst...! Liber Amicorum M.D. Lamping-Goos* (Rijswijk, GIGV, VWS, 1994). A. Meulenbelt & A. Wevers, *Vrouwen en alcohol* (Amsterdam 1994). M.J. Steketee, *Vrouwenhulpverlening in de klinische psychiatrie*. A.M. Vaalburg, *Je kunt er pillen in gooien wat je wilt*.

7. J. van Mens-Verhulst & L. Schilder (red.), *Debatten in de vrouwenhulpverlening*. J. van Mens-Verhulst, *Vrouwenhulpverlening: diversiteit als bron van zorg*.

8. A. Komter, *De macht van de dubbele moraal. Verschil en gelijkheid in de verhoudingen tussen de seksen* (Amsterdam 1990).

9. R. Hare-Mustin & J. Marecek, *Making a Difference. Psychology and the Construction of Gender* (New Haven/Londen 1990).

10. G. Nijhof, 'Liniële situering van chronisch zieken en gehandicapten: een sociologische hypothese', in: *Gezondheid. Theorie in praktijk*, jrg. 3 (1995), p. 193-207.

11. I.M. Young, *Justice and the politics of difference* (Princeton N.J. 1990).

12. N. Oudshoorn, *The Making of the Hormonal Body. A Contextual History of the Study of Sex Hormones, 1923-1949* (Amsterdam, UvA 1991). M. van den Wijngaard, *Reinventing the Sexes. Feminism and Bio-medical Construction of Femininity and Masculinity 1959-1985* (Amsterdam, UvA 1991).

13. J.W. Scott, 'Deconstructing equality-versus-difference: or, the uses of poststructuralist theory for feminism', in: M. Hirsch & E. Fox Keller, (red.), *Conflicts in Feminism* (Londen 1990) p. 134-148, i.h.b. p. 142.

14. In Tronto's eigen woorden: 'In trying to make a persuasive case, the powerless have only two options available to them to try to change the distribution of power. The two options are: to claim that they should be admitted to the center of power because they are the same as those already there, or because they are different from those already there, but have something valuable to offer to those already there.' In: J.C. Tronto, *Moral boundaries. A political argument for an ethic of care* (New York 1993) p. 15.

15. K. Parlevliet & S. Sevenhuijsen, (1994), *Zorg bekeken door een andere bril. Vrouwen en het debat over 'keuzen in de zorg'* (Utrecht 1994).

16. J.W. Scott, 'Deconstructing equality-versus-difference'. A. Komter, *De macht van de dubbele moraal*.

17. J.W. Scott, 'Deconstructing equality-versus-difference ...', p. 142.

18. R. Braidotti, 'The politics of ontological difference', in: T. Brennan (red.), *Between Feminism and Psychoanalysis* (Londen 1989) p. 89-105. J. Flax, *Thinking fragments. Psychoanalysis, Feminism, and Post-modernism in the Contemporary West* (Berkeley 1991). J. van Mens-Verhulst, 'De autonomie voorbij: over conceptuele, praktische en morele verschuivingen in de vrouwenhulpverlening', in: *Sociale Interventie*, jrg. 1 (1992), nr. 4, p. 188-196. J. van Mens-Verhulst, K. Schreurs & L. Woertman, *Daughtering and mothering: female subjectivity reanalysed* (Londen/New York 1993). N.J. Nicolai, *Vrouwenhulpverlening en psychiatrie*.

19. S. Sevenhuijsen, *Oordelen met zorg* (Amsterdam 1996).

20. N.J. Nicolai, 'Van sekse naar gender', in: J. van Mens-Verhulst & L. Schilder (red.), *Debatten in de vrouwenhulpverlening*, p. 129-144. J. van Mens-Verhulst, *Vrouwenhulpverlening: diversiteit als bron van zorg*.

21. M. Aerts & S. Saharso, 'Sekse als etniciteit. Een beschouwing over collectieve identiteit en sociale ongelijkheid', in: *Tijdschrift voor Vrouwenstudies*, jrg. 57 (1994), p. 11-26. R. Voet, 'Groepsidentiteiten en identiteitspolitiek', in: *Tijdschrift voor Vrouwenstudies*, jrg. 57 (1994), p. 139-148.

22. I.M. Young, *Justice and the politics of difference*. J. van Mens-Verhulst, *Vrouwenhulpverlening: diversiteit als bron van zorg*.

23. I.M. Young, *Justice and the politics of difference*.

24. D.J. van Houten, 'Systeem en zorg: over de professionaliteit van interventies', in: *Methodieontwikkeling: concepten en trajecten* (Utrecht, SWP 1993) p. 17-31.
25. Normatieve professionaliteit wordt door Kunneman omschreven als een reflexieve verhouding tot de inhoudelijke vragen en dilemma's die in de praktijk van het werk naar voren komen. Dit geschiedt via het leggen van bewuste, argumentatief te verantwoorden verbanden tussen (1) de kwaliteit van het eigen bestaan, (2) de inhoud van het werk dat men doet en (3) de bredere culturele en maatschappelijke context waarbinnen dat plaats vindt, en dat alles met het oog op de kwaliteit van het eigen professionele handelen, zoals ervaren door cliënten. Zie: H. Kunneman, 'Normatieve professionaliteit: een appel', in: *Sociale Interventie*, jrg. 5 (1996), nr. 3, p. 108. Normatieve professionaliteit is geen product, maar een proces. Zie: D.J. van Houten, 'Hoe verkoopt bescheidenheid?', in: *Sociale interventie*, jrg. 5 (1996), nr. 3, p. 147-154.
26. Bij reflexiviteit gaat het om het besteden van aandacht aan de interventiepraktijk in zijn geheel, inclusief het functioneren van de hulpverlener en het voortgaande proces van ervaringsleren. Zie: D.J. van Houten, 'Hoe verkoopt bescheidenheid?', p. 151.
27. N. Fraser, *Unruly practices. Power, Discourse, and Gender in Contemporary Social Theory* (Minneapolis 1989).
28. J.C. Tronto, *Moral boundaries*. S. Sevenhuijsen, *Oordelen met zorg*.
29. J. Oldersma, *De vrouw die vanzelf spreekt. Gender en representatie in het Nederlandse adviesradenstelsel* (Leiden 1996).
30. H. Manschot & M. Verkerk, (red.), *Ethiek van de zorg. Een discussie* (Amsterdam 1994).
31. J.C. Tronto, *Moral boundaries*.
32. N.J. Nicolai, 'Autonomie en zorg', in: J. van Mens-Verhulst & L. Schilder (red.), *Debatten in de vrouwenhulpverlening*.
33. H. Manschot, 'Kwetsbare autonomie: over afhankelijkheid en onafhankelijkheid in de ethiek van de zorg', in: H. Manschot & M. Verkerk, *Ethiek van de zorg*.
34. J. van Mens-Verhulst, 'De autonomie voorbij: over conceptuele, praktische en morele verschuivingen in de vrouwenhulpverlening'.
35. J. van Mens-Verhulst, *Modelontwikkeling voor vrouw-en-hulpverlening. Op weg naar het land Symmetria* (Utrecht 1988).
36. B. Fischer & J.C. Tronto, 'Toward a feminist theory of caring', in: A.K. Abel & M.K. Nelson, *Circles of care. Work and identity in women's lives* (Albany 1990) p. 15-62. J.C. Tronto, *Moral boundaries*.
37. J.C. Tronto, *Moral boundaries*.
38. L.S. Brown, *Subversive dialogues. Theory in feminist therapy* (New York 1994).
