

Vrouwenhulpverlening, cliëntgerichtheid en het diversiteitsprincipe



Dr Janneke van Mens-Verhulst

Capaciteitsgroep gezondheidspsychologie
Universiteit Utrecht
postbus 80140
3508 TC Utrecht
Gasthoogleraar Vrouwenhulpverlening aan
de Universiteit voor humanistiek (1995-1997)

Samenvatting

Voor een gezondheidszorg die cliëntgericht wil zijn, vormt vrouwenhulpverlening een interessante informatiebron. Vrouwenhulpverlening heeft namelijk ervaring met sociaal-culturele verschillen in de hulpverlening, omdat ze is voortgekomen uit een strijd om aandacht voor sekseongelijkheid. Gebleken is dat een streven naar gelijkheid haar eigen problemen oproept. Om niet in verschrikkelijke vereenvoudigingen te blijven steken is een sprong nodig van het gelijkheidsprincipe naar het diversiteitsprincipe. Hiermee ontvouwt zich een universum met nieuwe vraagstukken: theoretisch, methodisch, organisatorisch en ethisch. De auteur presenteert de aanzet voor een nieuw referentiekader, signaleert de noodzaak van een omslag in het wetenschappelijk denken en formuleert een aantal ethische vragen.

Trefwoorden: vrouwenhulpverlening, cliëntgerichtheid, diversiteit, referentiekader

Inleiding

De geestelijke gezondheidszorg wordt in toenemende mate geconfronteerd met de noodzaak na te denken over verschillen tussen cliënten. Lange tijd heeft men in de hulpverlening kunnen en willen vertrouwen op de uniformiteit van mensen. Voor zover die uniformiteit er niet was, werd deze als het ware afgedwongen met *interventietrechters* waarmee problemen op maat worden gesneden voor de beschikbare probleemdefinities en oplossingsstrategieën. Dit hield wel in dat de specifieke omstandigheden en de subjectiviteit van de cliënt werden genegeerd (van Houten, 1993). Door de toenemende culturele en sociale pluriformiteit van onze samenleving is het inmiddels onmiskenbaar dat er

zowel individuele als groepsgebonden verschillen bestaan in de beleving en presentatie van problemen en in de behoefte aan hulp. Deze verschillen kunnen bovendien minder vanzelfsprekend worden geüniformeerd sinds cliëntgerichtheid en toegankelijkheid van de zorg algemeen beleden kwaliteitseisen zijn geworden. Het belang van aandacht voor zowel persoonlijke als maatschappelijke verschillen blijkt ook uit het gebruikersperspectief dat inmiddels door de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie is ontwikkeld. Een van de vier aandachtsgebieden die daarin worden uitgewerkt, is "individuele diversiteit", en de eerste zin van de toelichting luidt: "Iedereen is wie hij is, standaardmensen bestaan niet.". Een ander aandachtsgebied wordt omschreven als "de gebruiker als burger", en vervolgt met: "Gebruikers zijn normale mensen die niets mankeren, behalve wat ze mankeren. Ook als hij ziek of gehandicapt is, hoort de mens centraal te staan als een competent, serieus te nemen individu. Het is onwenselijk om hulpvragers te reduceren tot patiënten" (Goudriaan en Vaalburg, 1997, 83).

De interventietrechter van de vroege vrouwenhulpverlening

Hoe verschillen tussen cliënten een plek moeten krijgen in de gezondheidszorg is een vraagstuk dat de vrouwenhulpverlening al vanaf haar ontstaan bezighoudt. Aanvankelijk kon ze volstaan met een referentiekader en methodisch repertoire dat zich onderscheidde door haar seksespecifiek, emancipatoir en cliëntgericht karakter (Van Mens-Verhulst, 1985; Van Mens-Verhulst en Schilder, 1994). In de vroege vrouwenhulpverlening gold de onderdrukking van vrouwen als het voornaamste probleem. Werken aan de opheffing ervan was de missie. Gelijkheid was het streven.

Vrouwenhulpverlening wilde een vrijplaats bieden waar de taal en de subcultuur van de onderdrukten zich ongehinderd kon ontwikkelen. Voorkomen moest worden dat zich tussen therapeut en cliënt ongemerkt de onderdrukkende

processen zouden herhalen die de cliënt al eerder in haar leven had ervaren. Daarom moest naar sociale gelijkheid tussen therapeut en cliënt worden gestreefd; de hulpverleningsrelatie moest tenminste seksehomogeen zijn: vrouw helpt vrouw.

In de loop der tijd werd de vrouwenhulpverlening met haar eigen interventietrechter geconfronteerd. Allereerst kreeg ze te maken met een paradox: de articulatie van verschillen tussen mannen en vrouwen was gepaard gegaan met bagatellisering en negatie van de verschillen tussen vrouwen onderling. De vroege vrouwenhulpverlening bleek vooral te zijn toegesneden op de problemen van witte vrouwen uit de middenklasse van een patriarchale individualistische cultuur, meestal behoorlijk opgeleid, worstelend met moederschap of een baan (of allebei), en in een leeftijdsgroep die geleidelijk verschoof van midden dertig naar rond de vijftig. Voor andere vrouwen bood de problematisering van de sekseongelijkheid en het streven naar gelijkheid aanzienlijk minder herkenning. Geconcludeerd moest worden dat de homogenisering qua sekseverschillen de cliëntgerichtheid en toegankelijkheid van de hulpverlening niet alleen kon vergroten maar ook aantasten.

Daarnaast worstelde de vrouwenhulpverlening met het uitgangspunt dat *alle* gezondheidsproblemen van vrouwen terug te voeren zouden zijn op hun seksepositie en -socialisatie. Deze 'verschrikkelijke vereenvoudiging' dreigde het zicht op de complexiteit en dynamiek van sekse- en machtsverhoudingen te verduisteren. In vele gevallen hingen de problemen weliswaar samen met socialisatie en sociale positie, maar was de onderdrukking op basis van het vrouwzijn niet de enige en ook niet de ernstigste vorm. Onderdrukking vanwege etnische afkomst, seksuele voorkeur of leeftijd legden soms meer gewicht in de schaal. Bovendien kon de rol van de genetische en lichamelijke componenten niet altijd worden gereduceerd tot, hoogstens gerelateerd aan, sociale en culturele factoren. De sekse-specifieke en emancipatoire gerichtheid van de vrouwenhulpverlening bleek niet langer automatisch parallel te lopen met haar cliëntgerichtheid.

Op den duur boden praktische aanpassingen in de vorm van een optelsom van onderdrukkende posities en een voortschrijdende differentiatie in doelgroepen geen soelaas meer. Nodig was een 'sprong' naar een universum waarin gelijkheid en verschil niet meer als tegenstellingen worden beschouwd maar naast elkaar kunnen worden gedacht. Dit betekende een afscheid van het gelijkheidsprincipe ten gunste van het diversiteitsprincipe. Het diversiteitsprincipe impliceert waardering voor zowel overeenkomsten als verschillen tussen mensen. Vanuit dit principe kunnen de verlangens, het bestaan en de eigenheid van de ander worden erkend, gewaardeerd en als inspiratiebron voor verder han-

delen worden benut. Het garandeert respect voor wat anders is. (Van Mens-Verhulst, 1997). Binnen dit nieuwe universum zijn de oude kaders, methoden, normen en organisatievormen niet zonder meer toepasbaar. De kernbegrippen van de vroege vrouwenhulpverlening – seksesocialisatie en sociale positie – zijn bijvoorbeeld ontoereikend als naast de sociopolitieke overeenkomsten en verschillen in levensbiografieën ook de individuele differentiaties moeten worden verwoord.

Nuancerende en dynamische concepten zijn nodig, zoals sekse als proces, identiteit als permanente constructie en sociale positioneringen.

Sekse als proces

Het begrip sekse is ontrafeld in lagen en gebeurtenissen. Eerst is er een onderscheid gemaakt tussen sekse en gender, waarbij sekse stond voor het biologische gegeven en gender voor de culturele constructies die daaromheen gemaakt zijn. Vervolgens is gender in lagen uiteengelegd. Een sociaal-culturele laag die de opvattingen over mannelijkheid en vrouwelijkheid omvat, alsmede de symbolen en normen waarin die wordt uitgedrukt. Dan een sociaal-structurele laag die de arbeidsdeling tussen mannen en vrouwen betreft (onder andere openbaar – privé; betaald – onbetaald, buitenshuis – binnenshuis, bestuurlijk – uitvoerend). En als derde een individuele laag van gendergedrag, inclusief cognities, gevoelens en persoonlijke opvattingen (die in de volgende paragraaf uitgebreider aan de orde komen). Tenslotte is de aandacht gevestigd op de dynamiek tussen en binnen de genoemde lagen. Tussen: want gendergedrag komt tot stand onder invloed van de culturele omgeving en sociale arrangementen waarin we opgroeien en houdt die arrangementen en die cultuur ook in stand. Binnen: want iedere laag kent ook een eigen dynamiek die als het ware kan inbreken op de onderlinge wisselwerking. Dat kunnen technologische ontwikkelingen zijn zoals betere anticonceptiemiddelen of cultureel-structurele ontwikkelingen zoals hoger onderwijs voor velen.

Met deze conceptualisering is de gedachte verlaten dat gender, maar ook sekse, in ieder tijdsgewricht of onder alle omstandigheden hetzelfde zou inhouden. Er doen zich in de loop der tijd bijvoorbeeld verschuivingen voor in de betekenisgeving aan de lichamelijke ervaringen, die zich op uiteenlopende manieren consolideren in de leefstijl en zelfopvattingen van vrouwen en mannen en zich soms ook vertalen in breder gedeelde bestaansvisies en cultureel-structurele veranderingen. Dit geldt evenzeer voor seksualiteit en lichaamsbeelden als voor het moederschap, om slechts drie voorbeelden te noemen.

Sekse annex gender is op deze manier te begrijpen als de

slechts beperkt voorspelbare uitkomst van allerlei processen, collectieve en individuele, waarin de overeenkomsten en verschillen tussen mannen en vrouwen worden geconstrueerd.

Aandacht voor seksesocialisatie betekent vanuit deze optiek dat men de cliënt niet meer op voorhand allerlei seksegebonden gedrags- en denkpatronen toeschrijft, maar samen met haar uitzoekt wat sekse/gender in haar leven betekent, welke leerprocessen (of boodschappen van media, kerk, staat en gezin) er mee gemoeid waren – en nog steeds zijn – en welke rol die spelen in de problemen waarin ze is geraakt.

Identiteit als permanente constructie

In het kernbegrip socialisatie blijft onderbelicht dat de cliënt zelf mede sturing geeft aan het proces. Dat aspect komt beter tot zijn recht in *identiteitsconstructie* zoals onderstaande geschiedenis verduidelijkt.

Het traditionele idee was dat de identiteit zich vanaf de vroege kinderjaren ontwikkelt en na de adolescentie ongeveer voltooid is. Vanaf dat moment zou er sprake zijn van een stabiele zelfdefinitie waarmee we dan de rest van ons leven toekunnen – ernstige crises daargelaten. De ontwikkeling werd aanvankelijk vooral als een autonome biologische en psychische groei gezien. Geleidelijk ontstond meer aandacht voor de wisselwerking met de sociale omgeving: niet alleen identificeert een mensenkind zich met belangrijke anderen uit die omgeving, maar het wordt ook geïdentificeerd door degenen met wie het omgaat: als vriendelijke krullenkop, lastige tante of knapste jongetje van de klas, als Indisch, zwart of joods. In die zin was er sprake van identiteitsconstructie. Bovendien groeide het besef dat dit proces niet na twintig jaar stopt, maar een leven lang kan duren. Altijd kunnen weer nieuwe ingrediënten worden toegevoegd – door een opleiding, een nieuwe relatie, een kind, coming-out, verandering van baan, maar ook na uittrading uit het arbeidsproces, verlies van de partner, verhuizing naar het verzorgingstehuis of psychiatrische opname. Bij iedere levenswending of bestaansknooppunt moet de identiteit als het ware opnieuw geformeerd worden. Tegenwoordig moet deze identiteitsconstructie bovendien temidden van een verscheidenheid aan zingevingsystemen gebeuren.

Tot voor kort had het dominante vertoog over de ontwikkeling dan wel constructie van identiteit betrekking op westerse witte mannen. Vanuit vrouwenstudies en vrouwenhulpverlening zijn hierop inmiddels seksespecifieke amendementen aangebracht. Ook worden de vertellingen van andere sociale groepen hoorbaar. Daaruit komen soms extra, soms anders gekleurde bestaansknooppunten naar voren.

Lesbische vrouwen hebben bijvoorbeeld voortdurend te maken met de keuze van coming-out. Zij moeten bij het vorm geven van hun leefstijl meer pionieren, terwijl belangrijke levenswendingen als het aangaan van een vaste relatie, samenwonen, maar ook scheiding en dood gemakkelijker onopgemerkt blijven (Gaal en Te Vaarwerk, 1993). Aan de andere kant blijkt dat van langdurig opgenomen vrouwen in de psychiatrie hun identiteitsontwikkeling en seksesocialisatie mede door de psychiatrische opname verstoord is geraakt. Boomsma en haar collega's schrijven hierover:

“Eenmaal opgenomen in een inrichting, lijkt er voornamelijk aandacht voor de ziekte te zijn geweest. De vrouw wordt behandeld met medicijnen en de eerste opdracht is om de symptomen waarvoor ze werd opgenomen, weg te nemen. Hierna heeft zich een proces voorgedaan waarbij het leren van seksespecifiek rolgedrag en daarmee een seksespecifieke identiteitsontwikkeling onvoldoende plaatsvond. Dit geeft aanleiding tot veel onwetendheid bij deze vrouwen'. (...) Bij Yvonne, een 53-jarige vrouw, bleek bijvoorbeeld dat zij haar hele leven gedurende de menstruatie watten in haar vagina stopte.” (Boomsma e.a., 1995, 517).

Identiteitsconstructie impliceert het omgaan met conflicten, waarvan de hevigheid en (on)oplosbaarheid varieert. Conflicten kunnen gesitueerd zijn in de persoon zelf of tussen persoon en omgeving, maar ze kunnen ook vanuit de omgeving worden aangereikt. De omvang van deze opgave wordt bijvoorbeeld duidelijk in de boeiende beschrijving die Root (1990) van de biraciale identiteitsontwikkeling geeft. Daaruit komt naar voren hoe iemand van gemengd ras eigenlijk geen van beide ouders als identificatiemodel kan gebruiken. Tegelijkertijd ontvangt deze persoon vanuit de verdere familie tegenstrijdige signalen over er wel en niet bijhoren en over het er wel en niet bij moeten willen horen. In dit proces wordt een identiteits-organiserende en bemiddelende instantie verondersteld: het zelf of subject. Dat is echter ook geen vaste eenheid maar een subject-in-wording, dat zijn weg zoekt te midden van de genetische, lichamelijke, seksuele, emotionele, intellectuele, gedragsmatige, morele, sociale en culturele componenten die in een gegeven context voorhanden zijn. Het subject-in-wording kan tot op zekere hoogte omgevingen afwijzen of uitzoeken, maar is interdependent met de contexten waarin het opereert. En de contexten zijn niet statisch. Ze zijn zelf levende systemen, dat wil zeggen dat ze én in beweging én selectief zijn. Hiermee is de gedachte verlaten, dat identiteitsontwikkeling een lineair af te wikkelen bestaansproject zou zijn. Het is niet altijd een verder bouwen op wat er aan vooraf is gegaan. Het is een voortdu-

rend in- en uitsluiten van elementen: mannelijke en vrouwelijke, homo- en heteroseksuele, zwarte en witte, gezonde en zieke. Zo wordt de eigen subjectiviteit beleefd en gearticuleerd, ook in het aanzicht van aftakeling en vergankelijkheid.

Het zou overigens te simpel zijn om aan te nemen dat datgene wat buitengesloten wordt of werd, niet meer belangrijk is. Aan de ene kant blijken mensen vaak geheime identificaties te koesteren (vrouwen met mannen; zwarten met witten, gekken met normalen, slachtoffers met daders – en omgekeerd). Aan de andere kant gebruiken mensen 'dat Andere' of 'die Ander' ook om de getrokken grenzen te bevestigen en onderdrukken ze daarmee belangrijke aspecten van zichzelf (Nicolai, 1994b).

Dikwijls gaat psychische buitensluiting gepaard met aversie tegen 'het Andere' of *de Ander*. Zo'n aversie, die onbewust aanwezig kan zijn, manifesteert zich bijvoorbeeld in gebaren, taal, stemgebruik, nerveus gedrag, het vermijden van oogcontact en lichamelijke afstand. Dreigen de getrokken grenzen en daarmee het gevoel van basisveiligheid van de persoon te worden aangestast door het 'Andere', dan treden soms regelrechte angstgevoelens op die kunnen leiden tot een extra, eventueel gewelddadige inspanning om het Andere of de Ander buiten te sluiten (Young, 1990). Zo sluit de optiek van de identiteitsconstructie aan op die van de eventuele privilegering en gewelddadige onderdrukking die in de volgende paragraaf aan de orde komt.

Voor een 'concrete ander' fungeren dergelijke confrontaties als lessen in overlevingsstrategieën: in verzwijgen en verhullen, aanpassen en indirect reageren, vermijden en sussen of het afsplitsen van de onderdrukte kant. Welke lering precies uit die lessen wordt getrokken, hangt sterk af van de cognitieve en emotionele bemiddeling die de naaste omgeving – moeder, vader, familie, gemeenschap – biedt. Als de cultuur van de eigen sociale groep krachtig genoeg is en men voorbeelden kent van mensen die weigeren om zich te vereenzelvigen met het stereotiep en de onderwaardering, kan zich een dubbel bewustzijn ontwikkelen: een waarin de definitie van de ander en de zelf-definitie naast elkaar bestaan (Young, 1990). Dat is soms herkenbaar bij mensen met 'dubbel bloed' en bij mensen met een chronische ziekte. Vanuit de optiek van de identiteitsconstructie bestaat dé vrouwelijke of mannelijke identiteit dus niet, evenmin als dé zwarte of lesbische identiteit. Identiteit is niet statisch maar interactioneel en hybride (Phoenix, 1998).

Sociale positioneringen

Voor het uitdrukken van de complexiteit en dynamiek van de sociopolitieke verhoudingen is het oude kernbegrip sociale positie in de zin van onderdrukte positie ontoerei-

kend. Onderdrukking werd namelijk eenzijdig, absoluut en statisch ingevuld, waardoor het een-dimensionale beeld werd opgeroepen van vrouwen als slachtoffers van mannen. Voor weerbaarheid van vrouwen en het slachtofferchap van mannen of voor de verwevenheid daarvan was in die voorstelling van zaken geen plaats.

Onderdrukking hoeft echter niet altijd een daad van directe machtsuitoefening te zijn. Ook culturele, sociale en organisatorische verhoudingen kunnen onderdrukkend zijn. Onderdrukking kan dus, net zoals sekse/gender, in dimensies worden uiteen gelegd. Bovendien is onderdrukking vaak een kwestie van meer of minder, waarbij er zowel binnen als tussen de lagen een dynamiek mag worden verondersteld. Sociaal-culturele systemen produceren daarom niet alleen onderdrukte maar ook geprivilegieerde groepen (Young, 1990).

Uit het oogpunt van diversiteit kan er beter worden gesproken van sociale positioneringen om uit te drukken dat het om een samenspel van onderdrukkende en privilegeerende processen in verschillende dimensies gaat (Phoenix, 1998). Een bewering als "lesbische psychiatrische patiënten onderkennen drievoudige onderdrukking", (vanwege het én vrouw én lesbisch én psychiatrisch patiënt zijn), is dus onnodig grof. In plaats daarvan kan een profiel van de lesbische leefstijl en het psychiatrisch patiënt-zijn worden uitgewerkt. Daarin kunnen naast allerlei maatschappelijk pijnpunten als maatschappelijke afwijzing, homofobie, belemmeringen in ouderschap en erfrecht, negatie van seksuele behoeften en de heteronormering in hulpverleningsinstellingen ook eventuele pluspunten als een hogere opleiding, goede baan, eigen inkomen of tolerante omgeving een plaats krijgen.

In navolging van Young (1990) werk ik hier vijf dimensies uit: cultureel, sociaal, professioneel, organisatorisch en geweldsuitoefening.

Cultureel geprivilegieerd zijn degenen die kunnen deelnemen aan het bepalen van de tekens, betekenissen en communicatiemiddelen. Daarmee kunnen ze 'de waarheid', 'het goede' en 'het normale' creëren. Wetenschappers nemen op dit punt meestal een comfortabele positie in; rechters en hulpverleners eveneens. Deze geprivilegieerden kunnen zich verbeelden dat hun ervaringen universeel zijn zolang er geen externe gebeurtenis of bron is die hen dwingt hun andro-, hetero-, etno- of klassecentrisme onder ogen te zien. Cultureel onderdrukt zijn degenen die in de dominante cultuur alleen als 'de Ander' ('de lesbo', 'de migrant', 'de psychiatrische patiënte', 'de delinquent') verschijnen of juist helemaal niet zichtbaar worden (zoals vrouwen met een chronische ziekte). De eerste groep ondervindt onderdrukking, omdat het culturele systeem hun kenmerken

articuleert en verabsoluteert en zo een (minderwaardig) stereotiep van hen creëert. Daarmee is de basis gelegd voor hun uitsluiting met de rechtvaardiging dat ze door hun kenmerken niet aan de norm voldoen. Chronisch psychiatrische patiënten worden bijvoorbeeld uitgesloten van seksualiteit. Zij lijken eerder gezien te worden als geslachtsloos dan als mannen en vrouwen. Daarmee ontstaat een probleem. De ontkenning van hun seksuele behoeften maakt dat de door patiënten gewenste intimiteit zich moet afspeelen in het bos of de fietsenstalling van de instelling en dat het belangrijke verschil tussen intimiteit en seksualiteit en tussen gewenste en ongewenste seksualiteit onbesproken blijft.

De tweede groep ondervindt onderdrukking omdat het culturele systeem hun kenmerkende verschillen juist negeert of bagatelliseert waardoor hun deelname aan het systeem onmogelijk of buitengewoon moeilijk wordt. In het uiterste geval wordt hun eigenheid helemaal niet gezien en worden hun ervaringen en verhalen niet eens gehoord. Hun handelingscompetenties worden niet herkend en de geldigheid van hun oordelen wordt in twijfel getrokken. Hun behoeften en cultuur blijven onzichtbaar.

Als *sociaal geprivilegieerd* gelden degenen die mogen deelnemen aan het arbeidsproces en de openbare meningsvorming en zo ook genieten van de daaraan verbonden ontplooiingsmogelijkheden, maatschappelijke waardering en financiële onafhankelijkheid. Sociaal gemarginaliseerd zijn degenen die om uiteenlopende redenen van deze privileges worden uitgesloten. Vroeger was vrouwzijn een legitieme grond voor uitsluiting, maar dat is nu formeel niet meer het geval (procedureel en materieel nog wel). Leeftijd, wisselvallige (geestelijke) gezondheid, opleiding, beperkte beschikbaarheid en bijvoorbeeld asielzoekersstatus zijn echter vrij algemeen geaccepteerde criteria voor uitsluiting. Hoe strikt die criteria worden toegepast, varieert overigens met de ruimte of krapte op de arbeidsmarkt (het zogenoemde klapstoelbeleid).

De hulpverlening neemt op allerlei manieren deel aan deze in- en uitsluiting. Het duidelijkste is dat natuurlijk in geval van keuringen die iemand wel of niet arbeidsgeschikt verklaren. Daarbij werkt de eis dat de ziekteverschijnselen objectiveerbaar moeten zijn ten nadele van mensen met psychische problemen. Uit onderzoek weten we echter dat er in de hulpverlening ook vooropgezette meningen bestaan over de plaats die arbeid in het leven van mannen en vrouwen inneemt: mannen krijgen eerder werkproblemen toegeschreven, vrouwen eerder relatieproblemen (de Boer, 1994). Rehabilitatieprogramma's zijn evenmin seksenneutraal (Steketee, 1995).

Professioneel geprivilegieerd zijn degenen die aan hun kennis en beroep voorrechten kunnen ontleen in de vorm van een balie, witte jas of toga, met een visitekaartje en jargon. Zij maken deel uit van het technisch, het medisch, het juridisch, het psychologisch of een anderszins deskundologisch regime. Bij hen komen culturele en structurele bevoorrechting samen. Zij krijgen een handelingsruimte toegekend die zich buiten hun oorspronkelijke werkveld uitstrekt en waarover ze relatief weinig verantwoording meer hoeven af te leggen. Onderdrukt zijn degenen die deze kennis ontberen: de leken. Hen valt ontmondiging en een weinig respectvolle bejegening ten deel.

Dit is een belangrijke dimensie van de hulpverleningsrelatie. Hierin hebben zich in de afgelopen twee decennia overigens opmerkelijke verschuivingen in de machtsdynamiek voorgedaan, ten gunste van de cliënt. Dit is onder andere te danken aan de recente wetgeving, de verzakelijking van de gezondheidszorg en de toenemende protoprofessionalisering van cliënten.

Organisatorisch geprivilegieerd heet men wanneer de activiteiten die men onderneemt een hoge status hebben, men bovendien zelf zeggenschap heeft over de inhoud en indeling ervan en als men kan profiteren van de inspanningen van anderen. Benadeeld zijn degenen die opdrachten en tijdindelingen krijgen opgelegd terwijl hun activiteiten bovendien nog laag gewaardeerd worden. Deze 'trivialisering' neemt met de huidige rationalisering en technologisering van werkzaamheden sterk toe.

In de zorgsector worden patiënten geconfronteerd met een zowel verticale als horizontale arbeidssegregatie. Dat wil zeggen dat in de hogere en technische functies vooral (witte) mannen zijn te vinden en in de lagere en verzorgende functies een meerderheid aan vrouwen en allochtonen. Hierdoor zijn patiënten op dit punt niet vrij in hun keuze van hulpverlener. Bovendien blijft het beeld in stand dat de professional wit en man is.

Ook lijdt de zorgsector aan 'Taylorisering' in de zin van een verregaande splitsing en robotisering van taken. Onderzoek heeft uitgewezen dat dit klimaat ondermijnend is voor de arbeidsmotivatie van zorgprofessionals.

Tenslotte is er de *gewelddimensie* die als het ware dwars door alle vorige dimensies heenloopt. Geprivilegieerd zijn degenen wier psychische, fysieke en seksuele ontwikkeling geweldvrij verloopt; onderdrukt degenen die bloot staan aan psychisch, fysiek en/of seksueel geweld.

Van de vrouwelijke patiënten in psychiatrische inrichtingen heeft meer dan 30% ervaring met seksueel misbruik. Er zijn zelfs schattingen van 50%. Toch rapporteren Boomsma, Warnerdam en Trilsbeek (1995) over de 10

langdurig opgenomen vrouwen (gemiddelde leeftijd vijftig jaar) die deelnemen aan de 'middag zonder mannen': "De informatie over de voorgeschiedenis voor opname bleek voor de meeste vrouwen beperkt te zijn. We vroegen ons af of er iets bekend was over eventueel seksueel misbruik in het verleden bij deze vrouwen. Nergens werd dit expliciet genoemd. Daarnaast bleek niet dat er in het verleden ooit naar geïnformeerd was" (cursivering JvM).

Een rijkere zoekruimte

"Mijn identiteit ontleen ik voornamelijk aan mijn gek zijn en aan mijn activiteiten in de gekkenbeweging. Zowel emotioneel als intellectueel bind ik mij aan en identificeer ik mij met de strijd tegen de psychiatrische onderdrukking. (...) Als radikale gek kan ik het me niet permitteren om de inrichting nodig te hebben. Het maakt mijn verzet ongeloofwaardig en ondermijnt de strijd tegen de inrichtingspsychiatrie. (...) Het lijkt alsof er twee personen bestaan met tegenstrijdige behoeften en uitingsvormen. Enerzijds is er de onafhankelijke, strijd-bare en rationele gek, die haar ervaringen en emoties op strategische momenten inzet. Anderzijds is er de afhankelijke, zwakke, emotionele gek die behoefte heeft aan steun van haar tegenstanders. Om de beurt treden de beide personen op de voorgrond. De 'ander' beperkt zich tot het leveren van kritisch commentaar. (...) In de inrichting zijn de zaken veel simpeler; daar weet ik precies waartegen ik vecht en waarom. De tegenstander zit even niet in mezelf" (Isarin, (psychiatrisch patiënte en activiste) 1984: 35-7).

Het denken in termen van levenslange processen van identiteitsconstructie met daarin biologisch, sociaal en cultureel bepaalde levenswendingen, temidden van bewegende en selecterende socio-politieke contexten, verschaft de vrouwenhulpverlening een rijkere zoekruimte dan voorheen; een ruimte die niet alleen geschikt is voor vrouwen, maar ook voor mannen en hun problemen.

Groepsspecifieke bestaansknoppunten, onderdrukkingsdimensies en overlevingsstrategieën dienen er als bakens om relevante sociaal-culturele verschillen en overeenkomsten mee uit te peilen. In sommige gevallen vervangen ze zelfs de gangbare diagnostische categorieën; in vele gevallen contextualiseren ze deze. Welke elementen op een bepaald moment op de voor- of achtergrond staan, hangt af van sector en echelon van de hulpverlening, de discipline van de hulpverlenende, de hulpverleningsgeschiedenis, de klachtenpresentatie van de cliënt en diens niveau van psychisch functioneren.

Centrale hypothese is dat de veerkracht van een persoon en/of relatie aangetast raakt wanneer een identiteit is 'vastgezet'; dus wanneer er geen onderhandelingen meer moge-

lijk zijn over in- en uitsluiting, verbondenheid en splitsing; intern niet – tussen het zelf en het Andere- en extern niet – tussen mij en anderen. Door een 'teveel aan geïnternaliseerde Ander', kunnen veel vrouwen bijvoorbeeld hun eigen meningen en behoeften niet of onvoldoende verbaliseren, de taal van hun eigen lichaam niet verstaan, hun eigen wensen niet kennen en niet tot eigen zingeving komen (Nicolai, 1994a). Daardoor is het voor hen ook onmogelijk hun eigen belangen en die van anderen af te wegen en lukt het hen niet een eigen bestaansproject te realiseren. Het probleem van de geïnternaliseerde dominantie daarentegen is een te weinig aan geïnternaliseerde Ander waardoor essentiële verbindingen niet tot stand komen of verbroken raken. In beide gevallen is er sprake van verminderde handelingscompetentie.

Herstel van onderdrukking vergt een andere aanpak dan herstel van dominantie. Wie aan en door onderdrukking lijdt, moet in de eerste plaats de kans krijgen om 'de geïnternaliseerde ander' buiten te sluiten (grenzen te stellen), maar moet ook leren hoe die kans te benutten. Lukt het tot een positief zelfgevoel te komen, dan opent dat nieuwe perspectieven voor haar (of zijn) identiteits- en relatieontwikkeling en competenties.

Wie onder privilegiëring lijdt, moet leren het buitengeslootene, 'het Andere', toe te laten. Dat schept dan ruimte voor meer begrip: zowel van zichzelf en als van 'dat of die Andere(n)'. In beide gevallen kunnen de differentiatie en integratie van de identiteit weer op gang komen waardoor interne en externe spanningen verminderen. Er ontstaat ruimte en reden voor trots. Dit kan het begin zijn van lichamelijk, psychisch en sociaal herstel én van de aanzet tot sociale en culturele pluriformiteit.

Tot besluit

Clieëntgerichtheid impliceert aandacht voor verschillen tussen cliënten. Traditioneel wordt die aandacht verbonden met de professionele plicht gelijkheid na te streven, niet alleen formeel maar ook procedureel en materieel, dus qua behandeling en resultaat.

De ervaringen binnen de vrouwenhulpverlening maken duidelijk dat het respect voor verschil binnen het ideaal van gelijkheid contraproductief kan werken: enerzijds door de fixatie op bepaalde verschillen, anderzijds door de negatie van verschillen binnen de verschillen. Denken in termen van diversiteit kan een uitweg bieden, omdat daarmee ten eerste de tegenstelling tussen gelijkheid en verschil wordt opgeheven en ten tweede elk der begrippen van hun positieve respectievelijk negatieve bijklank kan worden ontdaan (Van Mens-Verhulst, 1997). Het inslaan van deze weg leidt tot vele nieuwe ideeën maar ook vragen.

Helaas is bestudering van diversiteit niet populair in de gezondheidswetenschappen, met name niet in de medische en psychologische disciplines. Liever spoort men de overeenkomsten op tussen mensen en hun problemen en speelt men – op basis van lineaire causaliteitsopvattingen – naar wetmatigheden in het ontstaan of voortbestaan van klachten. In dat klimaat betekent het systematische zoeken naar verschillen (naast overeenkomsten) een cultuurbreuk en vormen veronderstellingen van circulaire en non-lineaire causaliteit een bedreiging voor de routines in theorievorming en onderzoek. Pogingen om de tijd als causale factor zichtbaar te maken – en daarmee recht te doen aan de dynamiek van het menselijke en het maatschappelijke – kunnen ternauwernood worden ondersteund door de gangbare programmatuur voor statische analyses.

Interdisciplinair onderzoek, nodig om de wisselwerking tussen maatschappelijke privilegering en onderdrukking en persoonlijke identiteitsconstructies te bestuderen, past bovendien slecht in disciplinair georganiseerde instituten. Om een bijdrage te leveren aan de verkenning van het universum rond diversiteit zullen de gezondheidswetenschappen het positivistische paradigma moeten contextualiseren en de vraag moeten beantwoorden: wanneer en waar is het bruikbaar; wanneer en waar niet? Ook zullen ze zich systematischer dan voorheen moeten bezinnen op de vraag welke sociaal-culturele interventietrechters ze produceren. Zoals ik elders uitvoeriger heb beschreven, vergt denken vanuit en over diversiteit ook een omslag in het normatieve denken (Van Mens-Verhulst, 1997). In het nieuwe universum moet een vorm worden gevonden voor de politiek van de behoefteninterpretatie en lijkt de ethiek van de rechtvaardige verdeling beter vervangen te kunnen worden door de ethiek van zorg(zaamheid). Zorgethiek veronderstelt namelijk niet dat iedereen gelijk is maar vraagt juist waar gelijkheidsnormen toepasselijk en zinvol zijn. In Nederland worden deze vraagstukken onder meer uitgewerkt door Sevenhuijsen, Manschot en Verkerk die zich op hun beurt hebben laten inspireren door Gilligan en Tronto. Er dringen zich echter ook vragen op over de consequenties en reikwijdte van het diversiteitsprincipe. Welke ideeën over het menselijk bestaan liggen er in verval? Welke deugden worden verondersteld? Hoe moeten relaties tussen mensen worden gedacht, op het niveau van de dagelijkse interactie en op politiek niveau? Wat kunnen de maatschappelijke consequenties zijn – bijvoorbeeld voor de sociale cohesie? Hoe nastrevenswaardig is een pluriforme samenleving? Welke stopregels zijn er in dit universum nodig om een leefbaar evenwicht voor persoon en samenleving te creëren? Is diversiteit de 'laatste' waarde? Zo ja, ligt daarin toch ook niet een verschrikkelijke vereenvoudiging besloten?

Literatuur

- Boer F de, De interpretaties van het verschil. De vertaling van klachten van mannen en vrouwen in de Riagg. Amsterdam: Het Spinhuis. Academisch Proefschrift UvA, 1994.
- Boomsma I, Warmerdam J, en Trilsbeek I, De kwetsbaarheid van langdurig opgenomen vrouwen. Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid 5: 511-520, 1995.
- Gaal E en Vaarwerk M te, Alsof het niet bestaat. Utrecht: NcGv, 1993.
- GHIGV, Vrouwenhulpverlening: van opvattingen naar kwaliteitsprofiel. Rijswijk: Ministerie van VWS, 1993.
- Goudriaan G en Vaalburg A, De vraag als maat. Vraaggerichtheid vanuit gebruikersperspectief. Utrecht: NP/CF, 1997.
- Houten DJ van, Systeem en zorg: over de professionaliteit van interventies. Methodiekontwikkeling: concepten en trajecten (pp. 17-31). Utrecht: SWP, 1993.
- Isarin J, Eigen waan. Amsterdam: SUA, 1984.
- Manschot H en Verkerk M (red), Ethiek van zorg. Een discussie. Amsterdam: Boom, 1994.
- Mens-Verhulst J van, Vrouwenhulpverlening: Diversiteit als bron van zorg. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek. Oratie, 1994.
- Mens-Verhulst J van, Gelijkheid is niet goed genoeg. In: Rekenschap: 156-170, 1997.
- Mens-Verhulst J van en Schilder (red), Debatten in de vrouwenhulpverlening. Amsterdam: Babylon/de Geus, 1994.
- Nicolai N, Vrouwenhulpverlening en Psychiatrie. Amsterdam: SUA, 1992.
- Nicolai N, Autonomie en zorg. In: Mens-Verhulst J van en Schilder L (red), Debatten in de vrouwenhulpverlening. Amsterdam: Babylon/de Geus. (pp. 74-91), 1994a.
- Nicolai N, Van sekse naar gender. In: J. van Mens-Verhulst en L. Schilder (red), Debatten in de vrouwenhulpverlening. Amsterdam: Babylon/de Geus. (pp. 129-144), 1994b.
- Phoenix A, (Re)onstructing Gendered and Ethnicised Identities. Are we all marginal now? Utrecht: Universiteit voor Humanistiek. Oratie, 1998.
- Root M, Resolving 'Other' Status: Identity Development of Biracial Individuals. Women and Therapy 9: 185-205, 1990.
- Sevenhuijsen S, Oordelen met zorg. Amsterdam: Boom, 1996.
- Steketee M, Vrouwenhulpverlening in de klinische psychiatrie: een veranderende opvatting. Proefschrift. Bennebroek: Psychiatrisch Centrum Vogelenzang, 1995.
- Tronto J, Moral boundaries. A political argument for an ethic of care. London/New York: Routledge, 1993.
- Young I, Justice and the Politics of Difference. Princeton N.J.: Princeton University Press, 1990.