

Diversiteit in theorie en praktijk

Diversiteit in theorie en praktijk: een bericht uit de feministische hulpverlening

Janneke van Mens-Verhulst

Ooit konden verscheidenheid en diversiteit als synoniemen worden gebruikt. Tegenwoordig heeft de tweede term echter een andere connotatie gekregen. 'Diversiteit' is nu nadrukkelijk gekoppeld aan maatschappelijke ongelijkheid, opgevat als een complex samenspel van overeenkomsten en verschillen, dat zich zowel op als tussen biologische, psychische, sociale en culturele dimensies afspeelt. Bovendien impliceert 'diversiteit' de politieke wil onrechtvaardige maatschappelijke ongelijkheden op te heffen. Dit vereist het erkennen van verschillen zonder deze te verabsoluteren of te hiërarchiseren.

Onbehagen over de discriminatie van vrouwen in de hulpverlening vormde het beginpunt van de feministische hulpverlening (FHV). Intentie was de hulpverlening beter af te stemmen op een groep die tot dan toe ten onrechte was begrepen en genormeerd volgens een mannelijk stramien: vrouwen. FHV creëerde een vrijplaats waar de taal en subcultuur van de onderdrukten zich ongehinderd kon ontwikkelen. Emancipatie was het streven en voor de werkrelatie gold het parool van gelijkwaardigheid. Verder probeerde men de ongelijkheid binnen de gezondheidszorg tegen te gaan met patiëntenvoorlichting, de aanmoediging van zelfhulp en de inzet van ervaringsdeskundigheid. Hieruit is een breed scala aan analyses en methodieken voortgekomen, die thans een unieke bron van inzichten vormen in het omgaan met bio-psycho-socio-culturele verschillen (Jacobs, 2001; Mens-Verhulst, 1991, 2001; Nicolai, 1992; Schilder, 1999).

Voor de reguliere hulpverlening bracht FHV een onaangenaam en min of meer onbegrijpelijk bericht. Ze claimde een verschil in een sector die er - net zoals de rest van de samenleving - een egalitaire ideologie en universalistische denkstijl op na hield. Egalitair, want in de Nederlandse hulpverlening hadden en hebben mensen bij ziekte en gebrek formeel recht op gelijk-

ke (in de zin van dezelfde) behandeling ongeacht hun biologische, psychische of maatschappelijke hoedanigheid. Verschil in toegankelijkheid van voorzieningen wordt formeel dan ook niet geaccepteerd. Ook probeert men voor iedereen eenzelfde kwaliteit van zorg te garanderen, tegenwoordig in de vorm van gestandaardiseerde procedures. Universalistisch, want de ziekte- en gezondheidskennis en -interventies beschouwt men als geldig en toepasbaar voor beide seksen.

Van sekseverschil naar diversiteit

FHV stelde dat in de praktijk van dit gelijkheidsdenken 'het mannelijke' meestal als de (impliciete) norm fungeert, waardoor men 'het andere' (vrouwelijke) veronachtzaamt.

Zij organiseerde zich op het sekseverschil, beriep zich op een speciaal vermogen tot inleving in 'de' vrouwelijke cliënt, haar leven en hulpbehoeften en kapitaliseerde zo op de overeenkomsten tussen vrouwen. Terwille van de maatschappelijke aanvaardbaarheid opereerde men onder de noemer vrouwenhulpverlening.

Geleidelijk werd echter een homogeniseringsparadox voelbaar: om namens alle vrouwen te kunnen spreken moest de vrouwenhulpverlening interne verschillen, bijvoorbeeld tussen hetero-, homo- en biseksueel georiënteerde vrouwen negeren en bagatelliseren - en kon ze zelf evenmin zorg op maat leveren. Bovendien groeide het besef dat ook mannen hadden te lijden onder hun genderrol en een hulpverlening die daar geen oog voor heeft (Mens-Verhulst, 1997a, 1997b).

Inmiddels omvat FHV naast vrouwenhulpverlening ook mannenhulpverlening, seksespecifieke hulpverlening en hulp aan zwarte, migranten- en vluchtelingenvrouwen.⁽¹⁾ Mannenhulpverlening ontwikkelt manspecifieke hulpverlening met seksehomogene werkrelaties en een aanpak die beter aansluit bij wat veel mannen als bejegening prefereren, zoals een interventie in cursusvorm, gevraagd worden naar wat ze denken in plaats van wat ze voelen en niet buitengesloten worden vanwege agressie (Elst, 1999; Loo, Geurts en Belen, 1999). Seksespecifieke hulpverlening

schept ruimte voor hulpverlening aan vrouwen en mannen door naast herkenning ook erkenning als werkzaam principe te accepteren en daarmee sekseheterogene werkrelaties te legitimeren (Loo en Van der Vlugt, 1994). Zwarte, migranten en vluchtelingen-vrouwenhulp transformeert de vrouwenhulpverlening tot een aanbod wat geschikt is voor vrouwen van allerlei kleur, taal en herkomst, met aandacht voor interne verschillen in generaties, migratiegeschiedenis, opleidingsniveau en religie. Empowerment in de zin van maatschappelijke zelfversterking is hier de belangrijkste kwaliteit (Boedjarath 1993, 1994; Fienieg, 1998). Constante in de FHV is het streven de hulpverlening toegankelijker en doeltreffender te maken voor marginale groepen en via de hulpverlening ook hun psychische en maatschappelijke weerbaarheid te vergroten. De missie van de FHV laat zich - nog steeds - typeren als het interveniëren in de bestaande machtsverhoudingen ten gunste van de minder machtige(n), maar er wordt inmiddels genuanceerder gedacht over welke groepen er macht respectievelijk vrijheid tekort komen.

Onder de noemer 'diversiteit' richt men zich op de groepen die op basis van hun herkenbare fysieke kenmerken maatschappelijke posities en identiteiten krijgen toegeschreven, met name de groepen die zich van de standaardmens (Van Houten, 1999) onderscheiden qua sekse, huidskleur, leeftijd, taal en seksuele voorkeur. De ontwikkeling in de richting van aandacht voor 'diversiteit' is gesteund door de theoretische verdieping van vrouwenstudies in dezelfde richting. Over de inzichten die hieruit voortkomen, gaat onderstaand bericht. Eerst wordt het begrip diversiteit en de relatie tot ziekte en gezondheid uiteengezet. Dan volgt het diversiteitsprincipe en de concretisering daarvan in de praktijk van de FHV.

Diversiteit complex en dynamisch opgevat

Het begrip diversiteit komt veel voor in de organisatieliteratuur en heeft daar connotaties met gelijke kansen, positieve actie en tegengaan van discriminatie, met name in geval van verschillen in ras/etniciteit en sekse/gender (Nkomo en Cox, 1997).

In vrouwenstudies en etnische studies gebruikt men het begrip diversiteit ook veelvuldig, maar dan op postmodernistische wijze verfijnd. Dat wil zeggen dat gender en etniciteitsverschillen - maar ook verschillen in seksuele oriëntatie, leeftijd, klasse en gezondheid - worden opgevat als gelaagd en dynamisch. Ze worden *uiteengelegd in lagen*; bij voorkeur een biologische, psychische, sociale en culturele (symbolische en talige) laag. Zo wordt zichtbaar dat 'vrouw en man', 'zwart en wit', ⁽²⁾ 'homo en hetero', 'oud en jong', 'ziek en gezond' categorieën zijn die corresponderen met lichamelijke kenmerken, maatschappelijke positietoewijzingen, collectieve betekenis-gevingen en individuele identiteitsconstructies die elkaar constitueren.

Bovendien worden de gebruikelijke tweedelingen niet dualistisch gezien (zwart of wit, oud of jong, homo of hetero, ziek of gezond), maar veeleer als polen van een continuüm waarop vele posities mogelijk zijn. Met behulp van die continua wordt het mogelijk allerlei 'kruispunten' te onderscheiden. Dankzij dit 'caleidoscopisch denken' (zie Wekker, dit nummer) worden zowel biologische als sociale verschillen genuanceerder voorgesteld en ook minder onveranderlijk ingeschat dan voorheen.

Tevens worden de bio-psycho-socio-culturele verschillen *dynamisch* gedacht: de relevantie van verschillen kan over de tijd variëren. Gender, etniciteit, homoseksualiteit of ziekte zijn bijvoorbeeld te begrijpen als iets wat men van dag tot dag 'doet', vorm geeft of 'leeft' in plaats van 'heeft'. Deze verschillen hebben een maatschappelijke én individuele historie.

Verschillen en overeenkomsten worden beschouwd als *constructies*, tot stand gebracht in sociaal-culturele, professionele en individuele processen van articulatie. Het subject wordt meervoudig gesitueerd. Identiteit verschijnt als een immer voortschrijdend proces van subject-wording waarbij zowel lichaam als taal belangrijke voertuigen zijn (Aerts en Saharso, 1994; Beusekamp, 1998; Mens-Verhulst, 1997b; Phoenix, 1998, 1999; Richters, 1997; Wekker, dit nummer). ⁽³⁾

Constructie van 'de Ander'

Culturele en sociale uitsluiting produceren verschillen en daarmee 'de Ander'. Die ander is degene die (meestal waarneembaar) afwijkt van de mensen die het voor het zeggen hebben - de geprivilegieerden - en die daarom uitgesloten wordt van allerlei machtsmiddelen en (voor)rechten - waaronder soms ook volwaardig burgerschap. Die ander kan zijn een vrouw, een zwart persoon of een bejaarde, maar is zelden een witte man - tenzij homoseksueel of met een lichamelijke handicap. 'De ander' ziet zich geconfronteerd met een negatieve beeldvorming, ten gevolge van de neiging van geprivilegieerden om degenen die niet op hen lijken (bijvoorbeeld in uiterlijk, opleiding, geloof, land van herkomst of seksuele oriëntatie) als lager en minderwaardig te beschouwen - qua lichaamskracht, intellectuele vermogens, zelfbeheersing enzovoorts. 'De ander' krijgt de bewijslast van het tegendeel naar zich toegeschoven. Die is echter moeilijk te leveren, want geprivilegieerden zien hun (dichotome) schema's van wat normaal en goed is en hun stereotiepen liever niet in de war gebracht. Uitzonderingen op hun verwachtingen negeren of pathologiseren ze liever dan dat ze het realiteitsgehalte van hun verwachtingen onderzoeken - en door hun relatief machtige positie kunnen ze zich zo opstellen. Zo blijft 'de ander' ook in het dominante vertoog onzichtbaar of marginaal en worden niet alleen sekse, maar ook klasse-, generationele, gezondheids- en etnische tegenstellingen in stand gehouden.

Ten gevolge van internalisatie-, identificatie- en socialisatieprocessen weerspiegelen maatschappelijke in- en uitsluitingsprocessen zich echter ook in intrapsychische processen. Dat wil zeggen dat ieder mens uit de hem of haar aangereikte maatschappelijke articulaties en de daaraan gekoppelde waarderingen een selectie maakt die z/hij als 'eigen' beschouwt en dat z/hij zich aan de hand van de beschikbare sociale categorieën positioneert, ('inschrijft'), gedraagt en waardeert. Wie zich bijvoorbeeld als man ingedeeld weet, heeft te maken met mannelijkheidscoderingen en moet 'vrouwelijke' gedragingen of gevoelens onderdrukken als hij sociaal respect wil oogsten en zijn zelfrespect niet in gevaar wil brengen. Ieder mens draagt

ke (in de zin van dezelfde) behandeling ongeacht hun biologische, psychische of maatschappelijke hoedanigheid. Verschil in toegankelijkheid van voorzieningen wordt formeel dan ook niet geaccepteerd. Ook probeert men voor iedereen eenzelfde kwaliteit van zorg te garanderen, tegenwoordig in de vorm van gestandaardiseerde procedures. Universalistisch, want de ziekte- en gezondheidskennis en -interventies beschouwt men als geldig en toepasbaar voor beide seksen.

Van sekseverschil naar diversiteit

FHV stelde dat in de praktijk van dit gelijkheidsdenken 'het mannelijke' meestal als de (impliciete) norm fungeert, waardoor men 'het andere' (vrouwelijke) veronachtzaamt.

Zij organiseerde zich op het sekseverschil, beriep zich op een speciaal vermogen tot inleving in 'de' vrouwelijke cliënt, haar leven en hulpbehoeften en kapitaliseerde zo op de overeenkomsten tussen vrouwen. Terwille van de maatschappelijke aanvaardbaarheid opereerde men onder de noemer vrouwenhulpverlening.

Geleidelijk werd echter een homogeniseringsparadox voelbaar: om namens alle vrouwen te kunnen spreken moest de vrouwenhulpverlening interne verschillen, bijvoorbeeld tussen hetero-, homo- en biseksueel georiënteerde vrouwen negeren en bagatelliseren - en kon ze zelf evenmin zorg op maat leveren. Bovendien groeide het besef dat ook mannen hadden te lijden onder hun genderrol en een hulpverlening die daar geen oog voor heeft (Mens-Verhulst, 1997a, 1997b).

Inmiddels omvat FHV naast vrouwenhulpverlening ook mannenhulpverlening, seksspecifieke hulpverlening en hulp aan zwarte, migranten- en vluchtelingenvrouwen.⁽¹⁾ Mannenhulpverlening ontwikkelt manspecifieke hulpverlening met seksehomogene werkrelaties en een aanpak die beter aansluit bij wat veel mannen als bejegening prefereren, zoals een interventie in cursusvorm, gevraagd worden naar wat ze denken in plaats van wat ze voelen en niet buitengesloten worden vanwege agressie (Elst, 1999; Loo, Geurts en Belen, 1999). Seksspecifieke hulpverlening

schept ruimte voor hulpverlening aan vrouwen en mannen door naast herkenning ook erkenning als werkzaam principe te accepteren en daarmee sekseheterogene werkrelaties te legitimeren (Loo en Van der Vlugt, 1994). Zwarte, migranten en vluchtelingen-vrouwenhulp transformeert de vrouwenhulpverlening tot een aanbod wat geschikt is voor vrouwen van allerlei kleur, taal en herkomst, met aandacht voor interne verschillen in generaties, migratiegeschiedenis, opleidingsniveau en religie. Empowerment in de zin van maatschappelijke zelfversterking is hier de belangrijkste kwaliteit (Boedjarath 1993, 1994; Fienieg, 1998). Constante in de FHV is het streven de hulpverlening toegankelijker en doeltreffender te maken voor marginale groepen en via de hulpverlening ook hun psychische en maatschappelijke weerbaarheid te vergroten. De missie van de FHV laat zich - nog steeds - typeren als het interveniëren in de bestaande machtsverhoudingen ten gunste van de minder machtige(n), maar er wordt inmiddels genuanceerder gedacht over welke groepen er macht respectievelijk vrijheid tekort komen.

Onder de noemer 'diversiteit' richt men zich op de groepen die op basis van hun herkenbare fysieke kenmerken maatschappelijke posities en identiteiten krijgen toegeschreven, met name de groepen die zich van de standaardmens (Van Houten, 1999) onderscheiden qua sekse, huidskleur, leeftijd, taal en seksuele voorkeur. De ontwikkeling in de richting van aandacht voor 'diversiteit' is gesteund door de theoretische verdieping van vrouwenstudies in dezelfde richting. Over de inzichten die hieruit voortkomen, gaat onderstaand bericht. Eerst wordt het begrip diversiteit en de relatie tot ziekte en gezondheid uiteengezet. Dan volgt het diversiteitsprincipe en de concretisering daarvan in de praktijk van de FHV.

Diversiteit complex en dynamisch opgevat

Het begrip diversiteit komt veel voor in de organisatieliteratuur en heeft daar connotaties met gelijke kansen, positieve actie en tegengaan van discriminatie, met name in geval van verschillen in ras/ethniciteit en sekse/gender (Nkomo en Cox, 1997).

daardoor in zichzelf ook een of meer 'anderen' mee, in de zin van buitengesloten of afgesplitste delen, en ontwikkelt strategieën om daarmee om te gaan. Ook ons lichaam is onderdeel van die dynamiek en vervult daarin een betekende *en* betekenende rol.

In- en uitsluiting voltrekt zich dus in alle lagen: wat er wel en niet bij iemands identiteit hoort, wie er wel en niet aan de gezondheidsnorm voldoen, aan de arbeidsmarkt mogen deelnemen, respect verdienen of recht hebben op bepaalde voorzieningen. Overheid en managers doen eraan mee met hun doelgroepenbeleid; hulpverlenenden met hun probleemdefinities; en cliënten, wanneer ze in hun verhalen over zichzelf en hun gezondheidsklachten bepaalde sociale en culturele identificaties opnemen en andere verwerpen. Dit gebeurt bewust, maar vaak ook onbewust. Onbewust gebeurt het met name in het gedachteloos deelnemen aan het dominante taalgebruik en daarmee het bevestigen van dominante culturele betekenisgevingen; bijvoorbeeld wanneer men woorden als *etniciteit* of *gender* gebruikt om 'de ander' aan te duiden en de eigen geprivilegieerde positionering als wit en/of mannelijk en/of gezond buiten beschouwing laat.

Diversiteit en ongezondheid

Voor hypothesen over het verband tussen uitsluiting en gezondheid wordt - impliciet - uit alle gangbare psychologische paradigma's geput.

'De ander' heeft volgens het stress-coping paradigma te maken met specifieke stressoren als sociopolitieke onrechtvaardigheden, negatieve beeldvorming, discriminatie en psychisch, fysiek en/of seksueel geweld, die bovendien vaak lang aanhouden. Het repertoire aan handelingsstrategieën is bovendien weinig gevarieerd en flexibel doordat het socialisatieproces van 'de ander' vaak eenzijdig is ten gevolge van de morele en praktische beperkingen die er (vanuit de geprivilegieerde wereld of onder invloed van dominante opvattingen) aan zijn opgelegd en waardoor men bijvoorbeeld vooral leert (ver)zwijgen, verhullen, aanpassen en indirect reageren, vermijden en sussen. Bovendien worden dergelijke 'overlevingsstrategieën' dikwijls niet door de hulpverlening onderkend, waar-

door het zwijgen zich ook in die situatie kan voortzetten en de kans op adequate hulp vermindert. Tegelijkertijd heeft z/hij relatief weinig hulpbronnen om uit te putten omdat de sociale positie van 'de ander' dikwijls gepaard gaat met armoede en baanloosheid, maatschappelijk isolement en een zwakke rechtspositie ('tweederangs burgerschap'). De gedachte is dat de onbalans tussen draaglast en draagkracht tot gezondheidsklachten leidt en dat een diversiteitsblind hulpverleningssysteem deel uit kan maken van de draaglast.

De grotere kwetsbaarheid van 'de ander' kan vanuit het cognitief-gedragsmatig paradigma worden gepreciseerd met noties van aangeleerde hopeloosheid en/of hulpeloosheid. Het psychodynamisch paradigma voegt hier de notie van de geïnternaliseerde onderdrukking aan toe: door de verinnerlijking en aanvaarding van de vooroordelen uit de dominante cultuur ontstaan zelfhaat, teruggetrokkenheid, minderwaardigheidsgevoelens, berusting, het gevoel van isolement, angst voor geweld, machteloosheid gemengd met dankbaarheid omdat men desalniettemin mag bestaan (Pheterson, 1982). Vanuit het biologisch paradigma kunnen lichamelijke (onder andere neurofysiologische en immunologische) kwetsbaarheden worden belicht, die samenhangen met permanente stress, angst en dergelijke.

De samenhang van deze factoren met gezondheidsklachten laat zich denken met behulp van de circulaire causaliteit van het systeemparadigma. Daarmee wordt duidelijk hoe iedere factor zowel oorzaak als gevolg kan zijn van een andere factor en dit op den duur, door een ononderbroken wisselwerking, kan leiden tot een cyclus van klachtenontwikkeling en marginalisering. Het gaat hier evenwel niet om een deterministische cyclus. Door deel te hebben aan situaties en momenten van privilegering zijn ook andere uitkomsten, zoals herstel en integratie, mogelijk. Veel werkende moeders ervaren bijvoorbeeld dat het deelnemen aan twee werelden weliswaar een dubbele belasting oplevert van soms moeilijk te verenigen eisen, maar ook een uitgebreider repertoire aan overlevingsstrategieën en hulpbronnen. Ook de positieve cognitieve en emotionele bemiddeling vanuit de naaste omgeving kan een heilzame invloed uitoefenen.

Vrouwen uit zwarte culturen en de sociaal-economische lagere klasse getuigen bijvoorbeeld dikwijls met grote waardering van de strijdbaarheid die ze van hun moeders hebben geleerd. Lichamelijke vitaliteit kan eveneens voorkomen dat zich een negatieve spiraal ontwikkelt.

Ziekmakende wisselwerkingen kunnen zich overigens ook voordoen in geval van een geprivilegieerde positie. Immers, de voorwaarden waaronder men erbij mag horen, kunnen op zich ziekmakend zijn, zoals in geval van stoer gedrag (roken, drinken, gevaarlijke sporten) of het permanent moeten overpresteren. Daarnaast is er de stress van het mogelijk geheel of gedeeltelijk prestige-verlies. Kwetsbaarheid vloeit in deze situatie voort uit een illusie van controle, gebrek aan emotionele copingstrategieën en geïnternaliseerde dominantie. Het laatste maakt dat men - als gevolg van verinnerlijking en aanvaarding van vooroordelen tegen 'anderen' - gevoelens van meerderwaardigheid, normaliteit en zelfingenomenheid koestert, de werkelijkheid ontkent en tegelijkertijd lijdt onder projectie, angst, schuldgevoelens en vervreemding. Een dergelijke 'onmacht' wordt bijvoorbeeld (ook) toegeschreven aan daders van geweld. Problemen - tenzij van duidelijk biologische oorsprong - worden dus begrepen als het vastlopen van (de wisselwerking tussen) een of meer 'vitale' processen in de biologische, psychische, sociale en culturele sfeer waardoor de voortgaande zelfconstructie in interactie met de buitenwereld stagneert.

Feministische hulpverlening biedt letterlijk en figuurlijk de ruimte voor het onderzoeken van de eigen en de opgelegde zelfdefinities en het leren omgaan met spanningen en tegenstrijdigheden verbonden aan de lichamelijke, psychische, maatschappelijke en talige in- en uitsluitingen. Voor het begrijpen van de mengeling van onmacht, verlangens, ambivalentie, woede, kracht en verzet is echter geen 'groot verhaal' (meer) beschikbaar. Het verhaal moet per persoon en collectief opnieuw worden ge(re)construeerd waarbij uiteenlopende en tegenstrijdige perspectieven kunnen worden ingezet (Benjamin, 1995; Goldner, 1997; Schilder, 1999).

Het diversiteitsprincipe

Met de gelaagde, continue, dynamische en constructivistische opvatting van diversiteit is het niet alleen mogelijk meerdere maatschappelijke verschillen tegelijk te denken, maar ook nuances en verschuivingen in verschillen en overeenkomsten te conceptualiseren. Dit is een belangrijk *theoretisch hulpmiddel* voor een hulpverleningsbeweging die zowel in haar normen als praktijken ruimte wil scheppen voor 'anderen' en zich tegelijkertijd ten doel stelt de maatschappelijke positie van die anderen te verbeteren, bij voorkeur via empowerment. In de eerste plaats kan hiermee de context waarin een bepaalde cliënt (engroep) leeft, worden ontrafeld als een samenspel van onderdrukkende en privilegeerende processen in uiteenlopende dimensies, zoals het ondervinden respectievelijk uitoefenen van fysiek, seksueel en/of psychisch geweld en discriminatie of negativiteit, naast culturele, sociale, economische en/of juridische marginalisering. In de tweede plaats is het mogelijk zo te preciseren hoe bepaalde overeenkomsten en verschillen zijn of worden gearticuleerd en geperformeerd, door welke sociale en culturele actoren, vanuit welke belangen en met welke middelen - niet alleen in de samenleving als geheel of in een gemeenschap, maar ook in het hulpverleningssysteem.

'Diversiteit' verwijst echter niet alleen naar een theoretisch hulpmiddel maar ook naar een *handelingsprincipe*. Uitgangspunt is dat verschillen even waardevol en interessant kunnen zijn als overeenkomsten. Het principe gaat dus verder dan 'erkenning van maatschappelijke verschillen'. Het impliceert aandacht voor maatschappelijke verschillen *en* overeenkomsten en die aandacht moet *positief* zijn. Daarmee is niet alleen de intentie tot overstijging van de oppositie gelijkheid - verschil verwoord, maar ook tot vermindering van het negatieve oordeel dat deze oppositie doorgaans aankleeft (Mens-Verhulst 1997b).

In de rest van dit artikel beschrijf ik, hoe dit uitgangspunt in de praktijk van de FHV vorm krijgt. Daarbij gaat het om diversiteit in brede zin, dus ook andere combinaties dan gender en etniciteit. Voor het organisatievraagstuk dat hiermee gepaard gaat, verwijs ik naar Deug (dit nummer).

Diversiteit als praktijk in de FHV

De praktijken van de FHV zijn (nog) niet onderzocht met objectiverende methoden. Daarom is dit bericht samengesteld op basis van zelfrapportages van Nederlandse FHV'ers in de ambulante hulpverlening, soms geregistreerd door derden.⁽⁴⁾ Ik heb geabstraheerd van de hulpverleningsverhalen over de hantering van specifieke maatschappelijk relevante verschillen en breng hier vooral de gemeenschappelijke kenmerken naar voren. Dit levert een ideaal-typisch, maar wel zo duidelijk mogelijk plaatje op (waar ik in een postscriptum dan nog enkele kanttekeningen bij plaats). Interessant is met name de wijze waarop individuele en collectieve processen van in- en uitsluiting aan elkaar worden verbonden en de manier waarop men hiërarchisering van maatschappelijke verschillen in de werkrelatie probeert tegen te gaan.

Het positief waarderen van verschillen

De aanbeveling verschillen positief te waarderen betekent niet dat het 'anders zijn' in de FHV wordt verheerlijkt, maar dat men oog heeft voor maatschappelijke verschillen en hun invloed op de problematiek, zorgbehoefte en zorgbeleving van cliënten en dat men bereid is hieruit de consequenties te trekken voor methoden, inrichting en doelen van de hulpverlening. Daarvoor is het niet voldoende naar cliënten te luisteren - hoe belangrijk dat op zich ook is. Er moet ook expliciet navraag worden gedaan naar zaken die in het alledaagse leven in meer of mindere mate als 'buiten de orde' worden beschouwd, zoals discriminatie, geweldservaringen of ongeoorloofde verlangens. Daarmee wordt voorkomen dat de hulpverlening op haar beurt deelneemt aan het grote (ver)zwijgen. In dit verband is het ook belangrijk dat de kracht van hulpvragenden wordt onderkend en benoemd: bijvoorbeeld in de manier waarop ze zich tegen ongewenste uit- of insluiting hebben verzet, de strategieën waarmee ze hebben overleefd (ook al zijn die inmiddels misschien disfunctioneel geworden) en de kracht die schuilgaat achter het stellen van een hulpvraag. Het ontdekken en aanspreken van deze kracht vormt het begin van een proces van empowerment.

Het 'weefsel' van overeenkomsten en verschillen

Voor het aandacht besteden aan zowel maatschappelijke overeenkomsten als verschillen, zoals de andere aanbeveling luidt, kent de FHV een vernuftig weefsel van setting, werkrelatie, werkvoorschriften en thema's. Veel aanbod wordt georganiseerd in groepen of instellingen die specifieke kruispunten van gender, etniciteit, seksuele oriëntatie of leeftijd articuleren en zo al bij voorbaat een homogenisering bewerkstelligen in de maatschappelijke posities van cliënten die zich aanmelden. Hiermee wordt een begin gemaakt met het doorbreken van een eventueel sociaal isolement, zijn mogelijkheden voor herkenning gecreëerd en is een ruimte geschapen voor gezamenlijke exploratie van de overeenkomsten in sociale positie, socialisatie en problematiek. Een soortgelijke homogenisering wordt tot stand gebracht in de koppeling van hulpvragende(n) aan hulpverlenende(n), waardoor de professional een specifieke sociaal-culturele positie deelt met de cliënt en deze ook ervaringsdeskundigheid heeft te bieden. Zo'n matching op basis van een gemeenschappelijk verschil kan tweërlei functie hebben: of het betreffende verschil (bijvoorbeeld man- of migrant-zijn) is het centrale probleem of het vormt de onmisbare context voor het begrijpen en aanvatten van andere problemen (zoals agressie of echtscheiding). Essentieel is overigens dat het uiteindelijk oordeel over de matching bij de individuele cliënt ligt. Deze moet zich op basis van *zelfidentificatie* bij een groep of hulpverlenende kunnen aansluiten - en niet op basis van een door administratieve medewerk(st)ers of professionals opgelegde classificatie. Alleen dan is al min of meer op voorhand verzekerd dat de hulpvragende een 'op maat' gesneden ruimte voor zelfverkenning en -constructie aantreft.

Voor de verschillen in sociaal-culturele positionering die na zo'n eerste homogenisering nog resteren, geldt het voorschrift dat er bewust mee moet worden omgegaan en wel op meerdere manieren. In geval van een groepssetting dient men er voor te zorgen dat er van een herkenbare subcategorie van 'anderen' tenminste twee leden aanwezig zijn; dat is het zogenoemde *Ark van Noach-principe* (Boedjarath, 1994). Daardoor kan het - althans in theorie - niet voorkomen dat er in een groep voor overleefsters van seksueel geweld slechts

een zwarte en/of lesbische vrouw zit of in een lesbische groep slechts een moeder. In de praktijk zijn natuurlijk niet alle verschillen op voorhand zichtbaar of bekend.

Een ander belangrijk voorschrift is dat resterende machtsverschillen, zowel in groeps- als dyadische setting, dienen te worden gethematiseerd en inhoudelijk besproken. De thematisering is de verantwoordelijkheid van de professionals. Zij dienen dat op zo'n manier te doen dat er niet alleen een verbinding kan worden gelegd van individuele problemen en kracht naar maatschappelijke verhoudingen, maar dat daarbij ook uiteenlopende perspectieven aan de orde kunnen komen. Een thema kan op overeenkomsten en/of verschillen inhaken en tijdens de bespreking meer van elk aan het licht brengen. Bedoeling is dat de participanten aan de hand daarvan hun positie beter gaan begrijpen en kunnen herbepalen - individueel en collectief. In een groep voor lesbische vrouwen worden bijvoorbeeld de volgende thema's geïntroduceerd: stigmatisering, verinnerlijkte onderdrukking, oude pijnlijke ervaringen, dubbellevens, liefdesrelaties, moederschap, rechten, seksualiteit, geweld, alcohol en andere verslavingen, vormgeven aan leefstijl en omgaan met verschillen. In een groep voor huisvrouwen met vage klachten: huisvrouwchap, levensverwachtingen en wensen, socialisatie, sociale klasse van gezin van herkomst, moeder-dochterrelatie en grenzen, macht en onmacht. In een mannengroep: arbeids-ethos, intimiteit/seksualiteit, agressie en geweld, partner- en vaderschap en mannelijkheidscoderingen. De groep en/of hulpverleningsrelatie kan tevens fungeren als een werkplaats voor het oefenen in het productief omgaan met verschillen. Ze wordt in dit verband wel geduid als een politieke microcosmos waarin cliënten en hulpverlenenden meer of minder geprivilegieerde (kruispunt)posities innemen en deze in de loop van het proces bewerken.

Bezinning van de eerste orde

De hier geschetste aanpak veronderstelt natuurlijk zelfreflectie van hulpverlenenden ten aanzien van de eigen 'kruispunten', privilegering en culturele programmering in vergelijking met die van de cliënt en de vraag wanneer welke zelfonthulling functioneel is.

Het aangeven van overeenkomsten kan, zoals gezegd, heilzaam zijn voor de 'andere' cliënt, door de mogelijkheden die dat biedt voor herkenning, vermindering van isolement en voorbeeldwerking. Valkuilen zijn echter overidentificatie en projectie waardoor verschillen ten onrechte zouden worden verwaarloosd. Bij het signaleren van verschillen, bijvoorbeeld in gender of seksuele oriëntatie, is het daarentegen weer zaak te waken voor een schadelijke vergroting van afstand en een verkillung van de relatie. Tenslotte moeten professionals bedacht zijn op het dilemma van loyaliteit aan de eigen groep enerzijds en mogelijke positieverbetering door het opgeven van die loyaliteit anderzijds.

Dynamiek en gesitueerdheid van articulaties

De verschuivingen van aanbod die zich in de loop der jaren hebben voorgedaan, illustreren de dynamiek en gesitueerdheid van de articulatieprocessen die eraan ten grondslag liggen. Zoals gezegd, speelt etniciteit een steeds grotere rol in het aanbod van de FHV. Voor 'allochtone' vrouwen is het op dit moment gebruikelijk verder te differentiëren naar historische en politieke achtergrond, land van herkomst en eventueel leeftijd of generatie, religie, seksuele oriëntatie en/of specifieke problematiek. Voor autochtone vrouwen wordt tegenwoordig in de eerste plaats gedifferentieerd naar problematiek en verder vooral naar leeftijd of seksuele oriëntatie.

Het groepsaanbod voor autochtone vrouwen lijkt echter steeds minder georiënteerd op maatschappelijke kruispunten en steeds meer op overeenkomsten in klachten. Bovendien lijkt het qua omvang geleidelijk te verminderen ten gunste van een individueel aanbod. Het vermoeden bestaat dat deze ontwikkelingen wijzen op een vermindering van het politiserend gehalte in de 'witte' FHV, maar zeker is dat niet. De reden kan ook gelegen zijn in vijftientwintig jaren vrouwenemancipatie waardoor de maatschappelijke verschillen tussen witte vrouwen zo sterk zijn toegenomen dat veel van de vroegere classificaties hun zin verloren hebben, terwijl zich (nog) geen nieuwe hebben uitgekristalliseerd. Voorts is het niet onaanmerkelijk dat er in de dyades juist verfijnder wordt ingespeeld op de dynamiek van in- en uitsluiting die cliënten op persoonlijk niveau ondervinden. Welke

maatschappelijke articulaties in het hulpverleningsaanbod zijn aangebracht, is veeleer een optelsom van een reeks individuele en lokale beslissingen dan de uitkomst van bewuste feministische politieke oordeelsvorming.

Bezinning van de tweede orde

Tijdens het hulpverleningsproces kunnen zich natuurlijk verschillen van inzicht tussen hulpverlenende en cliënt voordoen: over werkwijze en doelen, maar ook tijden en plek. Voor een op diversiteit georiënteerde professional is dit reden tot bezinning op de eigen grenzen en aanleiding om de dialoog aan te gaan (Jacobs, 2001; Mens-Verhulst, 1991, 1996, 1998, 2001; Nicolai, 1997a; 1997b).

Met de opkomst van de aparte hulpverlening voor zwarte, migranten- en vluchtelingen-vrouwen werd zo'n bezinning van de tweede orde noodzakelijk voor de FHV-beweging als geheel. Toen werd namelijk duidelijk, hoe sterk de FHV met haar oriëntatie op autonomie en gelijkheid, afkeer van spiritualiteit, strakke structurering van tijd en scheidslijnen tussen professionele en privé-contacten geworteld was in de patriarchale, individualistische, westerse cultuur en welke uitsluitende werking dat had. Dit heeft geleid tot een herwaardering van de FHV-uitgangspunten en een uitbreiding van de normatieve ruimte. Nu wordt er bijvoorbeeld gesproken van 'autonomie in verbondenheid', waarmee de oorspronkelijk geformuleerde tegenstelling tussen autonomie en verbondenheid is uiteengelegd in twee 'assen' waarmee een veel grotere variëteit aan streefpunten kan worden uitgedrukt.

De oorspronkelijke voorwaarde van gelijkwaardigheid is geherformuleerd als een streven, en wel één waarbij men ook de loyaliteit van cliënten aan hun eigen sociale netwerk en de daarin bestaande conventies wil respecteren.

- Verder houdt men tegenwoordig rekening met mogelijke culturele verschillen in aanvankelijk als universeel of hooguit genderspecifiek beschouwde processen, in casu lichaamsbeleving, interpretatie van symptomen, betekenisgeving aan klachten en het omgaan ermee, presentatie van hulpvragen en hulpzoekgedrag. Ook is men zich bewust van een mogelijk andere culturele inkadering van verschillen. Vanuit dit

nieuwe 'culturele' bewustzijn zijn FHV'ers ook sensitiever geworden voor 'andersdenkende' autochtone vrouwen, bijvoorbeeld degenen die zich verzetten tegen de devaluatie van hun zorglust en de verheerlijking van de carrière-en-kinderen combinatie. Ook staat men meer open voor mannen (en vrouwen) die hun afkeer laten blijken jegens het praten over gevoelens.

Het lijkt erop dat de oorspronkelijke visie van de FHV door het diversiteitsdenken is verruimd van het willen tegengaan van onrechtvaardige maatschappelijke machtsverhoudingen op basis van vrouwzijn (en de differentiaties daarbinnen) tot het optimaal realiseren van vrijheid in vormgeving aan het eigen bestaan, als het ware ongeacht gender, etniciteit, leeftijd, seksuele oriëntatie of gezondheidstoestand. Er is dus geen tevoren vastgesteld streefpunt meer.

Postscriptum

Dit bericht zou onvolledig zijn als ik geen melding zou maken van mijn twijfels. Die hebben in de eerste plaats te maken met het verschil tussen de gedachte en de gerealiseerde verrijking ten gevolge van diversiteit. Soms lijkt het er op dat ook in de FHV, net zoals elders, 'diversiteit' wordt gereduceerd tot 'etniciteit' (maar dan wel in combinatie met gender) en de sociaal-culturele verschillen op basis van seksuele oriëntatie, leeftijd of gezondheid uit het gezichtsveld verdwijnen.

In de tweede plaats bespeur ik binnen de FHV een verminderde sensitiviteit voor nieuwe of recent gesignaleerde vormen van maatschappelijke uitsluiting. Waarschijnlijk is dit het gevolg van integratie- en professionaliseringsprocessen. Herstel van de voormalige kruisbestuiving tussen gezondheidszorg, maatschappelijke dienstverlening en sociaal activeringswerk zou naar mijn mening de concretisering van de diversiteitsgedachte ten goede komen.

Tenslotte heb ik vraagtekens bij de impliciete sociopolitieke oordeelsvorming. Waarom verdwijnen oude articulaties zoals klasse: zijn ze overbodig geworden of nog verder gemarginaliseerd? Welke nieuwe verschillen moeten uit het oogpunt van (on)gezondheid worden gearticuleerd (denk aan chronische ziekte,

functiebeperkingen, kinderloosheid en transseksualiteit)? Nu de tijd voorbij is dat er vanuit één feministische missie en één feministisch belang kon worden geredeneerd, is oordeelsvorming op metaniveau nodig: zijn er kernkwaliteiten en grenzen voor articulatie aan te geven; welke gemeenschappen moeten wat inleveren en hoe ver mag dat gaan; in welke opzichten kan maatschappelijke insluiting schadelijk zijn (denk bijvoorbeeld aan het ideaal van de 'mannelijke' leefwijze) en uitsluiting heilzaam? Vooralsnog is het op dit punt stil in de FHV.

(Met dank aan Pauline Beusekamp voor haar deskundig commentaar.)

Janneke van Mens-Verhulst is bijzonder hoogleraar aan de Universiteit voor Humanistiek voor de theorie en praktijk van de gezondheidszorg, in het bijzonder de geestelijke gezondheidszorg.

Noten

- ⁽¹⁾ Met 'zwarte vrouwen' wordt bedoeld op 'die groep vrouwen die vanwege uiterlijke kenmerken (zoals de kleur van de huid) en vanwege culturele achtergrond gediscrimineerd wordt en die door hun positie als minoriteit buiten de maatschappelijke rangorde valt' (Babel en Hitipeuw, 1992). 'Zwart' is dus geen aanduiding voor huidskleur, maar heeft een politieke betekenis omdat het verwijst naar de koloniale verhoudingen van destijds en hun doorwerking in het heden.

Onder 'migrant' wordt verstaan iemand die van het ene naar het andere land is verhuisd. De meeste migrantes zijn afkomstig uit gebieden waarmee Nederland koloniale banden had (Indië, Suriname, de Antillen) of uit de zogenaamde wervingslanden in verband met arbeidsmigratie (Turkije, Marokko). Ook de tweede generatie wordt hiermee bedoeld (Post, 1994). De term 'migrant' geeft aan dat in positie en beleavingswereld nog steeds merkbare sporen aanwezig zijn van het gastarbeiderssysteem (Bruin, 2001).

Vluchtelingenvrouwen zijn degenen die vanwege oorlog, vervolging en geweld (politiek en/of seksueel) in hun land van herkomst naar Nederland zijn gekomen. Zij kunnen zowel zwarte vrouwen als (langere termijn) migrantes zijn (Post, 1994). Vaak hebben ze een hogere opleiding dan de economische migrantes. Hun positie in de Nederlandse samenleving en de wijze waarop zij het leven daarin ervaren, worden vooral bepaald door hun vluchtgeschiedenis en bijzondere regelgeving omtrent hun verblijf (Bruin, 2001).

- ⁽²⁾ Wit heeft hier, net zoals zwart, een politieke betekenis. Het verwijst naar de dominante 'blanke' cultuur. De term blank wordt evenwel niet gebruikt omdat die geassocieerd wordt met superioriteit en (koloniale) overheersing. 'Witheid' wordt gekenmerkt door een locatie waar structureel voordeel aan verbonden is; een standpunt van waaruit men naar de maatschappij kijkt; een dominante relatie tot vertoog en kennis die vooral voor niet-witten waarneembaar is; koloniale expansiedrift en een bevoorrechte relatie tot instituties als universiteit en media (Pattynama en Verboom, 1999).
- ⁽³⁾ Tezamen levert dit een enorme complexiteit op, door Kunneman (1998) aangeduid als 'interplexiteit' om de aandacht te vestigen op de omstandigheid dat onze eigen benoeming van de meervoudige constellaties die we proberen te analyseren daarmee ook weer interfereert.
- ⁽⁴⁾ Bronnen waren Babel en Hitipeuw, 1992; Boedjarath, 1994; Bruin en Balkema, 2001; Diversiteit als verrijking, 1997; Deug, 1997; Elst, 1999; Fienieg, 1998; Goudswaard, 1992; Grundemann en Miltenburg, 1997; ter Harmsel 1995; Jaffar, Boedjarath en Brinkhof, 1995; Langenkamp, 1994; Loo, Geurts en Beelen, 1999; Mathias, 1995; Mesch en Mens-Verhulst, 1993; Nicolai, 1992, 1994; Post, 1994; Vos en Kolk, 1994; Wienese en Arslan, 1995.

Literatuur

- Aerts, M. & Saharso, S. (1994), 'Sekse als etniciteit. Een beschouwing over collectieve identiteit en sociale ongelijkheid' in: *Tijdschrift voor vrouwenstudies* 57, pp. 11-26.
- Babel, M. & Hitipeuw (1992), *Langzaam gaan deuren open. Vrouwenhulpverlening in relatie tot zwarte vrouwen*, De Maan, Amsterdam
- Benjamin, J. (1995), *Like subjects, love objects. Essays on recognition and sexual difference*, Yale University Press, London/New Haven.
- Beusekamp, P. (1998), 'De verschillende heteroseksuele identiteiten', in *Actuele vragen en discussies over de seksuele identiteit van vrouwen*. Schorer Cahiers, Amsterdam, pp. 21-40.
- Boedjarath, I. (1993), 'Groepstherapie voor allochtone vrouwen', in NVGP 1993: 13-21.
- Boedjarath (1994), 'Vrouwengroepen: over oude principes en nieuwe doelgroepen', in Van Mens-Verhulst, J. & Schilder, L., red., *Debatten in de vrouwenhulpverlening*, Babylon/De Geus, Amsterdam, pp. 55-73.
- Brown, L.S. (1994), *Subversive dialogues. Theory in feminist therapy*, Basic Books, New York.
- Bruin, K.A.P. (2001), 'Zwarte, migranten- en vluchtelingenvrouwen met lesbische gevoelens', in: Bruin, K.A.P. & Balkema, M. red. (2001), *Liever vrouwen. Theorie en praktijk van de lesbisch-specifieke hulpverlening*, Schorerstichting, Amsterdam, pp. 137-166.
- Bruin, K.A.P. & Balkema, M. red. (2001), *Liever vrouwen. Theorie en praktijk van de lesbisch-specifieke hulpverlening*, Schorerstichting, Amsterdam.
- Deug, F. (1997), *Het is menens hier!. De omslag naar een multiculturele organisatie*, Jan van Arkel, Utrecht.
- Diversiteit als verrijking. Goede zorg en hulpverlening aan zwarte, migranten en vluchtelingenvrouwen (1997), *Verslag van de gelijknamige conferentie*, Targuia. (Transact), Utrecht.
- Elst, T. van der (1999), 'Met mij is niets aan de hand. Hoe mannen problemen hanteren', in: Duindam, V.e.a., *Ruimte voor mannen*, Van Gennep, Amsterdam, pp. 153-162
- Fienieg, B. (1998), *Denkwerk in uitvoering. Een zoektocht naar uitgangspunten voor zorg- en hulpverlening aan zwarte, migranten en vluchtelingenvrouwen*, Transact, Utrecht.
- Goldner, V. (1997), *De Genderdialoog. Passie, macht, subjectiviteit en therapie*, Van Gennep, Amsterdam.
- Goudswaard, H. red. (1992), *Lesbische Vrouwen en Hulpverlening*, De Maan, Amsterdam.
- Grundemann, A. & Miltenburg, R. (1997), *Op het raakvlak van culturen. Hulpverleensters over zorg en hulp aan zwarte, migranten en vluchtelingenvrouwen*, Targuia (nu: Transact), Utrecht.
- Harmsel, S. ter (1995), 'Nabeschouwing', in: Harmsel, S. ter, red., *Vrouwen over grenzen*, Jan van Arkel, Utrecht.
- Houten, D.J. van (1999), *De standaardmens voorbij. Over zorg, verzorgingsstaat en burgerschap*. Elsevier/De Tijdstroom, Maarssen.
- Jacobs, G. (2001), *De paradox van kracht en kwetsbaarheid. Empowerment in feministische hulpverlening en humanistisch raadswerk*, SWP, Amsterdam.
- Jaffar, L., Boedjarath, I. & Brinkhof, A. (1995), 'Oude principes en nieuwe verhalen', in: Graveland, I., red., *De beweging in beweging. Debatten in de vrouwenhulpverlening*, SISWO, Amsterdam.
- Kunneman, H. (1998), *Postmoderne moraliteit*, Boom, Amsterdam.
- Langenkamp, C. (1994), 'Lesbische hulpverlening', in: Beusekamp, P. red. (1994), *Genderspecifieke hulpverlening binnen de RIAGG*, Riagg Rijnmond Noord West, Rotterdam.
- Loo, J. van der (1994), *Aspecten van mannenhulpverlening*, SOMAN (nu: Transact), Utrecht
- Loo, J. van der (1997), *Mannen en intake. Handleiding voor een seksespecifieke intake van mannelijke cliënten in de geestelijke gezondheidszorg*, Transact, Utrecht.
- Loo, J. van der, Geurts, R. & Beelen, J. (1999), 'Mannen en hulpverlening', in Duindam, V.e.a. (1999), *Ruimte voor mannen*, Van Gennep, Amsterdam, pp. 87-124.
- Loo, J. van der & Vlucht, I. van der, red. (1994), *Seksespecifieke hulpverlening, hulpverlening van de toekomst?*, Leergangen Vrouwenhulpverlening (nu:Transact), Utrecht.

- Mathias, R. (1995), 'Overeenkomsten en verschillen tussen vluchtelingen- en migrantenvrouwen met seksueel geweld-ervaringen', in Harmsel, S. ter, red. (1995), *Vrouwen over grenzen. Hulp na seksueel geweld aan vluchtelingen- en migrantenvrouwen*, Jan van Arkel, Utrecht.
- Mens-Verhulst, J. van (1991), 'Schatgraven in de vrouwenhulpverlening', in Winnubst, J. Schnabel, P. e.a., red. (1991), *De metamorfose van de klinische psychologie. Nieuwe ontwikkelingen in de klinische en gezondheidspsychologie*, Van Gorcum, Assen, pp. 59-69.
- Mens-Verhulst J. van (1997a), 'Paradoxen van emancipatie', in: *Tijdschrift voor de Sociale Sector*, mei 1997/5, pp. 28-31.
- Mens-Verhulst, J. van (1997b), 'Gelijkheid is niet goed genoeg in de feministische hulpverlening', in: *Rekenschap* 1997/sept, pp. 156-170.
- Mesch, H. & Mens-Verhulst, J. van (1993), *Vrouwenhulpverlening op het transculturele pad*, ISOR, Utrecht.
- Nkomo, S.M. & Cox, T. (1997), 'Diverse Identities in Organisations', in: Clegg, S., Hardy, C. & Nord, W. (eds), *Handbook of Organization Studies*, Sage, London, pp. 787-807.
- Nicolai, N. (1992), *Vrouwenhulpverlening en psychiatrie*, SUA, Amsterdam
- Nicolai, N. (1994), 'Van sekse naar gender', in: Mens-Verhulst, J. van & Schilder, L. red., *Debatten in de vrouwenhulpverlening*, Babylon/de Geus, Amsterdam, pp. 129-144.
- Phoenix (1997), 'Representing new identities. Whiteness as contested identity in young people's accounts'. Paper tijdens Ercomer conferentie, Utrecht, 1996.
- Phoenix, A. (1998), *(Re)constructing gendered and ethnicised identities: are we all marginal now?* Oratie. Universiteit voor Humanistiek.
- Phoenix, A. (1999), 'Verskil zonder scheidslijnen'. Wat steeds weer terugkeert en wat nieuw is in feministische strategieën', in: *Tijdschrift voor genderstudies* 1999/2, pp. 5-16.
- Pattynama, P. & Verboom, M. (2000), *Werkboek kleur in het curriculum. Interculturalisatie in het hoger onderwijs*, Stichting Nederlands Genootschap Vrouwenstudies, Utrecht.
- Pheterson, G. (1982), 'Bondgenootschap tussen vrouwen. Een theoretische en empirische analyse van onderdrukking en bevrijding', in: *Psychologie en Maatschappij* 6/3, pp. 398-424.
- Post, J. van der (1994). *Vrouwenhulpverlening in de praktijk. Case-studies van vrouwenhulpverlening aan zwarte, witte en migrantenvrouwen in het maatschappelijk werk*, Jan van Arkel, Utrecht.
- Richters, A. (1997), 'De betekenis van etniciteit en gender in de zorg- en hulpverlening aan zmv-vrouwen', in: *Diversiteit als een verrijking. Verslag van de gelijknamige conferentie*, Targuia (Transact), Utrecht, pp. 7-11.
- Schilder, L. (1999), 'Genderspecifieke hulpverlening in het maatschappelijk werk', in: Stouw, G. van der, red., *Maatschappelijk werk 2, Verkenning in doelgroepen en werkvelden*, Wolters Noordhoff, Groningen, pp. 15-45.
- Taylor, Ch. (1994), 'The politics of recognition', in Taylor, Ch. & Gutmann, A. (eds), *Multiculturalism, examining the politics of recognition*, Princeton/New Jersey, pp. 29-30.
- Vos, D. & Kolk, J. (1994), *Vrouwengroepen: van herkenning naar kracht*, Wetenschapwinkel FSW, Utrecht.
- Wienese, I. & Arslan, F. (1995), *Sociale vaardigheden voor Turkse en Marokkaanse vrouwen en meisjes. Een werkboek*, Jan van Arkel, Utrecht.