
J. van Mens-Verhulst

De autonomie voorbij

Over theoretische, morele en praktische grensverschuivingen in de vrouwenhulpverlening¹

Het begrip autonomie heeft in de vrouwenhulpverlening (VHV) altijd een centrale plaats ingenomen, als het erom ging de identiteit van de VHV te typeren. 'Autonomiebevordering van vrouwen' leek een antwoord te bieden op alle vragen naar het hoe en waarom van VHV. Er zijn echter tekenen dat de term niet langer toereikend is om het eigene van de VHV aan te geven en te legitimeren.

Hulpverlening en de autonomiebevordering van vrouwen

Volgens de VHV belemmerde de klassiek-traditionele hulpverlening de autonomie van vrouwelijke hulpverleningscliënten. Er werden allerlei onnodige machtsverschillen toegelaten die bovendien aan de hulpzoeksters werden 'gepresenteerd' als zouden ze vanzelfsprekend zijn. Onnodige machtsverschillen waren onder andere te vinden in hulpverleningssettings waarin de echtgenoot aanwezig was of een therapiegroep uit vrouwen én mannen bestond. Ze lagen besloten in professionele referentiekaders, waarin de maatschappelijke componenten van problemen niet aan de orde kwamen en de traditionele ideologie rond vrouwenlevens (heteroseksualiteit, moederschap en verantwoordelijkheid voor het privéleven) onweersproken werd gelaten. Ze manifesteerden zich in methoden die vooronderstelden dat de hulpzoekster met haar (verbale) vaardigheden zou kunnen aansluiten op de specifieke professionele vaardigheden van de hulpverlenende. Ze werden bovendien in het hulpverleningsproces geïmporteerd met de sociale positie en de persoon van de therapeut: diens sekse, huidskleur, inkomensklasse, kleding, taalgebruik, persoonlijke normen accentueerden evenzovele (on)vrijheden.

Deze opeenstapeling van machtsverschillen fungeerde als een – verborgen – 'leerplan', dat hulpvraagsters ontmoedigde om hun afhankelijk-

heid te overwinnen en hun zelfbeschikkend vermogen te ontwikkelen. In de hulpverleningssituatie werd namelijk nog eens – maar nu in micro – de sociale onvrijheid herhaald die veel vrouwen al in hun dagelijks leven ondervonden en waarvan mocht worden vermoed dat dit een belangrijke oorzaak was van hun problemen. Volgens de VHV-opvatting maakte de klassiek-traditionele hulp daardoor eerder deel uit van het probleem van vrouwelijke cliënten dan dat ze bijdroeg aan de oplossing ervan.

Parallel aan deze kritiek, is in de VHV een alternatief, autonomiebevorderend 'leerplan' voor vrouwen ontwikkeld. Dit onderscheidde zich in vier opzichten van het klassiek-traditionele aanbod. Ideologisch was het op een andere maatschappij- en hulpverleningsvisie gebaseerd (Projectgroep VHV 1986). De inhoud was politiserend en seksespecifiek (Van Mens-Verhulst 1985).

Methoden waren geselecteerd op emancipatoire (autonomiebevorderende) en cliëntvriendelijke werkvormen en settings (Van Mens-Verhulst 1985, 1987) en organisatorisch werden vormen gekozen die én het vermogen én de kansen voor autonomie van de cliënt bevorderden, ook binnen het hulpverleningsproces. Dit 'leerplan' is elders uitgebreid beschreven (Van Mens-Verhulst 1989, 1990). Het is ook terug te vinden in de vele beschrijvingen van VHV-programma's.

Hoewel de VHV-programma's heetten speciaal voor vrouwen te zijn ontworpen, bleken ze toch niet voor alle vrouwen bruikbaar te zijn. De door

Dr. J. van Mens-Verhulst is wetenschappelijk medewerkster bij de vakgroep Klinische Psychologie en Gezondheidspsychologie van Universiteit Utrecht. Zij verricht onderzoek in het kader van het VF-programma vrouwenstudies 'Sekse, Moraal en Zorg'.

Adres: Vakgroep KPG, Universiteit Utrecht, Postbus 80140, 3508 TC Utrecht.

de hulpverleenster beoogde autonomie was soms 'een brug te ver' voor de hulpvraagster, of werd ronduit door haar afgewezen. Het werd duidelijk dat 'autonomie' een minder eenduidig begrip was dan aanvankelijk was aangenomen.

Conceptuele vraagstukken

In de hulpverlening wordt het autonomiebegrip doorgaans gebruikt om aan te geven wat het doel is van de hulpverlenende activiteiten en met welk tekort de cliënt worstelt.

Voor het beschrijven van de autonomiebevordering in VHV-programma's bleek een speciale versie van het autonomiebegrip nodig te zijn; een versie die de autonomie van de cliënt in relatie tot haar omgeving zichtbaar maakte en de veranderingen die zich daarin voordeden. Autonomie werd daarin niet opgevat als een absoluut vast te stellen persoonseigenschap maar als een handlingskenmerk dat varieert met de sociaal-historische, -culturele en -politieke situatie waarin een persoon zich bevindt. Met zo'n contextuele en dynamische conceptualisering van autonomie kon de nadruk worden gelegd op de voortdurende wisselwerking tussen vermogens en kansen en de wijze waarop dit op zichzelf weer onderhevig is aan veranderingen. In dit verband zijn de twee sleutelwoorden illustratief, waarmee in de VHV zowel cliënt als therapeut worden getypeerd, namelijk: socialisatie en sociale positie (van Mens-Verhulst 1991a). 'Socialisatie' staat voor het vermogen (respectievelijk onvermogen) tot handelen op grond van het verleden. 'Sociale positie' duidt op de kansen (respectievelijk het gebrek aan kansen) om op een bepaalde manier te handelen, in het heden en in de toekomst. In dit kader verwijst een 'tekort aan autonomie' naar een conflict-situatie tussen cliënt en diens omgeving, waarbij de cliënt (nog) niet over effectieve strategieën beschikt om deze situatie op te lossen of te hanteren (Nicolai 1992). Het conflict wordt dus tussen persoon en omgeving gesitueerd.

In de klassiek-traditionele hulpverlening wordt het autonomiebegrip meestal in een meer persoonsgebonden en statische betekenis gebruikt. Het dient vooral om uit te drukken wat de cliënt tekort komt aan competentie; het vermogen om

eigen vrije keuzen te doen en daarnaar te handelen. Pols (1990) zegt hierover dat dit vermogen wordt ontplooid binnen de gegeven beperkingen van materiële, sociaal-culturele, sociale en individuele aard. Door geboren te worden en op te groeien in een bepaalde cultuur en in een bepaalde tijd, is de autonomie van een mens al in hoge mate vastgelegd.

Het opvatten van autonomie als competentie impliceert drie aannames die vanuit een dynamisch en contextueel perspectief gezien discutabel zijn. De eerste aanname is dat autonomie een context-onafhankelijk persoonskenmerk zou zijn. De tweede, dat de hulpverlening een louter autonomiebevorderende omgeving aan haar cliënten zou bieden – een vrijplaats afgeschermd door professionele kennis en kunde; de mogelijkheid dat de hulpverleningssituatie een autonomiebelemmerende omgeving vormt, lijkt te zijn uitgesloten. De derde aanname is, dat beoordeelaar(sters) vrij zijn van sociaal-culturele, politieke of institutionele druk tijdens het vormen en uitspreken van hun mening; dat zij, met andere woorden, niet anders dan een instrumentele factor zijn.

Ook het domein waarop het autonomiebegrip wordt toegepast, bleek in de VHV anders te zijn dan in de klassiek-traditionele hulpverlening. In de laatstgenoemde sector wordt met het begrip autonomie de aandacht gevestigd op een tekort aan competentie zoals zich dat buiten het hulpverleningsproces manifesteert en waarin de hulpverlening verbetering moet brengen. De therapeut is slechts een professionele buitenstaand(st)er die dit tekort taxeert.

In de VHV wordt het autonomiebegrip recursief gebruikt, namelijk ook voor de hulpverleningssituatie zelf. Er wordt niet alleen mee uitgedrukt wat de mate van zelfbeschikking is waarmee de hulpvraagster in haar dagelijks leven functioneert. Het wordt ook betrokken op haar vermogens en kansen voor zelfbeschikking in de hulpverleningssituatie, in het bijzonder wat betreft haar relatie tot de therapeut en de belemmeringen die deze representeert. Met die toepassing verschijnt tevens de therapeut in het gezichtsveld als een actor met eigen belangen, overtuigingen, loyaliteiten en competenties. Dan kan vervolgens

de vraag worden gesteld hoe de autonomie van de cliënt die van de therapeut beïnvloedt. Is die wisselwerking altijd positief of zijn daar grenzen aan, en zo ja, welke? Het autonomiebegrip wordt dus meerzijdig toegepast, op alle participanten in het hulpverleningsproces. Het vrijplaatskarakter van de hulpverlening (Roessingh 1977) wordt hiermee sterk gerelativeerd.

Moreel debat over het autonomie-streven

Er komt in de VHV geleidelijk een moreel debat op gang waarin vraagtekens worden gezet bij het oorspronkelijke streven naar autonomiebevordering. Deze discussie is geïmporteerd uit de Verenigde Staten, waar ze is ingezet door feministische therapeuten² van verschillende pluimage.

Hare-Mustin & Marecek (1986) signaleren het gevaar dat vrouwen die in therapie hebben geleerd autonoom te handelen daar in de maatschappij geen positieve reacties op krijgen of er zelfs schade van ondervinden. Dit geldt met name voor vrouwen die uit een klasse of subcultuur komen waarin gemeenschapszin en intimiteit de belangrijkste waarden zijn. Vrouwelijke cliënten die verkiezen afhankelijk te blijven, hebben misschien wel gelijk. Voordat autonomie in de hulpverlening aan vrouwen een realistisch doel kan heten, zijn er eerst maatschappelijke veranderingen in de positie van vrouwen nodig. Vermoedelijk weerspiegelt het accepteren van autonomie als maatstaf voor geestelijke gezondheid de klaspositie van de betreffende therapeuten en het daarbij horende waardepatroon. Het is echter de vraag wie het gelag betaalt voor het streven naar autonomie: betekent de autonomie van de een niet de afhankelijkheid van de ander? En als die ene een vrouw is, wie zijn dan die anderen: andere vrouwen, mannen, kinderen?

De therapeuten van het Stone Center funderen hun twijfels over autonomiebevordering op een cultuurkritische benadering. In hun visie paart de 'Westerse' wereld een overwaardering voor individuele autonomie aan een onderwaardering voor relationele verbondenheid. Deze onevenwichtigheid ligt verankerd in de sekseverhoudingen én de culturele beelden van mannelijk- en vrouwelijkheid. Hoewel alle mensen autonome én relatione-

le vermogens kunnen ontwikkelen, wordt autonomie geassocieerd met mannen en relatiegerichtheid met vrouwen. Tijdens hun socialisatieproces worden mannen dienovereenkomstig gestimuleerd tot onafhankelijkheid en vrouwen tot zorgzaamheid. De pijn van veel vrouwen is dat zij worden aangesproken op vermeende 'vrouwelijke' behoeften, vermogens en vaardigheden die tegelijkertijd worden ontkend en/of geminacht. Ze bevinden zich dus in een double bind: als ze niet aan het vrouwelijk ideaal voldoen, worden ze negatief beoordeeld, maar als er wel aan voldoen ook! Dit gedachtegoed staat inmiddels bekend als de zelf-in-relatie-therapie (Mc Bride 1990; Miller 1988) of subject-relatietheorie (Surrey 1985).

Hulpverleningsprogramma's voor vrouwen moeten zich daarom niet uitsluitend richten op het bevorderen van autonomie, zelfs al ondersteunen ze daarmee de volwaardige deelname van vrouwen aan de maatschappelijke structuren. Omdat deze zijn ingericht volgens 'mannelijke' condities, frustreren ze echter de vrouwelijke kracht op relationeel gebied. Beter is het om hulpverleningsprogramma's op te zetten als een leeuweg van 'relationele differentiatie'. Daarin moeten vrouwen connectie niet inruilen voor autonomie, maar leren om affiliatie- en separatieprocessen te combineren en zo tot 'helderheid in connectie' te komen. Wederkerigheid, onder andere in empathie³, is hierin een belangrijke kwaliteit (Jordan 1984, 1989, in druk; Surrey, 1990; 1993).

Nederlandse vrouwenhulpverleners reageren vooralsnog belangstellend maar terughoudend op deze ontwikkelingen in de wereld van de feministische therapie. Het belang van de vragen naar de oorsprong en grenzen van het autonomie-streven, zoals Hare-Mustin & Marecek die stellen, wordt niet ontkend, maar evenmin uitdrukkelijk onderschreven. Ook wordt er geen vakmatige discussie over gevoerd.

Wat betreft de zelf-in-relatie-theorie is in de reacties vooral een politiek bewustzijn te beluisteren. Aan de ene kant leeft er angst voor essentialistische en reactionaire tendensen. Nadruk op de relationele gerichtheid van vrouwen zou gemakkelijk de overtuiging kunnen aanwakkeren, dat vrouwen van nature zorgzame wezens zijn en dat zij zichzelf voldoende verwerkkelijken als ze deze

aangeboren – moederlijke – talenten ontplooiën. Hierdoor zou de achtergestelde positie van vrouwen opnieuw, en nu vanuit de vrouwenbeweging, worden gelegitimeerd. Aan de andere kant is er sprake van een positief nationaal bewustzijn. De bruikbaarheid van de zelf-in-relatie therapie wordt erkend, maar dan vooral voor de context waarin ze is ontstaan; de in vergelijking met ons land veel hardere, kapitalistisch-individualistische samenleving van de Verenigde Staten.

Het ontdooien van begrippen; een kennistheoretische analyse

De morele vraagstukken die in de voorgaande paragraaf zijn geschetst, hebben ook een kennistheoretische kant. In de praktijk van de VHV wordt hier nog grotendeels aan voorbijgegaan, maar in vrouwenstudies wordt er wel op ruime schaal aandacht aan besteed. Daar worden op dit moment twee debatten gevoerd die de morele beslechtingen kunnen verhelderen. Het eerste debat gaat over verschil en gelijkheid tussen vrouwen en mannen; het tweede over de hoedanigheden van het mannelijk en vrouwelijk subject. Beide debatten onthullen tot nu toe verborgen en stereotiepe denkpatronen over de seksen en maken daarmee de weg vrij voor de vorming van nieuwe, grensverleggende constructen. In termen van Lewin (1947): een proces van ontdooien en bevriezen, maar dan van begrippen.

Kennistheoretisch gezien circuleert rond het begrip autonomie als het ware een verzameling van begrippen. Een deel hiervan geeft aan wat autonomie is, maar een ander deel specificiert juist wat niet-autonomie is. Te zamen bakenen ze een conceptueel domein af. Hiernaast is een aantal van dergelijke begrippen weergegeven (Van Asperen 1986; Bauduin 1986; Gottschalch 1985; Hare-Mustin & Marecek 1986; Mc Bride 1990).

De kolommen maken de voorzichtige reacties op de zelf-in-relatie theorie begrijpelijk. Het gebeurt immers maar al te vaak dat er begrippenparen worden samengesteld uit de elementen van de 'linker' en 'rechter' verzameling (bijvoorbeeld sterke en zwakke egogrenzen of gelijkheid en aanpassing) die vervolgens moeiteloos en gedachteloos worden verbonden met de polen man-

Autonomie

Onafhankelijkheid
Macht
Vrijheid
Competentie
Verantwoordelijkheid
Morele autoriteit
Volwassenheid
Gelijkheid
Zelfbeschikking
Zelfbepaling
Zelfexpressie
Zelfverwerkelijking
Differentiatie
Separatie
Gesloten egogrenzen
Actief
Sterk
Mannelijk
Gezond

Niet-autonomie

Afhankelijkheid (ook emotioneel)
Onmacht
Onvrijheid (in keuzes)
Incompetentie
Zorg
Morele inferioriteit
Onvolwassenheid
Ongelijkheid
Onderdrukking
Heteronomie
Mededogen
Zelf-opoffering
Aanpassing
Connectie
Open egogrenzen
Passief
Zwak
Vrouwelijk
Ongezonder

vrouw, superieur-inferieur, gezond-ongezonder. Dergelijke ondoordachte clusters vertroebelen ook de discussies over autonomie en hulpverlening. Zodra dergelijke schema's zijn onderkend is het mogelijk eraan te ontsnappen, namelijk door de begrippenparen – en het stelsel dat daarmee is gebouwd – niet te benaderen als gevonden waarheden, maar als veranderbare constructen. Dit impliceert het uitgangspunt dat een dergelijk stelsel nooit definitief is, of 'af'. Ieder commentaar op een bestaand construct is juist te beschouwen als een uitnodiging tot hernieuwde doordenking. Constructen laten zich in deze benadering begrijpen als de uitkomsten van voortgaande wisselwerking tussen actoren en hun sociaal-culturele context; contexten waarin allerlei betekenisstructuren voorhanden zijn. De actoren kunnen individuen zijn, maar ook een hulpverleningsbeweging of een wetenschappelijke gemeenschap. Constructieprocessen spelen zich dus af op zowel persoonlijk als sociaal niveau, én tussen die niveaus (Zeegers en Jansz 1988).

Vrijwel in ieder construct liggen veronderstellingen over verschil of gelijkheid tussen mannen en vrouwen besloten; ze zijn met andere woorden geseksueerd (gendered). De noties over verschil-

len en gelijkheid tussen de seksen zijn echter in ontwikkeling.⁴ Dikwijls wordt bewust gewerkt aan bepaalde verschuivingen: op individueel, collectief en wetenschappelijk niveau.

Wetenschappelijk 'ontdooiwerk' is onder ander verricht ten aanzien van 'intelligentie', 'arbeid' en 'zwangerschap' met het resultaat dat een 'intelligente vrouw' niet meer als een contradictio in terminis wordt beleefd, 'arbeid' niet meer automatisch de gedachte aan een mannelijke kostwinner oproept en zwangerschap niet uitsluitend aan één vrouw maar ook aan een paar kan worden verbonden (Kirejczyk & van der Ploeg 1991).

Verschuivingen doen zich ook voor in de waardering van de veronderstelde verschillen of gelijkheid. Beide soorten verschuivingen zijn aan de orde in het debat over autonomie en zorg (Davis 1991; Gilligan 1988; Sevenhuijsen 1990). Traditioneel is 'autonomie' gekoppeld aan mannen, het proces van separatie, psychische gezondheid, de moraal van rechtvaardigheid en aan morele superioriteit. Nu wordt dit construct op twee niveaus ingrijpend geamendeerd. Enerzijds wordt er morele superioriteit opgeëist voor de moraal van verantwoordelijkheid en zorg, die meestal rechtstreeks wordt gekoppeld met (de wereld van) vrouwen. Anderzijds worden de koppelingen 'autonomie en mannen' en 'zorg en vrouwen' ter discussie gesteld. Er wordt gesproken van zorgplicht, -competentie en -beleving van mannen en het recht op autonomie, het vermogen tot en de beleving van zelfbeschikking van vrouwen. In dit verband worden ook verdergaande de- en reconstructies van het begrip 'zorg' gemaakt, die op zichzelf weer nieuwe vergezichten openen op het denken over hulpverlening. (Code, 1991; Fischer & Tronto 1990; Waerness 1991; Van Mens-Verhulst 1991b; Zwinkels 1990).

Niet alleen constructen, maar ook contexten en subjecten van constructie zijn geseksueerd. Zo staat de wetenschap als mannelijk te boek, al werken binnen die context mannelijke en vrouwelijke wetenschappers. De sector van informele zorg heeft daarentegen én een vrouwelijk image én telt voornamelijk vrouwelijke subjecten. Het vrijwilligerswerk lijkt sekseneutraal te zijn, maar blijkt segregatie te kennen in een bestuurlijk/mannelijk en een uitvoerend/vrouwelijk deel, met een res-

pectievelijke oververtegenwoordiging van mannen en vrouwen.

Dit geseksueerd zijn betekent echter niet dat mannelijkheid en vrouwelijkheid per context en per subject een vaststaande betekenis hebben. Contexten kunnen heel ontvankelijk zijn – hetzij uit ideologische, hetzij uit economische en/of technische overwegingen – voor herzieningen van hun traditionele arrangementen voor sekse-differentiatie.

In de praktijken van 'het moederen', de verpleging en de kraamhulp worden inmiddels ook mannen toegelaten; in ziekenhuizen wordt sinds kort geëxperimenteerd met het afschaffen van mannen- en vrouwenzalen.

De geseksueerdheid van het construerende subject is eveneens dynamisch en gedifferentieerd. Weliswaar is vrouwelijkheid een belangrijk productief principe in het constructieproces, maar het is niet het enige. Het vermengt zich met biologische, seksuele, emotionele, intellectuele, gedragsmatige, morele, sociale en culturele componenten. Een subject is dus altijd een subject-inwording, dat zijn of haar weg zoekt temidden van de sekse- en genderverschillen die in de contexten voorhanden zijn. Daarbij kan het zelf ook contexten afwijzen of uitzoeken. De wijze waarop het subject zichzelf construeert/definieert kan opzettelijk, maar ook toevallig tot stand komen (Flax 1991). Subject-wording gebeurt dikwijls spontaan; wordt dus niet altijd aangestuurd door een bepaalde kern (het 'ik' of 'zelf') of lotsbestemming (moederschap). Daarom laat de identiteit van het subject zich eigenlijk pas achteraf vaststellen/reconstrueren, ook de mannelijke of vrouwelijke identiteit.

Constructie van eigen identiteit speelt zich ook af op hogere aggregatieniveaus dan het individuele subject: in groepen, collectieven en wetenschappelijke gemeenschappen – of liever gezegd actoren. Vanuit het constructivistisch perspectief is het echter wel opvallend dat het vigerende beeld van actoren 'traditioneel mannelijk' is, in de zin van rationeel, intelligent en objectief, zonder aandacht voor gevoelens, intuïtie en loyaliteiten (Code 1991; Van Mens-Verhulst 1991b; Waerness 1991).

Uit het voorgaande is af te leiden dat de autono-

mie van vrouwen en mannen kan worden beschouwd als de uitkomst van een proces van geseksueerde en seksuerende zelfbeschikking, dat zich in een persoon, tweerelatie, groep of collectiviteit voltrekt. Hoe die autonomie zich zal manifesteren, is niet te voorspellen. Hoe het proces van zelfbeschikking zal verlopen kan niet van buitenaf worden 'gestuurd', wel beïnvloed door de context waarin en middelen waarmee individuen en collectiviteiten hun zelfbeschikkingsprocessen vorm geven.

VHV: de autonomie voorbij

Het veld van de VHV blijkt op het punt van autonomie niet meer als één actor te kunnen worden beschouwd. 'Autonomie' heeft niet langer de functie van identificator. Wel is het mogelijk drie VHV-stromingen onderscheiden, met uiteenlopende waardering voor het autonomie-streven in relatie tot gezondheid en met verschillende opvattingen over autonomie. In de praktijk komen natuurlijk ook allerlei mengvormen voor.

Ten eerste is er een egalitair gerichte stroming die de nadruk legt op het recht van vrouwen op autonomie en dat recht beschouwt als een kritische voorwaarde voor psychische gezondheid. Het autonomieconstruct waarop ze zich baseert, is in de eerste helft van dit artikel geschetst: dynamisch, contextueel, recursief, meerzijdig te benutten. Binnen deze stroming zijn er minstens drie varianten aan te wijzen: de non-seksistische hulpverlening, de radicale hulpverlening en de feministische therapie.

De non-seksistische variant beperkt zich er toe vrouwelijke cliënten voor hun beoogde zelfbeschikkingsproces een hulpverleningsruimte te bieden die zo veel mogelijk is ontdaan van vrouwen-discriminerende componenten (Van Mens-Verhulst 1987).

De radicale variant stelt zich uitdrukkelijk ten doel de vrouwelijke cliënt een programma te bieden waarmee ze haar maatschappelijke achterstand in handelingscompetentie kan verkleinen en haar omgeving aan kritische analyses en acties kan onderwerpen voor wat betreft zelfbeschikkingsbelemmeringen en -kansen. Ook de therapeutische omgeving. Met behulp van expliciet politise-

rende en seksespecifieke methoden en settings wordt niet alleen de zelfbeschikking van de individuele vrouw maar ook van het vrouwelijk collectief nagestreefd.

De feministische therapie stelt niet de situatie, competentie of het handelen van de cliënt centraal, maar diens autonomiebeleving. De therapie is geconcentreerd op het bieden van een vrije ruimte om gedachten, gevoelens en fantasieën te onderzoeken zonder dat expliciet wordt gewerkt aan gedragsverandering. Dit gebeurt met grote aandacht voor de sekse en seksepositie van de cliënt, de machtsdimensies in de door de cliënt geleefde werkelijkheid en de in de therapeutische situatie (inclusief de therapeut) aanwezige autonomiebevorderende respectievelijk -belemmerende aspecten (Nicolai 1992).

Ten tweede is er een cultuur-kritische stroming die én het autonomie-ideaal én het verband met psychische gezondheid ter discussie stelt. Naast autonomiebevordering, of in plaats daarvan, worden ook andere kwaliteiten van hulpverlening benadrukt, met name 'zorg'.

De zelf-in-relatietherapie is hiervan de belangrijkste representant. Dit hulpverleningsprogramma is erop gericht om vrouwelijke cliënten te begeleiden in hun proces van 'relationele differentiatie' en daarmee recht te doen aan hun relationele vermogens. Het proces moet voorbij de autonomie leiden, tot 'helderheid in connectie' (Miller 1988; Oudemans 1991). Een andere representant is de spirituele stroming waarin vrouwelijkheid als bron van kracht wordt gewaardeerd. Deze bron wordt productief gemaakt door veel aandacht te schenken aan intuïtie en het werken met methoden die als non-rationeel te boek staan.

Ten slotte is er nog een derde, politiek naïeve stroming van hulpverleensteren die geen uitspraken doen over het verband tussen autonomie, vrouwen en gezondheid. Het slachtoffer-zijn, het op grond van het biologisch vrouw-zijn ervaren leed, vormt het gemeenschappelijk identificatiepunt. De hulpverlening bestaat uit het bieden van verwerkingsmogelijkheden voor het leed en de onrechtvaardigheid die de hulpvraagster heeft ondervonden, zonder dat daarbij de sociale context van vrouwen wordt betrokken. De mogelijk-

ke invloed die de ondergeschikte maatschappelijke positie van vrouwen heeft gehad op hun slechte ervaringen blijft buiten beschouwing. Exponent hiervan is een aantal van de hulpverleningsprogramma's die in de reguliere hulpverlening wordt aangeboden voor vrouwen met borstamputaties, ervaringen met incest en/of seksueel geweld.

Toekomstperspectief

Conceptueel. Nu het begrip 'autonomie' niet langer toereikend is gebleken om de identiteit van VHV onder woorden te brengen, ligt een overstap naar een meer gedifferentieerde en dynamische subject- c.q. actorbenadering voor de hand. Begrippen als zelfbeschikking, zelfbepaling, zelfsturing en zelforganisatie bieden hiervoor een betere handelingsondersteuning aan hulpverleners dan de termen autonomie, vrijheid of macht. Dit heeft de volgende redenen. In de eerste plaats is er een immanent verschil in dynamiek tussen genoemde begrippen. De connotatie van de begrippen zelfbeschikking, zelfbepaling, zelfsturing en zelforganisatie is namelijk dynamisch. Doordat ze zijn afgeleid van werkwoorden zijn ze meer proces- en handelingsgeoriënteerd (Van Mens-Verhulst 1991b). In de tweede plaats kunnen deze dynamische begrippen vrij gemakkelijk uiteen worden gelegd in subprocessen van persoonlijke, sociaal-structurele en -culturele aard. Dit helpt hulpverleners om systematisch onderscheid te maken tussen betekenisgevingen, belevingen en competenties van cliënten enerzijds en hun veranderingsperspectief in de zin van kansen, belemmeringen, rechten en plichten anderzijds. Op grond van deze onderscheidingen laten zich dan intern en/of extern gerichte, meer of minder ingrijpende hulpprogramma's samenstellen. In de derde plaats richten deze begrippen de aandacht op 'het zelf' als actieve kern en bieden zo aansluiting op de constructivistische beweging in vrouwenstudies en de psychologie – waar voor de VHV belangwekkende discussies en opties worden aangekaart, zoals de seksuering en geseksueerdheid van actoren en praktijken.

Moreel. Met deze plaats voor 'het zelf' van de cliënt ontstaat tevens een opening in het morele debat. De vraagstelling verandert van 'autonomie of connectie?' en 'wie betaalt het gelag?' in 'hoeveel autonomie, hoeveel connectie, wanneer, waar en ten opzichte van wie?' Het beslissingsrecht over de richting van het subject-wordingsproces kan bij de cliënt worden gelaten. Op de VHV-therapeuten rust evenwel de plicht om de context van subject-wording 'in te richten' met componenten die een bewuste seksuering van en door de cliënt mogelijk maken. Daartoe moeten ze ook bereid zijn hun eigen geseksueerdheid te onderzoeken en te expliciteren.

Praktisch. VHV kan zich profileren als een bewust geseksueerde⁵ en seksuerende voorziening voor vrouwen én mannen van wie de (beleving van) zelfbeschikking is geblokkeerd en aan wie tijd, ruimte en middelen worden geboden om dit proces weer op gang te brengen. Daarbij is het niet vereist dat het subject een (voor buitenstaanders) ondubbelzinnige eenheid bereikt. Zelfbeschikking staat niet gelijk met het uitbannen van ambiguïteit en ambivalentie, maar met het hanteren ervan; bijvoorbeeld het vinden van vormen om 'mannelijke' en 'vrouwelijke' componenten te combineren.

Noten

1. Met dank aan Madelien Krips voor haar commentaar.
2. Feministische therapie is die specialisatie binnen de vrouwenhulpverlening waarin gewerkt wordt aan intrapsychische veranderingsprocessen (gedachten, gevoelens en fantasieën) van de cliënt met het oogmerk haar beleving van zelfbeschikking te bevorderen (Nicolai 1992).
3. Empathie wordt door het Stone Center ingevuld als een affectief-cognitief proces (Jordan 1987).
4. Komter (1990) heeft een begin gemaakt met een analyse van het hier gebruikte begrippenpaar 'verschil' en 'gelijkheid'. Enkele van de tegenstellingen die ze daarvoor gebruikt zijn: overeenkomst en verschil, gelijkheid en ongelijkheid, gelijkenis en niet-gelijkenis, gelijkwaardigheid en ongelijkwaardigheid, niet-onderscheid en onderscheid. Vervolgens laat ze zien hoe alleen al het begrip 'gelijkheid' zich naar minstens vijf dimensies laat uitwerken die relevant zijn om overeenkomsten en verschillen tussen mannen en vrouwen aan te wijzen en te waarderen. Ze onderscheidt namelijk natuurlijke, morele, psychologische, so-

ciologische en juridische gelijkheid van mannen en vrouwen.

5. Smart (1991) zegt over het recht, wat ik ook op de hulpverlening van toepassing vind: '...de opvatting dat het recht geseksueerd is, heeft bovenal als voordeel dat er geen sprake is van een vaste categorie of empirische referent van Man en Vrouw. We kunnen nu uitgaan van een flexibeler notie van een geseksueerde subject-positie die niet wordt gefixeerd door biologische of maatschappelijke determinanten'.

Literatuur

- Asperen, T. van, Autonomie en paternalisme, in: D. Bauduin (red.), *Andermans eigenbelang*, NcGv-reeks 88, Utrecht 1986.
- Bauduin, D., Over autonomie. Kanttekeningen bij een complex begrip, in: D. Bauduin (red.), *Andermans eigenbelang*, NcGv-reeks 88, Utrecht 1986.
- Code, L., Who Cares? in: S. Sevenhuijsen (red.), *Feminism, Citizenship and Care*, R.U.U./I.W.V., Utrecht 1991.
- Davis, K., De retoriek van het feminisme: Het debat over Carol Gilligan, *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift* 17 (1991) 4, p. 86-110.
- Fischer, B., J. Tronto, Toward a Feminist Theory of Caring. In: E.K. Able, M.K. Nelson, *Circles of Care, Work and Identity in Women's Lives*, Albany: State University of New York Press, 1990, p.35-62.
- Flax, J., *Multiplies: On the Contemporary Politics of Subjectivity*. Paper presented for the Annual Meeting of the American Political Science Association, 1991.
- Gilligan, C., *Remapping the Moral Domain: New Images of Self in Relationship. Mapping the Moral Domain* (ed. by Gilligan, C., J.V. Ward and J. McLean Taylor), Harvard University Press 1988.
- Gottschalch, W., *Sociologie van het zelf*, Meppel/Amsterdam 1985.
- Hare-Mustin, R.T., J. Marecek, Autonomy and Gender: Some Questions for Therapists, *Psychotherapy* (1986) 23, p. 205-212.
- Hare-Mustin, R.T., J. Marecek, *Making a Difference. Psychology and the Construction of Gender*, Yale University Press, New Haven & London 1990.
- Jordan, J., *Empathy and self boundaries*, Work in Progress, No. 16, Wellesley MA: Stone Center Working Paper Series 1984.
- Jordan, J., *Clarity in Connection: empathic knowing, desire and sexuality*, Work in Progress, No. 29, Wellesley MA: Stone Center Working Paper Series 1987. In het Nederlands verschenen in: J.B. Miller (red.), *Zelf-in-Relatie*, Eindhoven: De Els 1988.
- Jordan, J., *Relational Development Through Empathy: Therapeutic Applications*. Work in Progress, No. 40, Wellesley MA: Stone Center Working Paper Series (in druk).
- Kirejczyk, M., I. van de Ploeg, Zwangere paren. Medische technologie en maatschappelijke constructies rond vruchtbaarheid en voortplanting, in: C. Bouw e.a. (red.), *Macht en onbehagen*, Amsterdam 1991.
- Komter, A., *De macht van de dubbele moraal*, Amsterdam 1990, p. 36-44.
- Lewin, K., *Frontiers in Group Dynamics, Human Relations* 1, 1947, p. 5-41.
- Mc. Bride, Autonomy and the Struggle for Female Identity: Implications for Counseling Women, *Journal of Counseling & Development* 69 sept/oct. 1990.
- Mens-Verhulst, J. van, Vrouwenhulpverlening: van verzamelaar naar therapiesoort, *Tijdschrift voor Agologie* 14 (1985) 3, p. 182-193.
- Mens-Verhulst, J. van, Vrouwenhulpverlening opnieuw ontworpen, in: *Verslag Lezingencyclus VHV, RIAGG Zuid/Nieuw West*, Amsterdam 1987.
- Mens-Verhulst, J. van, *Modelontwikkeling voor vrouwenhulpverlening*, ISOR, Utrecht 1988.
- Mens-Verhulst, J. van, Autonomie: het alternatieve leerplan van de vrouwenhulpverlening, in: *Verslag Studiedag Roldoorbrekende Hulpverlening, VUORE (RIAGG)*, Sittard 1989.
- Mens-Verhulst, J. van, *Feminist Therapy as an Autonomy Support System In Feminist Diagnosis and Therapy*, Amsterdam 1990.
- Mens-Verhulst, J. van, Schatgraven in VHV, in: J. Winnubst, P. Schnabel, J. van den Bout en M. van Son (red.), *De Metamorfose van de Klinische Psychologie*, Assen 1991a.
- Mens-Verhulst, J. van, The Caring of Researching Actors, Response to Waerness and Code, in: S. Sevenhuijsen (red.), *Feminism, Citizenship and Care*, R.U.U./I.W.V., Utrecht 1991b.
- Mens-Verhulst, J. van, Genderspecifieke ontwikkelingen in de klinische psychologie, in: J. Heesink, T. Top, *Psychologie en Sekse*, Houten 1992.
- Miller, J.B., e.a., *Het zelf-in-relatie*, De Els, Eindhoven 1988.
- Nicolai, N., *Vrouwenhulpverlening en psychiatrie*, Amsterdam 1992.
- Orbach, S., L. Eichenbaum, Feminine Subjectivity, Countertransference and the Mother-Daughter Relationship, in: J. van Mens-Verhulst, K.M.G. Schreurs, L. Woertman, *Daughtering and Mothering* (nog te verschijnen).
- Oudemans-Mc Lean, J., *Vrouwenhulpverlening*. Work in Progress, Begeleidingscentrum voor Vrouwen, Eindhoven 1991.
- Pols, J., Zelfbeschikking in de psychiatrie, *Maandblad*

- Geestelijke Volksgezondheid* 45 (1990) 5, p. 476-493.
Projektgroep Vrouwenhulpverlening, *Slangengodin & Co* (eindadvies), SoZaWe, 's-Gravenhage 1986.
- Roessingh, K.H., Institutionaliseren en professionaliseren, in: B. van Gent, T.T. ten Have, *Andragologie*, Alphen aan den Rijn 1977.
- Sevenhuijsen, S., *De moraal van het feminisme* (inaugurale rede), Vakgroep Ontwikkeling en Socialisatie, Interfacultaire Werkgroep Vrouwenstudies, Utrecht 1990.
- Smart, C., *The Woman in Legal Discourse* (oratie), R.U.U. In het Nederlands verschenen als 'De vrouw in het juridische verhoor'. *Tijdschrift voor Vrouwenstudies* 12 (1991) 4, p. 499-514.
- Surrey, J., *Self-in-Relation: a theory of women's development*, Work in Progress, No 13, Wellesley MA: Stone Center Working Paper Series, 1985. In het Nederlands verschenen in: J.B. Miller, J.B. (red.), *Het zelf-in-relatie*, De Els, Eindhoven 1988.
- Waerness, K., Gender and the Rationality of Caring, in: S. Sevenhuijsen, *Feminism, Citizenship and Care*, R.U.U./I.W.V., Utrecht 1991.
- Zeegers, W., J. Jansz, Betekenisgeving als sociaal proces, *Psychologie en Maatschappij* 12 (1988) 2, p. 117-132.
- Zwinkels, M., Zorgen als ballast, *Tijdschrift voor Vrouwenstudies* 11 (1990) 3, p. 247-259.

Summary

Dutch Women's Mental Health Care used to identify itself in terms of autonomy. 'Autonomy' was operationalized in a dynamic, contextual and self-referential way. Today, the ideal is criticized for its masculine assumptions about independence and health. After a deconstruction of the concept and a review of the field as a gendering practice, the author concludes that autonomy is losing its function as identifier.