

[k1]Beweging van de beweging: een epiloog met het oog op de toekomst.

Janneke van Mens-Verhulst en Lies Schilder.

[k2]Debatten over kwaliteit en wetenschapstheorie

Ooit leek het mogelijk om VHV te definiëren als een combinatie van drie kwaliteiten die zowel het referentiekader, de methoden als de setting kenmerkte: politisering, geslachtsspecificiteit en consumentvriendelijkheid (van Mens-Verhulst, 1985). Tien jaar later liggen de onderscheidende kenmerken echter minder eenduidig. De uiteenlopende gedachtenontwikkeling op dit punt laat zich ook in dit boek terugvinden en duidt op een voortgaande kwaliteitsdiscussie.

Intussen wordt steeds duidelijker dat de VHV-beweging zich in het krachtenveld van een aantal wetenschapstheoretische discussies bevindt. Het is dus niet verwonderlijk dat sommige van onze auteurs een epistemologische verkenning en plaatsbepaling nodig hebben om hun verhaal te kunnen vertellen. De negatie van VHV die Van der Maesen signaleert, laat zich in dit kader ook beter begrijpen: VHV is partij in discussies waarvan ze zich soms niet eens bewust is (geweest) en waarvoor ze evenmin in alle opzichten voldoende toegerust is (geweest); dit geldt overigens evenzeer voor haar discussiepartners.

In het onderstaande reconstrueren we beide soorten debatten -over kwaliteit en wetenschapstheorie - met het oog op de voortgaande constructie van VHV.

[k2]Sekse-,gender-, of helemaal niet specifiek?

De roep om 'seksespecifieke' hulpverlening gericht op vrouwen was een reactie op de verouderde denkbeelden die er in de traditionele hulpverlening over vrouwen bestonden. Overeenkomstig de tijdgeest van de kritische psychologie en alternatieve psychiatrie vestigde de 'vroeg' VHV de aandacht op de ziekmakende invloed van de sociale omstandigheden op het psychische leven. Ze ontrafelde hiervoor 'de' maatschappelijke positie en 'het' socialisatieproces van vrouwen.

Op termijn bleek deze benadering, hoe noodzakelijk ook, in twee opzichten voor verbetering vatbaar. Aan de ene kant ontstond het inzicht dat er in een mensenleven een ingewikkelde interactie gaande is tussen biologische feiten, sociale arrangementen en intra-psychische patronen. In dat verband werd 'generaliseerde onderdrukking' een sleutelbegrip. (Chodorow, 1978; Pheterson, 1982). Aan de andere kant groeide het besef dat de versimpeling tot die ene sociale categorie 'vrouw' tot te grove generalisaties leidde en verdere ongewenste stereotypering van vrouwelijkheid in de hand werkte: vrouwen als slachtoffers en als wezens met een onherroepelijk autonomietekort, bijvoorbeeld.

Er zijn inmiddels verschillende, meer of minder impliciete,

pogingen gedaan om uit deze klem te ontsnappen. Een daarvan is een nuancering van het begrip seksespecificiteit: bepaalde eigenschappen, gebeurtenissen en ervaringen worden niet in absolute zin maar in termen van statistische frequentie aan de ene of de andere sekse toegeschreven. Van Aken (1993) bijvoorbeeld, omschrijft psychologische seksespecificiteit in de indicatiestelling als volgt: 'aandacht voor die eigenschappen, gebeurtenissen en ervaringen, die vaker voorkomen bij de ene sekse dan bij de andere, zonder dat de waarnemer automatisch c.q. als vanzelfsprekend aanneemt dat ze bij alle leden van die sekse aanwezig zijn, zoals bij stereotypering gebeurt. Zo kan men bijvoorbeeld alert zijn op eetstoornissen bij vrouwen zonder ervan uit te gaan dat alle vrouwen daar last van hebben.'

Een andere is de overstap naar de begrippen 'gender' en 'gender-specificiteit' om de verschillende dimensies van sekse een eigen naam te geven: sekse voor de biologische kant en gender voor de sociaal-psychische kant. Genderspecificiteit schept dan in ieder geval meer ruimte voor sociale emancipatie dan seksespecificiteit (van Mens-Verhulst, 1992c; N. Nicolai, dit boek). Inmiddels wordt hier al weer tegen ingebracht dat dit weinig zin heeft, omdat ook biologische feiten 'geconstrueerd' worden onder invloed van culturele betekenisgeving en sociale arrangementen: hormonen worden bestempeld als mannelijk of vrouwelijk, maar zijn dat bijvoorbeeld niet; baby's worden ingedeeld bij de ene of de andere sekse, en anatomische dubbelzinnigheden worden zo snel mogelijk medisch behandeld - lees: ongedaan gemaakt (Mol, 1994, van Wingerden, 1994; van den Wijngaard, 1992).

Een derde ontsnappingspoging bestaat uit het 'ontdooien' van de begrippen sekse en gender en het steeds opnieuw analyseren uit welke 'vloeistoffen' de gevonden patronen zijn samengesteld. Dit betekent dat zowel de overeenkomsten als verschillen worden opgespoord - tussen vrouwen en mannen, tussen vrouwen onderling, en tussen mannen onderling. Verondersteld wordt dat zich naast en door elkaar verschillende constructieprocessen afspelen rond sekse, niet alleen op collectief (cultureel-sociaal-economisch) maar ook op individueel niveau, zowel onder leken als onder professionals. Gender-identiteit is dan te begrijpen als een momentopname in het levenslange proces van zelfconstructie waarin een mens verwickeld is. In dat proces is een voortdurende (zelf-geregisseerde) in- en uitsluiting van vrouwelijke en mannelijke elementen gaande, die ook nog in wisselwerking staat met allerlei ontwikkelingen in de naaste omgeving en de samenleving. Wanneer dat proces van binnenuit of van buitenaf geblokkeerd raakt, kunnen gezondheidsproblemen ontstaan. (Bekker, 1993; van Mens-Verhulst, 1992a; N. Nicolai, dit boek).

[k3]Van seksespecifiek naar genderbewust

Resultaat van deze ontwikkelingen is dat de vlag van de 'seksespecificiteit' ladingen van uiteenlopende bio-psycho-sociale samenstelling dekt. De begrippen 'sekse' en 'seksespecificiteit' zijn dus niet eenduidig noch statisch, maar multidimensionaal en

dynamisch. Ze verwijzen naar een complex van biologische, psychische, sociaal-economische en/of culturele componenten dat zichzelf produceert en daarbij gaandeweg zelf ook verandert. De praktische implicatie van dit alles is, dat de seksspecificiteit van de een niet die van de ander hoeft te zijn. Boedjarath (dit boek) maakt dit bijvoorbeeld duidelijk in haar concretisering van groepshulpverlening voor allochtone vrouwen. Hiermee is een belangrijke bron van misverstanden blootgelegd - tussen cliënten en vrouwenhulpverleners en tussen vrouwenhulpverleners en andere hulpverleners en/of beleidmakers.

Eigenlijk vereisen de begrippen 'seks' en 'sekspecificiteit' in iedere context een apart onderzoek naar welke aspecten er wel en niet bij worden betrokken en welke verschillen er wel en niet tussen de seksen worden verondersteld. In de hulpverleningscontext gaat het dan om de vraag of, op welke manier, en in hoeverre, 'seks' een relevante factor is in de bepaling van de doelgroep en de hulpvraag, het formuleren van de problemen, het stellen van de diagnose en de doelen, de selectie van activiteiten en het tot stand brengen van de werkrelatie. Daarbij is met name wat betreft de hulpverlening aan mannen nog veel ontwikkelingswerk te doen, zoals N. Nicolai in haar hoofdstuk over gender aangeeft.

Het is vermoedelijk vooral de bereidheid om seksspecificiteit te concretiseren - en daarbij seks als 'vloeibaar' en multi-dimensionaal op te vatten en te reflecteren over de eigen en andermens' constructieprocessen - die vrouwen- en mannenhulpverlening onderscheidt van andere soorten hulpverlening. Dit laat zich wellicht het beste aanduiden met de term 'genderbewuste' hulpverlening.

[k2] Politiserend, emancipatoir, machtsbewust of bewust dubbelzinnig?

De VHV van het eerste uur was in haar doelstellingen sterk gericht op maatschappelijke emancipatie van vrouwen en deed veel sociale actie-elementen in haar aanbod. Ze zette zich daarmee, geheel in de geest van de zestiger jaren, af tegen de traditionele seksverhoudingen en tegen de argeloze 'medeplichtigheid' van de reguliere hulpverlening daaraan.

In de praktijk betekende dit dat men problemen politiseerde, dat wil zeggen de maatschappelijke en situationele factoren in de totstandkoming ervan aanwees, en ook de probleemaanpak collectiviseerde. Er kwamen voorzieningen die de contacten tussen vrouwen/lotgenoten mogelijk maakten, om zo (onder andere) het isolement op te heffen, taboes rond moederschap en seksualiteit te doorbreken, de collectieve bewustwording van ongelijke machtsverhoudingen te stimuleren en de sociale verzelfstandiging te bevorderen. De aanpak kwam sterk overeen met die van het opbouwwerk, vormingswerk en maatschappelijk werk van die jaren - en ging er soms moeiteloos in over (Meulenbelt, 1978).

Al vrij snel werd deze aanpak verder verfijnd, wat op den duur in een verzameling van 'emanciperende' werkprincipes resulteerde. Be-

treffende de hulpverleningsrelatie: ervaringsdeskundigheid, gelijkwaardigheid en seksehomogeniteit. Ten aanzien van de interpretatie van klachten en hulpvragen: politiserend in plaats van individualiserend, vanuit een krachts- in plaats van een onmachtsperspectief. Over het aan te bieden programma: transparant en autonomiebevorderend. Met betrekking tot de gesprekken: thematisering van machtsverschillen; blijven binnen het taalveld van de cliënt. En altijd: goede, onafhankelijke voorlichting. Er tekende zich zo een beginnende professionalisering af die ook een therapeutisering, moralisering en depolitisering van de VHV met zich meebracht.

Geleidelijk werd, mede onder invloed van het integratieproces, de directe - en in feite wat naïeve - koppeling tussen de politisering van problematiek en de collectivisering van oplossingen losgelaten. Ten eerste onderkende men dat emancipatie geen toestand is, maar een nooit eindigend proces - een proces van bevrijding uit overbodige vormen van macht. Ten tweede begon men zich te verdiepen in de gelaagdheid van emancipatie: fysiek, psychisch, sociaal, cultureel. Ten derde kreeg men steeds meer oog voor de complexiteit van de verbanden tussen die verschillende lagen.

De emancipatoire gerichtheid verengt zich op den duur tot het psychische en relationele vlak. In de psychosociale vrouwenhulpverlening wordt 'autonomiebevordering' de gemeenschappelijk noemer waaraan vele therapeutische strategieën werden opgehangen. Het inzicht in de eigen, cultuur- en klassegebonden vooringenomenheid neemt echter toe en leidt tot een relativering en contextualisering van het autonomie-ideaal (Boedjarath 1993, Mesch en van Mens-Verhulst, 1993; Vos, 1992b). Voor wat betreft de - lichamelijke - vrouwegezondheidszorg concludeert L. Nicolai in 1991: 'Autonomie lijkt in dit verband [...] geen realistisch begrip'.... 'Aletta vindt dat de vrouw gesteund moet worden bij het nemen van beslissingen en daarom heeft voor haar deze doelstelling in de loop der jaren vooral de betekenis gekregen van vrouwen goede onafhankelijke voorlichting aanbieden, waarin zowel positieve als negatieve kanten worden benoemd.'

De emancipatoire intenties van de VHV worden steeds nadrukkelijker gepresenteerd als een uitnodiging tot verandering. De laatste jaren strekt die uitnodiging zich ook uit tot een herverdeling van de zorgtaken en -rechten tussen vrouwen en mannen (zie onder andere Meinen e.a., 1994).

In dit boek wordt het debat rond emancipatie, politisering en macht op verschillende manieren aangezwengeld. Aan de ene kant luidt de kritiek dat sommige principes te beperkt worden toegepast. Dit is althans de strekking van Boedjarath's pleidooi voor - politiserende - groepshulpverlening aan (onder andere) allochtone en gehandicapte vrouwen, Nelleke Nicolai's betoog ten gunste van onderhandelingen over zorg-geven-en-krijgen en van den Berg's handreiking voor een machtsanalyse in relatietherapieën.

Aan de andere kant wijst men er op dat bepaalde principes contextueel gebonden zijn en in de praktijk te onomwonden of onder de verkeerde condities worden ingezet. Zo laten zich in ieder geval de stel-

lingnames van L. Nicolai en Schilder & Kaaijk interpreteren, waar de eerste vindt dat er in het reguliere circuit geen aparte positie voor ervaringsdeskundigheid moet worden ingeruimd en de laatsten ons confronteren met de dilemma's rond 'strategisch handelende' clinten en 'geforceerde gelijkwaardigheid'.

Met het onderscheid dat Schilder & Kaaijk maken tussen een binnen- en een buitenperspectief en tussen een feitelijke, morele en instrumentele 'werkelijkheid', hebben ze een analysekader geïntroduceerd dat het denken over macht en emancipatie in de hulpverleningsrelatie aanzienlijk verruimt en verrijkt. Dit kader maakt het mogelijk de dubbelzinnige relatie tussen disciplineren en emancipatie beter te doorgronden en te benutten. Gelijkwaardigheid verschijnt daarin als de mogelijkheid tot dialoog over de drie werkelijkheden vanuit een 'subjectief' en een 'afstandelijk' perspectief. Het brengt het debat over machtsverschillen - tussen mannen en vrouwen, maar ook tussen allerlei andere doorsneden van de mensheid - weer terug in het hart van de hulpverlening. Tegelijkertijd laat het openingen voor verschuivingen in de opvattingen over die verschillen.

De noodzaak van een kader dat openstaat voor nieuwe ontwikkelingen in de verhoudingen tussen de seksen blijkt ook uit het hoofdstuk van Meintser, waarin ze de paradox van de emancipatie memoreert: hoe er op allerlei terreinen zoveel vooruitgang is geboekt dat velen - met name mannen, maar ook veel jonge vrouwen - denken dat het emancipatieproces wel zo ongeveer voltooid is. Het debat over de zorgposities van vrouwen en mannen dat zich nu ontwikkelt, illustreert hoe belangrijk het is om 'emancipatie' (geheel overeenkomstig haar proceskarakter) als thema op de hulpverleningsagenda te houden en alert te blijven op de factoren die gepolitiseerd dienen te worden in het kader van welzijn en gezondheid van vrouwen en mannen. 'Het' einddoel van de VHV-beweging zoals Meintser dat verwoordt in termen van de Adviesgroep VHV vormt derhalve geen absoluut punt, maar is een verschuivend perspectief - passend bij de opvatting dat emancipatie een dynamisch, nooit eindigend proces is.

[k2] Consument-, cliënt- of gewoon vriendelijk?

Consument- of cliëntvriendelijkheid heeft als onderscheidende kwaliteit voor VHV mogelijk haar langste tijd gehad. Klantvriendelijkheid is tegenwoordig een kenmerk waar alle leveranciers van gezondheidszorg zich graag op laten voorstaan - zij het dat de effectuering daarvan te wensen over laat als gevolg van bijvoorbeeld de schaalgrootte en de bureaucratische stroomlijning van hun werkzaamheden. Niettemin tonen ze zich gevoelig voor een uitgebreide reeks aandachtspunten betreffende de bejegening en inrichting van de zorg, zoals:

een vlot verloop van het eerste contact, (heldere) informatieverschaffing, nakomen van afspraken, comfortabele inrichting van de wachtkamer, goede bereikbaarheid van het gebouw, flexibiliteit van de organisatie om in te spelen op de wensen van de cliënt met betrekking tot tijden en hoedanigheden van de

therapeuten (hun leeftijd en sekse bijvoorbeeld), bereidheid om het eigen professionele handelen ter discussie te stellen, systematische terugkoppeling van het oordeel van de cliënt naar therapeut en instelling, participatie van cliënten in het bestuur en afstemming van het hulpverleningspakket op de regionale morbiditeit.

De pioniers van de VHV moesten echter werken in een tijd en omgeving waarin de professionals zich nog maar net ontworsteld hadden aan de tradities van de pastorale zorg (Dehue, 1990). Daarin gold de op wetenschappelijke inzichten gebaseerde wijsheid van de professioneel opgeleide deskundige als het hoogste goed, waaraan de leek zich met een gerust hart moest en kon toevertrouwen. Afhankelijkheid van de clint/patiënt leek in die constellatie een oergegeven en ook de fragmentatie in het aanbod, de gebrekkige continuïteit, toegankelijkheid, aanspreekbaarheid en aansprakelijkheid van de hulpverlening golden als onvermijdelijke ongemakken van een op zich wenselijke, professioneel gestroomlijnde inrichting van de zorg (Besteman, 1977; Roessing, 1977).

VHV profileerde zich toen als consumentvriendelijk door beter af te stemmen op 'de door vrouwen geleefde werkelijkheid'. In concreto betekende dit bijvoorbeeld dat er expliciet aandacht werd besteed aan de geringere mondigheid van hulpvraagsters en de beperkingen die voortvloeiden uit hun verzorgingstaken, hun geringere mobiliteit en financiële afhankelijkheid of instabiliteit. Ook werden, door een minder strikte afbakening van de therapeutische activiteiten en tijden, gunstiger condities gecreëerd voor medemenselijke zorg: gelegenheid voor ontspanning en napraten, bereikbaarheid buiten instellingstijden, hulp bij het opzetten van steunnetwerken (Vos, 1993a; Vos e.a. 1993).

Vanuit de visie dat sekse en gender voor een belangrijk deel geconstrueerde categorieën zijn, rijst nu de vraag welk deel van de vrouwelijke clintèle dan precies gebaat zou zijn bij dit soort vriendelijkheid en op basis van welke argumenten zo'n voorkeur is te legitimeren. De aanvankelijk enkelvoudig voorgestelde werkelijkheid van vrouwen heeft immers plaatsgemaakt voor een veelvoudiger beeld, waardoor het moeilijker is geworden daar de inrichting van de hulpverlening uniform op af te stemmen. Bovendien is het besef gedaagd dat iedere institutionele invulling van vrouwvriendelijkheid, ongewild, ook een bijdrage kan leveren aan de instandhouding van een bepaalde (maatschappelijke en therapeutische) beeldvorming over vrouwen. Een VHV die vriendelijk én innovatief wil zijn, kan haar clintvriendelijkheid derhalve niet vastleggen in een starre, uniforme 'etiquette', maar probeert in haar beeldvorming en vormgeving aan te sluiten op de geleefde werkelijkheid van de individuele cliënt enerzijds en de sociaal-culturele ontwikkelingsruimte anderzijds.

[k2]Holisme: mislukte oplossing, maar geslaagd probleem

Wie door Bransen geattendeerd wordt op het reductionisme achter het holisme, kan zich in eerste instantie slechts verbazen over de

plaats die het onder de kenmerkende kwaliteiten van VHV heeft weten te veroveren. Wie echter, in tweede instantie, vanuit een buitenperspectief kijkt naar de vlucht die het holisme heeft genomen, vallen de parallellen met andere hulpverleningssoorten op. Ook beoefenaars van de alternatieve en huisartsgeneeskunde plegen te wijzen op hun holistische of integrale aanpak om zich daarmee te profileren ten opzichte van respectievelijk de reguliere zorgverleners en de medisch specialisten. Holisme is kennelijk geen hoera-kwaliteit vanwege de oplossingen die het aandraagt maar door de probleemstellingen waar het op duidt.

In die tweede 'lezing' is het beroep op holisme te begrijpen als een bereidheid om dominante opsplitsingen en indelingen in het denken over en organiseren van mens, maatschappij en gezondheidszorg ter discussie te stellen. Als zodanig ondersteunt het de tegenbeweging die ook in de andere criteria aanwezig is: een kritiek op de gangbare tweedelingen in mannen en vrouwen, meer- en minder machtigen, professionals en leken. De nieuwe denkkaders en paradigmaverschuivingen die nodig zijn om dit soort herordening theoretisch te funderen, zijn echter zelf ook onderwerp van debat - in vrouwenstudies, de wetenschapstheorie en verschillende disciplines en kundes. Daarom eindigen we dit boek met een selectie uit die theoretische debatten.

[k2] Wetenschapstheoretische debatten.

Wat achteraf gezien opvalt, is dat de opkomst van VHV min of meer parallel loopt met een toenemende aanhang voor het constructivistisch denken in de gedrags- en maatschappijwetenschappen. Beide ontwikkelingen lijken tekenen te zijn van een groeiend onbehagen over bestaande ordeningen. Deze ordeningen zijn voortgekomen uit een positivistische wetenschapsopvatting die zowel de professionele als de wetenschappelijke praktijk sterk beïnvloedde.

In de positivistische doctrine, die haar wortels heeft in de negentiende eeuwse natuurwetenschappen en technologie, vindt men een grenzeloos optimisme over de maakbaarheid van mens en samenleving. Er hoort de - separate - denktrant bij van het technisch rationalisme: het idee dat alle problemen langs technische en rationele weg kunnen worden opgelost. Voorondersteld is dat doelen duidelijk zijn en middelen beschikbaar, en dat emoties (lees: storende factoren) kunnen worden uitgeschakeld (Keller, 1986).

Op grond van de technisch-rationele denktrant konden zich professies ontwikkelen, ook in de gezondheidszorg. Het resultaat was een toenemende en merendeels gewaardeerde beheersing van een groot aantal problemen, ziektes, plagen, angsten en natuurrampen. Diezelfde denktrant brengt professionals echter in stijgende mate in verlegenheid, sinds ze worden geconfronteerd met toenemende complexiteit, onzekerheid, instabiliteit, eenmaligheid en waardeconflicten. (Schön, 1983).

Vanuit de wetenschap worden steeds pogingen gedaan om aan het positivistische paradigma te ontsnappen. De meest gewaagde zijn te

vinden in 'anarchistische' modellen en chaostheorie(en) (Cohen, March and Olson, 1972; van Dijkum en de Tombe). Hierin neemt men afstand van de traditionele opvattingen over causaliteit en verandering door deze in te kaderen in dynamische modellen. Zo wordt zichtbaar dat de positivistische modellen slechts geldig zijn voor bepaalde gebieden van de werkelijkheid waarin herhaalbaarheid, stabiliteit (en tot op zekere hoogte stilstand) 'heersen' en dat de mens die werkelijkheidsgebieden zelf construeert. Vanuit het transformatieparadigma en het constructivistisch perspectief is waarneembaar hoe de positivistische benadering haar eigen vooronderstellingen 'waar maakt' door de dubbelzinnigheden in de werkelijkheid te vereenvoudigen en te verhelderen met behulp van tweedelingen als lichaam-geest, ziek-gezond, leek-deskundige, doen-denken, man-vrouw (zie ook Van der Maesen, in dit boek). Deze dichotomieën krijgen op den duur de status van maatschappelijke vanzelfsprekendheid en empirisch feit en bevestigen elkaar op die manier. Ter illustratie: de combinatie van 'geest, gezond, deskundig en denken' wordt vaker met mannen dan met vrouwen geassocieerd, ook nu daar gezien de maatschappelijke ontwikkelingen steeds minder reden voor is.

In de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg zijn minstens even gewaagde ontsnappingspogingen ondernomen, onder andere door de antipsychiatrie, de alternatieve hulpverlening en de VHV. Hiervan getuigen bijvoorbeeld de deconstructies van het sekse-onderscheid, socio-psycho-biologische interpretaties van klachten, het omdopen van geweldslachtoffers in overleefsters en de aandacht voor het belang van ervaringskennis en -deskundigheid. Ook manifesteren ze zich in de tegemoetkomingen aan het zoekproces van cliënten, de alternatieve vormgeving aan het hulpverleningsproces en de reflectie over de probleembestendige werking van de geestelijke gezondheidszorg - met name voor degenen die geen deel hebben aan de definitiemacht.

Deze pogingen zijn te beschouwen als de praktische pendant van wetenschapstheoretische debatten rond de positivistische opvattingen over causaliteit en lineariteit, orde en organisatie, kennis en deskundigheid, stilstand en verandering. We schetsen hier in vogelvlucht de essentie.

[k3]Het debat over causaliteit

In het debat over causaliteit gaat het over de vraag welke soorten causaliteit er bestaan en wanneer je tot een oorzaak-gevolg verband mag besluiten. Hierin staan zowel het logische als het positivistische uitgangspunt ter discussie. De streng logische opvatting over causaliteit luidt namelijk als volgt: Men mag pas zeggen dat P de oorzaak is van Q als niet alleen bekend is dat P gevolgd wordt door Q, maar ook dat niet-P gevolgd wordt door niet-Q. (Voor P zou kunnen worden ingevuld 'een traumatische gebeurtenis; voor Q 'psychische klachten'.) De positivistische doctrine voegt hier de opvatting aan toe dat ieder verschijnsel causaal bepaald zou zijn, met andere woorden 'voor alles is een oorzaak'.

De lineaire voorstelling van causaliteit (de zogenoemde causale keten) is lang dominant geweest in de probleemstellingen rond gezondheid en gezondheidszorg. Daarbij ging men aanvankelijk uit van het monocausale model: de veronderstelling dat ieder verschijnsel slechts één oorzaak heeft. Dit ging gepaard met vragen als: welke organische storing veroorzaakt deze ziekte? Welk aspect van de behandeling heeft tot genezing geleid? Later groeide het inzicht dat er enerzijds een combinatie van oorzaken voor een verschijnsel kan zijn (multicausaliteit) en anderzijds verscheidene gevolgen uit een oorzaak kunnen voortvloeien (multi-effectiviteit). In de vraagstellingen kwam de meervoudsvorm in zwang: Welke biologische, psychologische, sociale en culturele factoren zijn verantwoordelijk voor deze klachten; wat zijn de (lichamelijke, geestelijke en sociale) effecten van deze methode/ dit medicijn? Bijna onvermijdelijk volgde de vraag hoe factoren elkaar onderling beïnvloeden (dynamische causaliteit). Daarop kon onderzoek naar de correlaties tussen variabelen onvoldoende antwoord geven; er was 'procesonderzoek' nodig naar de wisselwerking tussen biologische, psychische en sociale gezondheidsdeterminanten, bijvoorbeeld in geval van urineverlies. Dit wordt wel als het 'interactieve model' aangeduid (de Ridder, 1990).

[k4] Systeemtheoretisch perspectief.

Nieuwe opvattingen over de richting van de causaliteit werden ontleend aan het systeemtheoretische perspectief (zie ook Van den Berg in dit boek). Vanuit dit perspectief kwam de mogelijke wederkerigheid in de relatie tussen oorzaak en effecten (circulaire causaliteit) in beeld. Men kreeg meer oog voor hoe effecten oorzaken beïnvloeden en met welke (de)escalatieprocessen dat gepaard gaat. Het lerend vermogen van mensen kreeg een plaats in de theoretische modellen, zowel voor het ontstaan van psychische stoornissen als in het werken aan herstel of acceptatie. Theorieën over kleine (biologische sekse-) verschillen die tot grote (sociale) gevolgen kunnen leiden, passen bijvoorbeeld in dit denken.

Daarmee deed het principe 'kleine oorzaken kunnen grote gevolgen hebben' zijn intrede. Bij dit type causaliteit worden de puzzels op onderzoeksmethodologisch gebied echter al zo groot, dat men bij voorkeur onderzoek doet met eenvoudiger causale modellen.

Nog verder gaan de modellen van non-lineaire causaliteit, waarin gekeken wordt naar andere dan lineaire of circulaire patronen. Daarin is bijvoorbeeld sprake van 'tweesprongen' en 'vreemde attractoren'. Met behulp van deze benadering die wel als de derde wetenschappelijke revolutie wordt aangeduid (van Dijkum en de Tombe, 1992; Gleick, 1989), dienen zich alternatieve verklaringen aan voor zowel het verloop als de effecten van hulpverleningsprocessen.

[k4] Temporele ordening.

Door de discussie over de richting van de causaliteit heen speelt

nog een andere discussie, namelijk of er - logisch gesproken - altijd van een temporele opeenvolging sprake moet zijn om van causaliteit te mogen spreken. De opvatting dat de oorzaak van een probleem in het verleden ligt, is aannemelijk als het over de technische werkelijkheid en machines gaat. Voor de psychische en sociale werkelijkheid is ze echter minder plausibel, omdat het daarin mensen betreft en mensen beschikken over een anticiperend vermogen. De oorzakelijke lijn van verleden - heden - toekomst is dan niet zo eenduidig meer. Hun problemen kunnen immers ook worden veroorzaakt door slechte vooruitzichten, sombere toekomstverwachtingen of ambitieuze voornemens. Dit pleit er voor om ook toekomstfactoren als causale invloeden te beschouwen en bijvoorbeeld voor interventies te benutten.

Soortgelijke contra-intuïtieve ideeën zijn, dat oplossingen tot probleemformuleringen kunnen leiden; dat diagnoses het resultaat kunnen zijn van behandeling ('diagnostische medicatie'); en dat doelstellingen de uitkomst kunnen zijn van activiteiten in plaats van andersom.

[k4] Universaliteit.

Parallel aan de discussie over de richting van de causaliteit loopt een discussie over de universaliteit van causaliteit. In de eerste plaats betwijfelt men of een verschijnsel/probleem wel altijd op dezelfde wijze wordt veroorzaakt. Denkbaar is immers, dat het de ene keer een andere causale geschiedenis kan hebben dan de andere (equifinaliteit). Hiermee openen zich nieuwe wegen voor onder andere diagnostische theorievorming en effectonderzoek. Het betekent bijvoorbeeld dat de eetstoornis bij de ene cliënt op een ander complex van factoren is terug te voeren dan bij de andere cliënt; en ook dat er andere oorzakelijke processen aan dezelfde klachten van mannen en vrouwen ten grondslag kunnen liggen.

In de tweede plaats relativeert men universele causaliteit door te wijzen op het bestaan van verschillende deterministische gebieden, waarin 'eigen' causale wetten gelden. Hiermee neemt men dus afstand van de vooronderstelling dat de werkelijkheid één stabiel deterministisch gebied is. In plaats daarvan schrijft men aan die deterministische gebieden een metastabiele toestand toe. Dat wil zeggen dat de gevonden stabiliteit niet van nature aanwezig is, maar voortdurend moet worden georganiseerd en onderhouden - rekening houdend met de causale wetten die van kracht zijn.

De relativering is dus tweevoudig: causale wetten gelden slechts lokaal, voor een bepaald deterministisch gebied; bovendien kunnen ze hun geldigheid verliezen doordat het deterministische gebied verandert.

Vanuit dit gezichtspunt is het mogelijk om genuanceerder na te denken over de grenzen van de voorspelbaarheid en beheersbaarheid, bijvoorbeeld wat betreft het ontstaan van trauma's, de (in)effectiviteit van preventiemaatregelen, de beperkte functionaliteit van hulpverleningsstrategieën voor bepaalde doelgroepen en de veroudering van hulpverleningsopvattingen.

Nog een stap verder gaat de gedachte, dat toeval ook een causale factor is en dat het gewicht van die factor toeneemt waar de heersende causale wetten in werkingskracht afnemen, dus aan de grenzen van een deterministische gebied. Dit zou misschien meer licht kunnen werpen op de grilligheid van sommige pathologie-ontwikkelingen en hulpverleningsprocessen (Tennekes, 1990; van Dijkum en de Tombe, 1992).

[k3]Het debat over orde

In het debat over orde gaat het over de idealen van het logisch positivisme: het opsporen, beschrijven, voorspellen en beheersen van de in de werkelijkheid aanwezige orde (wetten). In dit denkkader past het om op zoek te gaan naar het 'echte' probleem, de 'juiste' fase-ring van het hulpverleningsproces, de 'beste' taakverdeling, de 'ware' sekseverschillen en de meest effectieve methode.

Vanuit de constructivistische benadering wordt onmiddellijk een reeks vervolgvragen gesteld om de achterliggende processen op het spoor te komen: wat maakt dat iets echt, juist, best, waar of effectief lijkt; hoe en door wie is de gevonden orde georganiseerd; welke problemen lost en loste die orde(ning) op, voor wie?

De VHV-beweging bewijst met haar praktijken dat de traditionele ordeningen in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening niet zo 'natuurlijk' zijn als lange tijd is aangenomen. Ze werkt aan het overstijgen van het gangbare onderscheid in denken en voelen, individu en maatschappij, helper en geholpene. Ze experimenteert met het loslaten van de klassieke fasering van het hulpverleningsproces. Ook onderneemt ze belangwekkende pogingen om de splitsing in lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg, materiële en immateriële dienstverlening te verzachten.

Dit alles gebeurt echter nogal impliciet en terloops. Bijpassende theoretische discussies over hoe orde ontstaat en voortbestaat, zijn tot nu toe achterwege gebleven.

[k4]Modellen voor orde én chaos

In de natuurwetenschappen zijn enkele belangwekkende en baanbrekende theorieën ontwikkeld, die de relatie tussen orde en wanorde (chaos) in een nieuw daglicht stellen. Omdat van deze theorieën ook wiskundige modellen (formules) beschikbaar zijn, zijn ze in principe inzetbaar voor empirisch onderzoek met computersimulaties. Een hiervan - de theorie van zelforganisatie - geven we hier kort weer om te tonen welke inspiratie ze kan bieden voor verdere theorievorming ten behoeve van de gezondheidszorg (Zie verder van Dijkum en de Tombe, 1992; van Mens-Verhulst, 1992b; van Mens-Verhulst en van Mens, 1990).

De theorie van zelforganisatie is het werk van de scheikundige Prigogine, die hiervoor de Nobelprijs heeft ontvangen (Prigogine en Stengers, 1984). Deze theorie zegt ten eerste dat niet alle orde van buitenaf gegeven hoeft te zijn of te worden veroorzaakt, want dat

orde ook spontaan - van `zelf' dus - kan ontstaan uit de processen die er gaande zijn.

De tweede nogal revolutionaire stelling is dat een van oorsprong functionele ordening door haar eigen dynamiek disfunctioneel kan worden, namelijk als ze zich te vaak of te snel achtereen voltrekt. Zo'n `teveel van hetzelfde' scenario kan zich in principe in twee richtingen ontwikkelen: een escalatie van negatieve dan wel positieve loops. Dat betekent òf een verloop van toenemende orde naar ultrastabiliteit (dodelijke stilstand) òf een van toenemende wanorde naar ultraflexibiliteit (onvoorspelbare fluctuaties). Het eerste wordt het conservatieve, het tweede het dissipatieve scenario genoemd. Voorbeelden van een conservatief scenario zijn de ver voortgeschreden arbeidsdeling tussen de seksen en de contraproductieve splitsing en ordening van zorgactiviteiten uit het oogpunt van doelmatigheid (zie Knijn, 1994, over `taylorisering' van het `produkt zorg'). We denken hierbij ook aan de toenemende verfijning in de indicatiestelling - die erin kon resulteren dat 80% van de tijd van een intakestaf wordt besteed aan die 15% van de cliënten waarvoor geen duidelijke probleemidentificatie mogelijk is.

Als voorbeeld van het dissipatieve scenario kan de toenemende differentiatie van doelgroepen en fragmentarisering van belangengroepen dienen, of de explosie van alternatieve hulpverleningsproducten.

Een derde verrassend inzicht dat de theorie van de zelforganisatie heeft te bieden, is dat de normatieve lading die traditioneel aan de begrippen `orde' en chaos wordt toegekend (orde = normaal = gezond; chaos = abnormaal = ongezond) op empirische gronden moet worden afgewezen. Volledige orde wordt hergewaardeerd als een ongezonde toestand. Gezondheid wordt geherdefinieerd als een (metastabiele) toestand van orde en chaos.

Het vermoeden is gewettigd, dat deze theorie niet alleen nieuwe hypotheses genereert voor de ontwikkeling en het voortbestaan van hulpverleningsarrangementen maar ook voor het ontstaan van pathologieën, de (dis)functionaliteit van een hulpverleningsrelatie en de meest wenselijke hulpverleningsresultaten.

[k3]Het debat over kennis

Het debat over de hoedanigheid van kennis is natuurlijk ook een debat over theorie en praktijk en over professionaliteit. Het is een discussie die vooral door organisatiedeskundigen wordt gevoerd (van Aken, 1993, 1994; Argyris en Schön, 1978; Kolb, 1984; Schön, 1982) thans ook in vrouwenstudies speelt (Belenky, 1986; Code, 1991) en in de culturele antropologie al veel langer leeft (Bateson, 1973). In de geestelijke gezondheidszorg, preciezer gezegd de psychologie, leidt dit echter een kwijnend bestaan. (Dehue, 1990; Duijker, 1979; Hutschemaeckers, 1989, 1993).

[k4]Logisch-positivistische opvatting.

Volgens de logisch-positivistische opvatting dient kennis bepaalde regelmatigheden en causaliteiten in de empirie zichtbaar te maken op grond waarvan universele voorspellingen kunnen worden gedaan. Theorie en praktijk zijn in deze opvatting twee gescheiden zaken. Om de verbinding tussen die twee werelden tot stand te brengen, zijn professionals nodig, die de universeel geldige kennis (door fundamenteel onderzoek verkregen) vertalen in toepasbare en toegepaste kennis. De basis voor hun professionele activiteiten is dus gelegen in theoretische inzichten. Weten en denken gaan vooraf aan het doen.

Kennis vereist vanuit deze - in termen van Belenky e.a. separate - denkpositie objectiviteit; daarvoor moet je feitelijke ervaringen objectiveren en de positie van toeschouwer innemen. Het is een apart 'goed' dat je kunt produceren, verkopen en overdragen. Vanuit deze optie zouden professionals hun deskundigheid ontleenen aan een dergelijke door scholing overgedragen kennis. Het is kennis 'van buitenaf'.

[k4]Organistische opvatting

Een andere opvatting van kennis is dat doen ook wel vooraf kan gaan aan denken en dat denken en doen ook hand in hand kunnen gaan. Met andere woorden: kennis ontstaat ook door reflectie en actie. Die reflectie kan gebeuren door iemand die buiten 'de actie' staat, maar ook door iemand die er aan deelneemt. In het eerste geval spreken we van voornoemde toeschouwerskennis, in het tweede van participantenkennis. Ervaringsdeskundigheid is dan een voorbeeld van participantenkennis.

Kennisontwikkeling vindt zo 'al doende' plaats en hoeft zich niet per se op aparte plaatsen en tijden af te spelen. In deze gedachten-gang is de huidige tweedeling in denkers en doeners, professionals en leken, universiteit en samenleving te begrijpen als een voorbeeld van een door mensenhand gestichte orde. Door de voortgaande afsplitsingen (een conservatief scenario, zogezegd) gaat de confrontatie tussen toeschouwers- en participantenkennis verloren en dreigt de geproduceerde kennis disfunctioneel te worden. Om die tegenstelling te voorkomen is er een dynamische en gedifferentieerd opvatting van kennis en deskundigheid nodig.

Professionaliteit kan dan in twee dimensies worden uitgedrukt - toeschouwers- en participantenkennis- waarbij een professional meer of minder van beide dimensies 'in huis' kan hebben. Het gaat om twee continua waarop een hoog/hoog, hoog/laag, maar ook een laag/laag score mogelijk is. Welk mengsel 'het beste' is, is in zijn algemeenheid niet te beantwoorden. Het hangt onder andere af van het probleem waarvoor een antwoord wordt gezocht, de cliënt die het probleem heeft en de beschikbare toeschouwerskennis. Daar waar onvoldoende toeschouwerskennis voorhanden is, zal de professional moeten vertrouwen op 'heuristische kennis' zoals indicaties en contra-indicaties: een combinatie van denkmethoden, zoekregels en suggesties die bepaalde wegen van handelen als mogelijk vruchtbaar aanwijst en andere afraadt of blokkeert.

[k4]Constructivistische opvatting

In de constructivistische opvatting beschouwt men theorieën als constructies waarmee mensen proberen vat te krijgen op een complexe werkelijkheid. Het zijn dus middelen die meer of minder bruikbaar kunnen zijn.

In deze opvatting laten zich verschillende soorten kennis onderscheiden: kennis over formele regelmaat (de wiskunde bijvoorbeeld), over feitelijke wetmatigheden en over ontwerpen, interventies en constructies. De kennis met de grootste reikwijdte en bruikbaarheid, waar professionals dus de meeste behoefte aan hebben, is die kennis waarin de perspectieven van toeschouwer en deelne(em)ster worden afgewisseld of op een hoger niveau aaneengesmeed: van buitenaf naar binnen, en van binnenuit naar buiten (zie ook Schilder en Kaaijk in dit boek). In termen van Belenky gaat het dan om de verbonden geconstrueerde kennis.

Vanuit het constructivistisch standpunt dienen alle constructies (theorieën, methodieken, vertogen) bevraagd te worden op het wie, waar, hoe en waarom. Een dergelijke kritische benadering past uitstekend bij een beweging die haar oorspronkelijke legitimatie ontleent aan het verzet tegen de dominante paradigma's - de vrouwenhulpverlening dus.

Een bewust constructivistische denkpositie verplicht echter ook tot het onderzoeken van de eigen constructieprocessen. We hopen dat dit boek daar een - constructieve - bijdrage aan levert.

1. Dynamisch betekent volgens het woordenboek 'krachtig' en 'beweeglijk', maar wordt in het wetenschappelijk jargon speciaal gebruikt om aan te duiden dat men rekening houdt met de factor 'tijd'. Een dynamische benadering is daarom ook een procesbenadering.