

## WERKEN aan de HULPVERLENING:



van  
tweerichtingsverkeer  
naar  
kruispuntdenken

*Janneke van Mens-Verhulst*

**INHOUDSOPGAVE**

	<i>pag</i>
<b>WERKEN AAN TWEERICHTINGSVERKEER</b>	<b>3</b>
Zwangerschap als leerschool	
Tweerichtingsverkeer	
De standaardmens voorbij	
<b>WERKEN AAN SEKSEVERSCHILLEN</b>	<b>6</b>
Evidentie over sekseverschillen	
Concurrentie in het curriculum	
<b>WERKEN AAN DIVERSITEIT</b>	<b>9</b>
Provincies van verschil	
Unie van Utecht	
Kruispuntdenken	
Diversiteit in het curriculum	
<b>VROUWENHULPVERLENING ALS VOORTREKSTER</b>	<b>18</b>
Ontwikkeling naar seksspecifieke hulpverlening	
Verstrooiing en verdamping	
<b>ARISTOCRATISCH ARBEIDEN</b>	<b>21</b>
<b>DANK</b>	<b>22</b>
<b>GERAADPLEEGDE LITERATUUR</b>	<b>24</b>

## WERKEN AAN TWEERICHTINGSVERKEER

### Zwangerschap als leerschool

Zelden heb ik me zo bedrogen én machteloos gevoeld als die ochtend van de tweede zaterdag in november 1971. Daar stond ik, in de gang van onze flat in Amstelveen, met in mijn handen de brief van Technische Hogeschool Delft die mijn tijdelijke aanstelling had moeten bevestigen. Maar er stond: “Afgekeurd wegens zwangerschap”.<sup>1</sup> Wat was ik naïef geweest, met te denken dat man en vrouw gelijk waren voor de wet. Indirecte discriminatie bleek ook mogelijk.

Ook in andere opzichten was die eerste zwangerschap een bijzondere leerschool. Want meteen nam onze huisarts het heft in handen. Ik moest pillen slikken omdat ‘de vrucht’ zich dan beter zou nestelen. En ik moest direct een afspraak maken voor een ziekenhuisopname, want zo zou *hij* ondanks zijn drukke praktijk toch ‘zelf’ de bevalling kunnen doen. Plotseling was ik de regie over mijn eigen leven kwijt. Later leerde ik dat zo iets medicalisering wordt genoemd.

Uiteindelijk heb ik die afspraak in het ziekenhuis gemaakt maar de pillen achterwege gelaten. In jargon is dat: ‘geen therapietrouw’. Gelukkig maar, want tien jaar later bleek dit DES-hormoon – dat tussen 1947 en 1976 is voorgeschreven aan heel veel zwangeren - verantwoordelijk voor allerlei gezondheidsklachten van dochters, zonen en moeders. ([www.descentrum.nl](http://www.descentrum.nl), 1 okt 2006).

Met mijn zwangerschap liep het goed af. En met mijn toetreding tot de arbeidsmarkt ook. In september 1972 kon ik beginnen aan de Geneeskundige Faculteit van wat toen nog RijksUniversiteit Utrecht heette, bij het Instituut voor Medische Psychologie en Psychotherapie (IMPP).

### Tweerichtingsverkeer

Het IMPP zorgde voor de sociaal-wetenschappelijke inbreng in de medische opleidingen. Per studiejaar was er een cursus waarin medische studenten de nieuwste inzichten te horen kregen, zoals

- mantelzorg – naast professionele zorg;
- problemen met ‘kind en gezin’, verlevendigd met een film over antiautoritaire opvoeding;
- variaties in seksuele verlangens - waaronder homoseksualiteit - en de boodschap dat die niet als ziekte hoefden te worden beschouwd;

Ik, als andragoloog, had de opdracht een training ‘tweezijdige communicatie’ te ontwikkelen voor de studenten die hun eerste praktijkervaring gingen opdoen. Zij moesten leren dat het eenrichtingsverkeer (zeg maar, de manier waarop mijn huisarts mij had

---

<sup>1</sup> De logica erachter was onverbiddelijk: om een baan te krijgen moest je medisch gezond zijn. Zwangerschappen werden echter als ziekte geregistreerd. Dus vormde een zwangere vrouw een medisch risico en moest worden afgekeurd.

geïnstreerd) beter kon worden vervangen door tweerichtingsverkeer. Dus: de patiënt ruimte bieden iets terug te zeggen, én dan ook nog naar hem te luisteren en dáár weer op te reageren.

Dat die patiënten mannen of vrouwen waren? Dat het meestal vrouwen zijn die mantelzorg leveren? Dat gezinnen vaak seksspecifieke taakverdelingen én loyaliteiten kennen tussen vaders en moeders, dochters en zoons? Dat er incest en seksueel misbruik voorkomt, en welke trauma's daaruit voort kunnen vloeien? En hoe de communicatie tussen arts en patiënt anders verloopt als die arts een man of vrouw is? Dat lag allemaal nog buiten mijn – en ons - gezichtsveld. Ook studenten bleven dus naïef over wat sekse betekent voor gezondheidskansen, klachtbeleving, zorgbehoeften en therapeutische interacties.

Evenmin waren mijn collega's en ik ons ervan bewust hoezeer individuele levenslopen, sociale omgang en hulpverlening worden ingekleurd door etniciteit. We baseerden ons op een westerse, witte werkelijkheid.

Vijfendertig jaar later ligt dat toch even anders, en daarin heeft de VHV een voortrekkersrol vervuld.

## **De standaardmens voorbij**

De samenleving is pluriformer geworden (van Houten, 2004). Van oudsher waren sekse, klasse en leeftijd al belangrijke maatschappelijke ordeningsprincipes. Tegenwoordig zijn daar etniciteit en seksuele voorkeur bijgekomen. Dit gaat gepaard met een grotere variatie in levenslopen.

Maar terwijl samenleving en cliëntenpopulaties diverser worden, is de geestelijke gezondheidszorgsector (GGz) druk bezig te uniformeren: via zorgprogramma's, protocollen en richtlijnen, die weer doorgekoppeld kunnen worden naar de diagnose-behandelcombinaties.

In die standaardisatie is evidence based werken het credo: praktijkhandelen moet zoveel mogelijk gebaseerd zijn op recente gedegen wetenschappelijke kennis. (Kaasenbrood, 2001a, b, c; van der Laan, 2003; Melief, 2003).

Op zich zijn dat waardevolle kwaliteitsslagen; ook efficiëncyslagen, trouwens. De vraag is echter hoe professionals zich in dat krachtenveld staande kunnen houden. Hebben ze daarvoor de noodzakelijke cognitieve en morele kaders?

Vanmiddag wil ik met u nagaan wat er in dit opzicht te leren is aan de hand van de vrouwenhulpverlening (VHV). VHV is namelijk de beweging die het sekseverschil in de hulpverlening heeft gearticuleerd door te laten zien

- dat aan sekse niet alleen biologische maar ook psychische, sociale en culturele verschillen kleven. (Vaak wordt dit aangeduid als gender maar dat zal ik vanmiddag niet doen);
- dat in het bijzonder machtsverschillen aandacht verdienen;
- dat je daar op in kunt spelen met seksspecifieke thema's, bewustwordingsmethoden en oefengroepen;
- en dat dit ook speciale eisen stelt aan *wie* er helpt (man of vrouw, wel of geen ervaringsdeskundige) en aan de organisatie en materiële inrichting van de praktijken (van Mens-Verhulst, 1994; van Mens-Verhulst, 2001a).

In de loop van mijn verhaal stel ik me de volgende vragen:

- a) Hoe staat het met de seksspecifieke evidentie over gezondheid en zorg?
- b) Welke plaats heeft de factor sekse in de universitaire vooropleidingen?
- c) Wat kan een diversiteitsperspectief inhouden?
- d) Wat is de kruispuntbenadering?
- e) Wat draagt die bij aan een diversiteitsbestendig curriculum?

## WERKEN AAN SEKSEVERSCHILLEN

### Evidentie over sekseverschillen

Wat weten we eigenlijk over sekseverschillen in geestelijke gezondheid en -zorg? De afgelopen twee decennia is de kennisstroom sterk gegroeid. Om u een indruk te geven, vertel ik u waarin een *gemiddelde* man afwijkt van een *gemiddelde* vrouw. Het blijkt dat hij

- slechter om kan gaan met grote levensgebeurtenissen zoals scheiding, verweduwing en pensionering (Lee & Owens, 2002);
- trager is in het onderkennen van ziektesymptomen en het zoeken van hulp (Lee & Owens, 2002);
- zijn klachten zakelijker presenteert aan de therapeut, met minder informatie over zijn sociale omgeving (Boer, 1994; Meeuwesen, 2001);
- als weduwnaar beter af is met een op emotie- dan probleemgerichte counselingsgroep (Lee & Owens, 2002);
- vaker ontevreden is over de geboden psychologisch hulp en de therapeut (Lee & Owens, 2002);
- als hij cliënt is van Riagg of Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis, minder vaak seksueel misbruik heeft meegemaakt, maar toch nog altijd in ongeveer 20% van de gevallen (Höing, Engen, Ensink, Vennix & Vanwesenbeeck, 2003);
- minder kans loopt op depressie maar meer op alcohol- en drugsverslaving (Have, Schoemaker & Vollebergh, 2002);
- in geval van depressie slechter af lijkt te zijn met pillen alleen; voor hém werkt een combinatie met praten beter (Gijsbers van Wijck, Dekker, Peen & Jonghe, 2002), maar dat kan ook met de soort pillen te maken hebben (Thase e.a., 2000);
- minder baat heeft bij selectieve serotonineheropnameremmers (Gijsbers van Wijck e.a., 2002; Legato 2006);
- lagere therapietrouw vertoont (Steketee, 1995);
- een hoger zelfdodingsrisico heeft (Lee & Owens, 2002; Cochran & Rabinowitz, 2000).

Dus, om gemiddelde mannen en vrouwen dezelfde 'materiële' kans op gezondheid te bieden, zijn er verschillende ofwel seksegedifferentieerde behandelingen nodig. (Zie ook Schilder, 2004; Oosten, 2004; van Mens-Verhulst & Bekker, 2005a.)

Die seksspecifieke behandelingen zijn er ook wel. Uit onderzoek naar de intake bij acht verschillende Riagg's (de Boer, 1994) is bijvoorbeeld bekend dat mannen vaker de suggestie krijgen hun gevoelens meer te uiten. Ze worden ook gauwer af- of verwezen als ze met seksualiteitsproblemen kampen; of met impulsief en agressief gedrag bij relatieproblemen. Vermoedelijk is dit soort *onbewuste* seksspecificiteit niet zo effectief. In ieder geval is het weinig professioneel.

Daarnaast bestaan er ook *bewust* seksspecifieke behandelingen voor mannen, onder namen als 'vermoeide heldengroep', 'boze mannengroep' en 'mannensociëteit'. Over de effectiviteit daarvan ken ik echter nog geen onderzoek.

Bewust vrouwspecifieke hulpverlening komt meer voor, maar ook de effectiviteit van deze praktijken zijn nauwelijks onderzocht. En zeker niet volgens de gouden standaard van het gerandomiseerd effectonderzoek. Overigens geldt dat voor veel meer interventies.

Niettemin wijzen de onderzoeksresultaten die wel beschikbaar zijn, allemaal in dezelfde richting, namelijk van positieve generieke effecten. De vrouwelijke cliënten zijn tevreden over de geboden hulp - vaak tevredener dan over seksneutrale hulpverlening - hoewel de vermindering van hun klachten ongeveer hetzelfde is. Positieve effecten worden vooral gevonden voor ego-versterking, sociale weerbaarheid en algemeen welbevinden. (Appelo, 2000; Maan, 1991; Noordenbos & Van der Vlugt, 2003; Steketee, 1995; Vos & Kolk, 1994; Vos, Kolk & Van Mens-Verhulst, 1992).

Een recente studie naar de meerwaarde van sekse- en cultuursensitieve behandeling van depressie (Noordenbos, 2006), waarin cliënten van vrouwenhulpverleningsinstellingen, vrijgevestigden en de reguliere GGz zijn vergeleken, bevestigt dit. In symptoomreductie vond zij geen verschil. Wel bleek de VHV een significante meerwaarde te hebben voor het verwezenlijken van seksespecifieke doelen, empowerment, algemene psychosociale verbetering, tevredenheid en lagere drop-out.<sup>2</sup>

Na deze kleine bloemlezing is het tijd om de stap te maken naar het onderwijs: wat is er van dit soort inzichten terug te vinden in de universitaire vooropleidingen voor de GGz - sinds kort de 'bachelor-masters'.

Daarbij beperk ik me tot de sociale wetenschappen, omdat de medische opleidingen een eigen ontwikkeling kennen. (zie Gors, 2006; Lagro-Janssen, 2002; Mans, Verdonk, Lagro-Janssen, 2006; van der Sanden & Lagro-Janssen, 2000; Stuurgroep Vrouwenhulpverlening, 1998).

## Concurrentie in het curriculum

Vergeleken bij tien jaar terug, is het beleid betreffende seksespecificiteit verdampt: intenties zijn weg gevallen uit de missie, afdelingen vrouwenstudies opgeheven en medewerksters verstrooid of uitgezwermd – soms zonder dat hun expertise nog wordt benut.

Of sekse als factor aan bod komt in colleges, studieopdrachten en toetsen, is tegenwoordig afhankelijk van individuele cursuscoördinatoren. Geeft hun geweten in van wel, dan moeten ze bereid zijn extra te investeren in het vinden van geschikte artikelen, beeld- en geluidsdragers, want lang niet al het studiemateriaal is in dit opzicht bij de tijd.<sup>3</sup>

Ook die andere 'nieuwkomer' in de gezondheidszorg – het etniciteitsverschil – heeft het in dit opzicht moeilijk. Maatschappelijk gezien is er natuurlijk alle reden om hier aandacht aan te besteden. Immers, 15% van de GGz-cliënten is allochtoon (in de Randstad gemiddeld

---

<sup>2</sup> Uit Angelsaksisch onderzoek komt een soortgelijk beeld naar voren (Brown, 2006; Israeli & Santor, 2000). Volgens vragenlijstonderzoek van Jill en Gilbert (2005) realiseren feministisch therapeuten meer gelijkwaardigheid in de therapeutische relatie en wordt dat door hun cliënten ook zo ervaren. Naar aanleiding van het uit 1992 daterende onderzoek van Hackette, Enns en Zetzer is overigens duidelijk dat je niet alle feministische therapie over een kam kunt scheren. Zij vonden dat cliënten tevredener waren wanneer de oriëntatie van de therapeut liberaal in plaats van radicaal feministisch was.

<sup>3</sup> Neem bijvoorbeeld het veelgebruikte boek "Psychologische gespreksvoering" van Lang & van der Molen (2004). Daarin is ruim aandacht voor tweerichtingsverkeer, maar niet voor gender- en andere cultuurverschillen.

meer dan 40%). En ook de zogenoemde 'autochtone' status - ofwel witte, westerse etniciteit - die de andere cliënten en de meeste therapeuten in de hulpverlening meebrengen, krijgt verbazingwekkend weinig aandacht (Knipscheer & Kleber, 2005a). Toch komt het etniciteitsverschil evenmin boven de status van keuzevak uit. (Zie bijvoorbeeld Ingleby & Andriessen, 2000). Hopelijk blijft hier de verdamping en verstrooiing uit, maar ik ben daar niet gerust op, en ik zal u vertellen waarom niet.

Vooropleidingen als psychologie zijn gebaseerd op universaliteitsdenken. Dat wil zeggen dat men uitgaat van algemene wetenschappelijke waarheden en een maatschappelijk neutraal mensbeeld dat bij nader inzien vooral wit, westers, mannelijk en heteroseksueel blijkt te zijn. Aan die vooronderstelling van biopsychosocioculturele gelijkheid houdt men vast – totdat het tegendeel bewezen is.

Dient zich een maatschappelijk verschil aan dat dit uniforme mensbeeld aantast - en wat betreft sekse en etniciteit is daarvoor nu voldoende evidentie - dan is dat een inbreuk op het algemene verhaal. Die verstoring vangt de opleiding dan op door een extra verhaal toe te voegen, over die afwijkende mens (die 'ander'), in casu de vrouw, de allochtoon, of de migrant. Zo blijft het grote verhaal zoveel mogelijk in tact. Maar de kennis over sekse- en etniciteitsfactoren moet met elkaar concurreren om een plaatsje in de keuzeruimte van het curriculum.<sup>4</sup>

Wie de huidige commotie over vergrijzing volgt, weet trouwens dat een extra concurrent in aantocht is: leeftijd.

Gevolg is dat studenten – en niet eens alle studenten – tijdens hun studie hooguit met één verschilcategorie wat uitvoeriger kennis maken. Daardoor zijn ze niet - of niet goed genoeg - toegerust voor praktijken waarin hun rol nu juist zal zijn dat ze het confectiewerk van protocollen en richtlijnen op maat van hun cliënten snijden (en misschien wel dat ze signaleren wat er beter kan aan die confectie).

Om ondanks het confectieaanbod toch maatwerk te kunnen leveren aan de individuele cliënt, krijgen professionals (M/V) wel de beslissingsbevoegdheid van de richtlijnen af te wijken, maar die uitzondering moeten ze motiveren. Aan de ene kant om zichzelf en hun instelling in te dekken tegen klachtenprocedures van patiënten. Aan de andere kant om de vergoeding van de verzekeraar veilig te stellen. (Kaasenbrood, van der Werf & Hanneman, 2006).

Willen professionals hun discretionaire ruimte ten bate van hun cliënten kunnen benutten (Mullen, 2004; van der Laan, 2003), dan is het dus van het grootste belang dat ze getraind raken in het motiveren van 'afwijkende' behandelingen. Dit houdt onder andere in, dat ze in staat moeten zijn het universaliteitsvertoog te relativiseren, richtlijnen kritisch te analyseren en daarover het debat aan te gaan met hun professionele en organisatorische omgeving. Nog afgezien van de *moed* die daarvoor nodig is (Kunneman, 2005).

Vooropleidingen kunnen hier op inspelen met een 'diversiteitsbewust' curriculum (van Mens-Verhulst & Bekker, 2005a). Daarin zouden ze studenten naast het

---

<sup>4</sup> Een quick scan van de studiegidsen van het Nederlands Genootschap Vrouwenstudies wijst uit dat er in 1999/2000 een aanbod was van 29 vrouwenstudiecursussen op het gebied van sociologie, psychologie en pedagogiek, verzorgd vanuit tien universiteiten. Daarvan resteerden er in 2004/2005 nog vier, allemaal aan de Radboud Universiteit (toen nog Katholieke Universiteit Nijmegen). Wel groeide in diezelfde periode het aantal cursussen op het gebied van etniciteit en sekse/gender van drie naar dertien en het aantal daarbij betrokken universiteiten van drie naar vier.' (Mens-Verhulst & Bekker, 2005, TvG)



universaliteitsperspectief structureel ook een diversiteitsperspectief moeten bieden. Voor zo'n perspectief neem ik u mee terug naar het gezondheidsonderzoek; deze keer niet alleen vanuit een seksespecifiek, maar ook een etnisch, leeftijds-, klasse – en seksualiteitsperspectief.

## WERKEN AAN DIVERSITEIT

### Provincies van verschil

Rond ieder verschil bestaat als het ware een eigen provincie, elk met aparte conferenties, tijdschriften en geldpotten. Met oog op een diversiteitsperspectief is dan interessant wat die provincies gemeenschappelijk hebben. Dat is niet alleen de bezorgdheid over foutenbronnen en het enthousiasme over experientieel onderzoek, maar het zijn ook de radicale enclaves, het besef van aan vershilkennis inherente gevaren en de behoefte aan nuancering.

#### *Foutenbronnen*

Opvallend is hoe men in alle provincies alert is op foutenbronnen in het positivistische onderzoek (Bekker, 2003; Boer, 2006; Ingleby, 2000; de Jong, 1992; Knipscheer & Kleber, 1999; Mens-Verhulst, 2001b; Moerman & van Mens-Verhulst; Richters, 1999, 2001, 2002; de Ridder, 2000; Unger, 1990; Usscher, 1999; Veenman, 2002; Verheul, 2002; van de Vijver, 2005; Wagemakers & Quispel, 2003).

Zo wijst men op onbedoelde selectiviteit qua onderzochte groepen. Denk aan alle studies onder psychologiestudenten, die vroeger vooral informatie opleverden over witte jonge, hoog opgeleide mannen – en tegenwoordig dus over dito vrouwen<sup>5</sup>. Aan studies over de behandeling van depressie waarin mannen strijk en zet ondervertegenwoordigd zijn (Thase, Frank, Kornstein & Yonkers, 2000). Of aan Nederlandstalig bevolkingsonderzoek, dat onvermijdelijk veel migranten overslaat. (de Graaf, ten Have, van Dorsselaer, Schoemaker, Beekman & Vollebergh, 2005).

Daarnaast is er grote bezorgdheid over systematisch vertekening van resultaten. Door gekozen meetinstrumenten, criteria of afkappunten en onderzoeksmethoden lijkt de ene groep (vaak de mannen en de autochtonen) gezonder dan de andere. Bijvoorbeeld, mannen rapporteren minder pijn via een vragenlijst dan in een interview, zeker wanneer het een interviewster is. En allochtonen zijn niet per definitie openhartiger tegenover iemand uit de eigen etnische groep. (Dotinga, van den Eijnden, Bosveld & Garretsen, 2005). Veel migranten worden waarschijnlijk ondergediagnostiseerd, omdat ze volgens de criteria één symptoom 'tekort komen'. Van 204 aangemelde Turkse cliënten kregen om deze reden 24% in plaats van 38% de diagnose depressie en 7,1 % in plaats van 43, 6 % de diagnose somatoforme stoornissen (Can, 2006).

Verder is men heel kritisch over alle statistische studies van sekse- en etniciteitsverschillen, omdat die zonder mate en grootte van de spreiding eigenlijk nog niets zeggen; bovendien vaak geen verklarende variabelen bevatten; en een non-verschil te gemakkelijk interpreteren als een bewezen overeenkomst. Een analyse voor mannen en vrouwen apart, met daarna vergelijking van uitkomsten, is bijvoorbeeld al informatiever.

---

<sup>5</sup> Een recent voorbeeld is te vinden in "Adult Attachment Reassurance Seeking and Hypochondriacal Concerns in College Students, van Wearden, Perryman & Ward (2006). Onder de 120 studenten die aan hun onderzoek meededen, bevonden zich uiteindelijk 19 mannen. Maar noch in de analyse noch in de discussie (onder andere over generaliseerbaarheid) wordt verder enige aandacht besteed aan deze ondervertegenwoordiging van mannen.

### *Experientieel onderzoek*

Overall pleit men voor aanvulling met experiëntieel onderzoek, zoals diepte-interviews, etnografische studies, beschrijvingen van good practices en narratieve benaderingen.<sup>6</sup> Want langs die weg kunnen individuele, existentiële en contextuele ervaringen doorklinken en wordt ook variatie op individueel niveau zichtbaar (Wilkinson, 2000). Bijvoorbeeld, dat veel mannen hun depressie en verdriet verbergen achter gedrag dat als 'mannelijk' te boek staat, dus excessief sporten, overmatig alcoholgebruik, werk- of drugsverslaving en/of gewelddadigheid (Cochran & Rabinowitz, 2000). En dat juist mensen die zich in een ondergeschikte positie bevinden (waaronder veel migranten en lager opgeleiden) hun psychische klachten lichamelijk uitdrukken (Mens-Verhulst & Bekker, 2005b; Knipscheer, Mooren & Kurt, 2005; Richters, 1991).

Volgens de meeste verschilexperts is experientieel onderzoek daarom een waardevolle zo niet noodzakelijke opmaat naar algemene wetmatigheden (de Jong, 1992). Sowieso is men sterk geporteerd voor bottom-up-designs, dus het werken van klein- naar grootschaliger onderzoek.

### *Radicale enclaves*

Elke provincie kent wel een radicale enclave als feministische of koloniale studies. Hoe men daar machtsongelijkheden thematiseert, gaat verder dan het onderzoeken van de invloed van armoede of geweld, of de toegankelijkheid en kwaliteit van gezondheidszorg.

Hier verdiept men zich in misbruikervaringen, minderheids-, genderrol- en acculturatiestress, negatieve stereotypering en discriminatie. Van deze factoren vraagt men zich af waar ze in het ontstaansmodel van ziekten (etiologie) thuis horen en dikwijls is het antwoord dat ze én dispositioneel én uitlokkend én instandhoudend zijn. Met dezelfde 'lens' kijkt men trouwens naar de mogelijk pathologiserende werking van hulpverleningscontacten en –arrangementen. (van Mens-Verhulst, 2001b; Brown, 2006).

Meestal vat men macht relatief op: je kunt er meer of minder van hebben en dat varieert per situatie en moment. Tevens is men geïnteresseerd in de positieve kanten: de kracht die in overleving en verzet schuilt, de werking van trots op de eigen minderheidspositie, en de mogelijkheden voor empowerment.

De laatste tien jaar is ook privilegering onderwerp van studie - als iets waar je blind voor kunt zijn, of – misschien verrassend - last van kan hebben. Bijvoorbeeld, omdat je weerloos bent als jouw vanzelfsprekende voorrechten ter discussie worden gesteld. Angst hebt je positie te verliezen. Of je er schuldig over voelt en niet weet hoe daar een constructieve wending aan te geven (McIntosh, 1988; van Mens-Verhulst 1996; Pheterson, 1982).

### *Besef van gevaren*

In iedere provincie maakt men zich druk over dezelfde gevaren van vershilkennis.

1. dat verschillen worden 'genaturaliseerd' en onveranderlijk verklaard: 'het is biologisch en daar doe je niks aan'. Bijvoorbeeld als het sekseverschil in prevalentie van depressie wordt teruggevoerd op meer serotonine bij mannen (Legato, 2006).
2. dat kennis over een categorie te gemakkelijk aan een persoon uit die categorie wordt toegeschreven: 'hij is een oudere Marokkaan, dus depressief door heimwee'.

---

<sup>6</sup> Weliswaar ontbreekt een gouden standaard, maar er bestaat wel consensus over het belang van transparantie en systematiek en de meerwaarde van triangulatie – dus het gebruik van verschillende methoden naast elkaar. (van der Kamp, 2000; Meyrick, 2006; Maso & Smaling, 1998)

3. dat categorisering overgaat in een normering die weer tot pathologisering kan leiden. Doorgaans vormen mannen, autochtonen en gezonde volwassenen dan de meetlat, waardoor vrouwen, allochtonen en ouderen zeker lijken. Zelfs de als universeel aangeprezen genoomprojecten lijden aan dit fenomeen (Daniels & Schulz, 2006). Hoe impliciet zoiets gaat, hebt u misschien gemerkt bij mijn eerdere opsomming over 'de gemiddelde man met psychische klachten'. Daarmee suggereerde ik immers dat de gemiddelde vrouw de norm zou zijn.
4. dat gevonden verschillen tot nieuwe stereotypen leiden, bijvoorbeeld van de 'depressieve oudere homoseksuele man' (Lee & Owens, 2002) of de 'somatiserende allochtoon' (Knipscheer & Kleber, 2005b);
5. dat de differentiatie *binnen* de verschilcategorieën onzichtbaar blijft; dus dat mannen – of vrouwen - ongeacht hun etniciteit, seksuele voorkeur, burgerlijke staat, leeftijd en opleiding op één hoop worden geveegd. Tegelijkertijd is men echter ook benauwd voor een eindeloze opdeling in doelgroepen.
6. En altijd is er de huiver dat het 'anders-zijn' wordt verabsoluteerd en overeenkomsten tussen groepen worden verwaarloosd. Alsof alle vrouwen op stress reageren met 'koesteren en kleppen' (Taylor, Klein, Lewis, Gruenewald & Updegraff), en alle mannen met vechten, vluchten of bevriezen.

### *Behoeftte aan nuancering*

Vroeg of laat ontstaat er in iedere provincie de behoefte te ontsnappen aan de oorspronkelijke, absoluut-lijkende tweedeling (man-vrouw, autochtoon- allochtoon, oud – jong, hetero- homo), omdat ze mensen opsluit in groepen en een wij-zij-beleid in de hand werkt. Hieruit ontstaan genuanceerdere conceptualisering van sekse, etniciteit en leeftijd, namelijk met meer lagen en continua ofwel differentiële lijnen.

Met de *lagen* maakt men zichtbaar dat iedere verschilcategorie componenten uit het biologische, psychische, sociale, culturele en existentiële niveau omvat en dat die ook elkaar weer beïnvloeden.

Dan kun je concluderen dat de manier waarop sekse, etniciteit en leeftijd doorgaans in gezondheidsonderzoek worden geoperationaliseerd wel erg 'plat' is. Gedragsconventies, rolopvattingen en culturele normen die aan ieder verschil vastzitten, blijven dikwijls buiten beschouwing, evenals de stress die daaruit voort kan vloeien. Echter, sekse manifesteert zich niet alleen in organen of hormonen maar ook in dagelijks gedrag (expressie van emoties, gebaren, acties, verhalen), sociale posities en opvattingen over sekserollen. Dat vertaalt zich ook in seksspecifieke domeinen van stress en manieren waarop cliënten zich in de hulpverlening met hun klachten presenteren en zich tijdens de therapie gedragen (Zie onder andere Bekker, 2003; Cochran & Rabinowitz, 2000; Legato, 2006; Moynihan, 1998; de Ridder, 2000; Sabo & Gordon, 1995; Steketee, 1995; Tonkens, 1998; de Visser & Smith, 2006).

Evenmin is etniciteit slechts een kwestie van land van herkomst - van een persoon of diens ouders. Daarin spelen ook nationaliteit, maatschappelijke positie, gedragsconventies, levensbeschouwing en andere culturele kenmerken, huidskleur en andere genetische factoren mee. Uit oogpunt van gezondheidszorg verschaffen politieke historie (kolonisering, arbeidsmigratie of vlucht) en verblijfsduur in Nederland bovendien belangrijke aanvullende informatie om de leefstijl, stress en zelfpresentatie van patiënten te begrijpen. (Eberhardt, 2005; Fienieg, 1998; Hays, 2001; Phoenix, 1998; Richters, 2001; Stronks, Glasgow & Klazinga, 2004; Wekker & Lutz, 2001).

Navenant geldt voor leeftijd, dat het meer is dan een moment op de kalender. Als factor impliceert het ook een historische cohort, lichamelijke en mentale fitheid, levensfase (in de zin van relaties, gezinsvorming, deelname aan het arbeidsproces, sociale participatie) en rolopvattingen (Wagemakers & Quispel, 2003). Voor het begrijpen van hulpvragen en het kiezen van een behandeling zijn al deze aspecten relevant (Eekeren, 1993).

Met de *differentielijnen* verheldert men dat verschillen meestal geen kwestie van óf-óf, maar van méer-of-mínder zijn. Sterker, dat het in een aantal gevallen én-en is. Denk aan vrouwelijk én mannelijk, autochtoon én allochtoon, oud én jong. Of aan bi- in plaats van homo- of heteroseksueel (zie hiervoor Tiefer, 1995).

## Unie van Utrecht

Er zijn dus nogal wat overeenkomsten tussen de verschilprovincies. Daarom ligt een verbond over een diversiteitsperspectief voor de hand; een parafrase op de Unie van Utrecht die de Noordelijke Nederlandse provinciën ooit *in deze aula* hebben gesloten. Met dit verbond beloven de verschilprovincies elkaar tegenover het dominante universaliteitsperspectief een gemeenschappelijk diversiteitsperspectief te stellen, maar wel intern eigen aandachtspunten te houden om recht te doen aan de verschillen tussen de verschilcategorieën – want die zijn er ook (zie Verloo, 2006). Ze spreken af gezamenlijk de kosten te dragen om dat perspectief te ontwikkelen ('de garnizoenen te herbergen', heette dat destijds) en de helft te betalen van de kennisoverdracht via lokale cursussen (destijds 'verdediging van de grenssteden'). Tenslotte garanderen ze elkaar vrijheid van paradigma ofwel godsdienst.

Die vrijheid van paradigma is belangrijk omdat er onder de provinciebewoners ook constructionisten zijn (Gergen, 1985; zie ook West & Zimmerman, 1992). Volgens hen is een verschilcategorie 'gewoon' een menselijk en maatschappelijk maaksel, zij het met een taai karakter. Aan de ene kant hebben wij mensen – of onze voorouders - namelijk elke verschilcategorie verankerd in de organisatie van onze maatschappij en in culturele beelden. En inderdaad, zelfs de biologische processen die zo realistisch en onveranderlijk leken, blijken bij nader inzien te berusten op constructies, ingebracht door - onder anderen – onderzoekers (Fausto-Sterling, 2000; Mcharek, 2002; van den Wijngaard, 1991). Aan de andere kant bevestigen we die verschillen in onze dagelijkse interacties, door de identiteiten waarmee we ons presenteren – tenzij we ze expliciet relativeren of proberen te transformeren (met 'roldoorbrekend' gedrag).

Vanuit dit sociaal-constructionistisch paradigma kun je bestuderen hoe mensen 'zichzelf uitvinden'. Anders gezegd, hoe ze hun sekse, etniciteit en leeftijd 'doen' als ze klachten hebben, zich bij de dokter melden of aan een behandeling deelnemen. (Zie voor enkele voorbeelden: van Mens-Verhulst & de Ridder 2006; Moyniha, 1998; Schilder 2004).

Zo'n Unie van Utrecht stelt de verschilprovincies natuurlijk wel voor de vraag hoe ze de verschilfactoren ten opzichte van elkaar willen positioneren (van Mens-Verhulst, 2003; Rummens, 2003):

- als een rangorde, waarbij nog te bepalen is welke verschilfactor in een bepaald geval het zwaarst weegt?
- als een stapel of optelsom, die tot steeds specifiekere combinaties (en doelgroepen) leidt?

- Of als een interactief web, waarin de verschilfactoren (of differentielijnen) gelijktijdig en in wisselwerking werkzaam zijn, per persoon of groep.

Deze laatste, zogenoemde 'intersectionele benadering' is ontwikkeld door Angelsaksische zwarte wetenschappers (Collins, 1991; 1998; Crenshaw 1989, Williams, 1997) en door collega's Wekker en Lutz (2001) voor Nederland vertaald in 'kruispuntdenken'.

## Kruispuntdenken

Volgens de kruispuntbenadering staat ieder mens voortdurend onder invloed van alle differentielijnen tegelijkertijd, terwijl die differentielijnen ook elkaar nog eens beïnvloeden. (Net als in deze mikadoworp: als het ene stokje beweegt, laat dat het andere ook niet onberoerd.) Mensen zijn dus te beschouwen als 'kruispunten van verschil'. Dynamische kruispunten, want de wijze waarop die differentielijnen verweven zijn, kan verschuiven – ook binnen de individuele levensloop.

Omdat verschillen niet machtsneutraal zijn, impliceert ieder kruispunt ook een bepaalde machtspositie, waarop een persoon maar tot op zekere hoogte invloed heeft. Die positie is samengesteld uit voorrechten en achterstellingen die aan de gecombineerde differentielijnen kleven, maar die we door hun schijnbare vanzelfsprekendheid vaak over het hoofd zien. Met de techniek van 'de andere vraag' wordt dit concreter:

Zoals ik hier sta, ben ik niet alleen een hoogleraar die afscheid neemt, maar ook een oudere witte vrouw. Om te achterhalen hoe die verschillen op mijn positie en functioneren inwerken, vraag ik u zich voor te stellen dat hier – eveneens met toga en baret - een zwarte vrouw stond; of een jonge vrouw, of een man van mijn leeftijd, die hetzelfde zouden zeggen. Wat zou dat met de geloofwaardigheid van dit verhaal doen? Wordt die groter? Kleiner? Of blijft ze gelijk? En als we elkaar buiten deze ambiance zouden treffen? Ik vermoed dat uw antwoorden niet gelijklopend zullen zijn.....

Zó werkt het dus, met kruispunten. En het stellen van 'de andere vraag'<sup>7</sup> helpt om daar meer zicht op te krijgen. Zo werkt het ook in de geestelijke gezondheidszorg. Hoe een klacht of wens wordt gehoord, een diagnose tot stand komt of een therapie uitpakt, varieert met de kruispunten die cliënten door hun lichamelijke verschijning en hun optreden neerzetten. Maar ook, met de kruispunten die professionals meebrengen, en de dominante verschil- en minderhedenvertoegen die in hun instellingen de boventoon voeren (Prins, 2000).

Voordeel van dit kruispuntdenken is dat het veel van de zorgen van de verschilexperts ondervangt. Daarvan is het belangrijkste, dat het de verschillen én overeenkomsten tussen mensen op de kaart zet, en zichtbaar maakt welke gevarieerdheid en dynamiek er in onze samenleving is. Hiermee biedt het tegenwicht aan de gevreesde verabsolutering van één verschil. Het laat bovendien zien dat we *allemaal* betrokken zijn in een spel van homogenisering en differentiatie, en helpt ons nadenken over de manier waarop we dat spel spelen.

---

<sup>7</sup> Mijn inziens is de term 'anderende vraag' adequater.

*Evaluatieve vragen*

Dat geldt ook voor opstellers van richtlijnen en onderzoekers. Zij kunnen elkaar - en zichzelf - bevragen op de reducties die ze met hun werk op die gevarieerdheid plegen. Zoals:

- welke verschilfactoren zijn geselecteerd?
- welke zijn homogeen gemaakt (bijvoorbeeld leeftijd gefixeerd tussen 25 en 45)?
- welke gedifferentieerd: beide seksen; meerdere etniciteiten?
- hoe, dat wil zeggen met welke lagen)?
- hoe is recht gedaan aan de verwevenheid tussen de verschilfactoren? (Met die 'andere vraag'? Of statistisch?)

En ten slotte: hoe komen de machtsongelijkheden aan bod?

Met dergelijke vragen kun je niet alleen de universalistische pretenties van wetenschappelijk onderzoek evalueren. Het zijn ook vragen die professionals helpen te oordelen of een bepaald protocol of richtlijn wel verantwoord is toe te passen.

Naar mijn smaak (maar ik ben van de radicale enclave) hoort daar nog een morele vraag bij. Namelijk, welke positie de professionals, opstellers of onderzoekers zélf innemen met hun keuzes. Vanuit welke verbondenheid handelen ze? Passen ze zich niet te gemakkelijk aan de dominante denktrant en voorschriften aan? Benutten ze de aanwezige empoweringskansen van cliënten wel?

*Implicaties voor onderzoek*

Een andere vraag is of kruispuntdenken ook tot ander soort onderzoek inspireert. Eigenlijk moet dat nog blijken. In gezondheidsonderzoek experimenteert men hier pas sinds kort mee (Geiger, 2006; Klinge & Bosch, 2005; McMullin, & Cairney, 2006; Schulz & Mullings, 2006). In Nederland maakt de Dutch Foundation for Women and Health Research zich daar sterk voor (Bekker, van Vliet, Klinge, van Mens-Verhulst, van den Brink-Muinen, Deeg, Mans, Moerman, 2005; Bekker, Klinge & van Mens-Verhulst, 2006; Boland, Klinge & Bosch, 2005). Daar doe ik van ganser harte aan mee. U hoort nog van ons.

Terug naar het curriculum en de diversiteit.

**Diversiteit in het curriculum**

Stel, dat de opleidingen studenten zouden toerusten met de kruispuntbenadering en hen zouden uitnodigen over zichzelf als kruispunt na te denken.<sup>8</sup> In hoofdlijnen gaat het dan om de volgende punten voor reflectie:

- welke rol speelt elke differentiële lijn in hun identiteitsbeleving en in hun maatschappelijke positionering?
- welke voorrechten of nadelen zijn er voor hen aan verbonden? En
- welke kansen en risico's brengt dat met zich mee voor hun cliënten – in termen van verschillen en overeenkomsten die heilzaam, leerzaam respectievelijk schadelijk kunnen zijn?

Dit is geen utopie. Zoiets gebeurt, onder andere, aan de Universiteit voor Humanistiek.

---

<sup>8</sup> Voor ideeën, zie Pattynama & Verboom, 2000; Vander Vlucht & Oude Avenhuis, 2001; Van der Vlucht, 2002; Oude Avenhuis & Scherpenzeel, 2006; Wekker, 2001. Zie ook [www.caleidsocopia.nl](http://www.caleidsocopia.nl).

### *Behandelingsprotocol*

Stel, dat de opleidingen hen ook de basale kennis uit de verschilprovincies zouden bijbrengen. En hen daarna zouden confronteren met het (psychologisch) behandelingsprotocol voor patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten (Speckens, Spinhoven & Rood, 2005). Dit betreft patiënten – voor driekwart vrouwen - die chronisch lijden aan vermoeidheid, duizeligheid, maag-darmproblemen en allerlei soorten pijn, terwijl artsen er geen medische verklaring voor kunnen vinden. Vroeger heetten dit 'vage klachten' of – in de begintijd van de tweede feministische golf- het huisvrouwensyndroom. Tegenwoordig spreekt de gezondheidsraad van stressgebonden pijn- en uitputtingssyndromen. (van Mens-Verhulst en de Ridder, 2006).

Wat valt die diversiteitsbewuste studenten dan op dat ze nu niet onderkennen? Zeker een vijftal zaken.

Allereerst zouden ze vanuit hun eigen, bewustgemaakte, kruispunt onmiddellijk signaleren, dat het protocol niet ingaat op de sekse- en etnische samenstelling van de therapeutisch relatie of een therapiegroep. (Zie Goudswaard, 1997; van Mens-Verhulst, 2001c.)

Ten tweede zouden ze, nog zonder dat er een cliënt in beeld is, constateren hoe westers - of beter Noord-Europees - de uitgangspunten voor behandeling zijn. Cliënten gestript van hun sociale omgeving. Een therapeutische relatie die puur instrumenteel lijkt (zie ook Hays, 2001). Een hulpverleningsproces als logistieke operatie waarbij psychische klachten als het ware worden voortgestuwd langs allerlei controleposten<sup>9</sup>, schijnbaar losgezongen van de persoonlijke, politieke en culturele context, met tijd als sturingsmechanisme. Kortom, ze zouden onderkennen hoe het protocol vele cliënten forceert tot een technisch-rationele en ethische orde die niet de hunne is. Tegelijkertijd zouden ze beseffen dat het heus niet alleen migranten zijn die zich hier onplezierig bij voelen, maar ook veel vrouwen.

Vanuit hun gevoeligheid voor differentielijnen zouden ze, ten derde, vraagtekens plaatsen bij het inzetten van de informatiebrochures, invulformulieren en huiswerk. Want is niet één op de negen mensen in ons land functioneel analfabeet: mannen en vrouwen, autochtonen en allochtonen, ouderen en jongeren? (Zie ook Bekker & Lhajoui, 2004)

Ten vierde zouden ze verbaasd staan over de vanzelfsprekendheid waarmee leven en behandeling van cliënten gedacht zijn in een rationele en veilige wereld:

- Een wereld waarin geen seksueel of fysiek geweld voorkomt; geheel tegengesteld aan wat we weten van vrouwelijke cliënten met onverklaarde klachten (van Mens-Verhulst & de Ridder, 2006).
- Een wereld waarin je niet ziek hoeft te worden om te ontsnappen aan seksuele intimidatie of aan financiële verplichtingen jegens gezin of familie in het land van herkomst.
- Een wereld waarin geen discriminatie of minderhedenstress – vanwege vrouwzijn, etnische herkomst, seksuele voorkeur of leeftijd - bestaat en iets als 'overactiviteit' slechts een persoonlijke keuze is.<sup>10</sup>

<sup>9</sup> Schrijvers (2006) stelt dat de tegenwoordige dienst- en hulpverlening deel uitmaken van een neologistische orde en wijst op het gevaar dat professionals 'tomtomiseren', als zij slechts protocollen en voorschriften uitvoeren en deze onbereflecteerd verinnerlijken.

<sup>10</sup> In het protocol komt de moeite met het stellen van grenzen als volgt aan de orde: 'Sommige patiënten spelen bijvoorbeeld op hun verjaardag de hartelijke gastvrouw, ondanks rugklachten.' (Speckens e.a., p 188) Volgens een kruispuntgeoriënteerde hypothese zou de vrouw hier wel eens met identity work bezig kunnen zijn. Door haar witte sekse-, klasse- en leeftijdsrol te vervullen, probeert ze misschien haar statusverlies en schaamte te minimaliseren.



Mede daarom zouden ze zich afvragen waarom het protocol geen aandacht schenkt aan mogelijkheden voor empowerment; en voor de beslissing over 'wel of niet groepsbehandeling' alleen effectiviteit in de zin van klachtenvermindering telt. Effecten als doorbreking van isolement, herkenning en normalisering van eigen ervaringen (zie Goudswaard, 1997; Rijken & Hulst, 2005; ; Schnabel, 1995) blijken namelijk geen punt van overweging te zijn. Evenmin maakt het 'leren omgaan met discriminatie' deel uit van de probleemoplossingvaardigheden (zie Edresi, 2005).

### *Multidisciplinaire richtlijn*

Stel dat deze studenten hun mening mochten geven over de multidisciplinaire richtlijnen voor bijvoorbeeld depressie of angststoornissen. Dat zijn de beslisbomen die zich uitstrekken van diagnose tot behandeling; en zelfs tot toepassing van het 'handicap-model' (pappen en nathouden) - als geen enkele therapie blijkt te helpen.

Dan verwacht ik een spervuur van vragen, navenant aan wat gebeurde tijdens de door psychiater Ilonka Boomsma georganiseerde expertmeeting op 13 juni 2006 (Bekker & Frederiks, 2005; van der Stel, 2006).

Om te beginnen over de wijze van totstandkoming.

- Waarom zijn in het literatuuronderzoek geen steekwoorden gebruikt om kennis over de verschilfactoren op te diepen?
- Hoe kan het dat de stem van de patiënten zo apart staat, en sekse- en etnisch neutraal is?

Vervolgens over de inhoud.

- Waarom is de culturele formulering voor het diagnostisch systeem onbenut gelaten; hoe is nu gegarandeerd dat de zelfidentificatie van de cliënt, diens ziekteverklaringen en de culturele aspecten van de therapeutische relatie aan bod komen?
- Waarom wordt niet vermeld dat medicijnen anders werken bij mannen en bij vrouwen, en hun werking alleen is vastgesteld voor witte mensen? Of dat er geen effectstudies – zeker geen Nederlandse – zijn over cognitieve gedragstherapie bij niet-westerse patiënten, maar wel over het gebruik van de bijbel om iemand tot andere gedachten te brengen (Hays, 2001)?
- Waarom komt niet aan de orde dat de volgorde van de behandelingsstappen (pillen-praten-oefenen) misschien anders moet per sekse, etniciteit en/of leeftijd?
- Waarom is het sluitstuk van de 'good clinical practice' zo wit westers is ingevuld?

De studenten zouden blij zijn met de *Conceptrichtlijnen ten behoeve van diversiteitsbewuste intake, diagnostiek en behandeling* (Bekker & Frederiks, 2005) en het *Screeningsinstrument 'Sensitiviteit voor sekse & cultuur'* (Noordenbos & Pauli, 2006).

### *Terug naar het heden*

Het lijkt geen twijfel dat een dergelijk diversiteitsperspectief kan helpen professionals in opleiding te behoeden voor maatschappelijke en wetenschappelijke naïviteit en daarmee de basis verschaft voor een zowel kritisch als constructief burgerschap (van Mens-Verhulst & Bekker, 2005a).

Voorlopig ontbreekt het echter nog aan instanties die de ontwikkeling en infrastructuur van zulk onderwijs in de universitaire vooropleidingen willen bekostigen. Dat bleek toen de stichting Vrouwengezondheidszorg daar drie jaar geleden voor ijverde.

Er is echter ook goed nieuws. Allereerst dat de Post-Academische Onderwijs Stichting investeert in de nascholingscursus 'Gender en Etniciteitscompetentie', en dat collega Marrie Bekker en ik die nu in samenspraak met TransAct en Mikado aan het ontwikkelen zijn. Bovendien, dat we dankzij het Europese GenderBasicProject van collega Ineke Klinge samen een review schrijven over de seksespecifieke kennisiaten op het gebied van psychische klachten.

## VROUWENHULPVERLENING ALS VOORTREKSTER

Zoals ik hiervoor al aangaf, heeft de VHV een cruciale rol gespeeld in het op de kaart zetten van sekseverschillen in de gezondheidszorg (Mens-Verhulst -& Schilder, 1994; Nicolai, 1997; Steketee, 1995). Tot mijn grote plezier loopt hierover nu een historisch onderzoek, onder leiding van collega Berteke Waaldijk en mij, in samenwerking met het Internationaal Informatiecentrum en Archief voor de Vrouwenbeweging (IIAV). Zo hopen we het als erfgoed levend te houden voor volgende generaties.

Gestart als feministische zelfhulp van vrouwen in de jaren zeventig, was VHV in 1985 uitgegroeid tot een beweging. De centra en projecten vingen samen zo'n 10% van de vrouwen met psychosociale hulpvragen op – en dat met minimale kosten (van Mens-Verhulst, 1988). Die explosie was mede mogelijk door de gunstige voorwaarden die Nederland bood. Aan de ene kant geografisch: door de kleine afstanden. Aan de andere kant subsidietechnisch, want nog geheel afgestemd op uiteenlopende levensbeschouwingen. Feministische vuurvretsters spraken destijds al smalend van de 'gesubsidieerde revolutie' (Rossum, 1992).

### Ontwikkeling naar seksespecifieke hulpverlening

Na 1985 sloten zich nieuwe groepen aan bij de beweging. Zwarte, migranten en vluchtelingenvrouwen traden naar voren en maakten zichtbaar dat de VHV-beweging toch wel erg wit en middenklasse was (Babel & Hitipeuw, 1992; Mesch & van Mens-Verhulst, 1983; Fienieg, 1998). Mannen roerden zich en maakten duidelijk dat ook zij gebaat waren bij een hulpverlening die in haar analyse en methodiek rekening houdt met mannelijkheidsopvattingen, sociale positie en socialisatie van mannen (van Elst, 1999, 2002; SOMAN, 1988). Bovendien meldden zich hulpvraagsters met zwaardere problematiek, zoals depressie, eet- of persoonlijkheidsstoornis. Daardoor deed diagnostiek haar intrede, verloor groepsbehandeling haar prerogatief, én raakten de pro- en contra-indicaties ervan beter uitgekristalliseerd (Goudswaard, 1997; Mens-Verhulst 2001; Rijken & van Hulst, 2005).

Voor iedere groep was er een collectief 'anti-verhaal', met emancipatorisch plot. Kort door de bocht: na bewustwording volgt bevrijding. Maar geleidelijk ontstonden er genuanceerdere verhalen: met een ironisch plot dat ruimte creëert voor dilemma's, paradoxen en relativering; of met een tragisch plot, waarin plaats is voor de onvermijdelijkheid van spanningen en tegenstellingen en het samengaan van vreugde met lijden en van genot met pijn. (Mens-Verhulst, nog te verschijnen)

Met al die grensverschuivingen en nieuwe verhalen deden zich tevens verschuivingen voor in de normatieve professionaliteit. De oorspronkelijke doelen en principes van de beweging verloren hun vanzelfsprekendheid. Zowel het autonomiestreven als de gelijkheidsopvattingen én het aanvankelijk dogma van de sekse- en etnische similariteit in de therapeutische relatie werden onderwerp van discussie en leidden soms tot andere praktijkvoering. Zo kreeg het autonomiebeginsel een contextualisering als 'autonomie in verbondenheid' (van Mens-Verhulst, 1992; 2001a; Nicolai, 1994). Gelijkheid was niet langer 'goed genoeg' als uitgangspunt; ruimte voor verschil of diversiteit leek een beter streven (van Mens-Verhulst, 1996, 1997). De wens van de cliënt werd leidraad voor matching van therapeuten en cliënten (van Mens-Verhulst, Bernardez, Goudswaard, Jacobs & Steketee,

1999). Samengevat in termen van collega Annemarie Mol (2006): de logica van het kiezen verminderde ten gunste van de logica van het zorgen.

Rond 1993 voldeed 'VHV' niet langer als merknaam en kwam er een nieuwe naam in zwang: seksespecifieke hulpverlening (SSH). Onder die vlag is er lustig verder gedifferentieerd naar etniciteit, leeftijd, seksuele voorkeur enzovoorts.

Hiermee heeft de VHV de sprong naar diversiteit gemaakt, met het sekseverschil voorop. Haar politiserende en cliëntvriendelijke aanpak is geprofessionaliseerd en vertaald naar alle patiëntengroepen. Daarmee raakte ze voorbereid op de door subsidiegevers opgelegde integratie.<sup>11</sup> Uiteindelijk is die SSH steeds beter geïntegreerd in intake en behandeling van de reguliere GGz, maar voor mannelijke cliënten wordt ze nog weinig ingezet (Steketee & van Vliet, 2002).

Dit alles is tot stand gebracht ondanks – maar ook dankzij – de personele verstrooiing en beleidsmatige verdamping die zich over de VHV heeft voltrokken. Want wat is er gebeurd?

## Verstrooiing en verdamping

### *Personele verstrooiing*

Door het subsidiebeleid van de overheid is de VHV-beweging in de richting gedwongen van een inhoudelijke, methodische, personele en financiële integratie met de reguliere zorg. Hierdoor waren vrouwenhulpverleners niet alleen druk met de veranderingen in de beweging, maar ook met die in het omringende landschap van de reguliere GGz.

Dus hadden ze in hun strijd tegen de veronderstelde standaardmens te maken met steeds wisselende arena's. En tegelijkertijd moesten ze zien te overleven temidden van schaalvergroting, fusies en reorganisaties (zie bijvoorbeeld Hulst & Rijken, 2005).

Uiteindelijk hielden velen de integratie voor gezien en vestigden zich zelfstandig. Maar in alle gevallen namen ze het gedachtengoed met zich mee – en niet te vergeten: hun netwerken. Daarbij wisten ze zich gesteund door landelijke beleidsorganen, eigen koepelorganisaties en nieuwsbrieven en ze hadden onderling contact op studiedagen en conferenties. Die draaiden voornamelijk op overheidssubsidie, net zoals de hulpverleningsexperimenten en integratieprojecten. Dit waren de overblijfselen van de procedurele successen die de VHV-beweging in de jaren tachtig had geboekt; successen waardoor er geen reden meer leek voor mobilisatie en strijd.

### *Beleidsmatige verdamping*

Aan het begin van de jaren negentig keerde het tij: de overheid maakte de subsidies kleiner, de voorwaarden zwaarder en de fusie- en concentratiedwang groter.

---

<sup>11</sup> Een aantal ideeën, zoals 'kortdurende gesprekken', 'transparantie', 'duidelijke doelen, contracten en protocollen' en 'het zoveel mogelijk delen van de verantwoordelijkheid voor de oplossing met de cliënt' zijn inmiddels door de GGz omarmd – maar dan vooral omwille van kostenbesparing en beheersbaarheid. Wat bijvoorbeeld ontbreekt, is de context waarin cliënten zichzelf selecteerden voor deze vorm van hulp. De heilzame werking van herkenning, lotgenotencontact en ervaringskennis wordt tegenwoordig algemeen geaccepteerd, zij het niet zozeer in de hulpverlening als wel in chatboxen en de media.

Nog zo'n vijf jaar later zette de verdamping van de gendermainstreaming over de hele linie in. Het werd zowel op departementen als in zorginstellingen steeds moeilijker VHV en later SSH op de agenda te houden. Gevolgen?

In folders, evaluaties, personeels- en kwaliteitsbeleid is SSH niet meer zichtbaar (Steketee en van Vliet, 2002). In 2003 mocht ik persoonlijk meemaken hoe de Expertcommissie Sekse & Etniciteit (in de Gezondheidszorg), nog ingesteld door minister Borst, werd afgeblazen door staatssecretaris Ross. In 2004 moest het landelijk centrum voor vrouwenzelfhulp stoppen. 2006 is het laatste jaar van het ZOnMw-onderzoeksprogramma 'M/V, de factor sekse in de gezondheidszorg'. En per januari 2007 verdwijnt TransAct, het landelijke seksespecifieke expertisecentrum, in het bredere verband van een kennisinstituut voor maatschappelijke inzet.

Of het met de landelijke expertisecentra voor interculturaliteit en leeftijd beter afloopt, zal de tijd leren. Maar omdat de continuïteit in overdracht van vershilkennis zo kwetsbaar blijkt te zijn, pleit ik ervoor expertise én overdracht principieel te verankeren in de universitaire opleidingen.

## ARISTOCRATISCH ARBEIDEN

Vier jaar geleden hoorde ik hem weer, die vraag ‘wanneer stop je met werken?’ Sinds mijn derde zwangerschap was het stil geweest. Maar nu ging mijn echtgenoot met de VUT. En het was - wederom - schokkend te merken hoezeer het werken van vrouwen nog wordt opgevat als een afgeleide van haar familieomstandigheden.

Het antwoord? Voorlopig zal mijn week nog prettig gevuld zijn met allerlei ‘werken aan de hulpverlening’. In steekwoorden: geschiedenis van de VHV; postacademisch onderwijs; kruispuntdenken; zelfregulatie bij ziekte; medisch onverklaarde klachten; simulatie van chronificatie; (groot)moederen en (klein)dochteren.

“*Janneke blijft dus actief*”, zoals in uw uitnodiging stond. Maar meer dan voorheen kan ik daarin mijn eigen voorkeuren, normen en tempo volgen. Dat noem ik aristocratisch arbeiden. Ik houd u op de hoogte via mijn website.

## DANK

Vanaf 1995 heb ik gependeld tussen humanistiek en gezondheidspsychologie. Dat kun je typeren als het leven tussen twee werelden. Want al liggen ze geografisch dicht bij elkaar, de betekenisgevingen lopen sterk uiteen. Neem een begrip als zelfregulatie. Voor gezondheidspsychologen een kwestie van *regulatie* (de Ridder & de Wit, 2006), in humanistische kring juist van het *`zelf`*.

En dan het *`Dikke Ik`*! In de ene wereld een eetprobleem. In de andere beeldspraak om de geprivilegieerde, zich breedmakende, moreel onverschillige mens te typeren die we allemaal kennen en soms zelf ook – even - zijn. (Kunneman, 2005)

In dat pendelen zijn een aantal instanties maar vooral personen van vitaal belang geweest.

Allereerst de **Stichting VrouwenGezondheidszorg**, die zich – tegen de tijdgeest in – bijzonder heeft ingespannen voor de instandhouding van deze leerstoel. Daarbij was jij, Nel van Son, de onvolprezen en onvermoeibare motor.

Ook de **leden van het Curatorium** memoreer ik graag; speciaal de inspanningen van de hooggeleerde voorzitter Theo de Vries.

Natuurlijk dank ik De **Universiteit voor Humanistiek** waar mijn leerstoel mocht staan. Als feministe en andragologe was het goed toeven in jullie multidisciplinaire en filosofisch-ethische klimaat. Ik hoop dat het diversiteitsdenken in het curriculum zal beklijven.

**Hooggeleerde Douwe van Houten**. Nooit zal ik jouw telefoontje vergeten, op die ochtend in mei 1995, toen je me uitnodigde voor een gasthoogleraarschap op de Ribbius Peletierleerstoel. Zo kreeg ik een platform om verder te werken aan de VHV, in academisch onderzoek en onderwijs. Het is een samenwerking geworden waarin ik altijd op je kon rekenen. Dat waardeer ik buitengewoon.

**Universiteit Utrecht heeft mij** 35 jaar lang de kans gegeven actief te zijn, zowel in onderwijs en onderzoek, als in bestuur en personeelsoverleg. Meestal was dat een genoegen. Natuurlijk zijn er ook moeilijke tijden geweest, bijvoorbeeld toen andragologie werd opgeheven, later toen mijn participatie aan de werkgroep vrouwenstudies moest stoppen of als ik me tot weer een nieuwe leerstoel psychologie moest verhouden. Maar altijd ontmoette ik een positieve grondhouding. De bereidheid van de Faculteit Sociale Wetenschappen om gedurende drie jaar een deel van deze leerstoel te financieren heb ik bijzonder op prijs gesteld, net zoals de souplesse waarmee dit afscheid is geregeld.

Hooggeleerde **Bensing en Van Son**, beste Jozien en Maarten, Bij het pendelen tussen psychologie en humanistiek waren jullie een onmisbare ruggensteun. Heel veel dank daarvoor.

**Hooggeleerde De Ridder en Van Doornen**, beste Denise en Lorentz. In jullie dank ik de vakgroep Gezondheidspsychologie voor het zowel in intellectueel als menselijk opzicht stimulerende werkklimaat van de laatste jaren.

**Geleerde en hooggeleerde collega's van de Dutch Foundation for Women and Health Research, en vrouwenstudies**. Leve de collegiale contacten. Jullie vormden voor mij een ijkpunt in tijden van verstrooiing en verdamping. Gelukkig laten we elkaar nog niet los.

**Vrouwen- en mannenhulpverleners**. Dank voor het geschonken vertrouwen. Ik hoop dat we de contacten zullen voortzetten.

**Lieve Ernst-Jan, Lennert en Annelieke**. Die beruchte dubbele belasting van werkende moeders heb ik nooit ervaren. Integendeel. Achteraf weet ik pas welke gezondheidsbeschermende werking ons gezinsleven voor me had. Mede dankzij jullie

verbintenissen met **Rosalia, Eva en Peter** ontsluiten zich nieuwe werelden waarin ik me graag laat meenemen. Daaronder is ook het grootmoederschap.

**Maarten.** In de afgelopen 40 jaar hebben we samen de consolidatiefase en het spitsuur van het leven doorstaan. Die volgende fasen gaan we ook redden. En met liefde!

Ik heb gezegd.



## Geraadpleegde literatuur

- APA-Task Force (2005). *Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice*. American Psychological Association. July.
- Appelo, W. (2000). *Resultaten en waardering van psychosociale hulpverlening voor vrouwen Berkenhof*. Groningen: Researchinstituut GGz Groningen.
- Babel, M. & Hitipeuw, D. (1992). *Langzaam gaan deuren open. Vrouwenhulpverlening in relatie tot zwarte vrouwen*. Amsterdam: De Maan.
- Bekker, M. H. J. (2003). Investigating gender within health research is more than sex disaggregation of data; A Multi-Facet Gender and Health Model. *Psychology, Health & Medicine*, 8, 237-249.
- Bekker, M.H.J. & Frederiks, E. (2005). *Psychotherapeuten over diversiteitsbewuste werkwijzen en knelpunten bij intake, diagnostiek en behandeling van allochtone vrouwen en mannen*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Bekker, M., Klinge, I & Mens-Verhulst, J. van (2006). DFWHR Expertmeeting 'Richtlijnen voor diversiteitsbewust onderzoek op het gebied van ziekte en gezondheid en de gezondheidszorg', 17 november 2005. *Magazine vrouwen en gezondheid* 15, 1: 9-13.
- Bekker, M.H.J. & Lhajoui, M. (2004). Health and literacy in first-and second-generation Moroccan Berber women in the Netherlands: Ill literacy? *International Journal for Equity in Health* 3(8).
- Bekker, M, Vliet, K. van, Klinge, I., Mens-Verhulst, J. van, Brink-Muinen, A van den, Deeg, D., Mans, L & Moerman, C. (2005). Een aanzet tot richtlijnen voor diversiteitsbewust gezondheids(zorg)onderzoek. *Tijdschrift voor Genderstudies* 8 (2): 36-50.
- Bijl, R.V. en Ravelli, A. (1998). Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 76: 446-457.
- Boer, F. de (1994). *De interpretatie van het verschil. De vertaling van klachten van mannen en vrouwen in de Riagg*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Boer, A.H. de (2006). *Rapportage ouderen. Veranderingen in de leefsituatie en levensloop*. Den Haag: SCP.
- Boland, T.B., Klinge, I. & Bosch, M. (2005). *Compendium Diversiteit. Diversiteit en patiëntenperspectief*. Maastricht: Centrum Gender en Diversiteit.
- Brav, A, & Phoenix, A. (2004). Ain't I a Woman? Revisiting Intersectionality. *Journal of International Women's Studies* 5(3): 75-86.
- Brown, L. (2006). Still subversive after all these years: The relevance of feminist therapy in the age of evidence-based practice. *Psychology of Women Quarterly* 30: 15-24.
- Burman, E. (2004). From difference to intersectionality: challenges and resources. *European Journal of Psychotherapy, Counseling & Health* 6, 4: 293-308.
- Burman, E. (2005). Engendering Culture in Psychology. *Theory and Psychology* 15,4: 527-548.
- Caldwell, C.H., Guthrie, B.J. & Kackson, J.S. (2006). Identity development, discrimination, and psychological well-being among African-American and Caribbean Black Adolescents. In Schulz, A. J. & L. Mullings. (2006). *Gender, Race, Class & Health. Intersectional Approaches*. San Francisco: Jossey-Bass. John Wiley & Sons. P. 163-191.
- Can, M. (2006). Depressie, een reddingsboot voor migranten. Voordracht en hand-out tijdens het symposium *Symposium Sensitiviteit voor cultuur & seks.*, Utrecht, 26-10-2006.
- Cochran, S.V. & Rabinowitz, F.E. (2000). *Men and Depression. Clinical and Empirical Perspectives*. London: Academic Press.
- Collins, P.H. (1991). *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of empowerment*. New York: Routledge Press.
- Collins, P.H. (1998). *Fighting Words: Black Women and the search for Justice*. Minneapolis. Minnesota: University of Minnesota Press.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A black feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics'. In *The University of Chicago Legal Forum*, 139-167.

- Daniels, J. & Schulz, A.J. (2006). Constructing Whiteness in Health Disparities Research. In In Schulz, A. J. & L. Mullings. (2006). *Gender, Race , Class & Health. Intersectional Approaches*. San Francisco: Jossey-Bass. John Wiley & Sons. P. 89-127.
- Dotinga, A., Eijnden, R.J.J.M., Bosveld, W & Garretsen, H.F.L. (2005). The effect of data collection mode and ethnicity of interviewer on response rates and self-reported alcohol use among Turks and Moroccans in the Netherlands: en axperimental study. *Alcohol and Alcoholism* 40 (3): 242-248.
- Eberhardt, J.L. (2005). Imaging Race. *American Psychologist* 60 (2): 181-190.
- Edresi, M. (2005). Omgaan met andermans haat. Behandeling na discriminatie op de werkvloer. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* 60 (7/8): 745-755.
- Eekeren, A.P.K. van (1993). *Vermoeide helden. Vijftigers en de prijs van het heilige moeten*. Amsterdam: Boom.
- Elst, T. van (1999). *Werken met mannengroepen. Handleiding voor hulpverleners*. Utrecht: Transact.
- Elst, T. van (2002). Seksespecifieke hulpverlening aan mannen noodzakelijk!. Maar wat is dat eigenlijk? *TSG* 80(4): 213-214.
- Fausto-Sterling, A. (2000). *Sexing the Body. Gender politics and the construction of sexuality*. New York: Basic Books.
- Fienieg, B. (1998). *Denkwerk in uitvoering. Een zoektocht naar uitgangspunten voor zorg- en hulpverlening aan zwarte, migranten- en vluchtelingenvrouwen*. Utrecht: TransAct
- Geiger, H.J.. (2006). Health Disparities. What do we know? What do we need to know? What should we do? In Schulz, A. J. & Mullings, L. (2006). *Gender, Race , Class & Health. Intersectional Approaches*. San Francisco: Jossey-Bass. John Wiley & Sons.
- Gergen, K.J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist* 40: 266-275.
- Gijsbers van Wijk, C.M.T., Dkker, J. Pen, J. & Jonghe, F. de (2002). Depressie bij mannen en vrouwen: genderverschillen in behandeluitkomsten van farmacotherapie en gecombineerde therapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 44: 301-311.
- Gors, A. (2006). Een abonnement op diversiteit in de studie. *Mediator* 17 (1): 18-20.
- Goudswaard, H. (red.) (1997) *Vrouwengroepen. Kortdurende groepstherapie*. Amsterdam: Van Genneep.
- Graaf, R. de , Have, M. ten, Dorsselaer, S. van, Schoemaker, C, Beekman, A. & Vollebergh, W. (2005). Verschillen tussen etnische groepen in psychiatrische morbiditeit. Resultaten van Nemesis. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* 60: 703-716.
- Hackett, G., Enns, C.Z. & Zetzer, H.A. (1992). Reactions of Women to Nonsexist and Feminist Counseling: Effects of Counselor Orientation and Mode of Information Delivery. *Journal of Counseling Psychology* 39 (3): 321-330.
- Hays, P. A. (2001). *Addressing cultural complexities in practice. A framework for clinicians and counselors*. Washington: APA.
- Have, M. ten, Schoemaker, C. & Vollebergh, W. (2002). Genderverschillen in psychische stoornissen, consequenties en zorggebruik. Resultaten van de Netherlands mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 44: 367-375.
- Höing, M., Engen, A. van, Ensink, B., Vennix, P. & Vanwesenbeeck, I. (2003). *Hulp aan slachtoffers van seksueel geweld. Een inventarisatie en kwaliteitsevaluatie van de behandeling van slachtoffers van seksueel geweld in de GGZ en de vrouwenopvang in Nederland*. Delft: Eburon.
- Houten, D.J., van (1999). *De standaardmens voorbij. Over zorg, verzorgingsstaat en burgerschap*. Maarsen: Elsevier/ De Tijdsstroom.
- Houten, D.J. van (2004). *De gevarieerde samenleving. Over gelijkwaardigheid en diversiteit*. Utrecht; De Tijdstroom.
- Hulst, J. van & Rijken, H. (2005). Interview met Ilonka Boomsma, I. (2005) In Rijken, H. & Hulst, J. Van *Therapiegroepen voor vrouwen. Van actie naar professie*. Houten: BSL: 209-214.
- Ingleby, D. (2000). *Psychologie en de multiculturele samenleving: een gemiste aansluiting?* Utrecht: Universiteit Utrecht. Oratie.
- Ingleby, J.D. & Andriessen, G. (2000). *Diversiteit in het curriculum. Een onderzoek naar de aandacht voor culturele diversiteit in de opleidingen van de Faculteit Sociale Wetenschappen*. Utrecht: FSW.

- Israeli, A.L. & Santor, D.A. (2000). Reviewing effective components of feminist therapy. *Counselling Psychology Quarterly* 13 (3): 233-247.
- Jong, J.V.T.M. de (1992). Universalisme versus particularisme: van een achterhaalde leerstelling naar een nieuwe onderzoeksmethodologie. In J.V.T.M. de Jong en H.J.M. Wessenbeek. *Ver-vreemd of vreemdeling. Naar een interculturele geestelijke gezondheidszorg in Nederland*. (pp. 16-27). Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen.
- Kaasenbrood, A. (2001). Evidence Based Medicine (1). Verwetenschappelijking van de praktijk. *Psychopraxis*, 03: 107-112.
- Kaasenbrood, A. (2001). Evidence Based Medicine (2). De grijze gebieden van de dagelijkse praktijk. *Psychopraxis*, 03: 159-166.
- Kaasenbrood, A. (2001). Evidence Based Medicine (3). Overwegingen over toepassing in de GGZ. *Psychopraxis*, 03: 209-215.
- Kaasenbrood, A., Werf, B van der, Hanneman, P. (2006). Getemde professionals, gestremde zorg. Over de Algemene Regels van Boven en controle op de naleving ervan in de GGZ. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 61: 9-19.
- Kamp, M. van der (2000). Praktijkgericht kwalitatief onderzoek: problemen en perspectieven. In F. Wester, A. Smaling & L. Mulder (red). *Praktijkgericht kwalitatief onderzoek*. Bussum: Coutinho. P. 173-188.
- Keijsers, G.P.J., Minnen, A. van & Hoogduin, C.A.L. (2004). Protocolaire behandelingen in de ambulante GGZ. In G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin. *Protocolaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg*. Houten: BSL. P. 1-31.
- Keuzenkamp, S., Bos, D., Duyvendag, J.W., Hekma, G. (2006). *Gewoon doen. Acceptatie van homoseksualiteit in Nederland*. Den Haag: SCP.
- Klinge, I. and Bosch, M. (2005). Transforming Research Methodologies in EU Life Sciences and Biomedicine. Gender Sensitive Ways of Doing Research. *European Journal of Women's Studies* 12(3): 377-395.
- Knipscheer, J.W. & Kleber, R.J. (1999). Conceptual and methodological issues in mental health research with migrants in the Netherlands. *Gedrag & Gezondheid* 27 (1/2), 65-75.
- Knipscheer, J.W. & Kleber, R.J. (2005a). Psychotherapie met allochtonen – écht anders? *Maandblad voor Geestelijke volksgezondheid* 60: 717-724.
- Knipscheer, J.W., Mooren, T. & Kurt, A. (2005). Klinische psychologie in cultureel perspectief. In J. Knipscheer en R. Kleber. *Psychologie en de multiculturele samenleving*. Amsterdam: Boom. Hoofdstuk 8, p. 139-155.
- Kunneman, H. (2005). *Voorbij het dikke ik*. Amsterdam: SWP.
- Laan, G. van der (2003). De professional als expert in practice-based evidence. Wat maakt sociale interventie effectief? *Sociale Interventie* 12 (4): 4-16.
- Laan, G. van der (2006). *Maatschappelijk werk als ambacht: inbedding en belichaming*. Amsterdam: SWP. Oratie.
- Lagro-Janssen, T. (2002). De integratie van de factor sekse binnen het basiscurriculum geneeskunde. *TSG* 4: 269-271.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen (2003). *Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis*. P. 173-184. Zie [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl).
- Lang, G. & Molen, H.T. van der (2004). *Psychologische Gespreksvoering. Een basis voor hulpverlening*. Soest: Nelissen
- Lee, C. & Owens, R.G. (2002) *The Psychology of Men's Health*. Buckingham: Open University Press
- Legato, M.L. (2006) *Why Men Never Remember & Women Never Forget*. London: Rodale.
- Maan De (1991). *Tevredenheidsonderzoek Vrouwenhulpverlening*. Amsterdam: De Maan.
- Mans, L.J.L., Verdonk, P. & Lagro-Janssen, A.L.M. (2006). De rol van het Digitaal Kenniscentrum Seksespecifiek Medisch Onderwijs bij de integratie van sekse in het medisch onderwijs. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs* 25 (2): 66-74.
- Maso, I. & Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek.: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.
- McMullin, J.A. & Cairney, J. (2004). Self-esteem and the intersection of age, class and gender. *Journal of Aging Studies* 18: 75-90.

- Mçarek, A. (2002). Verschillende versies van seke inonderzoek naar genetische diversiteit. *Tijdschrift voor Genderstudies* 5(4): 20-35.
- McIntosh, P. (1989). White privilege: Unpacking the invisible knapsack. *Peace and Freedom, July/August*, 10-12. Zie <http://seamoney.ed.asu.edu/%7Emcisaac/emc598ge/Unpacking.html#top>.
- Meeuwesen, L. (2001). Communicatieverschillen tussen mannen en vrouwen in GGz. In E. Knoppert-vander Klein, P.Kólling, I. Sleeboom-van Raaij & I. van Vliet (red), *Behandelingsstrategieën bij vrouwen in de psychiatrie*. (pp. 22-30) Houten: BSL.
- Melief, W. (2003). Evidence-Based practice in sociale interventies. Plaats, mogelijkheden en beperkingen. *Sociale Interventie* 12 (4) : 17-29.
- Mens-Verhulst, J. van (1988). *Modelontwikkeling voor Vrouw-en-hulpverlening. Op weg naar het land Symmetria*. Utrecht: ISOR.
- Mens-Verhulst, J. van (1992). De autonomie voorbij. In *Sociale Interventie* 1(4) p.188-196.
- Mens-Verhulst, J. van (1994). Vrouwenhulpverlening: produkt in beweging. In J. van Mens-Verhulst & L. Schilder . *Debatten in de vrouwenhulpverlening*. Amsterdam: Babylon/ De Geus. P. 145-164.
- Mens-Verhulst, J. van (1996). *Vrouwenhulpverlening: diversiteit als bron van zorg*. Oratie. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.
- Mens-Verhulst, J. van (1997). Gelijkheid is niet goed genoeg in de feministische hulpverlening, *Rekenschap* sept, 156-170.
- Mens-Verhulst, J. van (2001a). Diversiteit in theorie en praktijk: een bericht uit de feministische hulpverlening, *Tijdschrift voor Humanistiek* 2\_(2): 7-17.
- Mens-Verhulst, J. van (2001b). Feministische hulpverlening en empirische evidentie: over diversiteit en onderzoek. *Tijdschrift voor Genderstudies* 4 (3): 35-47.
- Mens-Verhulst, J. van (2001c). Mannetjesputters of vrouwtjesputters, wat maakt het uit? *Tijdschrift voor Humanistiek* 2 (5); 34-40.
- Mens-Verhulst, J. van (2003). Diversiteit als sleutel tot vraagsturing in een gevarieerde samenleving. Over denkkader, handelingsprincipe en competentie. *Sociale Interventie* 12: 25-34.
- Mens-Verhulst, J. van (nog te verschijnen). Over levenskunst, zingeving, empowerment en zorg voor vrouwen. Lezing voor de Berkenhof, 2001. Zie [www.vanmens.info/verhulst](http://www.vanmens.info/verhulst).
- Mens-Verhulst, J. van & Bekker, M.H.J. (2005a). Argumenten voor een diversiteitbewust curriculum in de gezondheids(zorg)wetenschappen. *Tijdschrift voor genderstudies* (2): 44-50.
- Mens-Verhulst, J. van & Bekker, M.H. J. (2005b). Gezondheidspsychologie in een pluriforme samenleving. In J. Knipscheer & R. Kleber. *Psychologie en de multiculturele samenleving*. Hoofdstuk 7, p. 118-138. Amsterdam: Boom.
- Mens-Verhulst, J. van; Bernardez, T.; Goudswaard, H.; Jacobs, G.; Steketee, M.; Williams, J.; Watson, G. (1999). Dilemmas as Solutions: The Development of Feminist Mental Health Care. In A.Kolk, M. Bekker & K. van Vliet (eds) *Gender-sensitive Health Care*. Tilburg: Tilburg University Press: p.139-163
- Mens-Verhulst, J. van & Moerman, C.J. (2002). Seksebewust epidemiologisch onderzoek. *TSG* 80: 219-224.
- Mens-Verhulst, J. van & Ridder, D. de (2006). Medisch onverklaarde klachten(syndromen) in vrouwenlevens. In Vliet, I. van, Knoppert, E., Kólling, P. & Sleeboom, I. (red). *Vrouw(en)leven*. Houten: BSL, Hoofdstuk 11, p. 217-238.
- Mens-Verhulst, J. van & Schilder, L. (1994). *Debatten in de vrouwenhulpverlening*. Amsterdam: Babylon/De Geus.
- Mesch, H. & Mens-Verhulst, J. van (1993). *VHV op het transculturele pad*. Utrecht: ISOR.
- Meyrick, J. (2006). What is Good Qualitative Research? A First Step towards a Comprehensive Approach to Judging Rigour/Quality. *Journal of Health Psychology* 11(5): 799- 808.
- Mol, A. (2006). *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Van Gennep
- Moynihan, C. (1998). Theoris of masculinity. *BMJ* 317: 1071-5.
- Mullen, E.J. (2004). Evidence-based policy and practice. Implications for Social Work as a profession. *Sociale Interventie* 13 (4): 5-14.

- Mullings, L. & A.J. Schulz. (2006). Intersectionality and Health: An Introduction. In: A.J. Schulz & L. Mullings (2006). *Gender, Race, Class & Health. Intersectional Approaches*. San Francisco: Jossey-Bass. John Wiley & Sons. 3-20.
- Nicolai, N. (1994). Autonomie en zorg. In J. van Mens-Verhulst & L. Schilder. *Debatten in de vrouwenhulpverlening*. Amsterdam: Babylon/ De Geus. P. 74-91.
- Nicolai, N. (1997). *Vrouwenhulpverlening & Psychiatrie*. Amsterdam: Babylon/ De Geus.
- Noordenbos, G. (2006). Meerwaarde van sekse- en cultuursensitieve behandeling van depressie. Presentie tijdens *Symposium Sensitiviteit voor cultuur & seks.*, Utrecht, 26-10-2006.
- Noordenbos, G. & Pauli, T. (2006). *Sensitiviteit voor sekse & cultuur. Een meerwaarde in de behandeling*. Screeningsinstrument. Utrecht: TransAct.
- Noordenbos, G. & Vlugt I. van der (2003). *Evidence based onderzoek en seksespecifieke zorg: een (on)gelukkige relatie*. Utrecht: TransAct.
- Oude Avenhuis, A. & Scherpenzeel, R. (2006). *Wisselende perspectieven*. Utrecht: TransAct.
- Prins, B. (2000). *Voorbij de onschuld: Het debat over de multiculturele samenleving*. Amsterdam: Van Genneep.
- Pattynama, P. en Verboom, M. (2000). *Werkboek kleur in het curriculum. Interculturalisatie in het hoger onderwijs*. Utrecht: Ned. Genootschap Vrouwenstudies.
- Phoenix, A. (1998). *Reconstructing Gendered and Ethnicised Identities. Are we All Marginal now?* Oratie Universiteit voor Humanistiek. Utrecht.
- Rader, J., Gilvert, L.A. (2005). The egalitarian relationship in feminist therapy. *Psychology of Women Quarterly* 29 (4): 427-435.
- Richters, J.M. (1991). *De medische antropoloog als verteller en vertaler*. Heemstede: SMART.
- Richters, J.M. (2001). Culturele diversiteit in hulpverlening en onderzoek. *Tijdschrift voor Humanistiek*, 2: 18-25.
- Richters, J.M. (2002). Ja, maar hoe bereik je hen.' Gezondheidsonderzoek onder migrantenvrouwen. *TSG* 80(4): 214-216.
- Ridder, D.T.D. de (2000). Gender, stress and coping: Do women handle stressful situations differently from men? In L.Sheer & J.S. St Lawrence (eds). *Women, Health and the Mind*. London: John Wiley & Sons. P. 115-135.
- Ridder, D.T.D. de & Wit, J. de (eds) (2006). *Self-regulation in Health Behavior*. London: John Wiley & Sons.
- Rijken, H. & Hulst, J. Van (2005). *Therapiegroepen voor vrouwen. Van actie naar professie*. Houten: BSL.
- Rossum, H. van (1992). De gesubsidieerde revolutie? Geschiedenis van de Nederlandse vrouwenbeweging 1968-1989. In J.W. Duyvendak, H.A. van der Heijden, R. Koopmans & L. Wijmans (red). *Tussen verbeelding en macht. 25 jaar nieuwe sociale bewegingen in Nederland*. Amsterdam: SUA. p.161-180.
- Rummens, J.A. (2003). Conceptualising Identity and Diversity: Overlaps, Intersections and Processes. *Canadian Ethnic Studies* 35, 3: 10-25.
- Sabo, D. & Gordon, D.F. (1995). Masculinity, health and illness. In D. Sabo & D.F. Gornon. *Men's Health and Illness. Gender, power and the body*. London: Sage. P. 1-21.
- Sanden, J. van der & Lagro-Janssen, T. (2000). *Seksespecifieke differentiatie van het onderwijs in de vervolgopleiding Huisartsen*. Nijmegen: KUN Vrouwenstudies Geneeskunde.
- Schilder, L. (2004). Belegerde mannelijkheid. *Sociale Interventie* 13 (2): 5-16.
- Schnabel, P.(1995). Een groep van gelijken, het gelijk van de groep. In: *De weerbarstige geestesziekte. Naar een nieuwe sociologie van de geestelijke gezondheidszorg*. Amsterdam: SUN. P. 150-175
- Schrijvers, J.P.M. (2006). Het wilde vlees. Over de tomtomiseren van de passionele mens. [www.Scriptum.nl](http://www.Scriptum.nl).
- Schulz, A. J. & Mullings, L. (2006). *Gender, Race, Class & Health. Intersectional Approaches*. San Francisco: Jossey-Bass. John Wiley & Sons.
- Smaling, A. (2000). Inductieve, analoge en communicatieve generalisatie. In F. Wester, A. Smaling & L. Mulder (red). *Praktijkgericht kwalitatief onderzoek*. Bussum: Coutinho. P. 155-172.
- SOMAN (1988). *Teksten mannenhulpverlening*. Utrecht: SOMAN.
- Speckens, A.F.M., Spinhoven, Ph & Rood, Y.R. (2004). Protocollaire behandeling van patiënten met onverklaarde klachten: Cognitieve Gedragstherapie. In G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red). *Protocollaire behandelingen in de ambulante GGZ*. Houten: BSL. P. 183-218.

- Steketee, M. (1995). *Vrouwenhulpverlening in de klinische psychiatrie. Een veranderende opvatting*. Bennebroek: Psychiatrisch Centrum Vogelenzang.
- Steketee, M. & Vliet, K.P. van (2002). Integratie van seksespecifieke hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg. *TSG* 80 (4): 231-236.
- Stel, J. van der (2006). *Resultaten expertmeeting sekse-, genderspecifieke en interculturele hulpverlening in de psychiatrie. Hoe verder met de multidisciplinaire richtlijnen?* Bennebroek: Geestgronden.
- Stronks, K. Glasgow, I. K., Klazinga, N. (2004). *The identification of ethnic groups in health research, additional to the country of birth classification*. Amsterdam: AMC.
- Stuurgroep Vrouwenhulpverlening (1998). *Naar een seksespecifieke artsopleiding*. Projectgroep Beroepsgroepen in de Gezondheidszorg. Den Haag: VWS.
- Taylor, S.E., Klein, L.C., Lewis, B.P., Gruenewald, T.L., Gurung, R.A.R. & Updegraff, J.A. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological review*, 107, 411-429.
- Thase, M.E., Frank, E. Kornstein, S. & Yonkers, K. (2000). Gender differences in response to treatments of depression. In E. Frank (ed) *Gender and Its Effects on Psychopathology*. London: American Psychiatric Press. P. 103-129.
- Tiefer, L. (1995). *Sex is not a natural act & other essays*. Boulder: Westview Press.
- Tonkens, E., (1998). Gender in welke lagen? Kanttekeningen bij de gelaagde genderconcepten van Scott, Harding en Hagemann-White en hun toepassing in empirisch onderzoek. *Tijdschrift voor Genderstudies* 1: 42-49.
- Ussher, J. M. (1999). Feminist Approaches to Qualitative Health Research. In M. Murray & K. Chamberlain, *Qualitative Health Psychology, Theories and Methods*. London: Sage.
- Unger, R.K. (1990). Imperfect reflections of reality. Psychology constructs gender. In R.T. Hare-Mustin & J. Marecek (eds), *Making a difference. Psychology and the construction of gender*. (pp. 102-149). New Haven & London: Yale University Press.
- Verheul, R. (2002). Genderbias en persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 383-387.
- Vijver, F. van de (2005). Diagnostiek en testgebruik met allochtonen. In In J. Knipscheer en R. Kleber. *Psychologie en de multiculturele samenleving*. Amsterdam: Boom. Hoofdstuk 9, p. 156-175.
- Vlugt, I. van der (red) (2002). *Met een andere bril. Diversiteit, sekse & etniciteit in de opleidingen MDW en SPH*, Utrecht: TransAct.
- Vlugt, I. van der & Oude Avenhuis, A. (2001). *Sekse en cultuur in het onderwijs*. Screeningslijst voor hogescholen Maatschappelijk Werk en Dienstverlening. Utrecht: TransAct.
- Veenman, J. (2002). Interviewen in multicultureel Nederland. In H. Houtkoop-Steenstra & J. Veenman (red). *Interviewen in de multiculturele samenleving. Problemen en oplossingen*. P. 1-19.
- Verloo, M. (2006). Multiple Inequalities, Intersectionality and the European Union. *European Journal of Women's Studies* 13 (3): 211-228.
- Visser, R.de & Smith, J.A. (2006). Mister In-between. A case study of masculine identity and health-related behaviour. *Journal of Health Psychology* 11(5): 685-695.
- Vos, D. & Kolk, J (1994). *Van herkenning naar kracht*. Utrecht: Wetenschapswinkel FSW.
- Vos, D., Franssen, M. en Mens-Verhulst, J. van (1992). *Casus VHV: van programma-evaluatie naar kwaliteitsdiscussie*. Utrecht: ISOR.
- Wagemakers, A. & Quispel, Y. (2003). *Verkenning van het gebruik van leeftijd in onderzoek*. Utrecht: LBL.
- Wearden, A., Perryman, K. & Ward, V (2006). Adult Attachment Reassurance Seeking and Hypochondriacal Concerns in Colleg Students. *Journal of Health Psychology* 11 (6): 877-886.
- Wekker, G. (2001a). Van monocultuur naar caleidoscoop, *Tijdschrift voor Humanistiek* 2(6): 26-33.
- Wekker, G. en Lutz, H. (2001). Een hoogvlakte met koude winden. De geschiedenis van het gender- en etniciteitsdenken in Nederland. In: M. Botman, N. Jouwe en G. Wekker (red.), *Caleidoscopische visies. De zwarte, migranten en vluchtelingenbeweging in Nederland*. Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen: 25-50.
- Wekker, G. (1998). Gender, identiteitsvorming en multiculturalisme. Notities over de Nederlandse multiculturele samenleving. In *Multiculturalisme*. Utrecht: Lemma. P. 39-52.

- West, C. & Zimmerman, D.H. (1992). Doing gender. In J.S. Bohan (ed) *Seldom Seen, Rarely Heard. Women's Place in Psychology*. (pp. 379-403) San Francisco: Boulder. Reprinted from *Gender and Society* 1, 125-151.
- Wijngaard, M. van den (1991). *Reinventing the Sexes. Feminism and Biomedical Construction of femininity and Masculinity 1959-1985*. Delft: Eburon.
- Wilkinson, S. (2000). Feminist research Traditions in Health Psychology: Breast Cancer Research. *Journal of Health Psychology* 5, 359-372.
- Williams, R. (1997). Living at the Crossroads: Explorations in Race, Nationality, Sexuality and Gender. In W. Lubiano (ed), *The House that Race built*, (pp 136-156). New York: Pantheon Books;.