

Feministische psychotherapie en de invloed van het feminisme op de psychotherapie

N.J. NICOLAI

Mevrouw drs. N.J. Nicolai heeft een eigen praktijk als psychiater in Rotterdam en is daarnaast werkzaam bij de Riagg RNW te Vlaardingen.

1 Feminisme

Het feminisme onderscheidt zich van andere sociale bewegingen doordat het niet alleen een politiek doel nastreeft maar ook een psychologische verandering wil bewerkstelligen. Dat heeft ervoor gezorgd dat het feminisme ook op de psychotherapie zijn invloed heeft gehad. Dat rechtvaardigt een bespreking van die invloed in dit handboek. In dit hoofdstuk komen achtereenvolgens de volgende onderwerpen aan de orde: subject- en objectstatus, gender en sekse, macht, autonomie en verbondenheid.

2 Historie

Voor een goed begrip van de invloed van het feminisme op psychotherapie is een korte excursie naar de geschiedenis wenselijk. De tweede feministische golf in het derde kwart van de negentiende eeuw, de 'vrouwenkwestie', ontstond uit verontwaardiging over de politieke onmondigheid van vrouwen, de uitsluiting uit beroepen en hoger onderwijs en de patriarchale wijze waarop men letterlijk en figuurlijk meende te kunnen beschikken over de lichamen van vrouwen. Deze kwestie kristalliseerde zich uit in de strijd om politiek kiesrecht. De andere onderwerpen verdwenen van de politieke agenda, maar kwamen weer op de voorgrond in de jaren zestig van de twintigste eeuw toen zaken rond lichamelijke en seksualiteit ('baas in eigen buik') de maatschappelijke arena veroverden. Aan deze zaken rond lichamelijk zelfbeschikkingsrecht was ook het recht verbonden om eigen keuzes te kunnen maken dwars tegen maatschappelijke conventies en verwachtingen in. Dat wil zeggen dat allerlei maatschappelijke opvattingen over de vrouwenrol, arbeidsdeling, moederschap, huwelijksrecht en economische zelfstandigheid op de helling gingen.

In de jaren zeventig splitste deze feministische beweging zich in twee stromingen. Het politieke feminisme hamerde op economische zelfstandigheid en politieke en economische gelijkheid, en vatte dit alles onder de noemer emancipatie. Deze stroming heeft successen geboekt; zo is in snel tempo de onderwijsachterstand van vrouwen ingelopen en begaven vrouwen zich in Nederland, dat vanaf de zestiende eeuw anders dan de ons omringende culturen een gezinsideologie kent, in toenemende mate op de arbeidsmarkt. De andere stroming is meer cultuurkritisch en filosofisch van aard en houdt zich bezig met de betekenis van het geslachtsverschil (en van daaruit met de vraag naar gelijkheid en verschil), met de status van het denken en voelen, met de constructie van sociale identiteit, met het vraagstuk van de subjectiviteit en de vrouw als ander en als object; met de wijze waarop de westerse filosofie groepen heeft uitgesloten, en met de mechanismen van macht en uitsluiting en de effecten daarvan op de psyche van mannen en vrouwen. Terugkijkend is het voornaamste thema van deze stroming sinds de jaren zeventig dat van de zoektocht naar de eigen subjectiviteit. Kunnen vrouwen een subjectstatus hebben? Kunnen zij een 'zichzelf actualiserend subject' worden of blijven zij als het ware gestempeld door de status van de Ander? In het wetenschappelijke vertoog van de negentiende eeuw waren vrouwen immers voornamelijk beschreven als object, vooral in de psychologie en filosofie. Zij waren de zwijgende 'Ander', het donkere continent waarvoor men te rade moest gaan bij dichters en schrijvers als men er iets meer van wilde weten (De Beauvoir, 1949). Nu waren ze op zoek naar wie zijzelf waren, los van de conventies, definities en de hen opgelegde rollen. Bij die zoektocht maakten ze gebruik van de methoden die aangereikt werden door de humanistische psychologie; de sociale psychologie en de psychoanalyse. Feminisme is dan ook niet los te zien van de ontwikkelingen op die terreinen.

3 Feminisme en psychotherapie

Hoewel het feminisme gebruik maakte van methoden uit de psychologie, met name de humanistische, was de verhouding met de georganiseerde psychotherapie aanvankelijk niet hartelijk. Dat komt bij voorbeeld tot uiting in het boek dat het startschot gaf aan de feministische revolutie: Betty Friedans *The feminine mystique* (1963). Zij beschrijft hoe jonge zelfbewuste vrouwen die in de oorlog naar volle tevredenheid op de arbeidsmarkt functioneerden, zich na de oorlog - in de ban van de moederschapideologie en economische welvaart - naar hun voorstad woningen hadden laten drijven en nu omkwamen in

verveling en gevoelens van nutteloosheid. Dit uitte zich in psychische klachten. Veel van deze voorheen competente en vitale vrouwen zochten hun heil in psychotherapie in plaats van in sociale actie. Het programma van de eerste feministische fase was dus vrouwen te bevrijden van hun saaie, stoffige bestaan als huisvrouw én van hun rol van klassieke neurotische patiënte op de divan. Het feminisme werd gezien als vervanger van psychotherapie. Psychotherapie werd beschouwd als vorm van onderdrukking, erop gericht de sociale onvrede van vrouwen te kanaliseren en hun terechte protesten te medicaliseren en te psychologiseren. Andere voorbeelden van deze visie zijn Chesslers *Vrouwen en waanzin* (1972) en Milletts *Sexual politics* (1971). In navolging van Foucault lag de nadruk sterk op het repressieve en disciplinerende karakter van de psychologie, psychiatrie en psychotherapie. Freud en de psychoanalyse moesten het ontgelden als representanten van patriarchale 'falocratische' theorievorming over vrouwen. In hun naïeve veronderstelling dat een neurotische ontwikkeling het gevolg was van maatschappelijke structuren stonden deze auteurs overigens in die tijd niet alleen.

Het lag voor de hand dat hier een reactie op volgde. Dit werd de alternatieve vrouwenhulpverlening. Vrouwen ontwikkelden allerlei vormen van onderlinge hulpverlening: van counseling via praatgroepen tot FORT-groepen (Feministische Oefengroepen in Radicale Therapie) en Blijf-van-mijn-lijfhuizen. Belangrijk waren solidariteit, wederkerigheid in de hulpverleningsrelatie, nadruk op het eigen probleemoplossend vermogen van vrouwen en ont-medicalisering (de 'eigen wijsheid' van vrouwen: vrouwen wisten zelf wat goed voor hen was). Symptomen werden gelabeld als 'overlevingsstrategie' of als de best mogelijke adaptatie aan een (vrouw)vijandige omgeving. Er kwam een sterke nadruk te liggen op de gendergebonden betekenissen van taalgebruik. Dat paste in de onderliggende theorie van het sociaal constructionisme.

In de methoden en de achterliggende mensvisie vindt men binnen deze hulpverleningsvormen veel elementen van de humanistische en existentiële psychotherapie terug, zoals de nadruk op groei en ontwikkeling. Het individu werd als in essentie 'onbevangen' en 'goed' gezien, vervormd en ingeperkt door ongunstige sociale omstandigheden zoals stereotiepe rolpatronen. Daarnaast zijn er veel elementen opgenomen uit de leertheorie, zoals de nadruk op de leergeschiedenis van sociale rollen (socialisatie), het probleemoplossende karakter van interventies en de nadruk op cognities ('Als je maar anders denkt, verandert het wel').

De psychoanalyse ontmoette daarentegen aanvankelijk veel kritiek. Zoals bekend ging Freud in zijn model van de

psychoseksuele ontwikkeling van de mens uit van het jongetje en zijn verhouding met de fallus. De ontwikkeling van het meisje werd bepaald door het ontbreken daarvan. We noemen dit fallocentrisme. Veel oog voor de ontwikkeling van meisjes in de relatie met hun moeders had Freud niet. Hoewel de feministische kritiek niet mals was, raakten feministische auteurs in diezelfde tijd wel gefascineerd door de psychoanalyse. De psychoanalyse bood immers concepten en methoden die het doel van subjectvorming dienden of althans begrijpelijk maakten. Een voorbeeld is Juliet Mitchells baanbrekende boek *Women: The Longest revolution* (1984). De psychoanalytische theorie wordt hierin beschreven als het meeste geschikte analytische instrument om de intrapsychische gevolgen van het opgroeien in een patriarchale cultuur te onderzoeken. Feminisme en psychoanalyse raakten in een haat-liefdeverhouding verward.

De kritiek van buiten had ook haar weerslag op de psychoanalytische wereld en dit leidde tot een herijking van de theorie over de ontwikkeling van meisjes. Meer dan therapeuten uit andere richtingen hebben vrouwelijke psychoanalytici hierbij een leidende rol gespeeld. Zo belichtten zij de relatie tussen vrouwen en de centrale rol van de moeder (Strouse, 1974; Alpert, 1986; zie Nicolai, 1997a), zich baserend op pioniers uit de jaren twintig en dertig zoals Karen Horney. Het concept 'penisnijd' werd een minder centrale rol toebedeeld dan andere relaties, zoals die met de moeder, en de nadruk kwam op andere ontwikkelingsmodellen te liggen. De belangrijkste publicatie uit die tijd is van Nancy Chodorow (1978), wier inmiddels klassiek geworden theorie een analyse van de intrapsychische ontwikkeling van mannen en vrouwen koppelt aan de rollen van vrouwen en mannen: vrouwen moederen en mannen zijn in de dagelijkse gang van de opvoeding relatief afwezig. Hierdoor ontstaat in de psychische ontwikkeling van meisjes een asymmetrie ten opzichte van die van jongens, die zich om hun mannelijke identiteit te ontwikkelen dienen te des-identificeren van de moeder.

Het meest wezenlijke onderscheid dat in die jaren vanuit de psychoanalytische theorie werd gemaakt, met name door onderzoek naar genderidentiteitsstoornissen, is het onderscheid tussen sekse en gender. Sekse is de biologische en genetische vorm van het geslachtsverschil: chromosomen en hormonen. Gender is de vorm waarin dit geslachtsverschil cultureel en historisch vorm krijgt. Sekse verwijst naar man en vrouw; gender naar 'mannelijk' en 'vrouwelijk'. Het 'vrouwelijke' is niet te herleiden tot het biologische. Vrouwen en mannen worden niet geboren, ze worden gemaakt, aldus het beroemde dictum van Simone de Beauvoir. De vorming van gender vindt niet in een vacuüm plaats. Wij zijn begiftigd met rede en taal.

De ontwikkeling van genderidentiteit bevindt zich dus (voor een deel) op dat terrein: tussen de benoeming: 'Jij heet Eva en je bent dus een meisje' en de beleving en het effect daarvan op hoe je jezelf voelt in je eigen lichaam en ten opzichte van anderen die anders zijn.

Een andere belangrijke invloed op de psychotherapie vanuit de vrouwenbeweging was de ontdekking van de wijde verbreiding van huiselijk geweld: incest, kindermishandeling, vrouwenmishandeling. Aanvankelijk was dit een politiek en juridisch thema en meende men dat het publiek maken ervan een bevrijdend effect zou hebben: vrouwen zouden het niet meer 'pikken' en dan zou het vanzelf veranderen. De Blijf-van-mijn-lijfhuizen dienden om vrouwen een veilige plek te verschaffen van waaruit zij hun leven opnieuw vorm konden geven. Dat bleek niet de realiteit. Sommige vrouwen waren te moe, te ziek, te zeer het slachtoffer om gebruik te kunnen maken van korte, op het herwinnen van eigen kracht gerichte benaderingswijzen.

We zien dan ook in een volgende stadium, vanaf de jaren negentig, een professionalisering en psychologisering van het feminisme. Het wordt nu vrouwenhulpverlening. Seksueel misbruik en partnergeweld werden vanaf het eind van de jaren tachtig als 'trauma' gedefinieerd. In Nederland vormden de baanbrekende onderzoeken van Draijer (1988; 1990) en Römken (1992) een keerpunt. Buiten de ontdekking van het trauma ontstonden nieuwe diagnostische categorieën of kregen oude diagnoses een nieuwe jasje of een nieuw verklarend kader, zoals de dissociatieve stoornissen. Men probeerde andere vormen te vinden voor het basale principe van de gelijkwaardigheid tussen hulpvrager en hulpverlener (Nicolai, 1997a; 1998). Dit had consequenties voor de psychotherapie op het vlak van de betekenis van macht, de 'objectiviteit' van de hulpverlener, intersubjectiviteit, autonomie, het bestwil-principe, de betekenis van informatie en *informed consent* en de scheiding tussen lichaam, ziel en geest.

Uit deze historische schetsen kunnen we een aantal conclusies trekken. Vrouwenhulpverlening is aanvankelijk ontwikkeld als kritiek op bestaande psychotherapeutische praktijken. Daarna heeft ze één theorie nogal ambivalent omhelsd, de psychoanalytische. Vervolgens heeft ze methoden overgenomen uit de psychologie bij het ontwikkelen van een eigen praktijk. Deze methodes en interventies hebben een redelijk coherente ontwikkeling gekregen in de vrouwenhulpverlening. De methode kan gekenschetst worden door een voorkeur voor groepswork (om gebruik te maken van onderlinge herkenning), doelstellingen in haalbare stappen, een gestructureerd thematisch kader met rondjes en huiswerk, en een sterke nadruk op cognitieve herstructurering.

Daarnaast ligt het accent op ontvoogding. Praktisch houdt dat het streven in naar een zo gelijkwaardig mogelijke relatie tussen hulpvrager en hulpverlener. Daarnaast speelt het bestrijden van seksistische opvattingen een centrale rol: labelen van gedrag van vrouwen in termen van ziekte wordt zoveel mogelijk vermeden; er wordt eerder uitgegaan van wat een vrouw wil en (nog) kan, dan waaraan zij lijdt. Het verruimen van keuzemogelijkheden ('autonomie') is het doel, waarbij aanvankelijk naïeve vooronderstellingen zijn bijgesteld; autonomie is geen eindtoestand. Tenslotte is de vrouwenhulpverlening gericht op een kritische herwaardering van de psychologische ontwikkeling van vrouwen. In de feministische psychotherapie zijn deze ontwikkelingen uitgegroeid tot de wezenlijke aandachtspunten.

4 Belangrijke aandachtspunten in feministische psychotherapie

Hierna bespreek ik de volgende thema's:

1. lichaam en geest;
2. gender en de verschillende ontwikkelingslijnen;
3. gender en de therapeutische relatie;
4. macht;
5. autonomie en verbondenheid.

4.1 Lichaam en geest

Eén van de basisprincipes van de feministische beweging was dat het in onze cultuur gebruikelijke Cartesiaanse onderscheid tussen lichaam en geest niet werd gemaakt. Dit betekende een grotere aandacht voor lichaamsgerichte en andere non-verbale vormen van psychotherapie, maar ook een meer geïntegreerde benadering van veel 'vrouwenproblemen' zoals de overgang, het postpartum en chronische ziekten. De grootste verworvenheid van het feminisme is het produceren van nieuwe kennis over vrouwelijke seksualiteit en reproductie, te beginnen met het werk van het Boston Health Collective in de jaren zeventig ('baas in eigen buik'). De effecten daarvan zijn terug te zien in onderzoeksbevindingen op het gebied van de neurobiologie, de biologie van het urogenitaal systeem, seksualiteit en reproductie (Lagro-Jansen & Noordenbos, 1997; Seeman, 1997; Casper, 1998; Panksepp, 1998).

Vrouwen kunnen - of ze het nu willen of niet, en anders dan voor mannen geldt - niet om hun lichaam heen. Een maandelijks cyclus, het vermogen tot zwangerschap, borst-

voeding en zorg voor kinderen plaatst vrouwen nu eenmaal in een andere verhouding tot hun lichaam.

De eerste vraag die in de puberteit aan de orde komt als het biologisch gedifferentieerde brein door de hormoonproductie geactiveerd wordt (Casper, 1998) is: 'Wiens lichaam is het eigenlijk?' Het lichaam van een jongen wordt een instrument om mee te handelen, dat van een meisje om - daarnaast - relaties te leggen. De maagdelijkheidcultus in veel culturen is daar een uiting van. De maagdelijkheid is van belang voor de eer van de familie. Het lichaam is bestemd voor een man en later voor kinderen. Het is nooit helemaal van jezelf. Hoe kwetsbaarder de identiteit, hoe meer het veranderde lichaam ook als 'niet-eigen' object van wanhoop en agressie wordt beleefd.

De puberteit met al haar lichamelijke veranderingen kan in combinatie met daarvoor opgelopen kwetsbaarheid, ontwikkelings- en gezinsfactoren tot specifieke meisjesproblematiek leiden, zoals anorexia en boulimia nervosa, suïcidepogingen en automutilatie, angststoornissen en depressie, die alle vaker voorkomen bij jongvolwassen vrouwen dan bij jonge mannen (Piccinelli & Wilkinson, 2000).

Integratieve psychotherapie heeft op het eerste gezicht niet veel met deze lichamelijke zaken te maken. Achtergrondkennis is echter van groot belang om de verschillende fasen en faseovergangen in het leven van vrouwen naar waarde te schatten. Zo blijkt de behoefte van jonge moeders aan steun van vrouwen en een veranderende houding ten opzichte van hun moeder geen teken te zijn van regressie, maar een (biologisch gefundeerde) behoefte aan ondersteuning bij specifieke ontwikkelingsstaken, die Stern (1995) de 'moederschapconstellatie' noemt. Hierover later meer.

Traumatische situaties blijken een heel andere impact te hebben op jongens dan op meisjes. Stress in de kindertijd, veroorzaakt door seksueel misbruik, psychologische en fysieke mishandeling, heeft op vrouwen een andere uitwerking dan op mannen. Zo blijken vrouwen gevoeliger te zijn voor de ontwikkeling van de posttraumatische stresstoornis en dissociatie (Draijer & Langeland, 1999; Perry, Pollard, Blakley, Baker & Vigilante, 1995).

Ook komen somatoforme dissociatie en somatoforme stoornissen meer voor bij vrouwen (Kolk & Gijsbers van Wijk, 1997). Seksueel misbruik leidt bij vrouwen tot een beschadigd en defect lichaamsbeeld.

4.2 Gender

Gender, genderidentiteit en socialisatie

De nadruk op gender is cruciaal in het feminisme. Waarom is dat zo belangrijk? De negentiende eeuw verbond het wezen van de vrouw met haar biologie. Om uit deze valkuil van het essentialisme te raken, was het dus nodig om het historische en het culturele proces te benadrukken waardoor meisjes vrouwen (en jongens mannen) worden. Als biologie de harde ondergrond vormt van het vrouw (of man) zijn, zou elke vorm van emancipatie of psychologische groei hierop immers vastlopen.

Het begrip 'gender' geeft informatie over de verschillende ontwikkelingslijnen. Kennis hierover geeft de mogelijkheid de associaties, de fantasieën en cognities, de klachten en symptomen van patiënten in een brede context te bezien.

Gender is ook een belangrijk begrip in de therapeutische relatie. Of we het willen of niet: de sekse van een therapeut is een van de eerste zichtbare aspecten.

Integratieve psychotherapie dient gebaseerd te zijn op overkoepelende theorievorming. Dit geldt ook als het gender betreft. Voor deze overkoepelende theorie gebruik ik de neurobiologie en de psychoanalytische theorie. Veel van de feministische theorievorming blijkt in het licht van recente neurobiologische onderzoeksuitkomsten achterhaald, maar veel ervan is nog steeds geldig en van belang voor welke psychotherapeutische praktijk dan ook. Werd je in de jaren tachtig nog tot vrouw (of man) gemaakt in de opvoeding ('rolpatronen'), in dit millennium hebben de feministen de (neuro)biologie gevonden. De huiver in de beginjaren kwam vooral door de verwachting dat biologie tegen vrouwen gebruikt zou worden - op een vergelijkbare manier waarop het in de negentiende eeuw meisjes verboden werd te studeren omdat dat bloed aan hun baarmoeder zou onttrekken. Er is in elk geval een groeiende acceptatie voor de onontkoombaarheid van onze biologische en evolutionaire wortels, zonder uit het oog te verliezen dat onze wereld in essentie een 'talige' is en dat een ontwikkelingstheorie het niet kan stellen zonder integratie van 'nature' en 'nurture'.

De neurobiologie van het geslachtsverschil: de embryonale sekse-differentiatie

Momenteel wordt op grond van recent onderzoek algemeen geaccepteerd dat op embryonaal niveau sekse-differentiatie op gang wordt gebracht wanneer onder invloed van het Y-chromosoom de testes ontstaan, die testosteron gaan produceren. Testosteron wordt na het passeren van de bloed-hersenbarrière in de hersenen omgezet (gearomatiseerd) in estradiol. Dit bindt aan de intracellulaire estradiolreceptoren en

zet een cascade van mechanismen op gang, waarbij de vorming en groei van sommige neuronen en de geprogrammeerde celdood van andere, leidt tot gedifferentieerde synaptische verbindingen.

In afwezigheid van testosteron behoudt het brein het vrouwelijk fenotype, ook als er genetisch sprake is van een mannelijk genotype. De hersenen van meisjesbaby's zijn beschermd tegen de invloed van estradiol door een alfafoetoproteïne. Het mannelijk brein differentieert dus onder invloed van het als 'vrouwelijk' benoemd oestrogeen. Er kan op verschillende niveaus sprake zijn van verschillen tussen het fenotype en het genotype na de geboorte.

Bij de geboorte zijn er enkele neuroanatomische verschillen. Zo is de linker hersenhelft bij jongens groter dan de rechter, terwijl bij meisjes de links-rechtsverschillen minder uitgesproken zijn. Daarnaast wordt, in het voorste deel van de hypothalamus, bij de geboorte een duidelijk verschil aangetroffen in het preoptische gebied: een seksueel dimorfe kern die in de literatuur meestal wordt benoemd als de SN-POA (sexual dimorphic nucleus of the preoptic area). Bij jongens zou deze kern aan het eind van de kindertijd groter zijn, maar het verschil neemt af met de leeftijd. Bij volwassen vrouwen bevat deze kern minder en kleinere neuronen.

Wat het lastig maakt om sommige van deze gegevens te interpreteren is het feit dat ze over de tijd en onder invloed van stress veranderen. Pasgeboren baby's ontwikkelen zich vanuit de hechting aan degene die door aanwezigheid en bescherming tegen gevaren hun voortbestaan verzekert. De sociale interactie tussen moeders en hun baby's weerspiegelt zich in de groei en rijping van het brein, in de dichtheid van neuronale verbindingen met name in de prefrontale cortex, in de regulering van neurotransmitters en affecten (Perry et al., 1995; Perry, 1999)

Er zijn sinds de jaren zeventig vele studies geweest naar verschillen en overeenkomsten, waarbij de partijen soms lijnrecht tegenover elkaar stonden. Diegenen die de verschillen benadrukten, onder andere door te wijzen op het bestaan van het seksegedifferentieerde brein, stonden tegenover diegenen die met name de invloed van opvoeding, maar vooral ook van de sociale realiteit benadrukten. Er begint nu een zekere mate van consensus te ontstaan over de opvatting dat er wel verschillen zijn, maar dat verschillen tussen de seksen minder groot zijn dan de verschillen binnen een sekse. Ook op cognitief niveau is er meer overlap dan verschil tussen de seksen. Desalniettemin is er sprake van een ander ontwikkelingstraject dat hoogstwaarschijnlijk gereguleerd wordt door positieve feedbackmechanismen (zie voor een overzicht Panksepp, 1998).

Om echt te kunnen spreken van sekseverschillen moet de effectgrootte (het verschil, gedeeld door de gepoolde standaarddeviatie) groter dan 0,5 zijn. De effectgrootte is klein, dat wil zeggen dat de sekseverschillen minimaal zijn op het terrein van intelligentie, vocabulaire, verbaal en non-verbaal redeneren. Er zijn echter een aantal verschillen die herhaaldelijk gerepliceerd zijn (Darlington, 2002). Vrouwen zijn iets beter in taken als het onthouden van markeringspunten in een onbekend landschap. Ook kunnen zij voorwerpen sneller vinden en benoemen, hebben ze een betere fijne motoriek en een grotere perceptuele vaardigheid. Zij blijken beter in mathematische rekentesten. Mannen zijn beter in ruimtelijk inzicht. Zij kunnen makkelijker voorwerpen mentaal in de ruimte omkeren, ze kunnen beter mikken, ze herkennen eerder vormen uit andere overlappende vormen en doen het beter op mathematische redeneertesten. De gevonden verschillen zijn in de laatste twintig jaar herhaaldelijk gereproduceerd en redelijk robuust gebleken.

Neurofysiologisch blijken mannen meer lateralisatie te vertonen. Bij vrouwen is de hemisfere specialisatie minder uitgesproken. Deze lateralisatie maakt mannen kwetsbaarder voor beschadigingen na CVA en voor taalstoornissen als dyslexie. De lateralisatie staat onder invloed van androgene steroïden, zoals blijkt bij meisjes die prenataal blootgesteld zijn aan diethylstilbestrol (DES). Deze meisjes vertonen eveneens een grotere lateralisatie. Hormonale invloeden vlak na de geboorte kunnen deze invloeden nog terugdraaien. Testosteronverlies bij jongensbaby's (door castratie) of de toediening van oestrogeen aan meisjesbaby's leidt tot een complete omkering van sekse. De seksuele differentiatie van het preoptische gebied in de hypothalamus doet vermoeden dat deze differentiatie invloed uitoefent op stemming, neurotransmitterfunctie, receptorverdeling en neuronale verbindingdichtheid.

Men spreekt tegenwoordig niet meer van twee geslachten die of in het ene of in het andere lichaam thuishoren, maar over een spectrum waarbij aan het ene uiterste een mannelijk brein huist in een vrouwelijk lichaam en aan het andere een vrouwelijk brein in een mannelijk lichaam (Panksepp, 1998). Op zijn minst zijn er al vier 'geslachtelijke combinaties', maar waarschijnlijk zijn er vele posities mogelijk in dit spectrum, waardoor elke uitspraak over mannelijkheid en vrouwelijkheid normatieve wortels heeft. Wel blijkt verschil te zijn tussen de organisatie van het brein, zoals die in de embryonale periode en later in de vroege ontwikkeling wordt opgebouwd, en de activering van gedrag door hormonale en culturele invloeden in de puberteit. Deze gegevens passen in de evolutionaire-adaptatietheorie, waarbij de beste 'fit' geplaatst wordt in de context van de jager-verzamelaars samenlevingen. Mannen op jacht hadden hun ruimtelijk inzicht en hun vermogen afstanden

te herkennen nodig, terwijl de verzamelende vrouwen meer hadden aan het herkennen van voorwerpen in hun omgeving en aan hun fijne motoriek. Het behoeft geen betoog dat deze specialisatie in onze samenleving aan andere selectieprocedures onderhevig is. De selectiedruk wordt uitgeoefend op het fenotype, niet op het genotype. Kunnen mikken is nog wel handig in sport, maar niet meer functioneel in een sterk gedigitaliseerde samenleving. Het is daarom ook niet verstandig om bij debatten over bijvoorbeeld het carrièreperspectief voor vrouwen gebruik te maken van de evolutionary fallacy: dat wil zeggen tot norm te verheffen wat in evolutionair perspectief ooit nuttig was. Anders dan bij dieren immers wordt het sociaal gedrag niet alleen beïnvloed door hormonen en neurotransmitters, maar is het ingebed in de cultuur en in de geschiedenis.

De ontwikkeling van de identiteit

De neonatale verschillen in de organisatie van het brein leiden tot een verschil in kwetsbaarheid voor verschillende omgevingsfactoren. Er worden meer jongensbaby's geboren, maar hun mortaliteit is ook hoger. Jongens blijken ook kwetsbaarder voor ontwikkelingsstoornissen Dit roept ook ander gedrag van de ouders op. Door de relatieve onrijpheid van de mensenbaby laten de eerste drie levensjaren een stormachtige ontwikkeling zien van hechting, affectregulering, explorerend gedrag, taal en motoriek, de ontwikkeling van een zelfconcept en de ontwikkeling van de kern-genderidentiteit. De neurobiologische regulatie van het geheugen, de emoties, de taalontwikkeling en de sociale ontwikkeling vinden in die jaren plaats binnen de relatie met de ouders en verzorgers. Hechtingsonderzoek maakt duidelijk dat een veilige hechting niet alleen repercussies heeft op het gedrag, maar ook op de cognitieve ontwikkeling en het geheugen (Cassidy & Shaver, 1999; Nicolai 2001) en daarmee op het vermogen om een coherent verhaal over je leven en jezelf te vertellen. Juist dat draagt bij aan het identiteitsbesef. Een onveilige hechting daarentegen verstoort deze processen, zoals het adequaat reguleren van angst, het evenwicht vinden tussen exploratie en vermijding. Traumatische situaties zoals scheiding of verlies van ouders of verzorgers, mishandeling en misbruik kunnen leiden tot desorganisatie van de hechting.

Op psychoneurobiologisch niveau betekent dit dat de mechanismen van stressregulatie (blijvend) verstoord raken. Dit interfereert weer met de sociale en cognitieve ontwikkeling. Maar het kan ook een kwetsbaarheid blijven die pas later in de ontwikkeling tot uiting komt.

Er bestaat een interactie tussen hechting, gender en de wijze waarop men met problemen omgaat: naar binnen gericht of

naar buiten, externaliserend of internaliserend. Door die interactie worden stereotiepe opvattingen over mannelijkheid en vrouwelijkheid uitvergroot: jongens worden de *warriors*, meisjes de *worriers* (Zahn-Waxler, 1993). Externaliserende, onveilig gehechte jongens ontwikkelen eerder gedragsstoornissen en verslavingsproblematiek. Hun gehechtheidstijl is eerder bagatelliserend en gereserveerd-vermijnd. Ze doen hun ervaringen af als 'het kan ze geen bal schelen'. Meisjes ontwikkelen een passieve hulpeloosheid en gebrek aan grenzen tussen zelf en ander. Deze passieve hulpeloosheid wordt vaak 'vrouwelijk' genoemd, maar is in feite het gevolg van een combinatie van internalisatie en onveilige hechting. Het maakt meisjes gevoeliger voor angst- en depressieve stoornissen, zeker omdat zij blootstaan aan andere stressoren dan jongens en daar ook anders mee omgaan. Het gaat dan met name om seksueel misbruik in de lagere school leeftijd en de puberteit (voor het vierde levensjaar is het aantal misbruikte jongens niet veel kleiner dan het aantal misbruikte meisjes). En het zijn vooral de sociaal angstige, verlegen en tobberige meisjes die blijken het beroemde tweelingonderzoek in Virginia een veel grotere kans hebben op latere stoornissen (Kendler, Thornton & Prescott, 2000; Bifulco & Moran, 1998).

De ontwikkelingslijnen van meisjes en jongens zijn dus niet gelijk en het effect van verschillende stressoren op de ontwikkeling van psychopathologie is bij beide verschillend. Het effect van gender op psychopathologie blijkt echter voor het overgrote deel nog terra incognita en het is dus van belang om deze variabele in de toekomst stelselmatig in onderzoek te betrekken (Verhulst, 2001).

De ontwikkeling van de genderidentiteit

Het begin van de ontwikkeling van de genderidentiteit ligt in de vroege jeugd, wanneer de kern-genderidentiteit als het ware een blauwdruk wordt. Deze kern-genderidentiteit heeft niet te maken met het waarnemen van het geslachtsverschil. Op het moment dat kleine kinderen het geslachtsverschil ontdekken, weten zij allang tot welk geslacht zij zelf behoren. De cognitieve ontwikkeling van een tweejarig kind laat niet toe dat het de betekenis van verschillen en causale relaties kan begrijpen.

Het ontstaan van de *kern-genderidentiteit* is een gevolg van de combinatie van het seksueel gedifferentieerde brein en de al of niet bewuste houding, attitudes en gedragingen van de ouders. De aanwezigheid en de affectieve, geïnteresseerde houding van de vader blijkt bij beide geslachten een belangrijke invloed te hebben op de ontwikkeling van een positief beleefde genderidentiteit.

Wanneer de kern-genderidentiteit vastgelegd is, wordt deze onderdeel van het zelf. Ze vormt een organisatie, waarmee allerlei lichamelijk sensaties en gebeurtenissen in relatie met de ouders en omgeving betekenis krijgen. Dit blijkt ook uit onderzoek wanneer kleine kinderen van anderhalf jaar een pop aangeboden krijgen met mannelijke of vrouwelijke genitalia. Jongetjes herkennen zichzelf in de jongenspop en vinden die ook leuker, voor meisjes is het andersom. Wanneer jongetjes zichzelf als jongetje ervaren, geven ze de voorkeur aan ander speelgoed en aan mannelijke speelgenootjes.

Vanuit de kerngenderidentiteit krijgt ook de identificatie met de ouder van hetzelfde of het tegenovergestelde geslacht een andere betekenis. Het feit dat in onze cultuur de moeder de voornaamste verzorger is en de identificatie primair met haar plaatsvindt, heeft gevolgen voor de specifieke ontwikkeling van meisjes en jongetjes (Chodorow, 1978).

Onder socialisatie verstaan we het proces waarlangs de culturele inhoud van de genderrolidentiteit aangeleerd wordt, dat wil zeggen hoe je in een bepaalde tijd en historische context leert je te gedragen binnen de marges van aanleg, organisatie van het brein en culturele verwachtingen. Zo zijn jongens rond het vierde jaar in alle culturen geneigd tot het actief met (nep)-wapens spelen, maar leren zij per cultuur op verschillende wijze hoe dat vorm te geven en in te dammen. Sommige culturen versterken mannelijk c.q. vrouwelijk gedrag, andere neutraliseren het daarentegen al naar gelang de waarde die specifiek seksegebonden gedrag heeft. Dit vormt het boeiende terrein van de culturele antropologie. In veel Afrikaanse en Arabische landen vindt men vrouwenbesnijdenis 'gewoon': vrouwen horen geen eigen seksuele gevoelens te hebben. In andere culturen vindt men het niet nodig dat vrouwen leren lezen en schrijven. Socialisatie verloopt via de bekende leerprocessen van imitatie, beloning van gewenst gedrag maar ook via negatieve bekrachtigers als veroordeling, afwijzing en onthouden van liefde en soms sociale uitstoting.

Veel van de socialisatie heeft zijn wortels in de vroege levensjaren, waarin de 'imprinting' op het hoogtepunt is. Veel leerprocessen ontwikkelen zich in relatie met belangrijke anderen, vaak onbewust en worden opgeslagen in het impliciete geheugen. Ze beïnvloeden de wijze van relatie leggen in confrontaties met mannen of vrouwen.

Door socialisatie ontstaat de *genderrolidentiteit*. Dit is het complex van persoonlijke zelfrepresentaties, biologische sensaties, al of niet bewuste identificaties, ervaringen en sociale en culturele invloeden. Het ontstaat in interactie tussen de kerngenderidentiteit en de wijze waarop de omgeving daarop inspeelt (Nicolai, 1997a). De kerngenderidentiteit is onveranderbaar, terwijl de genderrolidentiteit een in de ontwikkeling

continu aanwezige perceptie van het zelf is, complex en potentieel conflictueus. Ze verandert onder invloed van levensomstandigheden, maar behoudt tegelijkertijd een essentiële configuratie. *Genderidentiteit* is een breder concept dan genderrolidentiteit. Het eerste benadrukt het overgangsgebied tussen biologie en omgeving en is georganiseerd rond de kerngenderidentiteit. Het tweede benadrukt de intrapsychische beleving en de kleur, die deze identiteit geeft aan alle interacties met reële en gefantaseerde anderen. De nadruk op deze definities is van belang omdat zij de mogelijkheden van psychotherapie bepalen. De kerngenderidentiteit blijkt niet veranderbaar. Psychotherapie kan echter wel invloed uitoefenen op de genderrolidentiteit.

Sekserollen zijn bewuster of althans bewuster te maken: ze zijn ook eerder te veranderen dan de veel meer intrapsychisch beleefde genderrolidentiteit. Een voorbeeld is de wijze waarop de rol van volwassen vrouwen gedurende de laatste decennia veranderd is: van huisvrouw en moeder als voornaamste rollen naar werkend buitenshuis. Het inhoudelijk overstappen van de één naar de andere rol hoeft op zich niet zoveel moeite te kosten, maar het kan wel een conflict oproepen tussen de eisen van een professionele rol en die van het door de genderrolidentiteit gestuurde zelfbeeld, zodat men sommige professionele waarden als 'ik-vreemd' ervaart.

Deze genderrolidentiteit wordt in een aantal overgangsfasen tijdens het leven bijgesteld door ontwikkelingen van binnen uit of van buiten af. Een aantal van deze ontwikkelingen zijn bekend en veel beschreven, ook omdat ze te maken hebben met psychoseksuele veranderingen zoals de menarche, zwangerschap en menopauze. Maar ook het aangaan van een relatie, het beginnen met werk en andere sociaal bepaalde faseovergangen kunnen leiden tot een herdefiniëring van de genderrolidentiteit. De verschuivingen in de betekenis van de genderrolidentiteit vormen vaak materiaal in psychotherapie. De dood van de vader betekent voor een man vaak een herdefiniëring van zijn eigen positie ten opzichte van zijn mannelijkheid. De dood van een vader heeft voor vrouwen een ander effect.

4.3 *Gender en het therapeutisch proces*

Gender in de therapeutische relatie

Feministische therapeuten poogden een andere invulling te geven aan de therapeutische werkrelatie door gelijkwaardigheid, solidariteit en transparantie te benadrukken. Dit had zijn wortels in de praatgroepen beweging. De nadruk lag op gelijkwaardigheid, wederkerigheid en het vermijden van alles wat naar hiërarchie, macht en onderschikking rook.

In de dagelijks praktijk van de geestelijke gezondheidszorg bleek dit een onhoudbare positie. De therapeutische relatie is

een ongelijke, de een heeft problemen en vragen, de ander niet. Van Mechelen (1987), Trijsburg, Knaevelsrud en Vervaeke (2003) en Vervaeke, Bleyen en Vertommen (1997) hebben in hun onderzoek naar het effect van de werkrelatie op de uitkomst van psychotherapie gewezen op de overeenstemming op het gebied van de definiëring van de relatie. Is er sprake van een complementariteit zoals in de verhouding tussen meester en gezelschap of leerling en leraar, dan is er op het eerste gezicht niets aan de hand. Vraag en antwoord lijken op elkaar aan te sluiten. Spelen in deze complementariteit echter impliciete vooronderstellingen mee over mannelijkheid en vrouwelijkheid, dan kunnen bepaalde tendensen in een psychotherapie ongewenst en vanzelfzwijgend versterkt worden. Ze worden nooit onderwerp van gesprek. Voorbeelden daarvan zijn de dominante man (leraar) ten opzicht van de idealiserende of afhankelijke vrouw (leerling): de klassieke interactie van de hysteric. Onderzoek naar de interactiestijl, onder andere bij huisartsen, laat zien dat vanzelfsprekende gendergekleurde interacties vaak tot grote misverstanden leiden. Mannen brengen hun klacht zakelijk, gericht op oplossingen. Vrouwen zijn geneigd hun klachten vager, meer in het tussengebied tussen beleving en symptoom te brengen en proberen de arts meer mee te laten denken dan een oplossing te genereren, maar deze relationele insteek wordt niet altijd goed begrepen en leidt tot afstandelijke reacties van vooral mannelijke artsen, (Meeuwesen, 1997; Tannen, 1991).

De oplossing van het feminisme was dus het aanbieden van seksehomogene groepstherapie. De Maan - tot 1999 feministisch hulpverleningscentrum in Amsterdam - bood zelfs een groepsintake aan. De bedoeling van het werken in groepen was niet de verdunning van de overdracht naar de therapeut, maar vooral het benadrukken van onderlinge solidariteit, wederkerigheid en het beroep doen op de al aanwezige, maar nog niet aangeboorde kennis en competentie.

Niet iedereen kon en wilde echter in een groep. De vraag naar individuele psychotherapie nam toe. Om te voorkomen dat vanzelfsprekende en onbewuste gendergebonden interactiepatronen gereproduceerd werden in een één-op-één relatie moest een volgende stap gezet worden: het benadrukken van transparantie en het expliciet maken van machtsverschillen (Nicolai 1997a).

Onder transparantie dient men niet het bespreken van eigen verhalen en emoties te verstaan, maar het duidelijk maken dat de therapeut niet almachtig, alwetend, onoverwinnelijk en altijd beschikbaar is. Dat wil zeggen de geïdealiseerde ouderverwachting, die zo'n groot onderdeel vormt van zowel de primaire relatie als de onvermijdelijke positieve overdracht wordt stelselmatig benoemd en besproken (Trijsburg,

Knaevelsrud & Vervaeke, 2003). Dit heeft voor- en nadelen. De nadelen zijn dat het proces van overdracht met de mogelijkheid tot herstructurering niet kan plaatsvinden. De voordelen zijn dat de zelfwerkzaamheid en competentie van de cliënte benadrukt worden en dat kan zeker bij ambivalent gepre-occupeerd gehechte cliënten een voordeel zijn. Een nadeel hierbij is dat ernstige pathologie onvoldoende onderkend kan worden.

Gender en de overdracht

De vraag is nu hoe gender in dit therapeutische proces een rol speelt. Met andere woorden, waarop baseren we de keuze voor een meer of minder transparante benadering? Onderzoek op dit gebied is schaars, oud en methodologisch niet altijd even sterk.

Mendell (1993) beschrijft dat in het materiaal van vrouwelijke patiënten en vrouwelijke therapeuten meer vroege overdracht aan bod komt. Ook blijkt, bijvoorbeeld door tegenoverdrachtsdromen, dat de patiënt binnendringt in het privé-leven van vrouwelijke therapeuten. Zo droomt een psychoanalytica bijvoorbeeld dat een patiënte in haar tuin thee komt drinken, nadat ze haar had verteld dat ze dat zo graag wilde. Ze voelde zich hierover verontrust. Een zwangere psychotherapeute droomt dat een patiënte die tot nu toe de zwangerschap niet opgemerkt leek te hebben, hard op haar buik stompt. Volgens Mendell is de voorkeur voor een vrouwelijke supervisor of therapeut vaak gebaseerd op angst voor seksisme, op de behoefte om schaamtevolle zaken te vermijden en de behoefte aan een rolmodel. De behoefte aan een rolmodel behelst het toestemming krijgen om met een competente vrouw te rivaliseren en om te slagen. In veel vrouw-vrouw dyades lijkt fusie, - gelijk willen zijn en herkenning zoeken - competitie, afgunst, identificatie en separatie af te weren. Vrouwelijke therapeuten verwachten van zichzelf dat ze moederlijke en zorgzame kwaliteiten hebben, passend bij de aan vrouwen toegeschreven culturele genderrolidentiteit.

Ook bij mannelijke patiënten wordt de keuze voor een vrouwelijke behandelaar vaak ingegeven door de behoefte competitie en afgunst te vermijden en door een verlangen naar een zorgzame en seksueel gratificerende 'goede' moeder. Het risico bestaat dat de onvermijdelijke teleurstelling, haat en boosheid van de patiënt door de therapeut niet geduid worden, maar afgebogen, ontkend en gesust, omdat deze rol bij vrouwen in onze cultuur past en omdat vrouwen ook angstig zijn voor mannelijke agressie. Mannen erotiseren hun agressie vaak om afhankelijkheid, vernedering en het beeld van de gevaarlijke bedreigende moeder af te weren.

Kulish en Mayman (1993) vonden dat de invloed van het geslacht van de therapeut vooral speelt in het begin van de behandeling. Gender dient dus in het eerste contact als belangrijke organisator van de verwachtingen van de patiënt. Deze verwachtingen nodigen de therapeut uit om vanuit de eigen *gender-bias* te reageren. Reële aspecten vormen een belangrijk aanknopingspunt voor overdrachtsthema's. Dit was het sterkst in vrouw-vrouw koppels. Daarin was vaak sprake van overwegend orale, afhankelijke thema's in de overdracht. De bias van de vrouwelijke therapeut betreft het minder goed waarnemen van een vaderoverdracht, ook al bleek die volgens de onafhankelijke observatoren wel degelijk aanwezig. Mannen hadden minder moeite de moederoverdracht te herkennen. Vrouwelijke therapeuten hebben dus meer dan mannelijke de neiging om de genderconsistente overdracht te bekrachtigen. Echter, hoe ervarener de therapeuten waren, hoe minder sterk het effect van gender was. In de werkrelatie doen vrouwelijke therapeuten het over het algemeen beter met zowel mannelijke als vrouwelijke patiënten. Op het effect van behandeling heeft dit echter nauwelijks invloed (Jones & Zoppel, 1982).

4.4 Macht

Empowerment

Zowel emancipatie als feminisme hadden als eerste doel dat vrouwen zich zouden ontworstelen aan bevoogding, onderdrukking en onzelfstandigheid. In de psychologie en psychotherapie vertaalde dit streven zich in het begrip *empowerment*, dat in het Nederlands het best vertaald kan worden als 'de greep op je bestaan heroveren'. Rationale hiervan is - inmiddels ondersteund door veel onderzoek - dat vrouwen niet alleen op veel stressoren anders reageren dan mannen, maar zich vooral in interpersoonlijke situaties machteloos en beklemd voelen. Deze ervaren machteloosheid is een belangrijke factor in het ontstaan en in stand blijven van psychopathologie. Het streven naar empowerment wordt ondersteund door verschillende technieken, interventies en methoden. Het groepswork is daarvan een voorbeeld: de onderlinge herkenning geeft vrouwen de kans hun probleemoplossende capaciteiten te versterken, deze aan elkaar te toetsen en een andere rol aan te nemen. Maar ook de methodiek van het 'licht'-werken, ontwikkeld door de therapeuten van 'De Maan', is hiervan een voorbeeld. Hiermee wordt bedoeld dat men stelselmatig de pogingen valideert die ondernomen zijn om een bepaalde situatie op te lossen of tot klaarheid te brengen. Veel van deze methodes en interventies zijn afkomstig uit de hypnotherapie, de directieve therapie, de systeemtheorie, de gedragstherapie, de cognitieve therapie en de lichaamsgerichte therapie. Ze zijn dus met recht eclecticisch te

noemen en passen in het steunende-structurende kader (zie ook Nicolai, 1999).

Empowerment legt ook sterk de nadruk op psycho-educatie. Ze wordt niet *top down* aangeboden (*doctor knows best*), maar sluit zoveel mogelijk aan bij de betekenisverlening (de ziekte- en genezingstheorie) van de cliënte. Dit betekent vaak een langdurige onderhandeling over wat de cliënt denkt en wil en wat de hulpverlener wel of niet kan bieden. De onderhandeling leidt tot een contract, een behandelplan en een schriftelijke afspraak over wat wel of niet in het pakket zit en wat tot wiens verantwoordelijkheid behoort (Nicolai 1997a). Expliciet wordt gewaakt voor 'redden' door de therapeut (meer dan 50% van het aandeel van een behandeling op zich nemen, eindeloos beschikbaar zijn) en voor een langdurige afhankelijkheidsrelatie. Het doel van feministische therapie is om zelfredzaamheid en probleemoplossend vermogen te optimaliseren. Dat betekent idealiter een kortdurende vorm van therapie.

Bij ernstige dissociatieve stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen betekent empowerment dat, alvorens de 'inhoud' (de betekenisgeving) van een levensgeschiedenis aan de orde kan komen, eerst de nadruk ligt op het herstellen van de somatische conditie, de leefstructuur en de veiligheid in het hier-en-nu en het op kunnen vangen van te voorziene crises.

Macht in therapeutische relaties

Zoals ik in een eerder artikel (Nicolai, 1992) heb betoogd, was macht niet een onderwerp waarmee men zich in de psychotherapie graag bezig hield. Hoogstens was men beducht voor de uitwassen van de impliciete machtsverhouding als er sprake was van een seksuele relatie tussen patiënte (meestal een vrouw) en de therapeut (meestal een man). De geschiedenis van de psychotherapie vormt een lange opsomming van dergelijke grensoverschrijdingen, van Sabina Spielrein tot Marilyn Monroe. Alleen werd dit niet in termen van macht of zelfs invloed benoemd, maar als overdracht en tegenoverdracht, wat afbreuk doet aan de relatieve afwezigheid van alternatieven waarmee een patiënt per definitie komt (anders was zij immers niet gekomen).

Psychotherapie is natuurlijk een onderhandeling tussen twee partijen, maar er is altijd sprake van een impliciet machtsverschil. De nadruk op onderhandeling is een gevolg van de verschuiving in de maatschappij van een bevelshuishouding naar een onderhandelingshuishouding. Het feminisme heeft in deze ontwikkeling een specifieke kleur gegeven aan het thema 'de macht van de vanzelfsprekendheid' (Komter, 1985). Als je vraagt wat iemand wil, terwijl diegene nog nooit heeft nagedacht over mogelijke alternatieven, krijg je een antwoord dat gebruik maakt van alle bestaande alternatieven. Niet van alle

denkbare alternatieven. 'Wil je trouwen' lijkt een open vraag, maar als deze gesteld wordt in een subcultuur waar elke ongerouwde vrouw een smet vormt op het familieblazoën is van een echt vrije keuze geen sprake.

Om uit de patstelling van het gebrek aan denkbare alternatieven te raken werd de 'toverstaf'-vraag geïntroduceerd. Dit is nauw verbonden met al wat ouder, maar baanbrekend onderzoek naar leer- en denkprocessen van vrouwen. Belenky, Clinchy, Goldberger en Taryule (1986) ontdekten dat veel vrouwen de wereld beschouwen als behorend bij anderen, zij zijn eraan onderworpen en hebben geen deel aan de ontwikkeling ervan. Zij ontdekten dat vooral vrouwen met een geschiedenis van misbruik en mishandeling nauwelijks in staat zijn hun wensen en gedachten te uiten. Zij noemden dit 'de fase van het zwijgen'. Ook de best opgeleide vrouwen in hun onderzoek zagen het theoretisch corpus van hun vak als iets wat hun niet toebehoorde, wat niet van hen was. Dit gold evenzeer voor de literatuurtheorie als voor de geneeskunde. Pas als zij verbindingen legden met hun eigen leven werd kennis iets waarvan zij ook producent werden. Ze zien kennis dan niet alleen als een set regels en procedures die geleerd en toegepast worden, maar ontdekken de achterliggende vooronderstellingen en meningen waar verder over nagedacht kan worden. Een psychologe die net bevallen is, ontdekt bijvoorbeeld dat veel van de theorie die ze in haar studie leerde over de ontwikkeling van baby's totaal niet overeenkomt met wat ze bij haar eigen kind waarneemt en duikt de boeken in. Een psychologe met een bipolaire stoornis schrijft een standaardwerk wanneer zij ontdekt dat alle theorie over deze stoornis haar subjectieve ervaringen niet beschrijft. Ditzelfde proces werd beschreven bij co-assistenten en bij vrouwelijke artsen (Winants, 1995; Keizer, 1997) en wordt 'verbindend leren' genoemd. Bij psycho-educatie is dit van belang, zodat niet over de hoofden van cliënten heen uitleg gegeven wordt, een uitleg waarin zij zich niet herkennen.

Toegepast op feministische psychotherapie betekent dit dat er zorgvuldig en met aandacht gelet wordt op de vanzelfsprekende collusies die kunnen ontstaan tussen de alwetende, almachtige moederfiguur en het onwetende, zwijgende kind (de symbiotische illusie zoals door Halberstadt-Freud (1997) beschreven). Een voorbeeld hiervan is de reactie van een (sub-assertieve) cliënte die zich niet gehoord en gezien voelt, maar dat niet zegt - uit angst de ander te kwetsen - en die een schijn-aanpassing vertoont, amper zichtbaar door een verstrakking van de motoriek en mimiek. Deze microprocessen worden gesignaleerd, gecheckt en in verband gebracht met andere situaties. Het bespreken ervan kan leiden tot een verdieping van het contact en een verbetering van de werkrelatie. Vooral

het bespreken van de fantasie dat de therapeut alle problemen zal oplossen (de Assepoesterfantasie), of verdwenen herinneringen zal ophalen, vaak verstoep in de vraag naar verwerkingsgerichte of explorerende therapievormen (de Sneeuwwitjefantasie), of alle narigheid uit de wereld van de cliënt zal doen verdwijnen (de prinses-op-de-erwtfantasie), spelen een belangrijke rol in het geleidelijk en empathisch desillusioneren van verborgen therapeutische almachtsfantasieën.

Macht in relaties

Macht, met name misbruik van macht in heteroseksuele relaties, is een punt dat door het feminisme op de politieke en therapeutische agenda is gezet. Inmiddels is het bestaan van intrafamiliaal geweld (partner- en kindermishandeling) en verkrachting onomstreden (Römkens, 1992). Van de vrouwen met een mannelijke partner heeft 11,7% meermalen geweld meegeemaakt. Ook mannen zijn het slachtoffer van fysiek geweld (35% van de mannen en 34,5% van de vrouwen in een representatieve Nederlandse steekproef), maar meestal zijn de daders mannen. Vrouwen maken meer seksueel geweld mee en het partnergeweld is bij hen langduriger en ernstiger. Tussen 2% en 6% van de vrouwen in Nederland bevinden zich in een actuele situatie van partnermishandeling. De therapeutische aanpak is de laatste jaren verschoven van uit huis gaan (Blijf-van-mijn-lijfhuis en vrouwenopvang) naar een meer relationele aanpak, eventueel met de hulp van de politie (projecten als 'Geweld achter de voordeur' en alarmmelding). Hierbij krijgt de vrouw de verantwoordelijkheid voor haar eigen veiligheid en de man die voor de controle op zijn gedrag. Het paar wordt geleerd in een eerder stadium 'time-outs' te nemen (Van Lawick & Groen, 1998). Over de prevalentie van partnergeweld bij patiënten in individuele psychotherapie en de wijze van interveniëren daarbij ontbreekt elk onderzoek. De indruk bestaat dat de schaamte over partnergeweld vaak belet dat deze in individuele psychotherapie aan de orde komt.

4.5 Autonomie en verbondenheid Autonomie

Autonomie wordt meestal opgevat als een eigenschap van mensen die je desgewenst 'aan' of 'uit' kunt zetten en die gedefinieerd wordt als het vrij en ongebonden kunnen beschikken over jezelf en je mogelijkheden. Deze opvatting is in de laatste jaren sterk veranderd, mede op grond van de discussies over zelfbeschikkingsrecht en vrijheid. Elders (Nicolai, 1998) heb ik deze discussie samengevat. Vrouwen hebben - zo blijkt uit verschillende studies - een andere opvatting van autonomie dan mannen. De rol van de ander en de mate van verbondenheid speelt in hun psychologische functioneren en hun morele ontwikkeling een belangrijke rol.

Autonomie is daarnaast ook op te vatten als gevolg van een dyadisch proces, een proces van onderhandeling waarin de belangen van het zelf en die van de ander zorgvuldig in balans worden gebracht. Dat betekent dat klassieke opvattingen uit de existentialistische filosofie zoals ze doorgedrongen zijn in de psychotherapie niet 'passen' bij het leven van veel vrouwen. De eis om te weten wie je bent, te weten wat je wilt en de mogelijkheid van 'vrije keuze' liggen immers heel anders als een vrouw zichzelf vooral beleeft als iemand die in betrekking tot anderen staat en wil blijven staan. Dit levert een bepaalde spanning op in het leven van vrouwen, die anders is dan in het leven van mannen. Van ontwikkelingsinterferenties als afwijzing, mishandeling en misbruik wordt vermoed dat meisjes hier kwetsbaarder voor zijn. Ouderlijke verwaarlozing, mishandeling en afwijzingen leiden bij hen tot grotere afhankelijkheid, *clinging behavior*, hulpeloosheid en uiteindelijk depressie. Dit vermoeden wordt deels gesteund door retro- en prospectief onderzoek (Bifulco & Moran, 1998). Uit dit onderzoek blijkt dat depressies in de adolescentie gecorreleerd zijn aan psychologische mishandeling en verwaarlozing in de kindertijd.

Het besproken inherente conflict dient overigens niet te snel als pathologisch te worden gezien, in termen van een te grote vervloeiing of zwakke grenzen (Nicolai, 1998; De Boer, 1994).

Autonomie is dus geen eigenschap die je al of niet 'hebt', maar een manier van denken over jezelf en anderen, die gekoppeld is aan het vermogen je eigen gedachten te denken en je eigen gevoelens te voelen. Het is het vermogen het beeld van de ander en het beeld van jezelf redelijk onafhankelijk van elkaar te zien en met impliciete vergeving te kunnen denken over zowel jezelf als die ander. Een gebrekkige autonomie is dus niet een gedragstekort dat je aanvult door middel van een dosis 'assertiviteit' (al is het leren omgaan met en opkomen voor jezelf wel een onmisbare schakel). Evenmin is autonoom zijn het afdoen van het belang van relaties en verbondenheid. Autonomie en verbondenheid kunnen geplaatst op de uiteinden van een as waarmee ze elkaar (ten onrechte) lijken uit te sluiten. Een veilige gehechtheidstijl lijkt het meest aan de boven besproken definitie van autonomie te voldoen. De meeste psychopathologie blijkt gerelateerd aan een onveilige gehechtheidstijl, met een hoge mate van desorganisatie van het denken rond verlies en trauma.

Verbondenheid

Verbondenheid is vooral door het werk van het Stone centre in Wellesley een centraal thema geworden in de psychotherapie van vrouwen (Jordan, Kaplan, Miller, Stiver & Surrey, 1991). Elk levend wezen, mens en dier is voor zijn

fysieke en psychische overleving afhankelijk van de kwaliteit van zijn sociale en affectieve relaties. Door de ontwikkeling van mannen en door het feit dat aan hun behoefte aan zorg en intimiteit vanzelf zwijsend tegemoet gekomen wordt als zij een vaste relatie hebben, ligt het accent van hun identiteit meer op exploratie en onafhankelijkheid. Vrouwen zijn, zoals al eerder is betoogd, door hun ontwikkeling sterker geneigd zichzelf te zien als relationeel en verbonden met anderen. Zij hechten aan wederkerigheid en intersubjectiviteit in hun relaties als bron voor hun gevoel van zelfwaarde. Dit wordt door taalonderzoek bevestigd (Tannen, 1991). Deze relationele behoeften van vrouwen worden in veel vigerende psychologische theorieën gezien als gekleurd door meer of minder impliciete normen en waardeoordelen en gelabeld als 'afhankelijkheid', '(over-)emotionaliteit', 'passiviteit' en 'regressie'. Deze stereotiepe opvattingen roepen een distantiërende tegenreactie op, zowel bij partners als bij hulpverleners. Het is bekend dat vrouwen, als ze zich machteloos voelen, eerder steun zoeken bij anderen, terwijl mannen, als ze zich machteloos en angstig voelen, behoefte hebben aan distantie. Als ze die fysiek niet krijgen, uit zich dat in het verbreken van het contact. Dit is echter vaak het signaal van de vrouw om met verdubbelde kracht contact te zoeken. Veel geweld in partnerrelaties berust op het vastlopen in deze vicieuze cirkel.

Vrouwen die stelselmatig geconfronteerd worden met afwijzing van hun wijze van contactname beginnen zich gefrustreerd en geïsoleerd te voelen. Als ze gebruik maken van de copingstrategieën die veel bij vrouwen voorkomen - praten over problemen, troost en steun zoeken - dan zullen ze hun gedrag aanpassen aan wat ze denken dat de ander kan verdragen om zeker te zijn van contact. De behoefte aan een sociale band is immers groot. Het contact met het eigen beleven en de eigen wensen kan daardoor verloren gaan. Een cirkel van aanpassing en isolatie komt op gang die uiteindelijk kan leiden tot energieverlies, angst, depressieve stemming en gevoelens van waardeloosheid en leegte. Veel psychopathologie wordt zoal niet veroorzaakt, dan toch zeker in stand gehouden door dergelijke chronische situaties van miscommunicatie en contactbreuk. Dit heeft op termijn invloed op neurofysiologische en neurochemische functies van het brein (Panksepp, 1998).

Moederschapconstellatie

Een toepassing van de herwaardering van de behoeften van vrouwen rond bepaalde faseovergangen in het leven is de theorie van Daniel Stern (1995) over de 'moederschapconstellatie'. Veranderingen in het leven van jonge moeders zijn bijvoorbeeld vaak niet goed begrepen met de theorieën uit

psychoanalytische, cognitieve en ontwikkelingspsychologische hoek. Daar worden wat in feite normale processen zijn, beschouwd als afwijkend of problematisch en soms als pathologisch.

Het moederschap dient volgens Stern opgevat te worden als een specifieke constellatie van interactionele en psychische veranderingen. Deze constellatie kent haar eigen verloop. Het is geen fase, een moeder blijft immers altijd moeder. Het is geen complex, zoals het Oedipuscomplex, het is een onomkeerbare mentale organisatie in het leven van vrouwen. Deze mentale organisatie is toegesneden op specifieke taken en domeinen. Logischerwijs heeft deze constellatie een evolutionaire en adaptatieve betekenis; ze zorgt ervoor dat de overleving van de soort letterlijk veilig gesteld wordt.

Wat is die constellatie nu precies? Vrouwen met kleine kinderen - en het zwanger zijn is daarop al een voorbereiding - staan op een aantal gebieden voor een nieuwe ontwikkelings-taak.

1. Het leef- en groeithema: blijkt zij in staat een baby in leven te houden en te laten groeien?
2. Het thema van de primaire relatie: kan ze op haar eigen authentieke wijze een emotionele band aangaan met de baby en zal deze band het kind in staat stellen zich te ontwikkelen?
3. Het thema van de steungevende matrix: zal ze in staat zijn het steunende netwerk te scheppen en anderen toe te staan te doen wat nodig is om deze functies te vervullen?
4. Het thema van de identiteitsherorganisatie: zal zij in staat zijn haar identiteit te transformeren om deze functies uit te kunnen oefenen?

Deze constellatie heeft ook betekenis voor hoe vrouwen over zichzelf en elkaar denken. Het is bekend dat de komst van het eerste kind de verhouding van de jonge moeder met haar eigen moeder in het bewustzijn brengt. Moeder worden van je kind roept onontkoombaar herinneringen op, sommige zijn zelfs preverbaal. Het zijn de herinneringen aan het kind zijn van je eigen moeder.

Dit kan in sommige gevallen leiden tot een beter begrip van en voor de positie van de eigen moeder. Er kan dan een staat van wederkerigheid ontstaan waarin betrokkenheid en verschil tussen zelf en innerlijke moeder beide aanwezig zijn. Bij sommige vrouwen blijft dat proces steken. We zien dat onder andere bij onveilig gehechte vrouwen en bij vrouwen met een postpartumdepressie. Het is dan belangrijk dat we niet de nadruk leggen op de onvoltooide separatie met de moeder. Ze worstelt immers met een kleine mentale revolutie in zichzelf en is bang dat ze de geschiedenis zal herhalen. Wordt ze geholpen om haar angst en de beelden te verwoorden, dan is de kans

groter dat ze kan leren reflecteren op zichzelf en haar moeder. En dan kan de wederkerigheid ontstaan die het kenmerk is van een veilige hechting. Sommige van deze thema's blijven het hele leven bestaan, ook als het kind ouder wordt. Andere thema's kennen een bepaalde piek, zoals het identiteitsreorganisatiethema. Wanneer de identiteit van het moederschap is opgenomen naast de andere van vrouw, professional, partner, werknemer, verdwijnt het thema naar de achtergrond van de vanzelfsprekendheid. Het is een onontkoombare verandering in je leven, maar deze eist minder aandacht als je al zestien jaar moeder bent.

Het derde thema, de steunmatrix, is een zoektocht naar de steun van andere vrouwen die kunnen leren hoe goed te moederen. Hoeveel manieren zijn er om moeder te zijn? De steun van jonge vaders is in dat opzicht niet voldoende. De vader kan wel pogen een moederlijke functie op zich te nemen ten opzichte van zijn jonge vrouw, maar hij kan niet de behoefte van de vrouw naar vrouwelijke modellen in het moederschap vervullen. In andere culturen wordt daar waarschijnlijk veel meer in voorzien, maar in onze cultuur laten we jonge moeders, ondanks de zwangerschapsgymnastiek, *Ouders van Nu* en consultatiebureaus, vaak aanmodderen.

Empathie

Nauw verbonden aan het thema wederkerigheid en verbondenheid is het feministische perspectief op empathie. Empathie is grootste gemene deler van de integratieve psychotherapie. Empathie wordt hier gedefinieerd als het vermogen je in te leven in iemands gevoelswereld. Dit berust deels op een tijdelijke identificatie, deels op een aangeboren sympathische reactie als we een hulpeloze soortgenoot zien. Empathie wordt in de feministische theorievorming niet gezien als een eigenschap maar als een ontwikkelingsproces.

Het proces van empathie kan in lagen gedacht worden. In de eerste laag gaat het om het inleven in de expressie van het gevoel. Zien huilen roept vaak een vergelijkbare sympathische respons op: we nemen dit al bij kleine kinderen waar (Ekman & Davidson, 1994). Door deze sympathische respons en door de modulerende reactie van de moeder daarop leren kinderen welke gevoelens er zijn en hoe deze bij zichzelf en anderen te benoemen (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002).

Een tweede laag is die van het zich kunnen inleven in de motieven, achtergronden en intenties van de ander: hoe is iemand tot deze beleving gekomen?

In de derde - meer volwassen - laag wordt empathie bepaald door het invoelen van de gevoelens in de *context*. We zien iemand huilen, maar voelen ook aan dat troost of een te openlijke erkenning van de tranen te veel schaamte zou oproepen.

We zien iemands boosheid, maar zien ook dat deze boosheid angst afweert.

Daarnaast staat of valt empathie met het vermogen iets te begrijpen van de context waarin bepaald gedrag optreedt. Niet altijd is deze context voor buitenstaanders helder. Zo is empathie bij een vrouw die slachtoffer is bijzonder makkelijk, het steunt op een algemeen menselijk gevoel van mededogen. De empathie wordt al een stuk minder als de mishandelde persoon teruggaat naar een mishandelende partner. Empathie met iemands wanhoop kan, maar empathie met de uiting van deze wanhoop in automutilatie is al een ander verhaal. De context waarin de wanhoop niet als beleving ervaren, maar in gedrag omgezet wordt, is niet voor iedereen invoelbaar. En empathie houdt meteen op als vrouwen gedrag vertonen dat buiten de normen van geaccepteerd vrouwelijk gedrag valt, zoals gewelddadigheid of criminaliteit. Zo kunnen we nog meeleven met Medea als ze door Jason verlaten wordt, maar veroordelen we de moord op haar kinderen en wel in sterkere mate dan wanneer een man zijn kinderen ombrengt.

Begrip voor het gebrek aan keuzemogelijkheden in het leven van vrouwen - reëel of gepercipieerd - is vaak beperkt door onkunde of ongeduld. Ook gebrek aan kennis bij psychotherapeuten van sommige sociale processen, zoals de gevolgen van migratie, sociaal isolement, chronische armoede en culturele en religieuze achtergrond, belemmert het empathisch proces. Empathisch vermogen wordt dus begrensd door onbekendheid met de context, maar ook door de werking van bepaalde maatschappelijk verankerde opvattingen.

5 De stand van zaken

5.1 *Werkt vrouwenhulpverlening?*

Men spreekt tegenwoordig niet meer van 'vrouwenhulpverlening' maar van 'seksespecifieke hulpverlening'. Het doel is verbreed: het gaat nu om effecten van sociale rollen van zowel mannen als vrouwen op de beleving en expressie van hun klachten (Piccinelli & Wilkinson, 2001). De ontwikkeling van (westerse) mannen is mede door het grote Harvard-onderzoek redelijk goed in kaart gebracht (Vaillant, 1993).

In de geestelijke gezondheidszorg is vrouwenhulpverlening, vooral in de vorm van groepsbehandeling, ingeburgerd geraakt. Meestal betreft het vrouwen- en mannen-groepen in ambulante en dagklinische zorgprogramma's. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat deze groepsbenadering - groepen voor vrouwen met een voorgeschiedenis van seksueel misbruik in het gezin, kortdurende groepen voor vrouwen die

verkracht zijn, groepen voor vrouwen met burn-out of chronische spanningsklachten en autonomiegroepen - effectief is. Rond het thema 'trauma' of 'vrouwenhulpverlening' of een combinatie van beide (vaak blijkt in de praktijk vrouwenhulpverlening gelijkgesteld te worden aan traumahulpverlening) bestaat een keur van programma's en projecten. In een overzicht van zeven onderzoeken naar de effecten van groepsbehandeling bleken volgens Höing, Ensink, Van Engen en Vanweesenbeeck (2003) vrouwengroepen redelijk succesvol, met name ten aanzien van het gevoel van eigenwaarde en het affect. Ook sekse-homogene groepen (bijvoorbeeld voor vrouwen die verkracht zijn) die gebruik maken van methoden als stresshantering, imaginaire confrontatie en aanleren van copingvaardigheden, blijken effectief te zijn (Foa & Rothbaum, 1998; Resick & Schnicke, 1993).

In de laatste jaren is men mede als gevolg van de instroom van allochtone vrouwen een nieuwe richting ingeslagen, die van diversiteit. De aanwezigheid van vrouwen uit verschillende culturen met grote onderlinge verschillen maakt een andere aanpak noodzakelijk. Juist in de hulpverlening aan allochtonen en migranten is het extra van belang zaken rond gender in de gaten te houden, omdat zij hun eigen opvattingen over vrouwelijkheid en mannelijkheid hebben die leiden tot forse dilemma's (maagdenvliesherstel of niet, vrouwenbesnijdenis, uithuwelijken van meisjes) en ook kunnen bijdragen aan het ontstaan, c.q. de verergering van psychopathologie. Er zijn aanwijzingen dat bij specifieke groepen specifieke symptoomconstellaties ontstaan (suïcidepogingen bij jonge Hindoestaanse meisjes door het drinken van bleekwater of azijnzuur; suïcidepogingen bij Turkse en Marokkaanse meisjes om uithuwelijking te vermijden).

Wanneer we spreken over integratieve psychotherapie is de vraag wat van bovenstaande factoren geïntegreerd kan en moet worden in psychotherapie. Immers, een groot deel van het cliëntenbestand bestaat uit vrouwen. Het zal duidelijk zijn dat zowel de methoden (korte oplossingsgerichte vormen van psychotherapie, al of niet in groepsverband) als de visies goed aansluiten bij de vraag en bij de huidige trend in de geestelijke gezondheidszorg. Aandacht voor aspecten als de ontwikkeling van gender en genderidentiteit zijn ook zonder meer toepasbaar in alle vormen van psychotherapie. Toepasbaar is ook de focus op de transparantie en onderhandelbaarheid van de werkrelatie. Twee vraagstukken liggen echter moeilijker.

Ten eerste is er de vraag of mannelijke psychotherapeuten aan 'vrouwen-hulpverlening' kunnen doen. Kan een man psychotherapeut zijn in een vrouwengroep? Afgezien van het feit dat de oorspronkelijke uitgangspunten van de vrouwen-

hulpverlening met voeten getreden worden (het versterken van eigen probleemoplossende vermogens, herkenning en solidariteit) is het nog de vraag welke impact het 'leiderschap' van een man heeft op overdracht en tegenoverdracht. Roept dat oude aanpassingstrategieën op?

De tweede vraag heeft betrekking op het empathische proces. Is er de garantie dat een mannelijke psychotherapeut zich voldoende kan inleven in wat het betekent vrouw te zijn in deze maatschappij en in deze tijd. Heeft hij voldoende inzicht in de impact van vaak impliciete verwachtingspatronen van de cliënt? Heeft hij voldoende inzicht in de werking van machtsmechanismen in man-vrouwrelaties? Men zou daartegen in kunnen brengen dat dit bij een vrouwelijke psychotherapeut ook niet gegarandeerd is.

5.2 Naar een gendersensitieve psychotherapie

Het voorgaande brengt mij tot de formulering van enkele minimumvoorwaarden voor gendersensitieve psychotherapie, ongeacht het geslacht van de psychotherapeut.

- De psychotherapeut heeft inzicht in de verschillende ontwikkelingslijnen van mannen en vrouwen.
- Hij of zij is op de hoogte van specifieke kwetsbaarheden, de verschillende copingstrategieën en de verschillen in stressoren bij mannen en vrouwen.
- Hij of zij is op de hoogte van cijfers betreffende de prevalentie van intiem geweld en is ervan op de hoogte welke gevolgen dit kan hebben voor het psychisch functioneren.
- Hij of zij is op de hoogte van de rol van sekse en gender bij verschillende stoornissen.
- Hij of zij is in staat te reflecteren op seksestereotiepe opvattingen, die nu eenmaal deel uitmaken van ieders culturele erfenis.
- Hij of zij is zich bewust van de impact van zijn of haar eigen gender op patiënten.

6 Conclusie

In dit hoofdstuk heb ik een overzicht gegeven van de stand van zaken rond de vraag 'Wat heeft het feminisme voor invloed gehad op de psychotherapie?' Aan de orde kwamen de kernthema's uit de feministische psychotherapie: hoe wordt je een man of vrouw, wat betekent gender in de psychologische ontwikkeling en gedurende de levensloop; hoe uit gender zich in de therapeutische relatie (hoe wordt de relatie zo gelijkwaardig mogelijk; hoe wordt de werkrelatie zo transparant mogelijk, gezien de erfenis van gelijkwaardigheid en de nadruk op het lotgenootschap waarmee het allemaal begon)?

Tot slot zijn de thema's macht, autonomie en verbondenheid aan de orde gekomen.

Vervlochten in het geheel heb ik gepoogd duidelijk te maken dat feminisme niet alleen een setting (seksehomogene doelgroepen) en een werkwijze (gericht op verbindend leren, uitgaand van de eigen vraag van de cliënt) heeft opgeleverd, maar vooral een wijze van denken en kijken. Deze is vaak impliciet en subtiel. Gevraagd naar een explicitering zou men kunnen stellen dat het er om gaat vrouwen serieus te nemen in de manier waarop zij hun leven zien en vormgeven, zonder hen te reduceren tot slachtoffers (van een vijandige omgeving) maar ook zonder hen te idealiseren of te generaliseren. Vrouwen komen niet allemaal van Venus, ze hebben hun eigen specifieke individuele ontwikkeling. Dit kan niet zonder inzicht in de manier waarop het leven van vrouwen geleefd wordt, zonder inzicht in de omgevingsdruk, de stressoren en de specifieke life-events waaraan zij blootstaan, en zonder inzicht in hun specifieke ontwikkelingslijn. Uiteindelijk gaat het in de feministische visie op psychotherapie van vrouwen om één wezenlijke zaak en dat is dat zij zich kunnen ontwikkelen van een door anderen gedefinieerd 'object' tot een handelend en zichzelf belevend subject, binnen de marges van wat menselijkerwijs gesproken mogelijk is.

Literatuur

- Alpert, 7. (Ed.) (1986). *Psychoanalysis and women. Contemporary reappraisals*. New York: The Analytic Press.
- Belenky, M.F., Clinchy, B.M., Goldberger, N.R. & Taryule, J.M. (1986). *Women's ways of knowing: The development of self, voice, and mind*. New York: Basic Books.
- Bifulco, A. & Moran, P. (1998). *Wednesday's child: Research into women's experience of neglect and abuse in childhood and adult depression*. Londen: Routledge.
- Boer, F. de (1994). *De interpretatie van het verschil. De vertaling van klachten van mannen en vrouwen in de RIAGG*. Academisch Proefschrift. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Brown, L.M. & Gilligan, C. (1992). *Meeting at the crossroads: Women's psychology and girls' development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Casper, R.C. (Ed.) (1998). *Womens health: Hormones, emotions and behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Red.) (1999). *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications*. New-York: The Guilford Press.
- Chessler, Ph. (1972). *Women and madness*. New York: Doubleday.
- Chodorow, N. (1978). *The reproduction of mothering. Psychoanalysis and the sociology of gender*. Berkeley: University of California Press.
- Darlington, C. (2002). *The female brain*. Londen: Taylor & Francis.

- De Beauvoir, S. (1949). *Le deuxième sexe*. Parijs: Gallimard. (Ned. vert. De Tweede sekse. Utrecht: Bijleveld 1965.
- Draijer, P.J. (1988). *Seksueel misbruik van meisjes door verwanten. Een landelijk onderzoek naar de omvang, de aard, de gezinsachtergronden, de emotionele betekenis en de psychische en psychosomatische gevolgen*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Draijer, P.J. (1999). *Seksuele traumatisering in de jeugd. Gevolgen op lange termijn van seksueel misbruik van meisjes door verwanten*. Amsterdam: Sua.
- Draijer, N. & Langeland, W. (1999). *Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients*. *American Journal of Psychiatry*, 156, 379-385.
- Ekman, P. & Davidson, R. (Red.) (1994). *The nature of emotion: Fundamental questions*. Oxford: Oxford University Press.
- Ensink, B.J. & Berlo, W. van (1999). *Indringende herinneringen. De ontwikkeling van klachten na een verkrachting*. Utrecht: Nisso.
- Ensink, B.J. & Berlo, W. van (2002). *Seksuele trauma's*. In N.J. Nicolai (Red.) *Handboek psychotherapie na seksueel misbruik*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Foa, E.B. & Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape: cognitive-behaviortherapy for PTSD*. New York: The Guilford Press.
- Foeken, I. (1997). *Incest verwerkingsgroepen*. In H. Goudswaard (Red.) *Vrouwengroepen*. Amsterdam: van Genneep.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New-York: Other Books.
- Friedan, B. (1963). *The feminine mystique*. New-York: Dell.
- Goudswaard, H. (Red.) (1997). *Vrouwengroepen*. Amsterdam: Van Genneep.
- Halberstadt-Freud, H.C. (1997). *Elektra versus Oedipus*. Amsterdam: Van Genneep.
- Höing, M., van Engen, A., Ensink, B. & Vanwesenbeeck, I. (2003). *Hulp aan slachtoffers van seksueel geweld*. Delft: Eburon.
- Jordan, J., Kaplan, A., Baker, A.G., Miller, J., Stiver, I. & Surrey, J.L. (1991). *Women's growth in connection. Writings from the Stone center*. New York: The Guilford Press.
- Jones, E.E. & Zoppel, C.L. (1982). *Impact of client and therapist gender on psychotherapy process and outcome*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 259-272.
- Keizer, M. (1997). *De dokter spreekt: Professionaliteit, gender en uitsluiting in medische specialismen*. Academisch Proefschrift, Delft: Eburon.
- Kendler, K.S., Thornton, L.M. & Prescott, C.A. (2001). *Gender differences in the rates of exposure to stressful life-events and sensitivity to their depressogenic effects*. *American Journal of Psychiatry*, 158, 587-593.
- Kolk, A. & Gijsbers van Wijk, C. (1997). *Medisch onbegrepen lichamelijke klachten en sekse*. In T. Lagro-Jansen & G. Noordenbos (Red.) *Sekseverschillen in ziekte en gezondheid*. Nijmegen: Sun.
- Kölling, P., Knoppert-van der Klein, E.A.M., Sleeboom-van Raaij, C.J. & Van Vliet, I.M. (2002). *Behandelstrategieën bij vrouwen in de psychiatrie*. Zeist: Cure en Care development.

- Kommer, A. (1985). *De macht van de vanzelfsprekendheid*. Amsterdam: VUGA.
- Kulish, N. & Mayman, M. (1993). *Gender-linked determinants of transference and countertransference in Psychoanalytic Psychotherapy*. *Psychoanalytic Inquiry*, 13(2): 286-306.
- Lagro-Jansen, T. & Noordenbos, G. (1997). *Sekseverschillen in ziekte en gezondheid*. Nijmegen: Sun.
- Lawick, J. van & Groen, M. (1998). *Intieme oorlog*. Amsterdam: van Genneep.
- Mechelen, I. van (1987). *Disconfirmatie van cliëntverwachtingen en voorkeuren*. In H. Vertommen, G. Cluckers & G. Lietaer (Red.). *De relatie in therapie*. Leuven: Universitaire Pers.
- Meeuwesen, L. (1997). *Sekseverschillen in de communicatie tussen arts en patient*. In T. Lagro-Jansen & G. Noordenbos (Red.). *Sekseverschillen in ziekte en gezondheid*. Nijmegen: Sun.
- Mendell, D. (1993). *Supervising female therapists: a comparison of dynamics while treating male and female patients*. *Psychoanalytic Inquiry*, 13(2), 270-286.
- Millett, K. (1971). *Sexual politics*. New-York: Avon books.
- Nicolai, N.J. (1992). *Gender en psychotherapie*. Theoretische en praktische aspecten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 23, 252-270.
- Nicolai, N.J. (1997a). *Vrouwenhulpverlening en psychiatrie*. Amsterdam: Babylon de Geus.
- Nicolai, N. (1997b). *Seksueel en fysiek geweld in de voorgeschiedenis van een patiënt*. In T. Lagro-Jansen & G. Noordenbos (Red.). *Sekseverschillen in ziekte en gezondheid*. Nijmegen: Sun.
- Nicolai, N.J. (1998). *In de arena. Over gender, grenzen, geweld en zorg*. Amsterdam: van Lennep.
- Nicolai, N.J. (1999). *Steunen en structureren*. In R. Trijsburg, S. Colijn, E. Collumbien & G. Lietaer (Red.) *Handboek integratieve psychotherapie* (pp. 1.4.3-1 t/m 28). Utrecht: De Tijdstroom.
- Nicolai, N.J. (2001). *Hechting en psychopathologie*. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 5, 333-343.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience. The foundations of human and animal emotions*. Oxford: Oxford University Press.
- Perry B.D., Pollard R., Blakley T., Baker, W.L. & Vigilante, D. (1995). *Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and 'use-dependent' development of the brain: how 'states' become 'traits'*. *Infant Mental Health Journal*, 16, 271-291.
- Perry B.D. (1999). *Memories of fear: how the brain stores and retrieves physiologic states, feelings, behaviors and thoughts from traumatic events*. In J.M. Goodwin & R. Attias (Eds.) *Splintered reflections: Images of the body in trauma* (pp. 26-47). New York: Basic Books.
- Piccinelli, M. & Wilkinson, G. (2000). *Gender differences in depression*. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.
- Resick P.A. & Schnicke, M. K (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims*. Londen: Sage.
- Römkens, R. (1992). *Gewoon geweld?* Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Seeman, M.V. (1997). *Psychopathology in women and men: focus on female hormones*. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1641-1647.
- Stern, D.N. (1995). *The motherhood constellation*. New York: Basic Books.
- Strouse, J. (Ed.) (1974). *Women and analysis*. New York: Grossman.

- Tarnen, D. (1991). *Je begrijpt me gewoon niet*. Amsterdam: Ooievaar.
- Trijsburg, R.W., Knaevelsrud, C. & Vervaeke, G.A.C. (2001). *De therapeutische relatie en de werkalliantie*. In W.Trijsburg, S. Colijn, E. Collumbien & G. Lietaer (Red.) *Handboek integratieve psychotherapie* (pp. 1.2.3-1 t/m 36). Leusden: de Tijdstroom.
- Vaillant, G.E. (1993). *The wisdom of the ego*. Harvard: Harvard University Press.
- Verhulst, F.C. (2001). *Continuïteit en discontinuïteit van psychopathologie bij kinderen en adolescenten tot in de volwassenheid*. Tijdschrift voor Psychiatrie, 11, 777-787.
- Vervaeke, G. Bleyen, K. & Vertommen, H. (1997). *De invloed van voorkeuren op de beginfase van psychotherapie*. Tijdschrift voor Psychotherapie, 23, 223-236.
- Winants, Y. (1994). *Inwijding van vrouwelijke en mannelijke co-assistenten in medische beroeps cultuur*. In G.E. Noordenbos & Y. Winants (red.) *Feiten en fikties. Sekse assymetrieën in zorgsystemen*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.
- Zahn-Waxler, C. (1993). *Warriors and worriers: gender and psychopathology*. Development and Psychopathology, 5,79-89.