

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/24562>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

JUBILEUM-ARTIKEL

Ontwikkelingen op het terrein van Vrouwenstudies geneeskunde

Toine Lagro-Janssen *

In dit artikel wordt een beschrijving gegeven van het ontstaan van Vrouwenstudies geneeskunde en van de ontwikkelingen van het onderzoek in Nederland op het terrein van vrouw en gezondheid. Het ontstaan wordt enerzijds gesitueerd binnen maatschappelijk emancipatoire bewegingen waaronder de eerste en tweede feministische golf, en anderzijds binnen kritische bewegingen in de gezondheidszorg. Aan de hand van een aantal belangrijke theoretische uitgangspunten wordt de ontwikkeling van onderzoeksthema's geschetst. In de jaren zeventig stond de onterecht bevonden medische bemoeienis met het vrouwenlichaam centraal. Daarna verschoof het accent naar de lacunes in de kennis van

ziekten van vrouwen zoals van psychiatrische stoornissen, uterus-extirpaties en het pre-menstrueel syndroom. Begin jaren negentig stond vooral kritiek op toenemende technologieën op de agenda. De effecten van Vrouwenstudies geneeskunde op het wetenschappelijk onderzoek, de hulpverlening en het onderwijs zijn talrijk. Zo zijn de uitkomsten van het onderzoek naar seksueel geweld van grote invloed op de benadering van kinderen met seksueel misbruik en volwassenen met dit trauma in hun voor-geschiedenis. Een analyse van een aantal actuele debatten, ten slotte, leidt tot aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.

Trefwoorden: Vrouwenstudies geneeskunde, historie, theorievorming, onderzoeksthema's, actuele debatten

Inzicht in en informatie over de achtergronden en ideeën van Vrouwenstudies geneeskunde zijn het doel van dit artikel, waarbij ik ter verheldering een aantal door mij relevant geachte vragen en kwesties aan de orde stel.

Wanneer en onder welke omstandigheden komt er in Nederland aparte aandacht voor vrouwen en gezondheid? Waar was die aandacht vooral op gericht en wat was vervolgens de prikkel om onderzoek te doen? Met deze vragen naar hoe het begon, opent het artikel. Het antwoord zal gezocht worden door het ontstaan van Vrouwenstudies geneeskunde te beschrijven in het verloop van de geschiedenis van emancipatoire bewegingen. Voor een goed begrip van de aanleiding tot het onderzoek binnen Vrouwenstudies geneeskunde, is inzicht in de kerndebatten van de tweede emancipatiegolf van belang.

Hoe het daarna verder ging met het onderzoek en welke de huidige onderzoeksthema's zijn, vormen de centrale vragen in het tweede deel. Waarom het juist om deze thema's gaat, wordt toegelicht vanuit de achterliggende filosofie van Vrouwenstudies op het gebied van gezondheid.

Vervolgens zal ik een persoonlijk antwoord geven op de in Nederland zo graag gestelde vraag naar het rendement, de vraag naar wat Vrouwenstudies hebben opgeleverd aan belangwekkend onderzoek en hoe zij hebben bijgedragen aan de kwaliteit van de hulpverlening en het onderwijs.

Het artikel eindigt met een aantal actuele debatten binnen Vrouwenstudies, hun weerklank in Vrouwenstudies geneeskunde en de vraag welke accentverschuivingen in toekomstig onderzoek wenselijk zijn.

ONTSTAANSGESCHIEDENIS

Vrouwenstudies geneeskunde zouden zonder de vrouwenbeweging niet bestaan. Aletta Jacobs schrijft ten tijde van de eerste feministische golf: "Reeds gedurende mijn studententijd en vooral tijdens mijn verblijf in het gasthuis te Amsterdam werd ik herhaaldelijk gekweld door de gedachte aan het vele en zware leed door vrouwen geleden, die maar telkens weder zwanger werden, hoewel die toestand om de een of andere reden noodlottig voor haar leven kon worden".¹

In de eerste feministische golf - het begin in Nederland wordt meestal gesitueerd in 1889 met de oprichting van de Vrije Vrouwen Vereeniging door Wilhelmina Drucker, met als hoogtepunt het verkrijgen van actief vrouwenkiesrecht in 1919 - was vooral de aan armoede gekoppelde slechte gezondheid van vrouwen een voortdurende bron van zorg. Veel vrouwen overleden in het kraambed en de hygiëne in de woon- en werksituaties voor vrouwen uit de arme klassen was slecht. Aletta Jacobs, de eerste vrouwelijke arts in Nederland, was in het begin van deze eeuw voorvechtster voor een goede geboortenbeperking. Zij introduceerde het pessarium in Nederland en beijverde zich tevens voor betere leef- en werkomstandigheden voor prostituees. Hoewel deze vroege emancipatiegolf in de historische beeldvorming bekend staat als de strijd van vrouwen voor het verkrijgen van kiesrecht, vormden gezondheid en seksualiteit uiterst belangrijke thema's. Het

* A.L.M. Lagro-Janssen, Vrouwenstudies geneeskunde, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Sociale Geneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen

gevaar van geslachtsziekten, de handel in vrouwen en meisjes, de erbarmelijke omstandigheden van prostituees en vooral de dubbele seksuele moraal leidden tot politieke bewustwording van veel vrouwen aan het einde van de negentiende eeuw.

De tweede feministische golf, vanaf eind jaren zestig, kenmerkte zich door verzet tegen de bestaande rolverdeling tussen mannen en vrouwen, waarin voor vrouwen een ondergeschikte plaats weggelegd was. Vrouwen hadden weliswaar gelijk kiesrecht, maar bezaten nauwelijks maatschappelijke macht en voor de meesten wachtte een huisvrouwenbestaan. De vele klachten die (huis)vrouwen ervoeren, werden herleid tot deze onvrede en machteloosheid en niet meer geduid als een persoonlijk tekort. De primaire bron van psychische problemen was maatschappelijk en niet persoonlijk. Ook mishandeling en seksueel misbruik van vrouwen en kinderen werden niet langer gezien als uitwassen van relatie- of gezinsproblemen, maar als een gevolg van de machtsongelijkheid tussen mannen en vrouwen. Vanuit de vrouwenbeweging ontstonden verschillende initiatieven voor mishandelde vrouwen en meisjes zoals 'Blijf van mijn lijf' en 'Vrouwen tegen verkrachting'. Kinderartsen vroegen overigens al sinds de jaren vijftig aandacht voor het zogenaamde 'battered child syndrome'.

Het zelfbeschikkingsrecht van vrouwen over hun lichaam was een tweede belangrijk ideaal in de tweede feministische golf. 'Baas in eigen buik', eind jaren zestig de leus van 'Dolle Mina' voor het recht op abortus, was een uitdrukking van dit verlangen naar zelfbeschikking. De pil, eerst geneesmiddel en sinds 1969 voorbehoedmiddel, betekende door de ontkoppeling van seksualiteit en voortplanting een revolutionaire verandering in denken en doen. Dit zelfbeschikkingsrecht over het vrouwenlichaam was een kernthema binnen de vrouwenbeweging en gaf de aanzet voor zowel het ontwikkelen van vrouwenhulpverlening als Vrouwenstudies geneeskunde.

VROUWENHULPVERLENING

Begin jaren zeventig verschenen de zogeheten 'zwartboeken' van vrouwen over gynaecologen en over de manier waarop de geneeskunde fysiologische processen van vrouwen pathologiseerde. Ook de weerstand tegen de werkwijze in de psychiatrie was groot. De kritiek richtte zich vooral op de toenemende technologisering van de gezondheidszorg en op de discriminerende beeldvorming van mannen en vrouwen. Omdat de vrouwelijke biologie en reproductie, en de geestelijke gezondheidszorg de terreinen zijn waarin deze mensbeelden zeer pregnant naar voren komen, werden deze het meest kritisch doorgelicht. Kortom, de geneeskunde en haar overwegend mannelijke beoefenaren werd seksisme verweten en hetzelfde verwijt trof de geestelijke gezondheidszorg.

Dit alles moet men plaatsen in het tijdsbeeld van de jaren zestig, de jaren waarin men in verzet kwam tegen traditionele autoriteiten. Het was de tijd van de ontkerking, de kritische studentenbeweging, anti-autoritaire crèches, de Vietnam-beweging en de anti-psychiatrie met Foudraïne's 'Wie is van hout'.²

Als tegenwicht van de autoriteit werd de ervaringskennis van vrouwen centraal gesteld. Een belangrijke en

inspirerende publicatie uit die tijd was het boek van het Vrouwengezondheidscollectief uit Boston 'Our bodies, our selves'.³ Belangrijke thema's waarover ervaringen werden uitgewisseld, waren seksualiteit, anticonceptie, abortus en bevallingen. Door het 'groepsgebeuren', zo luidde de boodschap, werden problemen uit de persoonlijke oorzakelijke sfeer gehaald en in verband gebracht met socialisatie en maatschappelijke aspecten van vrouwenlevens. Vanaf het midden van de jaren zeventig ontstonden allerlei vrouwen-zelfhulpgroepen rondom vrouwelijke gezondheidsproblemen, zoals overgangsklachten, eetverslaving en post-partumdepressie.

Het ontstaan van deze groepen liep parallel met een algemene opleving van de 'basis'. Patiënten en cliënten organiseerden zich naar aandoening als uitdrukking van emancipatie in een periode dat de autoriteit van de geneeskunde en geneesheren aan zeggenschap inboette. Sommige patiëntenverenigingen presenteerden zich als belangenorganisaties binnen de gezondheidszorg, anderen bekritiseerden, gegroepeerd rondom hun eigen aandoening, de geneeskunde. De vrouwenzelfhulpgroepen schaarden zich onder deze laatste categorie.

In deze context kwam de vrouwenhulpverlening tot ontwikkeling. De behoefte aan een professionele vrouwenhulpverlening groeide, omdat de mogelijkheden van de zelfhulpgroepen gerelateerd aan de ernst van de gepresenteerde problematiek, te beperkt waren. Bovendien spannen vrouwelijke hulpverleners op de werkplek zich in voor een specifiekere, op vrouwenproblemen gerichte benadering. De oprichting van een aantal vrouwenhulpverlenings- en gezondheidscentra volgde begin jaren tachtig. Basisprincipes waren allereerst de aandacht voor de levenssituatie van vrouwen en de invloed van maatschappelijke factoren op haar klachten en problemen. Daarnaast werd de zelfbeschikking over het lichaam binnen de praktijk van de vrouwenhulpverlening beschouwd als een onvervreemdbaar recht en essentieel geacht voor herstel van vrouwen met problemen.

VROUWENSTUDIES

Binnen de vrouwenbeweging ontstond ook behoefte aan wetenschappelijke kennis, bijvoorbeeld over het socialisatieproces van meisjes en jongens, machtsverhoudingen in het gezin, huishoudelijke arbeid, moederschap en seksuele onderdrukking.⁴ Bovendien vroeg men zich af welke posities vrouwen aan de universiteit innamen en wat ze daar eigenlijk leerden en bestudeerden over onderwerpen die voor vrouwen belangrijk zijn. Deze vragen sloten niet aan bij het toenmalige wetenschappelijk onderzoeksterrein. De kritiek van vrouwen, in 1974 verwoord door Andreas Burnier op de eerste landelijke bijeenkomst van vrouwen op de universiteit, luidde in het kort dat vrouwen als apart onderzoeksobject in de wetenschap niet voorkwamen, tenzij als verzorgsters of moeder. Daarom zouden binnen elke studierichting de heersende wetenschappelijke ideeën over vrouwen ter discussie moeten worden gesteld. Bovendien zou nader geëxpliciteerd moeten worden of de wetenschap, als ze spreekt over mensen, wel over mannen én vrouwen gaat. De kritiek op de wetenschap als niet waarde-vrij en niet-objectief was eind jaren

zestig al door de kritische universiteit verwoord. Vrouwenstudies wilden dus vooral ontbrekende kennis over de positie van vrouwen aanvullen en mannelijke dominante vooroordelen in de wetenschap corrigeren.

Rond 1980 waren Vrouwenstudies, in navolging van 'Women's Studies' in de Verenigde Staten, aan alle universiteiten een feit. In 1995 kreeg de Nederlandse Onderzoeksschool Vrouwenstudies zijn erkenning door de Koninklijke Nederlandse Academie der Wetenschappen. Als kerndisciplines functioneren de sociale wetenschappen en de humaniora.

VROUWENSTUDIES GENEESKUNDE

Vrouwenstudies geneeskunde volgden later. Dit is opmerkelijk omdat de geneeskunde al tijdens de eerste feministische golf als een belangrijk strijdtterrein werd beschouwd. Vanuit de vroedvrouwenpraktijk was van oudsher veel belangstelling voor de gezondheid van vrouwen. Bovendien waren twee artsen, namelijk Aletta Jacobs en Catharine van Tussenbroek, de eerste gepromoveerde vrouwen in Nederland. Een aantal factoren zijn van invloed op het ontstaan van Vrouwenstudies geneeskunde.

Allereerst was er in het begin van de jaren zeventig kritiek van geneeskunde-studenten op de inhoud van het onderwijs. Bij praktiserende artsen uitte de kritiek zich door een beweging als de 'kritische artsen'. In die kritiek waren het ontbreken van de maatschappelijkheid van de geneeskunde en het belang van een psychosociale benadering centrale begrippen. De beweging stond een integrale geneeskunde voor die, zoals in de jaren vijftig door Querido verwoord, een kritiek inhield op de reductionistische en eenzijdig technologische benadering van het heersende medische model in de geneeskunde en gezondheidszorg. Een zich profilerende huisartsgeneeskunde afficheerde zich sterk met een integrale geneeskunde en gezins- en levensloopgeneeskunde.

Er groeide ook kritiek op de uitdijende beïnvloedingsfeer van de geneeskunde. Stromingen binnen de medische sociologie formuleerden hun medicaliseringstheorieën en binnen de instituten voor Huisartsgeneeskunde werd door sociale wetenschappers de groeiende stroom patiënten zonder ziekten verklaard door de theorie van de somatische fixatie. Zo werden gezondheidszorginstellingen en medische hulpverleners zelf object van onderzoek naar hun rol en invloed in het proces van ziekte en gezondheid.

Daarnaast bleek bij vrouwelijke (huis)artsen en psychotherapeuten behoefte aan wetenschappelijke kennis over sekseverschillen in ziekte en gezondheid, en vrouwenziekten. Binnen de seksuologie kwam onderzoek naar het verschil tussen mannen en vrouwen in de beleving van seksualiteit en daarmee corresponderende problemen. Kortom, een aantal bewegingen binnen en buiten de geneeskunde vormen de context van Vrouwenstudies geneeskunde.

Vrouwenstudies geneeskunde, als aparte richting aan de medische faculteit, bestaan thans aan drie universiteiten: aan de Universiteit van Amsterdam sinds 1983, in Maastricht sinds 1988, en in Nijmegen sinds 1993. In Leiden is sinds 1995 een bijzonder hoogleraar vrouwenhulpverlening aangesteld aan de medische faculteit.

Niet alle onderzoek over vrouwen en gezondheid speelt zich af aan een medische faculteit. Integendeel, het meeste onderzoek vindt plaats bij de vakgroepen psychologie en gezondheidswetenschappen. Zo heeft in Tilburg de vakgroep klinische en gezondheidspsychologie een afstudeerrichting Vrouwenstudies en is in Utrecht het onderzoek naar vrouw en gezondheid onderdeel van een groot aandachtsgebied 'Sekse, moraal en zorg' van de vakgroep Vrouwenstudies.

Ook het merendeel van de onderzoekers bij Vrouwenstudies geneeskunde is geen arts. De beschrijving van de onderzoeksthema's omvat dan ook het gehele gebied van het onderzoek dat zich vanuit het perspectief van Vrouwenstudies heeft ontwikkeld.

ONDERZOEK IN DEN BEGINNE

Het voorafgaande maakt duidelijk dat eind jaren zeventig mondjesmaat de eerste publicaties verschenen en dat de onderzoeksbelangstelling zich voornamelijk in de jaren tachtig profileerde.⁵ Een belangrijke prikkel in de jaren zeventig was de onterecht bevonden medische bemoeienis met fysiologische vrouwendomeinen. Onderwerpen als menstruatie, geboortenregeling, abortus, zwangerschap en bevallen, en de menopauze stonden hoog op de onderzoeksagenda. Ook over kanker werd gepubliceerd, maar dit betrof in hoofdzaak de discussie over de vroege opsporing van borst- en cervixcarcinoom door middel van bevolkingsonderzoek.

In de jaren tachtig trad er in het aandachtsveld een lichte verschuiving op. Het accent lag op de lacunes in kennis van vrouwenziekten, en de gevolgen van seksueel geweld. Onderzoek naar het pre-menstrueel syndroom, post-partumdepressie, uterus-extirpaties, depressie, verkrachting en mishandeling kwam op de voorgrond. In de tweede helft van de jaren tachtig zette deze teneur door, aangevuld met onderzoek naar de betekenis van de toenemende toepassing van technologieën op het vrouwenlichaam, onder andere in de voortplantingstechnologieën. Onderwerpen als DES, AIDS, infertiliteit en voortplantingstechnieken, seksualiteit en seksuele problemen, osteoporose, incest, eetstoornissen en verslavingen kregen aandacht.

Niet altijd was en is de wetenschappelijke aandacht in overeenstemming met de mate van vóórkomen van deze klachten bij vrouwen. Voor gynaecologische klachten is de relatie congruent. Anorexia nervosa echter is een voorbeeld van een aandoening die weinig voorkomt, maar waar vanuit Vrouwenstudies veel onderzoek naar gedaan is. En omgekeerd moesten we tot begin jaren negentig wachten voordat onderzoek werd gedaan naar veel voorkomende klachten bij vrouwen als buikpijn, incontinentie en moeheid.

Teneinde de huidige onderzoeksthema's in een begrijpelijk perspectief te kunnen plaatsen, besteed ik nu eerst aandacht aan de basisfilosofie van Vrouwenstudies op het terrein van ziekte en gezondheid.

ACHTERLIGGENDE FILOSOFIE EN HUIDIGE

ONDERZOEKSTHEMA'S

Binnen het Vrouwenstudies-onderzoek zijn vier belangrijke uitgangspunten te onderscheiden.

Een belangrijk deel van het onderzoek op het terrein van vrouw en gezondheid betreft kritiek op de wetenschapstheoretische uitgangspunten, en onderzoekt de betekenis en gevolgen van heersende ziekteconcepties voor vrouwelijke patiënten. Met andere woorden: onderzocht wordt hoe ziekten als het ware geconstrueerd worden afhankelijk van tijd en omstandigheden, en dienovereenkomstig een weerspiegeling vormen van de verhoudingen tussen de seksen en normatieve opvattingen over vrouwen.

Dit soort onderzoek vloeit voort uit de oorspronkelijke motivatie van Vrouwenstudies om sekse-stereotiep denken in de wetenschap bloot te leggen. Het begrip 'gender bias' is een kernbegrip om aan te duiden dat ofwel vrouwen niet of nauwelijks in onderzoek voorkomen, ofwel mannen en vrouwen in onderzoek worden bestudeerd vanuit een stereotiep rolpatroon. Een uiting van 'gender bias' is de gedachte dat hetgeen voor mannen geldt, ook wel voor vrouwen zal gelden. Zo worden effecten van geneesmiddelen, onderzocht bij mannen, even zo goed toepasbaar geacht bij vrouwen. In talloze grote interventiestudies met geneesmiddelen blijken vrouwen sterk ondervertegenwoordigd. Het is interessant om te zien dat 'gender bias' ook zichtbaar wordt in de sekse-neutraliteit van de dokter. Het maakt in deze visie voor de kwaliteit van de hulpverlening niet uit of de arts man of vrouw is, ook niet in combinatie met de sekse van de patiënt. Toch tonen studies over de arts-patiëntrelatie aan dat allerlei 'gender'-aspecten de interactie tussen arts en patiënt beïnvloeden.

Een voorbeeld van 'gender bias' als sekse-stereotiep denken is om vrouwen op basis van een hogere medische consumptie te boek te stellen als klagers en zeurpieten, terwijl analyse van de cijfers erop wijst dat een groot deel van hun medische hulpvragen op het terrein van de reproductie en preventie ligt. Een ander voorbeeld vinden we in het onderzoek naar hart- en vaatziekten. Bij deze aandoening denkt men meestal aan een mannenziekte en is ook het voorlichtings- en revalidatiemateriaal op mannen gericht. Tevens blijken mannen met hartklachten vaker invasieve behandelingen te ondergaan dan vrouwen met dezelfde hartklachten, zonder dat men zich van dit onderscheid bewust is.

Een tweede poot van het onderzoek op het terrein van Vrouwenstudies geneeskunde stoelt, eveneens vanuit de oorspronkelijke motivatie, op het aanvullen van lacunes in de bestaande medische kennis. Voorbeelden van blinde vlekken in de geneeskunde ten aanzien van specifieke vrouwenziekten zijn studies naar menstratieklachten, het pre-menstrueel syndroom, post-partumdepressies, DES, de overgang, uterus-extirpaties, mastopathie en incontinentie. Voorbeelden van psychiatrische ziekten zijn anorexia nervosa, de post-traumatische stress-stoornis na seksueel geweld, en depressies.

Een derde uitgangspunt van het onderzoek binnen Vrouwenstudies is het belang dat gehecht wordt aan de sociale context waarin vrouwen leven. Denkend aan het concept van Querido over integrale geneeskunde is de aandacht voor de sociale leefwereld niet nieuw, maar deze context wordt meer 'politiek' ingevuld in termen van onmachtposities en rolconflicten. Onderzoek naar het 'huisvrouwensyndroom' valt (veel) hieronder, evenals het

Meest genoemde onderzoeksthema's binnen Vrouwenstudies geneeskunde

- (Seksueel) geweld en gelieerde problemen (incest, kindermishandeling)
- Voortplantingstechnologie (onvruchtbaarheid)
- (Gynaecologische) kanker
- Seksualiteit en seksuele problemen
- Psychosomatiek (medicalisering, somatisering)
- Arts-patiëntrelatie
- Ziektebeleving en symptoomwaarneming
- Buikpijn en chronische pijn
- Zwangerschap en bevallen
- Menstruatiestoornissen

Tabel 1 De tien meest genoemde onderzoeksthema's binnen Vrouwenstudies geneeskunde

onderzoek naar moeheid en de dubbele belasting van werkende moeders. Het streven binnen Vrouwenstudies om vrouwen uit het medisch circuit te houden, heeft te maken met de veronderstelling dat de geneeskunde eenzijdig biomedische oorzaken zal zoeken voor klachten die juist in de sociale context hun oorsprong hebben. Daarom is het tegengaan van medicalisering een belangrijk uitgangspunt.

Tot slot wordt in de benadering vanuit Vrouwenstudies veel waarde gehecht aan de eigen beleving en ervaring van vrouwen. Dit uit zich in de gekozen onderzoeksmethoden. Veel studies zijn kwalitatief van aard en kenmerken zich door uitgebreide interviews met de onderzochten.

In de huidige onderzoeksthema's zijn deze thema's terug te vinden. Er wordt, zo laat een inventarisatie van het Nederlands Genootschap Vrouwenstudies zien, vooral vanuit filosofie en ethiek veel onderzoek gedaan naar theorievorming over constructies van zorg, hulpverlening en zorgethiek, en naar 'gender' en reproductieve technologieën.⁶ Ook een recente inventarisatie van onderzoek op het gebied van vrouwen en gezondheid door de interuniversitaire, multidisciplinair samengestelde werkgroep 'Dutch Foundation of Women and Health Research' geeft uitdrukking aan de achterliggende filosofie (tabel 1).⁷

BELANGRIJKE VERDIENSTEN VOOR ONDERZOEK

Welke zijn nu de grootste wapenfeiten van Vrouwenstudies voor het wetenschappelijk onderzoek? Ik wil drie onderzoeksterreinen noemen die nieuwe wetenschappelijke feiten aan het licht hebben gebracht.

Het onderzoek naar incest of, algemener, naar de thema's seksueel en fysiek geweld jegens vrouwen en meisjes en de gevolgen daarvan voor het psychisch en lichamelijk welbevinden komt onmiskenbaar op het conto van Vrouwenstudies. Het is een tot 1980 bijna genegeerd onderzoeksterrein, terwijl veel vrouwen voor hun zestienste jaar seksueel misbruikt worden. Het onderzoek naar jongens als slachtoffer van seksueel geweld heeft zich in dit kielzog kunnen ontplooien. De overheid heeft in dezen een belangrijke faciliterende rol gespeeld. De toonaangevende onderzoeken naar het voorkomen van incest en naar geweld tegen vrouwen zijn door respectievelijk het ministerie van Sociale Zaken en WVC gesubsidieerd.^{8,9} In de psychiatrie, waar ongeveer 40% van de vrouwelijke patiënten incest heeft meegemaakt, is op basis van studies

en de klinische praktijk veel kennis gegenereerd, bijvoorbeeld over de post-traumatische stress-stoornis.¹⁰

In de tweede plaats hebben Vrouwenstudies de bemoeienissen van de geneeskunde met name op het terrein van de reproductie geplaatst binnen een bredere cultuurmaatschappelijke context. Vele aspecten rondom de voortplanting hebben vrouwen altijd geraakt in haar gezondheid en kwaliteit van leven. Terwijl rond de eeuwwisseling vooral een tekort aan gezondheidszorg voor vrouwen centraal stond (anticonceptie, medische begeleiding tijdens zwangerschap, partus, kraambed, en een betere hygiëne), overheerste in de jaren zeventig de gedachte van het teveel en van de te eenzijdige medische aandacht (bijvoorbeeld de medicalisering van zwangerschap en bevalling). In de jaren negentig zien vrouwen zich geconfronteerd met toenemende technologische mogelijkheden rondom de voortplanting. Tegelijkertijd worden vrouwen in hun vruchtbaarheid bedreigd omdat zij door hun beroeps carrière, en onvoldoende kinderopvangmogelijkheden, op oudere leeftijd aan kinderen toekomen, en omdat het aantal Seksueel Overdraagbare Aandoeningen die de fertiliteit bedreigen (Chlamydia), toeneemt.

Tot slot moet het onderzoek naar verscheidene specifieke lichamelijke vrouwenklachten genoemd worden. De thema's variëren van bijvoorbeeld fluor tot incontinentie, met aandacht voor een adequate diagnostiek door middel van anamnese en eenvoudige hulpmiddelen, aandacht voor levensloop en sociale omstandigheden van de vrouw, en aandacht voor een individuele afstemming van de behandeling.

BELANGRIJKE VERDIENSTEN VOOR HULPVERLENING EN ONDERWIJS

In de concrete hulpverleningspraktijk zijn de uitkomsten van het onderzoek naar seksueel geweld van grote invloed op de benadering en behandeling van kinderen met seksueel misbruik en van volwassenen met dit trauma in hun voorgeschiedenis. Niet alleen in de gezondheidszorg maar ook bij politie en justitie wordt seksueel geweld tegen vrouwen beschouwd als een ernstig trauma. Het effect strekt zich uit tot andere delicten dan verkrachting. Het strafbaar stellen van verkrachting in het huwelijk heeft alles met zelfbeschikking van vrouwen en lichamelijke integriteit te maken. Er is veel kennis verworven ten aanzien van mogelijke relaties tussen gezondheidsstoornissen en seksueel misbruik. Zo zullen bijvoorbeeld bulimia, alcoholisme en automutilatie in veel gevallen wel, en anorexia nervosa en vaginisme in veel gevallen niet te maken hebben met misbruik. Ook is veel inzicht verkregen in psychodynamische processen bij post-traumatische stoornissen en hoe deze adequaat behandeld moeten worden.

De praktijkgebonden vakpublicaties en dissertaties vanuit Vrouwenstudies, zoals die over anorexia nervosa, de overgang, vaginisme en incontinentie, worden binnen de diverse wetenschappelijke fora gebruikt en aangewend voor de klinische praktijk. Veel onderzoek verschijnt echter niet in het gebruikelijke medisch-wetenschappelijk circuit, mede door de sociaal-psychologische invalshoek.

Een aantal artikelen en themanummers in de wetenschappelijke vakbladen heeft naar mijn mening veel in-

vloed gehad op de vermeerdering van kennis en inzicht over vrouwen en gezondheidskwesties. Het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde besteedt al in 1969 aandacht aan verschillen in klachtenrapportage onder mannen en vrouwen.¹¹ In de zomer van 1980 komt het Maandblad Geestelijke Volksgezondheid met het themanummer 'Vrouwen, feminisme, geestelijke volksgezondheid', dat een overzicht geeft van vrouwelijke cliënten en hulpverleners in de geestelijke volksgezondheid. Dit wordt in 1981 gevolgd door 'Het vrouwenlichaam en de wetenschap' in *Wetenschap en Samenleving*. Huisarts en Wetenschap publiceert in 1983 een artikel over 'De vrouwelijke patiënt bij de huisarts'.¹² In 1995 verschijnt een themanummer over 'Sekseverschillen in ziekte en gezondheid'. Deze themanummers en artikelen voorzien, gezien de vele los verkochte nummers, in een grote behoefte bij onderwijs en nascholing.

In het reguliere onderwijs medische wetenschappen en gezondheidswetenschappen kan men in Amsterdam, Leiden, Groningen, Maastricht en Nijmegen keuze-onderwijs volgen op het terrein van Vrouwenstudies geneeskunde, variërend in duur van 2 tot 6 weken. Ook een keuzestage wetenschappelijk onderzoek behoort op een aantal faculteiten tot de mogelijkheden. In de beroepsopleiding tot huisarts wordt gewerkt aan de voltooiing van een onderwijsmodule sekse-specifieke hulpverlening.

ACTUELE DEBATTEN

In aanvang lag het accent bij Vrouwenstudies vooral op de eigenheid en het specifieke van vrouwen.¹³ De verschillen tussen de seksen werden sterk benadrukt, waardoor overeenkomsten tussen mannen en vrouwen min of meer werden genegeerd. De discussie over het verschil en de overeenkomsten tussen mannen en vrouwen wordt het 'verschil en gelijkheid'-debat genoemd: 'Zijn vrouwen nu eenmaal anders of gewoon hetzelfde als mannen?'

Men ziet dit debat op het terrein van vrouw en gezondheid terug in de verklaringen die aangewend worden voor de hogere medische consumptie van vrouwen.¹⁴ In de gelijkheidsgedachte zal de hogere medische consumptie van vrouwen met argwaan worden bekeken en geanalyseerd op sekse-stereotiepe artefacten, zoals het classificeren en sekse-specifiek benoemen van klachten door artsen. Vrouwen willen zich niet onderscheiden van mannen als het zwakke geslacht en al helemaal niet als klagers. Wordt het verschil tussen de geslachten geaccentueerd, dan worden hogere cijfers aangegrepen om te benadrukken dat de klachten van vrouwen reëel zijn en door medici serieus genomen moeten worden.

Een ander debat is dat over de vraag naar verschillen tussen vrouwen onderling, de vraag naar 'eenheid en verscheidenheid'. Te veel aandacht voor de sociale context van de vrouw kan de individuele levensloop verdoezelen. Hoe groot is de invloed van sociale klasse, leefstijl, etniciteit, leeftijd en seksuele voorkeur op gezondheid (verscheidenheid) en hoe verhouden deze factoren zich met de eenheidsfactor 'seks'? Onderzoek naar bijvoorbeeld de verhouding tussen sociale klasse, seks en psychische problemen toont aan dat vrouwen vaker lijden aan depressies en angststoornissen en mannen vaker aan

persoonlijkheidsstoornissen. Hierbij hebben mannen en vrouwen in de laagste sociaal-economische klasse een grotere kans op psychische en psychiatrische problematiek dan hun seksegenoten uit de hogere klassen, maar de aard van de sekseverschillen wijst, ongeacht de klasse, in dezelfde richting. Ook kwesties rondom de voortplanting, zoals de keuze van anticonceptie, plaats van bevalling en het geven van borstvoeding, worden in hoge mate bepaald door de cultuur van een sociale klasse.

Recent valt binnen Vrouwenstudies geneeskunde een verschuiving in de houding ten aanzien van het biologisch lichaam te bespeuren. Met name de nieuwe technologische mogelijkheden, bijvoorbeeld in de reproductie, in de prenatale diagnostiek en in de plastische chirurgie, hebben voor nuanceringen gezorgd in het denken over medicalisering. Het medicaliseringsdebat heeft overigens nooit een éénrichtingsverkeer aangehouden. Rondom het pre-menstrueel syndroom of de post-partumdepressie bijvoorbeeld wilden sommigen, waaronder de patiëntengroepen, juist meer medische interventies, terwijl anderen het karakteriseerden als 'non-diseases', uitingen van een tijdgeest die buiten een medische classificatie hoorden. De discussie rond de overgang, het chronisch-moeheidsyndroom en de bekkeninstabiliteit kent momenteel dezelfde standpunten.

Een ander voorbeeld is de functie van de plastische chirurgie. Plastische chirurgie kan enerzijds worden gezien als een medische interventie in een gezond vrouwenlichaam. Maatschappelijke stereotiepe ideeën over schoonheid leiden tot een afwijzen van de vrouw van haar lichaam en de vraag voor ingrijpen. Anderzijds geven vrouwen na een borstcorrectie desgevraagd aan dat zij deze techniek helemaal niet hebben aangewend om hun lichaam te verfraaien, maar juist om een 'normaal' lichaam te krijgen. Zij hebben de plastische chirurgie gebruikt om uit hun biologisch noodlot van een afwijkend lichaam te ontsnappen. De idee van onderwerping van het vrouwenlichaam aan de geneeskunde botst hier met de idee van zelfbeschikking van de vrouw over haar lichaam. Nog sterker geldt dit in geval van ongewenste kinderloosheid.

TOEKOMSTIG ONDERZOEK

Door de langdurige afwezigheid van het biologische lichaam van de vrouw in het onderzoek, gestoeld op een huiver voor de medicalisering van het vrouwenlichaam, overheerst binnen Vrouwenstudies de sociaal-psychologische benadering van ziekte en gezondheid. Bovendien waren en zijn (praktiserende) medici schaars op dit wetenschappelijk onderzoeksterrein.

Pas sinds kort wordt de biomedische invalshoek binnen Vrouwenstudies minder geschuwd. In die richting zullen Vrouwenstudies geneeskunde zich moeten ontwikkelen. Inzicht in de fysiologie en pathofysiologie is immers onmisbaar om belangrijke klachten en aandoeningen van vrouwen te kunnen begrijpen en behandelen. Hierbij is onderzoek naar sekseverschillen in presentatie van klachten, betekenisgeving, beloop en complicaties van ziektebeelden van belang. Man-vrouw-verschillen in reacties op (medicamenteuze) behandelingen behoeven meer aandacht. Voor chronische patiënten en ouderen kan de

ADL-behoefte voor mannen en vrouwen en dientengevolge de benodigde zorg er anders uitzien.

In de tweede plaats moet in het onderzoek meer differentiatie in de beleving en het probleemoplossend gedrag van vrouwen onderling op de voorgrond worden geplaatst. Individuele levensgeschiedenissen van vrouwen zullen immers een algemene sociale context verbijzonderen, hetgeen het inzicht in het ontstaan en beleven van klachten en problemen van vrouwen en gekozen oplossingen kan vergroten.

Tot slot moeten Vrouwenstudies geneeskunde blijven streven naar multidisciplinariteit. In werkelijkheid begeeft nog weinig onderzoek zich expliciet buiten de eigen disciplinaire grenzen. Juist onderzoek naar klachten en ziekten van vrouwen moet zich baseren op een integraal ziekteconcept, waarbij biomedische aspecten van een ziekte hun betekenis krijgen in een individuele levensloop en sociale context.¹⁵ Naar mijn mening ligt daar het toekomstige onderzoeksterrein voor Vrouwenstudies geneeskunde.

ABSTRACT

Developments in Women's Health Studies in The Netherlands

The aim of this article is to describe the arise of Women's Health Studies, and the developments in research on women and health in The Netherlands. First, the arise is placed in the context of social emancipation movements including the first and second feminist movement. In the second place, the beginning of Women's Health Studies is described as a part of prevailing critics on health care. The development of research issues is outlined in the light of some important theoretical premises. In the seventies one of the premises was the incorrectly applied medical interference with the female body. Later on, the attention focused on the poor knowledge of women's problems such as psychiatric disorders, hysterectomies and the premenstrual syndrome. In the nineties criticism on the increasing medical technology was of paramount importance. The impact of Women's Health Studies on scientific research, health care and medical education are numerous. Research on sexual violence has strongly influenced the approach of sexual abused children and adults with a history of sexual violence. Finally an analysis of ongoing debates leads to recommendations for further research.

Key words: Women's Health Studies, history, theory development, research issues, ongoing debates

LITERATUUR

- 1 Jacobs Aletta. Herinneringen. Nijmegen: SUN Reprint, 1978.
- 2 Foudraine J. Wie is van hout. Baarn: Ambo, 1971.
- 3 Vrouwengezondheidscollectief Boston. Je lichaam, je leven: het lijfboek voor vrouwen. Amsterdam: Bakker, 1975.
- 4 Poldervaart S, Bekker M, Bots M, Draijer N, Hoogenboom A, Vink A. Vrouwenstudies: een inleiding. Nijmegen: SUN, 1991. Derde druk.
- 5 Meeuwesen L, Ruiten M, Westerbeek van Eerten J, Brinkgreve C. Vrouwen en gezondheid: een overzicht van onderzoek naar gezondheidsklachten van vrouwen 1970-1990. Den Haag: Stimuleringsgroep Emanicipatie Onderzoek, 1991.

6 Lasthuizen K. Onderzoekers Vrouwenstudies in Nederland: een overzicht. Amsterdam: Nederlands Genootschap Vrouwenstudies, 1995.

7 Bettonvil A. Onderzoek op het gebied van vrouwen en gezondheid(szorg) in Nederland. Amsterdam: Dutch Health Foundation Women & Health Research, 1994.

8 Draijer N. Seksueel misbruik van meisjes door verwanten: een landelijk onderzoek naar de omvang, aard, de gezinsachtergronden, de emotionele betekenis en de psychische en psychosomatische gevolgen. Den Haag: Ministerie SoZaWe, 1988.

9 Römken R. Vrouwenmishandeling: over geweld tegen vrouwen in heteroseksuele partnerrelaties: vooronderzoek in opdracht van het Ministerie van WVC, en de Stichting Blijf van mijn Lijf. Rijswijk: Ministerie WVC, 1986.

10 Nicolai N. Vrouwenhulpverlening en psychiatrie. Amsterdam: SUA, 1992.

11 Aakster CW. Klachten onder mannen en vrouwen: rapportage door middel van de vragenlijst methode. T Soc Geneeskde 1969;47:309-13.

12 Lagro-Janssen T. De vrouwelijke patiënt in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1983;26:369-73.

13 Brouns M, Verloo M, Grünell M. Vrouwenstudies in de jaren negentig: een kennismaking vanuit verschillende disciplines. Bussum: Coutinho, 1995.

14 Baart I. De echo's van de diagnose: sekseverschillen in ziekte en gezondheid. In: Lenning A van, Brouns M, Bruyn J de, red. Inzichten uit vrouwenstudies: uitdagingen voor beleidsmakers. Den Haag: VUGA, 1995.

15 Lagro-Janssen T. De tweeslachtigheid van het verschil. Nijmegen: SUN, 1997.

CORRESPONDENTIE-ADRES

Prof.dr A.L.M. Lagro-Janssen, Vrouwenstudies geneeskunde, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Sociale Geneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen, Postbus 9101, Code 229, 6500 HB Nijmegen, tel. 024-3613110

Voor publicatie aanvaard op 21 april 1997