

Biologische constructies en sociale feiten

Obstakels in het onderzoek naar gezondheidsproblemen van vrouwen

Klasien Horstman

1. Inleiding

Onderzoek naar de problemen rond gezondheid en ziekte van vrouwen is relatief laat op de agenda van vrouwenstudies verschenen. Waar thema's als vrouwenarbeid, moederschap en de ontwikkeling van het gezin reeds in de jaren zeventig het onderwerp van discussie waren, is de belangstelling voor gezondheidsproblemen van vrouwen van latere datum. Aan dit thema wordt in de bundel *Vrouwenstudies. Een Inleiding*¹, die in 1983 verscheen, bij voorbeeld nog geen hoofdstuk gewijd. De bloeiende praktijk van de vrouwengezondheidszorg (vrouwengezondheidscentra, vrouwentherapiegroepen, hulptelefoondiensten, patiënten-actiegroepen etc.²) heeft nog nauwelijks een parallel gevonden op het gebied van vrouwenstudies.

Een van de verklaringen voor deze late start van vrouwenstudies op het gebied van gezondheid en ziekte is de ontoegankelijkheid van de geneeskunde voor feministische visies en argumenten. Hierdoor werd het ontstaan van vrouwenstudies binnen de faculteiten geneeskunde belemmerd. Het effect van deze gebrekkige institutionalisering is dat, voor zover er onderzoek verricht wordt naar ziekte en gezondheid, dit een *sociaal-wetenschappelijk* karakter draagt. Zo is er in Nederland onderzoek verricht naar de invloed van de sociale omgeving op het ontstaan van klachten als depressiviteit en anorexia nervosa³ en werd de samenhang beschreven tussen epidemiologische gegevens over de gezondheidsverschillen tussen vrouwen en mannen en hun maatschappelijke positie.⁴ In diverse publikaties wordt het verschijnsel medicalisering van gezondheidsklachten van vrouwen centraal gesteld en wordt beschreven hoe de medische professie controle uitoefent op het leven van vrouwen. De geneeskunde introduceert normen voor de geestelijke en lichamelijke gezondheid van vrouwen, zodanig dat 'normale' gebeurtenissen als zwangerschap en bevalling, menstruatie en overgang, tot medische problemen getransformeerd worden.⁵ Het is evenwel kenmerkend dat zulk onderzoek over gezondheid en ziekte in de bundel *Veertien jaar vrouwenstudies in Nederland; een overzicht*⁶ is ondergebracht in het hoofdstuk 'Sociologische, pedagogische en psychologische wetenschappen'. Waar alle disciplines in dit overzicht vertegenwoordigd zijn, valt het ontbreken van de geneeskunde des te meer op.

De geneeskunde stond niet te trappelen om vrouwenstudies een plaats te geven binnen de faculteiten, maar het is de vraag of feministische onderzoeksters dit betreurden. Het accent in het feministisch onderzoek lag immers op sexisme-kritiek: de visie van de medische professie op vrouwen en hun klachten en de wijze waarop artsen vrouwen en hun klachten behandelen, werden kritisch geanalyseerd. De instrumenten om deze analyse uit te kunnen voeren ontleende men niet aan de geneeskunde maar aan vrouwenstudies in de sociale wetenschappen en de medische sociologie. De dominantie van sociaal-wetenschappelijke theorieën en methoden in het feministisch onderzoek naar gezondheid en ziekte moet dus ook gezien worden in het licht van de wens om kritische afstand te nemen van het biomedische kennisbestand en de routines van de medische praktijk. Tegen medische feiten en praktijken worden sociaal-wetenschappelijke inzichten in stelling gebracht.

Het sociaal-wetenschappelijk karakter van het onderzoek naar de geestelijke en lichamelijke gezondheid en ziekte van vrouwen heeft niet belemmerd dat er op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg intramuraal en extramuraal feministische behandelingsvormen zijn ontwikkeld. Er zijn bij voorbeeld therapieën voor vrouwen met fobische klachten, voor slachtoffers van incest en seksueel geweld, voor vrouwen met eetverslaving en voor chronisch psychiatrische patiënten en in diverse inrichtingen functioneren therapiegroepen voor vrouwen.⁷ Ook hebben feministische psychiaters bijgedragen aan de verbetering van diagnostische instrumenten. Zo hebben ze zich hevig verzet tegen de opname van de categorie 'masochistische persoonlijkheidsstoornis' in de DSM IIIR. Hoewel het DSM-comité vasthield aan deze diagnose, resulteerde de druk van feministische psychiaters erin dat de naam werd gewijzigd in 'zelf-beschadigende persoonlijkheidsstoornis' en dat expliciet werd vermeld dat deze diagnose niet van toepassing is als het gaat om de diagnose van gedrag dat een reactie is op een of andere vorm van (sexueel) geweld.⁸ Feministische psychiaters keren zich dus niet tegen het gebruik van professionele diagnostiek als zodanig, maar richten zich op de verbetering van bestaande en de ontwikkeling van nieuwe professionele diagnostische instrumenten.⁹

Voor de ontwikkeling van vrouwenstudies op het gebied van gezondheid en ziekte in sociaal-wetenschappelijke richting is echter ook een prijs betaald. 'In de klinisch-somatische geneeskunde hebben vrouwenstudies nog geen poot aan de grond gekregen', luidt de duidelijke conclusie van Dukkers van Emden.¹⁰ In tegenstelling tot geestelijke klachten zijn er voor lichamelijke klachten veel minder alternatieve vormen van diagnostiek en behandeling ontwikkeld.¹¹ De boodschap van de vrouwenhulpverlening luidt immers juist dat voorkomen moet worden dat vrouwen zich te snel in het me-

disch circuit begeven en de voorlichting over bij voorbeeld menstruatie- en overgangsklachten bestaat vooral uit adviezen over wat vrouwen zelf kunnen doen ter verlichting van pijn en tegen praktisch vervelende verschijnselen als onregelmatig bloedverlies en opvliegingen. En hoewel bij voorbeeld de DES-actiegroep een belangrijke drijfveer vormt achter de kennisontwikkeling onder gynaecologen over de gevolgen van het gebruik van diethylstilbestrol door zwangere vrouwen voor hun dochters, wordt het DES-schandaal gezien als een gevolg van de 'pill-for-every-ill-mentality' van artsen¹². Niettegenstaande de relaties die ze heeft opgebouwd met de medische professie deelt de DES-actiegroep de visie van de vrouwenhulpverlening dat het onjuist is gezondheidsklachten te snel in medische termen te vertalen, daar de medische oplossing soms meer problemen met zich meebrengt dan ze wegneemt.

De pogingen van de vrouwenhulpverlening om de bemoeienis van de medische professie met vrouwen aan banden te leggen en de tendens binnen vrouwenstudies om medische problemen te herdefiniëren als sociale of psychische problemen, leiden ertoe dat ook de oplossing van deze problemen in andere netwerken wordt gezocht bij vrouwengezondheidscentra, vriendinnen of lotgenoten. Soms verwijst men naar de alternatieve geneeskunde, zoals bij voorbeeld de homeopathie of de natuurgeneeskunde. Tegen deze achtergrond is het begrijpelijk dat er weinig impulsen zijn uitgegaan tot de ontwikkeling van diagnostische instrumenten en behandelingen van somatische klachten *binnen* de reguliere geneeskunde. De waarde van vrouwenstudies op het gebied van de lichamelijke gezondheid van vrouwen ten opzichte van de geneeskunde ligt vooral in haar *culturele rol*.¹³ Ze heeft ertoe bijgedragen dat normen voor een adequate oplossing van gezondheidsproblemen van vrouwen het onderwerp van discussie zijn geworden¹⁴ en dat het idee 'minder medicaliseren' ook in kringen van artsen is gaan leven.¹⁵

In het licht hiervan is de wens om nu de klinisch-somatische tak van de vrouwengezondheidszorg te versterken begrijpelijk. Dit streven is echter niet eenvoudig te realiseren. Het betekent een forse omschakeling van de heersende denkstijl binnen de vrouwenhulpverlening en binnen vrouwenstudies, waarin sociaal-wetenschappelijke verklaringen tegenover biomedische¹⁶ verklaringen gesteld worden. De ontwikkeling van de somatische tak van de vrouwengezondheidszorg zou gebaat zijn met een andere ordening van het onderzoeksveld 'vrouwen en gezondheid' dan de gebruikelijke, in termen van de tegenstelling tussen het biologische en het sociale.

2. Vrouwenstudies en constructivisme

De laatste jaren worden gezondheidsproblemen van vrouwen binnen vrou-

wenstudies steeds vaker op een constructivistische wijze benaderd.¹⁷ Dit houdt in dat men bij de analyse van gezondheidsproblemen speciale aandacht heeft voor de wijze waarop deze problemen gedefinieerd worden en voor de manier waarop de kennis over de gezondheid van vrouwen tot stand komt. Op het eerste gezicht biedt dit mogelijkheden om de polariteit tussen 'het biologische' en 'het sociale' te doorbreken omdat een constructivistische analyse zich neutraal ten opzichte van beide kan verhouden. Ze vormt immers een instrument om te laten zien hoe in het biomedisch onderzoek, in de medische praktijk en in het dagelijks leven afbakeningen tussen 'het biologische' en 'het sociale' tot stand komen. Een dergelijke empirisering ontnemt de tegenstelling haar absolute karakter en kan het uitgangspunt vormen voor een herziening van de relatie tussen vrouwenstudies en de geneeskunde.

De constructivistische wending in vrouwenstudies op het gebied van gezondheid en ziekte leidt in de praktijk echter niet altijd tot empirisering en concretisering¹⁸ van 'het biologische' en 'het sociale', maar tot een gecompliceerde filosofische strategie om andermaal de sociaal-wetenschappelijke benadering naar voren te schuiven ten koste van biologische benaderingen. In dit artikel wordt een voorbeeld van een dergelijke strategie onder de loep genomen, namelijk een pleidooi voor constructivisme in een discussie over het onderzoek naar de overgang. Een analyse van de consequenties van dit gebruik van constructivisme leidt tot de conclusie dat deze strategie een belemmering vormt voor de ontwikkeling van vrouwenstudies in klinisch-somatische richting. Meer soulaas biedt een aanpak die het constructivisme als een vorm van pragmatiseren behandelt.

3. *De overgang, feit of constructie*

Is de overgang een biologisch proces waar geen vrouw omheen kan, of is de overgang een constructie? Deze vraag staat centraal in een discussie tussen de onderzoeksters Baart en Oldenhave beiden psychologen naar aanleiding van een bespreking van Oldenhave's boek *Het zal de overgang wel zijn* door Baart.¹⁹

Oldenhave beschouwt de overgang als een fysiologisch proces dat iedere vrouw, arm of rijk, zwart of wit, overkomt. Vanuit dit perspectief onderzoekt ze een grote groep vrouwen tussen veertig en zestig jaar om te kijken of hevig bloedverlies tijdens de menstruatie in de pre-menopauze tot een verhoging leidt van 'vage klachten' als lusteloosheid en moeheid tijdens de overgang. Oldenhave is van mening dat er een 'universele, biologische beschrijving van de overgang mogelijk is' en dat het zinvol is om de overgang daartoe 'uit te kleden'. Dat maakt het volgens haar mogelijk om de stelling

te onderzoeken dat specifieke overgangsklachten meer samen zouden hangen met onregelmatige menstruatiepatronen dan met de problematische leefsituatie van vrouwen van middelbare leeftijd. Oldenhavé ontkent niet dat een problematisch leven leidt tot een verhoging van de klachten, doch dat geldt volgens haar voor alle fasen van een vrouwenleven en niet specifiek voor de overgang.²⁰

Dit vormt voor Baart de aanleiding om te stellen dat Oldenhavé's visie van een 'naïef, realistisch uitgangspunt'²¹ getuigt. 'De universele, biologische overgang bestaat helemaal niet', zo luidt de stelling van Baart. 'Het lichamelijke biologische proces ontvouwt zich immers niet onmiddellijk aan een onderzoeker of aan een vrouw. Dat proces wordt "gekend" en "geleefd" en dat "kennen" en "leven" is altijd een menselijke activiteit binnen een bepaalde sociale samenhang. De produkten van dat kennen en leven, de "waarheid" (...) of de "geleefde werkelijkheid" (...), zijn daarom altijd constructies. Er wordt geen werkelijkheid bloot gelegd of bloot gegeven, maar er wordt een werkelijkheid geconstrueerd. Het produkt kan niet losgetrokken worden van het proces. Dé biologie pur sang, zal zich nooit aan de mens tonen en dat wat voor ons de biologie "is", kunnen we in principe niet los maken van hoe er door wie over lichamen gedacht wordt, hoe er door wie mee geleefd wordt en wie daar wat mee doet.'²² Kortom, de overgang is volgens Baart geen universeel biologisch verschijnsel, omdat vrouwen de overgang op hun eigen manier beleven en verschillend reageren op eventuele klachten. In plaats van een biologisch verschijnsel ziet Baart de overgang als een *sociale constructie* en ze pleit ervoor in het onderzoek de verschillen tussen de vele overgangen te benadrukken en de speurtocht naar de biologische overeenkomsten te staken.

Deze discussie tussen Baart en Oldenhavé vormt een goede illustratie van de wijze waarop het constructivisme wordt gebruikt in discussies over gezondheidsproblemen van vrouwen. De bestaande gewoonte om in beschrijvingen en verklaringen van gezondheidsproblemen van vrouwen de ruimte voor het biologische in te perken en meer ruimte te claimen voor sociale factoren wordt nu met constructivistische terminologie voortgezet.

Het *doel* van het gebruik van het constructivisme is er in gelegen de biologie terecht te wijzen. Universele, biologische beschrijvingen en verklaringen van de overgang zouden volgens Baart plaats moeten maken voor vele verschillende beschrijvingen van de 'geleefde overgang'. De inzet van de discussie lijkt dus een *inhoudelijke* kwestie te zijn: in welke termen moeten we de overgang en overgangsklachten beschrijven en hoe moeten we ze onderzoeken. Het antwoord luidt niet dat naast beschrijvingen in biologische termen ook beschrijvingen in sociaal-wetenschappelijke termen relevant zijn. De claim van Baart is sterker: de relevantie van biologische beschrijvingen

gen wordt ernstig betwijfeld. Al het biologische zo stelt Baart is immers sociaal door het feit dat mensen symptomen percipiëren²³ en de correlaties die Oldenhavé wellicht zal vinden tussen menstruatiepatronen en overgangsklachten zeggen volgens Baart niets over een biologische oorzaak. De verklaring voor zulke correlaties zou evengoed gezocht kunnen worden in de invloed van stereotype denkbepelden over de overgang op de uiting van klachten.²⁴

Het *middel* dat Baart in de discussie inzet om de biologie terecht te wijzen is het constructivisme. Dit stelt haar namelijk in staat erop te wijzen dat er met betrekking tot de overgang veel sociale variatie bestaat en dat biologische feiten zoals bij voorbeeld bloedverlies voor verschillende vrouwen een verschillende betekenis hebben. Waar de één prompt een afspraak met de dokter maakt, schenkt de ander er weinig aandacht aan. Het constructivisme vormt dus het instrument om universele biologische claims ten aanzien van de overgang te bestrijden en de aandacht te verschuiven naar sociale en culturele verschillen. Het universele biologische dient plaats te maken voor de variabiliteit van de sociale context.

4. Opeenstapeling van identiteiten

Het pleidooi van Baart voor een constructivistische benadering in het onderzoek naar de overgang bestaat uit een argumentatiepatroon waarin verschillende identiteiten op impliciete wijze met elkaar worden gekoppeld. 'Het biologische' wordt geïdentificeerd met het universele en 'het sociale' met contextuele variatie. Tegelijkertijd wordt biologische kennis als een constructie beschouwd, terwijl sociaal wetenschappelijke kennis daarentegen op een realistische wijze behandeld wordt.

5. De universele biologie versus sociale variatie

In de discussie tussen Baart en Oldenhavé wordt het constructivisme geïntroduceerd als een visie op kennisproductie die het lokale karakter van 'waarheid' benadrukt. Dit maakt het mogelijk om de beperkte vruchtbaarheid van biologische benaderingen van de overgang te laten zien en het belang van sociaal-wetenschappelijke benaderingen te benadrukken, waarin de verschillen in de perceptie en reactie op overgangsklachten centraal staan. 'Wanneer je essentialisme afwijst, worden de verschillen tussen vrouwen benadrukt en kan "biologie" niet de bindende factor zijn', aldus Baart.²⁵ Aan deze constructivistische strategie kleven verschillende bezwaren.

Het is weliswaar juist erop te wijzen dat mensen verschillend omgaan met klachten en een verschillende betekenis hechten aan ziekte, doch de veron-

derstelling, van zowel Baart als Oldenhave, dat het aan sociale wetenschappers is voorbehouden om op variatie te wijzen omdat biologen slechts universele claims op tafel leggen, is onjuist. Niet alleen sociale wetenschappers zijn in variatie geïnteresseerd. Biologen beschouwen variatie namelijk als een bij uitstek biologisch fenomeen. Niet alleen in het centrale biologische paradigma de evolutietheorie is variatie een kernbegrip, maar ook in het biologisch onderzoek gaat de aandacht uit naar biologische verscheidenheid. Zo doen humane biologen onderzoek naar verschillen in het optreden van menarche en menopauze in verschillende tijden, landen, regio's of steden.²⁶ Dit zijn niet dezelfde verschillen als die waarin sociale wetenschappers zijn geïnteresseerd en ook voor de verklaring zullen biologen en sociale wetenschappers bij verschillende theorieën te rade gaan. Waar biologen bij voorbeeld de rol van voeding of genetische factoren belangrijk vinden, zullen sociale wetenschappers wellicht de opvoeding en de perceptie van menstruatie centraal stellen. Er is desalniettemin geen enkele reden om het bestaan van variatie *op zichzelf* te interpreteren als een teken dat het verschijnsel sociaal geconstrueerd is, om daaraan de conclusie te verbinden dat het *dus* geen biologisch verschijnsel kan zijn.

Een tweede bezwaar geldt de veronderstelling dat sociale variatie met betrekking tot de overgang de rechtvaardiging vormt voor de bewering dat de overgang geconstrueerd is. Veel constructivistisch onderzoek leidt weliswaar tot de conclusie dat er meer variatie bestaat met betrekking tot een verschijnsel dan de handboeken willen doen geloven²⁷, maar deze conclusie kan niet omgedraaid worden. Het idee dat universele verschijnselen zich niet voor een constructivistische analyse zouden lenen, is onjuist.

Het constructivisme houdt niet meer in dan dat kennis, feiten, kortom onze wereld, een produkt zijn van menselijk handelen. Dit geldt zowel voor feiten die op grote schaal waar zijn gemaakt, als voor feiten die op beperktere schaal geldig zijn. Zo de biologen het al eens zouden zijn over een universele beschrijving van de overgang, dan is ook dát feit geconstrueerd. Het geconstrueerde karakter van feiten en het eventuele universele karakter van kennis sluiten elkaar niet uit. Integendeel, waar feiten een universeel karakter dragen betekent dit dat ze zodanig verweven zijn met tal van handelingspraktijken en materiële voorzieningen dat dit geconstrueerde karakter niet meer zichtbaar is. Het kost dan eenvoudig heel veel werk om deze feiten weer ter discussie te stellen.²⁸

Wijzen op variatie en lokale contexten impliceert dus niet logischerwijs een terechtwijzing van de biologie, althans als men geen karikaturaal beeld van de biologie wil geven. Andersom heeft men het constructivisme niet nodig om een debat aan te gaan over de verklaring van overgangsklachten. Over de vraag of deze samenhangen met menstruatiepatronen of met stereotype

culturele beelden over de overgang kunnen interessante inhoudelijke discussies gevoerd worden zonder enige verwijzing naar het constructivisme.

6. *Biologische constructies versus sociale realiteiten*

Indien men het constructivisme toch gebruikt om te laten zien dat kennis sociaal geconstrueerd is, dan dient men zich te realiseren dat dit zowel voor biologische als sociaal-wetenschappelijke feiten geldt. Baart past de constructivistische echter asymmetrisch toe. Ze verwerpt 'het naïef realistisch uitgangspunt' van Oldenhavé dat de biologie te kennen zou zijn. De biologische werkelijkheid, die aan de sociale werkelijkheid vooraf zou gaan bestaat niet, zo stelt Baart, want biologische kennis is geconstrueerd!²⁹

De eerste vraag die deze stelling oproept is 'en wat dan nog?'. Het feit dat kennis geconstrueerd is zegt niets, maar dan ook niets, over de waarheid of de juistheid van die kennis of over de vruchtbaarheid van het gekozen perspectief. Erkenning van de rol van menselijk handelen bij de produktie van kennis en van de historische contingentie van kennis zegt niets over de wijze waarop deze kennis beoordeeld moet worden. Het inzicht dat er geen Fundamenten zijn om onze kennis op te baseren, geen Realiteit, Ratio of Taal, impliceert bij voorbeeld niet dat we moeten stoppen met te spreken over een biologisch lichaam, of geen biologisch onderzoek meer zouden moeten doen. Het betekent evenmin dat er geen vraagtekens gezet kunnen worden bij biologische veronderstellingen in het onderzoek naar de overgang, of dat dat minder relevant zou zijn. Er zijn aan het constructivisme simpelweg geen argumenten te ontleen om bepaalde kennis als waar of juist te accepteren en andere te kritiseren of te verwerpen.³⁰ De stelling dat biologische kennis geconstrueerd is, is dus in de context van een debat met een schijnbaar inhoudelijke inzet nietszeggend.

De tweede vraag luidt waarom constructivistische argumenten zo onevenwichtig toegepast worden. Hoewel Baart constateert dat zowel de wetenschappelijke kennis over de overgang als de ervaringskennis van vrouwen zelf geconstrueerd zijn, maakt ze vooral werk van het feit dat de biologie niet te kennen is. Waarom veel minder benadrukt dat ook sociaal wetenschappelijke kennis geconstrueerd is? Baart constateert dat de maatschappelijke en medische beelden van de overgang bepaald worden door culturele stereotypen over vrouwen van middelbare leeftijd. Waar Oldenhavé echter wordt onderwezen dat ze de biologie niet *kán* kennen, lijkt het vanzelfsprekend dat Baart deze stereotypen zomaar kan waarnemen, in kaart kan brengen en kan analyseren. Vanuit een consequent constructivistisch perspectief is echter niet alleen de Biologische Werkelijkheid maar ook de Sociale Werkelijkheid geen evident gegeven. Beide zijn het resultaat van menselijk handelen. De

biologische werkelijkheid gaat niet vooraf aan het sociale, aldus Baart, doch het omgekeerde is evenmin het geval.³¹ Dat wil niet zeggen dat culturele stereotypen niet zeer relevant, en eventueel zelfs belangrijker geacht worden voor het overgangsonderzoek, dan bij voorbeeld fysiologische processen. Bij deze keuze van een theoretisch kader en onderzoeksmethoden zullen disciplinaire achtergrond, affiniteit met een bepaalde onderzoeksstijl, politieke voorkeur, toeval, etcetera, een rol spelen. Het constructivisme kan daarbij echter niet als scheidsrechter optreden. Het vormt een instrument dat kan laten zien dát diverse vocabulaires een rol spelen in het overgangsonderzoek en kan analyseren welke rol ze spelen. Het verschaft echter géén argumenten om het sociaal-wetenschappelijke vocabulaire te verkiezen boven het biologische.

7. *Constructivisme als kennistheorie*

Uit de analyse van de discussie tussen Baart en Oldenhavé blijkt dat 'het biologische' en 'het sociale' met een specifieke reeks connotaties verbonden worden. Oldenhavé associeert 'het biologische' met het universele en 'het sociale' met de betekenisvariatie van de sociale wereld, maar zowel de biologische benadering als de sociaal-wetenschappelijke hebben volgens haar een functie als het gaat om het verwerven van inzicht in overgangsproblemen. Beide hebben hun eigen taak en werkterrein. Biologische theorieën zijn nuttig ter verklaring van lichamelijke klachten, terwijl sociaal-wetenschappelijke theorieën behulpzaam zijn bij het analyseren van beeldvorming rond de overgang. Oldenhavé maakt dus ruimte voor biologisch onderzoek en perkt de ruimte voor sociaal-wetenschappelijk onderzoek in, maar doet dit door de wereld in objectgebieden te verdelen. Het veronderstelde bestaan van biologische en sociale processen legitimeert de bemoeienis van meerdere disciplines bij onderzoek naar gezondheidsproblemen. De polariteit tussen 'het biologische' en 'het sociale' is een consequentie van haar dualistische ontologie.

De reeks van betekenissen die in de argumentatie van Baart verbonden worden met het biologische en het sociale is aanzienlijk complexer. Net als bij Oldenhavé worden enerzijds het biologische met het universele en anderzijds het sociale met contextuele variatie verbonden. Vervolgens wordt deze variatie echter gezien als het 'bewijs' dat het biologisch-universele een sociale constructie is. Tenslotte wordt op grond daarvan geconcludeerd dat overgangsproblemen dus niet biologisch verklaard kunnen worden. Met deze redenering is de taakverdeling tussen biologen en sociale wetenschappers die Oldenhavé voorstaat teniet gedaan: er zijn voor biologen geen taken meer weggelegd! Waar Oldenhavé de wereld opdeelt in een biologisch en sociaal

domein en zelf de relevantie van biologische processen benadrukt, is de wereld van Baart een geheel en al sociale wereld.

Deze uitschakeling van de biologische wereld en van de biomedische wetenschappen door Baart is mogelijk doordat ze het constructivisme als een kennistheoretisch instrument gebruikt. In samenhang met een ahistorisch concept van de intrinsieke aard van de wereld verschaft dit instrument criteria om in bepaalde termen over die wereld te spreken.³² Tegenover het apriori onderscheid tussen de biologische en de sociale wereld van Oldenhave stelt Baart een apriori beeld van de wereld als altijd en overal even sociaal en even geconstrueerd. De intrinsieke aard van de biologische en sociale wereld verschaft Oldenhave richtlijnen om te bepalen op welke wijze verschijnselen in de respectievelijke werelden onderzocht dienen te worden. Evenzo rechtvaardigt de stelling van Baart dat alle kennis sociaal geconstrueerd is een onderzoekstrategie die het accent legt op de betekenissen die mensen hechten aan verschijnselen.

In tegenstelling tot de dualistische ontologie van Oldenhave beweegt het constructivisme van Baart zich binnen een monistisch ontologisch schema waarin slechts plaats is voor één wereld, namelijk de sociale. Maar net als bij Oldenhave worden kennis en wereld als abstracte entiteiten beschouwd en wordt het intrinsieke karakter van de relatie tussen kennis en wereld in absolute termen geformuleerd. 'Het gaat erom te onderkennen dat onze wetenschappelijke kennis *nooit* (cursivering KH) samenvalt met die werkelijkheid'³³, stelt Baart, waar de constructivist geïnteresseerd zou zijn in de vraag op welke wijze kennisclaims al dan niet realiteit worden.

Op dezelfde wijze als Oldenhave, maar veel moeilijker te ontdekken, neemt ook Baart het kennistheoretisch subject/object model tot uitgangspunt. Tegenover de realistische interpretatie daarvan door Oldenhave, die het object tot leidraad neemt voor het kenproces, stelt Baart een relativistische waarin het subject bepalend is voor het kenproces. Tegenover de overgang als een objectief fysiologisch proces staan de vele betekenissen van de overgang. De constructie van de overgang wordt gelokaliseerd op het niveau van het bewustzijn en niet op het niveau van handelingen. Zo reageert Baart op het onderscheid tussen biologische en sociale processen met de stelling: 'Toch is het niet de biologie die dergelijke scheidingen en afgrenzingen maakt. Wij bedenken ze.'³⁴ En het is in dit verband veelzeggend dat het motto van Baart luidt: 'Wij zien de dingen niet zoals ze zijn, maar zoals wij ze zien.'³⁵ 'Denken' en 'zien' zijn bij uitstek processen die zich in het hoofd van individuen afspelen en de keuze van deze metaforen wijst erop dat het constructivisme van Baart slechts inhoudt dat het realisme op de kop is gezet.

Waar het constructivisme opgevat wordt als relativistische kennistheorie blijft dit niet zonder consequenties voor de onderzoeksstijl. De nadruk op de

activiteit van het bewustzijn leidt in het onderzoek van Baart en Bransen naar de constructie van het premenstrueel syndroom³⁶ tot ideeëngeschiedenis. Alle verwijzingen naar het constructivisme ten spijt³⁷ wordt er in een ouderwetse historiografische stijl een schets gegeven van de diverse wetenschappelijke opvattingen over premenstruele spanningen. Zo worden medische theorieën en relevante wijzigingen daarin vanaf de oudheid tot de twintigste eeuw in kaart gebracht, de theorieën van de gynaecoloog Frank en de huisarts Dalton met elkaar vergeleken en de resultaten van de ontwikkelingen in het psychologisch onderzoek naar premenstruele spanning op een rijtje gezet. Tenslotte wordt verslag gedaan van onderzoek naar de wijze waarop vrouwen zelf spreken over menstruatie; door middel van interviews wordt inzicht verkregen in de betekenis die vrouwen daar zelf aan hechten. Op zich zelf is dit interessant onderzoek. Wie echter verwacht dat een constructivistische analyse van het premenstrueel syndroom inzicht oplevert over de netwerken waarin over kennisclaims gedebatteerd wordt, over de schaal waarop kennisclaims met gezondheidspraktijken verweven raken en over de mechanismen waardoor sommige kennisclaims realiteit kunnen worden, komt bedrogen uit. Het constructivisme van Baart leidt slechts tot subjectivering van kennis; biomedische feiten worden niet zozeer onderzocht als wel ontkracht. Door ze in het perspectief te plaatsen van andere feiten en ideeën worden deze feiten hun vanzelfsprekendheid ontnomen.³⁸

Een andere consequentie van de aanpak van Baart is dat de betekenis van 'het sociale' in de uitdrukking 'sociale constructie' problematisch wordt. Als kennis verwerven een constructivistische aangelegenheid van het bewustzijn is, lijkt het daarmee immers ook een individualistische aangelegenheid te zijn geworden. Dat is echter niet de bedoeling van Baart en bijgevolg is 'het sociale' in haar betoog overal. Enerzijds wordt geconstateerd dat er in verschillende disciplines zoals de endocrinologie en de klinische geneeskunde verschillende constructies van de overgang bestaan, anderzijds construeert elke individuele vrouw haar eigen overgang.³⁹ Alle soorten verschillen in betekenis met betrekking tot de overgang worden onder de noemer 'sociale constructie' geschaard, waardoor het begrip 'sociaal' volstrekt nietszeggend wordt.⁴⁰ 'Sociaal' betekent alleen maar 'niet-biologisch'.

Bij nader inzien blijken de verschillen tussen Oldenhove en Baart dus veel minder groot dan de auteurs zelf denken. Het constructivisme van Baart draagt een filosofisch fundamentalistisch karakter en is net als het realisme van Oldenhove behept met aprioristische veronderstellingen over kennis, wereld en hun samenhang, die geacht worden geldig te zijn los van elke concrete historische situatie.⁴¹

8. *Inzet, winst en verlies*

Waarom wordt het constructivisme door Baart opgevat als een kennistheoretisch instrument, dat een hoop filosofische ballast met zich meevoert? Waarom kiest zij niet voor een empirische strategie die de onderzoeker in staat stelt te analyseren hoe kennisclaims, ideeën en betekenissen tot feiten getransformeerd worden? Het antwoord schuilt in de politieke inzet van Baart. De discussie tussen Oldenhavé en Baart lijkt een verschil van mening over de aard van kennis en in verband daarmee over theoretische en methodologische benaderingen in het onderzoek naar de overgang. Er is echter meer aan de hand. De kritiek van Baart op de realistische kennistheoretische vooronderstellingen van Oldenhavé en op haar onderzoek naar de relatie tussen bloedverlies in de premenopauze en psychosomatische klachten tijdens de overgang dient een extern doel, namelijk kritiek op de biomedische interventiepraktijk met betrekking tot de overgang.

Oldenhavé en Baart zijn het erover eens dat de positie van vrouwen van middelbare leeftijd vaak niet rooskleurig is en dat aan de negatieve beeldvorming over vrouwen in de overgang depressief en labiel iets gedaan moet worden. Beiden beogen bij te dragen aan maatschappelijke verbetering van de positie van vrouwen in de overgang. Oldenhavé wil dit doen door duidelijkheid te verschaffen over de biologische aspecten van overgangsproblemen. Ze stelt dat de overgang als fysiologisch proces, als een verandering in de hormoonspiegels, slechts voor weinig vrouwen psychosociale klachten met zich meebrengt. Dit feit zal bijdragen aan de ontkrachting van cliché's over de labiliteit van vrouwen van middelbare leeftijd en tevens aanleiding geven om een adequate oplossing te zoeken voor vrouwen die wél last ondervinden van de overgang. Baart is het met Oldenhavé eens dat 'de huidige denkbeelden over "de overgang" niet positief uitwerken voor vrouwen'⁴² en vindt dat daar aan 'gesjord en getrokken'⁴³ moet worden. Beide auteurs streven dus naar een nieuwe feministische praktijk met betrekking tot de overgang.

Het onderzoek van Oldenhavé levert in dat opzicht volgens Baart echter niets op. '(...) want wat zegt het eigenlijk als er een correlatie blijkt te bestaan tussen hevige en onregelmatige menstruaties in de pre-menopauze en gemiddeld verhoogde scores van psychosomatische klachten? Niet meer en ook niet minder dan dat vrouwen dan veel psychosomatische klachten rapporteren. En niet dat die menstruaties, dat de biologie, die klachten veroorzaakt.'⁴⁴ Dit onderzoek draagt dus niet bij aan de ontwikkeling van 'nieuwe constructies, die het veld van (medische) kennis en machtspraktijken rondom lichamen van vrouwen ten goede veranderen.'⁴⁵

De moraal die in het pleidooi voor constructivisme verscholen zit luidt dat de rol die biomedische kennis zou dienen te spelen bij het creëren van

feministische gezondheidspraktijken minimaal, zo niet nihil, is. Deze boodschap wordt mogelijk gemaakt door impliciete noties over de maakbaarheid van 'het biologische' en 'het sociale'. Voor Oldenhave ligt een groot deel van de problemen van vrouwen in de overgang in de sociale wereld, bij de beeldvorming en 'het uitkleden van de overgang' tot de biologische kern vormt voor haar een middel om de beeldvorming te corrigeren. Het sociale is voor haar gegeven, terwijl het biomedische met maakbaarheid geassocieerd wordt. Als de biomedische wetenschap krachtige interventies in het leven van vrouwen met zich meebrengt, dan betekent verbetering van deze kennis wellicht een meer op de wens van vrouwen toegesneden interventiepraktijk.

In de visie van Baart draagt het biomedisch onderzoek juist bij aan het ontstaan van overgangsproblemen. Om te laten zien dat deze wereld veranderbaar is, stelt Baart alles in het werk om het sociale in de biologie te laten zien. Het constructivisme wordt gebruikt om te kunnen stellen dat biomedische kennis niet zo hard is als het lijkt, in de impliciete verwachting dat daarmee verandering van die biomedische praktijk bevorderd wordt. Deze identificatie van het sociale met het veranderbare komt veel voor in debatten met een politieke lading.⁴⁶ Het idee dat sociale processen gemakkelijker te sturen zijn dan biologische processen en dat een praktijk veranderbaar is door haar veranderbaar te verklaren, is echter naïef.⁴⁷ Zoals zowel biomedische als sociaal-wetenschappelijke interventies het leven van vrouwen ingrijpend veranderen, zo is het voor beide type interventies de vraag of en op welke wijze ze stuurbaar zijn.

De ideeën van Oldenhave mogen naïef zijn, het constructivisme van Baart is zwaar overbelast. Het constructivisme moet in één en dezelfde beweging op kennistheoretisch niveau, inhoudelijk theoretisch niveau en op politiek niveau werkzaam zijn. Omdat Baart veronderstelt dat er tussen deze drie niveaus een intrinsieke samenhang bestaat, kan het constructivisme als kenistheorie ingezet worden om theoretische en politieke discussies te beslechten.

Deze strategie heeft nadelen. In de *legitimaties* van het gebruik van het constructivisme worden de universaliteit en de hardheid van biomedische kennis sterk overschat. Ook de biomedische wereld is vaak een verdeeld huis, niet alle biomedische kennis is even hard en even moeilijk ter discussie te stellen. In het *constructivistisch onderzoek* wordt de hardheid van biomedische kennis echter zwaar onderschat. Deze kennis bestaat niet slechts uit 'ideeën' of 'betekenissen' die door de introductie van andere ideeën veranderen of verdwijnen. De hardheid van biomedische kennis hangt af van de mate waarin ze ingebed is in handelingspraktijken en materiële settingen, en deze zijn vaak moeilijk te veranderen.⁴⁸ Zo blijkt het niet eenvou-

dig de DSM III te veranderen of de routinematige halfjaarlijkse pilcontrole af te schaffen.

Het filosofisch overbelaste constructivisme vormt in feite een antwoord op de retoriek van de biomedische wetenschappen. Niet de praktijk maar het zelfbeeld van de biomedische wetenschap is het aangrijpingspunt voor analyse opdat het principe van de veranderbaarheid van de medische praktijk benadrukt kan worden. Het effect hiervan is dat de *vanzelfsprekendheid* van de autoriteit van biomedische kennis ter discussie wordt gesteld. Waar het zelfbeeld van de biomedische wetenschappen echter vervangen wordt door een relativistische kennistheorie in een modern constructivistisch jasje, levert dit geen inzicht in de reële veranderbaarheid van biomedische praktijken omdat alle praktijken dan als even veranderbaar gelden. De winst van deze strategie is dus minimaal. Dat er op het officiële zelfbeeld van de biomedische wetenschappen veel valt af te dingen wisten we al lang.

Voor de ontwikkeling van vrouwenstudies in de biomedische setting levert de constructivistische benadering van Baart geen enkel aanknopingspunt. De biomedische wereld en de sociale wereld worden als monolitische blokken voorgesteld en zodanig beschreven dat feministische onderzoekers binnen de biomedische wetenschappen niets te zoeken hebben. Alle mogelijke speelruimte voor meer of minder nuttig of interessant onderzoek naar gezondheidsproblemen van vrouwen wordt bij voorbaat conceptueel weggedeneerd. Dit type constructivisme leidt slechts tot een voortzetting van de dominante sociaal-wetenschappelijke denkstijl.

9. Een pragmatische strategie

Constructivistisch onderzoek kan wel een perspectief opleveren dat de ontwikkeling van vrouwenstudies in de somatisch-klinische geneeskunde zo niet mogelijk maakt, dan ook in ieder geval niet belemmert. Daartoe is het noodzakelijk dit constructivisme als een pragmatische onderzoeksstrategie op te vatten. Dit wil zeggen dat het constructivisme niet filosofisch ontologisch en epistemologisch opgetuigd moet worden. Constructivisme leidt dan tot empiriseren, concretiseren en historiseren, zonder dat deze activiteiten op de een of andere wijze 'gefundeerd' moeten worden.

Empirisering betekent bij voorbeeld dat er niet meer gesproken wordt van 'het Biologische' en 'het Sociale', als abstracte entiteiten. Het gaat er dan gewoon om de verschillende netwerken van onderzoekers te onderzoeken en de verschillende manieren waarop onderzoekers van elkaar en van leken, geldschietters, etcetera, afhankelijk zijn. De constructivist is niet geïnteresseerd in principiële tegenstellingen, maar in concrete vormen van samenwerking, conflict of wederzijdse onbekendheid. Op deze wijze kan bij voor-

beeld onderzocht worden hoe biologisch en sociaal-wetenschappelijk onderzoek zich feitelijk tot elkaar verhouden, hoe afbakeningen tot stand komen, welke grensgevechten daarbij al dan niet gevoerd worden, waar ze als bondgenoten opereren en waar de effecten van hun interventies elkaar versterken of tegenwerken.⁴⁹

Hoewel het soms nuttig is om een zelfbeeld van een wetenschappelijke gemeenschap aan diggelen te gooien, omdat men er anders teveel in gaat geloven, zal dat voor de constructivist niet het voornaamste doel zijn. Dat het idee van wetenschap als een rationele aangelegenheid die leidt tot objectieve kennis een mythe is, is in kringen van vrouwenstudies inmiddels genoegzaam bekend. Veel interessanter dan alleen te stellen dat wetenschappelijke kennis niet meer recht kan doen gelden op de kwalificatie rationeel dan niet-wetenschappelijke kennis, is de vraag hoe de asymmetrie tussen waarheid en onwaarheid, tussen feiten en artefacten, gecreëerd wordt. Welke netwerken en mechanismen spelen daarbij een rol?

In dit type onderzoek wordt de polariteit tussen 'het biologische' en 'het sociale' niet voorondersteld, maar hoogstens op sommige plaatsen empirisch vastgesteld. De wereld zit complexer in elkaar en de verhouding tussen verschillende netwerken kan op meerdere dimensies gekarakteriseerd worden. Waar men bij voorbeeld enerzijds in een heftige controverse is gewikkeld, is men anderzijds afhankelijk van dezelfde laboratoria, dezelfde leverancier van computers en dezelfde overheid. En het succes van sociale en van biomedische interventietechnieken is soms nauw met elkaar verbonden. Zo werd het succes van de anticonceptiepil mede mogelijk gemaakt door de opvoeding en voorlichting van vrouwen. Door de aandacht te verschuiven van zelfbeelden naar handelingspraktijken krijgt men inzicht in het feitelijk functioneren van de dichotomie tussen 'het biologische' en 'het sociale' en in de consequenties daarvan voor vrouwen.

Constructivisme als een pragmatische onderzoeksstijl schrijft niet voor welk onderzoek wel en niet de moeite waard is en geeft geen antwoord op de vraag in welke netwerken feministische onderzoekers wel en niet moeten participeren.⁵⁰ Het constructivisme biedt een heuristiek die enerzijds geen enkel netwerk *bij voorbaat* voor feministen ontoegankelijk verklaart en anderzijds evenmin bij voorbaat kan garanderen dat introductie in een netwerk succesvol verloopt, omdat er geen criteria zijn voor succes of tegenslag. Wie onverwachte of nieuwe wegen inslaat heeft wel ideeën over wat er te doen valt, maar weet niet zeker wat dat op zal leveren. Het is echter niet uitgesloten dat integratie van onderzoeksgroepen, die tot dan weinig met elkaar te maken hebben gehad, interessante inhoudelijke vernieuwing met zich meebrengt.⁵¹

Dat er wel plaats is voor feministen in de geneeskunde blijkt bij voorbeeld

uit de deelname van feministische huisartsen in de deskundigencommissies van de NHG, die standaarden opstellen voor de adequate diagnose en behandeling van klachten.⁵² Het is niet nodig om eerst het zelfbeeld van de medische professie ter discussie te stellen, of om medische kennis aan een kenistheoretische analyse te onderwerpen om in een dergelijke commissie nuttig werk te kunnen doen. Zolang binnen het feministisch onderzoek naar de gezondheid van vrouwen de tegenstelling tussen 'het biomedische' en 'het sociale' als uitgangspunt functioneert, laten zich dergelijke initiatieven echter niet eens als mogelijkheden formuleren.

Het besef van de contingentie van sociaal wetenschappelijke kennis heeft geen obstakel gevormd voor de ontwikkeling van vrouwenstudies op dat terrein. Er is ook geen enkele reden waarom besef van de contingentie van biomedische kennis feministisch onderzoek in die richting zou moeten belemmeren.⁵³ Dat biomedische feiten gemaakt worden, doet niets toe of af aan hun eventuele waarde. Het wordt echter wel tijd dat feministen bij dat productieproces betrokken worden. Anderen werpen daarvoor al meer dan genoeg praktische barrières op – feministische onderzoekers hoeven daar zelf niet ook nog principiële bezwaren aan toe te voegen.

Met dank aan Louis Boon, Gerard de Vries, Wies Weijs en Rein de Wilde voor hun commentaar op de eerste versie en aan Machteld Roede die materiaal verschaftte over het onderzoek naar menstruatie en menopauze in de humane biologie.

Noten

1. S. Poldervaart (red.), *Vrouwenstudies. Een Inleiding*, SUN, Nijmegen 1983.
2. Sommige organisaties zijn breed georiënteerd op de gezondheid van vrouwen in het algemeen, andere houden zich bezig met specifieke gezondheidsklachten zoals de overgang, eetverslaving of post-natale depressie. Zie ook T. Dukkers van Emden, Van zieke zeurpiet naar ervaringsdeskundige. Tien jaar vrouwengezondheidsbeweging en vrouwenhulpverlening in Nederland, *Lover*, 1987, 3, en *Gids Vrouwenhulpverlening en Vrouwengezondheidszorg*, 1987, Utrecht, VIA, 1986.
3. Zie H. Goudswaard, M. Steketee, *De vrouwelijke gek: mythe en werkelijkheid*, Amsterdam, 1988. G. Noordenbos, *Onbegrensde lijnen*, Leiden 1988.
4. Zie M. Brouns, *Veertien jaar vrouwenstudies in Nederland; een overzicht*, Groningen 1988.
5. Zie L. Schoon, *Een trage ontsluiting. Vrouwengeneeskunde, politiek doorge-licht*, Boskoop 1985. I. Baart, M. Baerveldt (red.), *Dokteren aan vrouwen. Medicalisering van vrouwenlevens*, Amsterdam 1986. I. Baart, E. Bransen, *Vrouwen, geneeskunde en menstruatie. Een medisch sociologische analyse van het premenstrueel syndroom*, Den Haag 1989.
6. M. Brouns, 1988.
7. H. Goudswaard, 1988, p. 87-97.

8. K. Ritchie, The little woman meets son of DSM-III, *The Journal of Medicine and Philosophy*, 14 (1989), p. 695-708.

9. Laura S. Brown, Feminist Therapy perspectives on psychodiagnosis: beyond the DSM and ICD, *The international Congress on mental health care for women*, Stichting de Maan, Amsterdam 1988.

10. T. Dukkens van Emden, 1987, p. 171.

11. De vraag hoe het komt dat er in de geestelijke gezondheidszorg wel alternatieve therapieën en in de somatische gezondheidszorg veel minder wordt hier verder buiten beschouwing gelaten.

12. A. Diercks, E. Hoen, DES: the crime continues, in: K. McDonnell (ed.), *Adverse effects. Women and the Pharmaceutical Industry*, International Organisation Consumers Unions, 1986.

13. Zie G. de Vries, *De ontwikkeling van wetenschap. Een inleiding in de wetenschapsfilosofie*, Groningen 1985, hst. 4.

14. Zie W.F.M. de Haes, A. de Jong, W.J. van der Meyden (red.), *Van ziektebehandeling naar vrouwenhulpverlening. Verslag van een GVO symposium*, Assen/Maastricht 1985.

15. Zo wordt bij voorbeeld het terugdringen van medicalisering als argument genoemd om huisartsen ertoe te bewegen de richtlijnen van de NHG-standaard voor orale conceptie géén periodieke controle behalve in geval van klachten uit te voeren. Bij veertig tot vijftig procent van de huisartsen stuit de afschaffing van deze controle op weerstand, terwijl de deskundigencommissie van de NHG op basis van wetenschappelijke literatuur tot de conclusie kwam dat de controle overbodig is. Om de weerstand van artsen te overwinnen moet volgens Grol meer aandacht besteed worden aan de voor- en nadelen van periodieke controle. Als nadelen worden genoemd: 'werkt medicaliserend, maakt patinten onnodig afhankelijk'. Uit het feit dat dit als argument gebruikt wordt, kan worden afgeleid dat veel artsen medicalisering als een ongewenst verschijnsel beschouwen. R. Grol, A. Zwaard, Problemen bij de invoering van de NHG-standaard Orale Anticonceptie, *Huisarts en Wetenschap*, 1989, 32, (13), p. 500.

16. In veel discussies over vrouwengezondheidszorg worden geneeskunde en biologie met elkaar vereenzelvigd. Zo stelt Baart bij voorbeeld in *Vrouwen, geneeskunde en menstruatie. Een medisch sociologische analyse van het premenstrueel syndroom* (1989): 'Voor de geneeskundigen valt de medische wetenschap samen met de mens; in ieder geval met het biologisch lichaam daarvan' (p. 10), hetgeen een zeer grove manier van spreken is over de wijze waarop verschillende tradities in het biologisch onderzoek, in het biomedisch onderzoek en in de medische praktijk zich tot elkaar verhouden. Uit het onderzoek van Mol en Van Lieshout blijkt bij voorbeeld dat het ziektebegrip in de huisartsgeneeskunde niet alleen georienteerd is op het biomedisch onderzoek, maar op de problemen in de praktijk en dat het mensbegrip van huisartsen zeker niet alleen een biologische betekenis heeft. A. Mol, P. van Lieshout, *Ziek is het woord niet*, Nijmegen 1989. Dat biologische en medische kennis nogal uiteen kunnen lopen blijkt ook uit het onderzoek naar de biomedische betekenis van pseudo-hermofroditisme. M. van den Wijngaard, I. Huyts, Niet vrouw, niet man; wat dan? De rol van biomedische kennis bij behandeling van pseudohermafrodieten, *Kennis en Methode*, 1989, 4.

De onduidelijkheid over de verhouding geneeskunde/biologie blijkt ook uit de verschillen tussen de titel van het boek van Baart en Bransen *Vrouwen, geneeskunde en menstruatie* en de inleiding. Waar de titel van het boek van Baart en Bransen verwijst

naar de *geneeskunde*, stellen de auteurs in de inleiding dat hun preoccupaties het best zijn samen te vatten als 'wantrouwen tegenover een uniforme en causale *biologische* (cursivering auteur) beschrijving van premenstruele klachten als ziekte en 'vrouwelijkheid' als een kwestie van wankele hormoonspiegels' (...) (p. 4). Dit onduidelijke gebruik van de termen biologie en geneeskunde roept verwarring op.

17. Zie ook C. Brinkgreve, *De pathologie van het moderne leven*. Zijn of hebben vrouwen het moeilijker, *Lover*, 1989, 1, p. 18-22. J. Busfield, *Mental illness as social product or social construct: a contradiction in feminists' arguments?*, *Sociology of health and illness*, 10 (1988), 4, p. 521-542. I. Baart, E. Bransen, *Vrouwen, geneeskunde en menstruatie. Een medisch sociologische analyse van het premenstrueel syndroom*, Den Haag 1989.

18. Zie A. Naess, *Wie fördert mann heute die empirische Bewegung? Eine Auseinandersetzung mit dem Empirismus von Otto Neurath und Rudolph Carnap*, Oslo 1956.

19. I. Baart, A. Oldenhavé, *Tijdschrift voor gezondheid en politiek*, 1987, 3, p. 36-41.

20. Idem, p. 37, 38.

21. Idem, p. 39.

22. Idem, p. 39.

23. Idem, p. 39.

24. Idem, p. 41.

25. Idem, p. 40.

26. Zie bij voorbeeld H. Danker-Hopfe, *Die säkulare Veränderung des Menarchealters in Europa*, Stuttgart 1986. Gro Harlem Brundtland, K. Liestol, *Seasonal variations in menarche in Oslo*, *Annals of human biology*, 1982, vol. 9, no. 1. Tadeusz Bielicki et al., *Social-class gradients in menarcheal age in Poland*, *Annals of human biology*, 1986, vol. 13, no. 1. C.M. Beall, *Ages at menopause and menarche in a high-altitude Himalayan population*, *Annals of human biology*, 1983, vol. 10, no. 4.

27. Zie P. Wright, A. Treacher, *The problem of medical knowledge*, Edinburgh 1982. W.B. Bijker, T.P. Hughes, T. Pinch, *The social construction of technological systems*, Cambridge 1987.

28. B. Latour, *Science in action. How to follow scientists and engineers through society*, Milton Keynes 1987, p. 179.

29. In medisch-sociologisch onderzoek wordt het constructivisme juist vaak alleen gebruikt om 'het sociale' te beschrijven. Een beschrijving van biomedische kennis in termen van feiten gaat dan gepaard met een beschrijving van de culturele betekenis of de lekenbetekenis in termen van constructie. Bij voorbeeld: N.E. Waxler, *Learning to be a leper: a case study in the social construction of illness*, in: E.G. Mishler (red.), *Social contexts of health, illness and patient care*, Cambridge 1981 en I. Warwick, P. Aggleton, H. Homans, *Constructing commonsense young people's belief about aids*, *Sociology of Health and Illness*, 1988, vol. 10, nr. 3, p. 213-233.

30. Zo geeft het onderzoek van Latour naar de constructie van TRF in een endocrinologisch laboratorium geen aanknopingspunten voor de beoordeling van de juistheid van de claims van de onderzoeksgroep en biedt de analyse van de constructie van de fiets door Bijker geen criteria om de diverse modellen te evalueren. B. Latour, S. Woolgar, *Laboratory Life. The construction of scientific facts*, Princeton 1986. W. Bijker, 1988.

31. B. Latour, *Science in action*, 1987, hst. 5 en 6.

32. R. Rorty, *Philosophy and the Mirror of Nature*, Oxford 1980, hst. 3.

33. *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek*, 1987, 3, p. 39.

34. Idem, p. 39.
35. Idem, p. 39.
36. I. Baart, E. Bransen, *Vrouwen, geneeskunde en menstruatie. Een medisch sociologische analyse van het premenstrueel syndroom*, Den Haag 1989.
37. Idem. Zie bij voorbeeld de inleiding en de titels van de diverse hoofdstukken.
38. Baart en Bransen staan in hun opvatting van constructivisme niet alleen. Ook de auteurs in de bundel *The problem of medical knowledge* die welhaast paradigmatisch is geworden voor constructivistische analyses van geneeskundige kennis, behandelen het constructivisme op een filosofische wijze. 'Recognising the *inherently* social nature of medicine' vormt volgens de redacteuren Wright en Treacher een middel om de geneeskunde in cliënt-vriendelijke richting te hervormen (p. 15). In de verschillende bijdragen wordt vervolgens geprobeerd het sociale in de geneeskunde te laten zien. Het resultaat van deze constructivistische analyses van medische kennis zijn bij nader inzien eenvoudige ideeën in context-geschiedenissen over bij voorbeeld het besmettelijke karakter van epidemische ziekten, astma en genetische ziekten. De consequentie van de filosofisch relativistische betekenis van het constructivisme wordt fraai gellustreerd door Gabby, die wil laten zien dat de medische kennis over astma sociaal geconstrueerd is. Hij stelt vertwijfeld dat hij helemaal geen maatstaf heeft om te beoordelen of artsen in verschillende tijden met astma wel hetzelfde bedoelen en concludeert dat een dergelijke historische studie eigenlijk tot de onmogelijkheden behoort. 'Our attempt at proof, in short, left us in a state of historical paralysis.' (p. 42) De enige uitweg voor hem is een analyse van de ideeën over astma van één persoon, van de arts Floyer.
39. *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek*, 1987, 3, p. 40.
40. Ook dit geldt voor de bundel *The problem of medical knowledge* (1982). Alles wat niet biologisch is wordt door de auteurs als sociaal gezien. Waar de een het sociale lokaliseert in de ideologie, ziet de ander het sociale in de produktieverhoudingen en weer een ander in de politieke verhoudingen.
41. Rorty heeft erop gewezen dat de neiging om de waarde van theorieën af te laten hangen van de filosofische funderingen daarvoor vaak voorkomt bij mensen die zich relativisten noemen. R. Rorty, *Consequences of pragmatism*, 1982, p. 166-169. Het feit dat de waarde van het onderzoek van Oldenhove voor Baart onder andere gelegen is in de waarde van de filosofische vooronderstellingen die daar achter schuil zouden gaan en het feit dat ze haar eigen inzichten over overgangsonderzoek opwaardert met behulp van kennis-theoretische beginselen duidt erop dat het constructivisme niet pragmatisch maar relativistisch opgevat wordt.
42. *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek*, 1987, 3, p. 41.
43. Idem, p. 41.
44. Idem, p. 41.
45. Idem, p. 41.
46. Bij voorbeeld IQ-debatten en debatten over het zorgvermogen van vrouwen.
47. Zie bij voorbeeld M. Foucault, *Discipline, toezicht en straf. De geboorte van de gevangenis*, Groningen, 1989 en A. de Regt, *Arbeidersgezinnen en beschavingsarbeid. Ontwikkelingen in Nederland 1870-1940; een historisch-sociologische studie*, Amsterdam 1984.
48. K. Horstman, De geschiedenis van de medische praktijk. Tussen sociale geschiedenis en historische sociologie, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1989, 133, nr. 15, p. 781-784.
49. Empiriseren is *niet* hetzelfde als empiristisch te werk gaan! Een criterium om

vast te stellen wat 'het empirische' of 'het concrete' is valt immers niet te geven. Een pragmatische onderzoeksstijl sluit theorievorming en het voeren van theoretische debatten niet uit, maar betekent dat de wijze van argumenteren zodanig is dat mensen iets terug kunnen zeggen. Zie bij voorbeeld E. Barth over het apriorisme van A. Naess in: A. Naess, *Elementaire argumentatieleer*, Baarn 1978.

50. Een pragmatische denkstijl en besef van contingentie betekenen niet per definitie 'anything goes'. Een pragmatische denkstijl laat zich goed verenigen met stellingname in theoretische en politieke debatten. Het werk van de socioloog Schuyt vormt hiervan een mooi voorbeeld. C.J.M. Schuyt, *Tussen macht en moraal. Over de plaats van het recht in verzorgingsstaat en democratie*, Alphen aan de Rijn 1983.

51. Op een congres aan de RL in 1989 heeft de socioloog Turner erop gewezen dat de ontwikkeling van vrouwenstudies nieuwe impulsen heeft gegeven aan de medische sociologie. Er is geen enkele reden om te veronderstellen dat dit met andere vakgebieden niet het geval zou zijn.

Zie ook: B. Turner, *Medical Power and Social Knowledge*, Londen 1987.

52. Feministische huisartsen hebben bij voorbeeld meegewerkt of werken nog mee aan de ontwikkeling van standaarden over het spiraaltje, mammografie en schouderklachten. Zie voor meer informatie over dit standaardenbeleid *Huisarts en Wetenschap*, 1989, 32, (13).

53. R. Rorty, *Contingency, irony and solidarity*, Cambridge 1989, p. 189.