

Diversiteitssensitief klinisch psychologisch handelen: een nieuwe (basis)vaardigheid?

Lotte De Schrijver

[TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 2022, 52(2), 135-142]

Inleiding

Anno 2022 leven we in een superdiverse maatschappij, waarin klinisch psychologen en psychotherapeuten patiënten ontmoeten die verschillende culturele achtergronden, genderidentiteiten, seksuele oriëntaties, huidskleuren, religies, beperkingen, sociale klassen en leeftijden met elkaar verbinden. Maar staan we voldoende stil bij wat die diversiteit in onze spreekkamers betekent?

In onze opleiding tot klinisch psycholoog kregen we een aantal basisvaardigheden mee die ons in staat moeten stellen om een therapeutische werkrelatie aan te gaan en een omgeving te creëren waarin we patiënten op een ethische en deontologisch correcte manier ontmoeten, met respect voor de interindividuele verschillen die mensen kenmerken. Verder ondersteunen deze basisvaardigheden ons bij het aanbieden van wetenschappelijk onderbouwde strategieën die we toepassen om samen met de patiënten op zoek te gaan naar antwoorden op hun hulpvraag. Maar omdat onze patiëntenpopulatie steeds diverser wordt, kunnen we ons afvragen in welke mate onze basisvaardigheden volstaan om met de uitdagingen die dat met zich meebrengt, om te gaan. Hebben we misschien iets meer of iets anders nodig?

Sociale constructie van verschil

Wanneer we het hier hebben over verschil en diversiteit, dan wordt niet verwezen naar de interindividuele verschillen die uiteraard ieder individu kenmerken. Wel worden deze twee termen gebruikt om te wijzen op de sociale verschillen die ontstaan als gevolg van de maatschappelijke diversiteit in termen van genderidentiteit, seksuele oriëntatie, huidskleur, ras, culturele achtergrond, etniciteit, religie, fysieke en/of mentale beperking, leeftijd, socio-economische klasse, enzovoort. Om diversiteitssensitief klinisch psychologisch

te handelen, is het belangrijk te beseffen dat deze verschillen zowel een unieke als een gemeenschappelijke beleving met zich meebrengen. Personen die deel uitmaken van een specifieke sociale groep worden blootgesteld aan bepaalde gemeenschappelijke ervaringen. Zo krijgen personen van kleur vaker te maken met racistische opmerkingen dan witte personen. Echter, elke persoon van kleur zal diezelfde racistische opmerkingen op een unieke manier beleven in functie van zijn of haar eerdere ervaringen, de intersectie van verschillende (groeps)identiteiten en de betekenisgeving die daaraan gekoppeld wordt. Eenzelfde opmerking zal waarschijnlijk anders beleefd worden door een heteroseksuele, cisgender vrouw van kleur die opgroeide in een omgeving waarin personen met verschillende huidskleuren en culturele achtergronden elkaar regelmatig ontmoeten en samenleven, dan door een homoseksuele, Nigeriaanse man die door witte ouders geadopteerd werd en opgroeide als enige persoon van kleur in een Vlaamse omgeving. Door een intersectionele bril kunnen kijken is dus essentieel. Intersectionaliteit of kruispuntdenken betekent dat men uitgaat van de veronderstelling dat niemand slechts één identiteit of sociale rol heeft, maar dat iemands ervaringen en belevingen worden beïnvloed door een samenspel van verschillende identiteiten, wat leidt tot unieke gecontextualiseerde ervaringen. En hier ontstaat een valkuil. Wanneer men er niet in slaagt om de unieke gedeelde ervaringen te (h)erkennen als een resultaat van het behoren tot een specifieke sociale groep, ontstaat door het toepassen van intersectionaliteit het gevaar dat de ervaringen van bepaalde groepen onzichtbaar gemaakt worden. Ook al combineren we allemaal verschillende identiteiten en sociale rollen, die combinaties resulteren niet altijd in dezelfde mate in een cocktail van kwetsbaarheidsfactoren voor mentale gezondheidsproblemen en sociale uitsluiting.

Sinds het ontstaan van de psychologie als wetenschap hebben in onze maatschappij verschillende ontwikkelingen plaatsgevonden. Zo gingen de vroege benaderingen van identiteit uit van een strikt binaire indeling (Cameron, 2020). Je bent zwart of je bent wit; je bent hetero of je bent dat niet; je bent man of je bent vrouw. Vanaf de jaren 1970-80 is deze benadering echter steeds minder houdbaar geworden doordat de diversiteit binnen de minderheidsgroepen ook steeds groter werd. Personen van kleur van gemengde afkomst werden/worden bijvoorbeeld vaak geconfronteerd met de vraag om een keuze te maken. Dit vraagt niet alleen een ingewikkeld psychologisch proces van de betrokkene, maar op deze vraag is vaak ook geen antwoord mogelijk. Steeds meer personen opteren daarom om die keuze niet te maken en in de mate van het mogelijke hun eigen 'hokjes' te tekenen. Maar als men een eigen hokje tekent, bij wie hoort men dan? Iemand kan ervoor kiezen om de identiteit die door de maatschappij wordt toegeschreven te accepteren, om zich te identificeren met slechts één groep, om zich te identificeren met meerdere of alle groepen, of om zich te identificeren met de groep van personen die ook allemaal gemengde identiteiten hebben. Dit psychologisch werk kan op verschillende momenten in het leven weer nodig zijn. Bovendien wordt iemand niet per definitie altijd aanvaard als lid door de

groep waar men zich mee identificeert en soms wordt men toegewezen aan een groep waar men zichzelf niet mee identificeert. Er al dan niet bij horen kan dus verschillende soorten stress met zich meebrengen.

In elke maatschappij worden mensen toegewezen aan sociale groepen. Deze indeling leidt echter tot *in-group-out-group*-dynamieken waarbij leden van een bepaalde groep op basis van gemeenschappelijke kenmerken een onderscheid maken tussen degenen die wel en degenen die niet tot die groep behoren. Dit resulteert doorgaans in een bevoordeling van de leden van de *in-group* en eerder negatieve en vijandige attitudes tegenover de leden van de *out-group*. Stigmatisering, vooroordelen en discriminatie zijn uitingen van een *in-group-out-group*-dynamiek en hangen nauw samen met *othering*. Dit laatste verwijst naar een geheel van dynamieken, processen en structuren die marginaliteit en aanhoudende ongelijkheid in de hand werken met betrekking tot ieder menselijk verschil op basis van groepsidentiteiten (Powell & Menendian, 2016). Verder verwijst *othering* volgens Grove en Zwi (2006) ook naar processen die dienen om die individuen en groepen te markeren en te benoemen die geacht worden anders te zijn, waarbij de identiteit van een persoon of groep wordt veiliggesteld en gedefinieerd door de stigmatisering en distantieering van anderen in een 'wij-zij'-scheiding (Grove & Zwi, 2006). Discriminatie en vooroordelen ontstaan dus wanneer individuen en groepen 'anders' worden behandeld.

Het ervaren van een negatieve evaluatie door anderen, bijvoorbeeld in de vorm van stereotypen en vooroordelen ten aanzien van minderheden, kan negatieve psychologische gevolgen hebben (Ching et al., 2018; English et al., 2018; Fulginiti et al., 2021; Goldbach et al., 2014; Hatzenbuehler & Pachankis, 2016; Meyer, 2003). Zo heeft onderzoek bij seksuele en genderminderheden aangetoond dat zij meer psychische problemen rapporteren dan de heteroseksuele en/of cisgender bevolking (D'Augelli et al., 2006; De Schrijver et al., 2022; Russell & Fish, 2016). Volgens Stuber et al. (2008) wordt algemeen aangenomen dat de negatieve impact van stigma's, vooroordelen en discriminatie op gezondheid en welzijn ontstaat via vijf paden:

1. Discriminerende interacties tussen gestigmatiseerde en niet-gestigmatiseerde personen activeren schadelijke stressreacties. Deze interacties kunnen ook leiden tot negatieve ervaringen in onderwijs-, gezondheids- en werksettings, kunnen invloed hebben op iemands positie op de arbeids- en/of woningmarkt, et cetera.
2. Stigma's en vooroordelen kunnen ertoe leiden dat individuen de toegang tot de basisgezondheids- en levensvoorzieningen wordt ontzegd.
3. Microagressies – onbewuste, spontane en automatische vooroordelen van niet-gestigmatiseerde personen – verhogen de ervaren sociale stress. Deze bevatten micromishandelingen (bewuste discriminatie, denigrerend taalgebruik en vermijden van contact met bepaalde groepen), microbeledigingen (onbeleefdheid, subtiele afwijzingen en verholde

- beledigingen) en micro-invalidaties (iemand's ervaring van vijandigheid ontkennen, tenietdoen of anderszins niet aanvaarden) (Cameron, 2020; Stuber et al., 2008).
4. Het internaliseren van stigma's en vooroordelen door gestigmatiseerde individuen kan invloed hebben op hun sociale netwerken, socio-economische status, kwaliteit van leven, mentale en fysieke gezondheid.
 5. Door de anticipatie op een negatieve behandeling kunnen gestigmatiseerde personen chronisch hypervigilant worden, wat uiteindelijk gevolgen kan hebben voor hun geestelijke gezondheid en sociale steunsystemen (Stuber et al., 2008).

Als klinisch psychologen werkzaam in een superdiverse maatschappij is het dus essentieel om goed zicht te hebben op hoe de mentale gezondheidsklachten van een patiënt ontstaan zijn en blijven voortduren, rekening houdend met zowel persoonlijke stressoren, zoals gebeurtenissen en omstandigheden (bijvoorbeeld financiële moeilijkheden, relationele problemen, een traumatische gebeurtenis), als met de sociale en maatschappelijke omstandigheden die aanleiding kunnen geven tot sociale en minderheidsstress (Meyer, 2003).

Diversiteitssensitief klinisch handelen

Klinisch psychologen zijn goed getraind in het respectvol en sensitief omgaan met inter-individuele verschillen bij patiënten. De therapeutische werkrelatie wordt echter niet alleen gekleurd door die inter-individuele verschillen, maar ook door de hieraan verbonden verschillende machtsposities. Als men alle patiënten dezelfde kwaliteitsvolle psychologische begeleiding wil bieden, dan vergt dit dus ook emotioneel en intellectueel reflectiewerk van de psycholoog, waarbij geëxploreerd wordt hoe men sociale diversiteit en sociale realiteiten waarneemt en begrijpt, hoe men zich ertoe verhoudt, welke privileges men zelf al dan niet geniet en in welke mate men zich comfortabel voelt om – wanneer toepasselijk – transparant te communiceren over de eigen positie ten opzichte van sociale verschillen en diversiteit. Diversiteitssensitief werken betekent namelijk dat men patiënten, zichzelf en de therapeutische relatie begrijpt in een context van 'machtsbeladen' sociale relaties (Cameron, 2020). Het vereist dat men verder kan kijken dan de spreekkamer, maar het grotere plaatje meeneemt: dat men begrijpt hoe patiënten beïnvloed worden door dynamieken van sociale ongelijkheid, maar ook hoe men zelf hierdoor beïnvloed wordt en hoe men zelf in zijn functie als psycholoog en psychotherapeut mogelijk bijdraagt aan zowel het oplossen als het in stand houden van deze sociale ongelijkheid (Cameron, 2020). Wanneer men namelijk als therapeut tegen die verschillen aanloopt, heeft dit meestal weinig te maken met 'het verschil' van de patiënt, maar eerder met de eigen attitude ten opzichte van dat 'verschil' (Cameron, 2020).

Diversiteitssensitief handelen houdt dus concreet in dan men niet alleen oog heeft voor de biopsychosociale dimensies van de hulpvraag en de interindividuele presentatie daarvan, maar dat men ook aandacht heeft voor hoe maatschappelijke machtsverhoudingen en *othering* de beleving van de patiënt, de therapeut én de therapeutische relatie kunnen beïnvloeden.

Behoeftte aan reflexiviteit

Diversiteitssensitieve hulpverlening is dus geen specialisatie en ook geen specifieke vaardigheid, maar een attitude die continu ontwikkeld moet worden. Deze attitude gaat uit van een niet-wetende houding. Om diversiteitssensitief klinisch psychologisch te handelen moet men geen inhoudelijke expert zijn in de geschiedenis, de context en de specifieke kwetsbaarheden geassocieerd met specifieke minderheidsgroepen en identiteiten. Integendeel, deze kennis kan in sommige situaties juist leiden tot stereotypisch denken, vooroordelen en andere mentale shortcuts.

Belangrijk is te beseffen dat men iemand anders' cultuur of ervaring nooit echt kan 'begrijpen'. Die ontstaan namelijk in en uit contexten, ervaringen, relaties enzovoort en kunnen nooit objectieve of gegeneraliseerde kennis worden. Maar men kan wel op zoek gaan naar een gemeenschappelijke taal om samen met de patiënt de weg van psychisch lijden naar psychisch welzijn vorm te geven.

Verder is het belangrijk om de eigen vooroordelen en impliciete biases te onderzoeken en in de mate van het mogelijke aan te pakken. Hierbij kan echter een valkuil ontstaan waarbij men in een cirkel van stereotypes en vooroordelen verzeild raakt. De angst om als 'bevooroordeeld' beoordeeld te worden, kan ervoor zorgen dat men juist meer afgeleid is, waardoor men meer gebruik zal maken van shortcuts in de informatieverwerking (opmerken, begrijpen en onthouden van wat patiënt vertelde) en juist vatbaarder wordt voor stereotypisch denken (Cameron, 2020).

Het vermogen om zich bewust te zijn van de eigen sociale positie is niet hetzelfde als de zelfreflexiviteit die vaak deel uitmaakt van supervisie, intervisie en leertherapie en eerder het psychologische behelst. De reflexiviteit waar het hier om gaat, betreft vooral de sociopolitieke dimensies die interpersoonlijke relaties kenmerken. Uiteraard is het niet vanzelfsprekend om de eigen gestigmatiseerde en/of geprivilegieerde identiteiten te leren kennen. We beschouwen deze namelijk als 'normaal'. Toch is het belangrijk om deze bewust te exploreren, zodat men de eigen kwetsbaarheid en geschiktheid om met patiënten van een bepaalde groep aan de slag te kunnen gaan, leert kennen. Dit kan men bij

voorbeeld doen door conceptuele identiteitsontwikkelingsmodellen zoals het *White Racial Identity Model* (Helms, 1995; Miller & Fellows, 2007) en het *Social Identity Development Model* (Hardiman & Jackson, 1997) te exploreren en toe te passen op de eigen situatie. Door de jaren heen hebben psychologen verschillende identiteitsontwikkelingsmodellen ontwikkeld. Zo ook voor minderheidsidentiteiten (voor een literatuurlijst: zie Cameron, 2020). Deze modellen hebben een procesmatige benadering van identiteitsontwikkeling gemeenschappelijk, waarbij men groeit van ‘geen groepsidentiteit’ naar een fase met sterke identificatie met de minderheidsgroep en een afzetten tegen de meerderheidsgroep, om uiteindelijk te evolueren naar een meer genuanceerde groepsidentiteit waarin ook ruimte bestaat voor een integratie van verschillende deelconcepten van het zelf. Sommige van deze modellen zijn eerder politiek geïnspireerd en leggen de focus op het welzijn van de gemeenschap, terwijl andere eerder focussen op het psychisch en algemeen welzijn van het individu.

Identiteitsontwikkelingsmodellen kunnen een handige tool zijn om te achterhalen en/of te bespreken waar men zelf of de patiënt momenteel staat in termen van identiteitsontwikkeling of met welke uitdagingen men zelf of de patiënt in de therapie en daarbuiten in het verleden, het heden of de eventuele toekomst geconfronteerd wordt. Het is evenwel belangrijk om steeds in het achterhoofd te houden dat deze modellen nooit individuele ontwikkelingsprocessen beschrijven en dat ze dus niet als *one-size-fits-all*-benadering gehanteerd mogen worden.

Deze modellen laten zien dat veranderingen in de sociale en politieke omgeving de manier waarop men naar zichzelf en anderen kijkt, beïnvloeden en omgekeerd; dat er een verschil kan bestaan tussen hoe men zichzelf ziet en de kijk van anderen; dat niet iedereen die zich identificeert met een minderheidsgroep dit op dezelfde manier doet en er betekenis aan geeft; dat de manier waarop minderheidskenmerken in de identiteit worden opgenomen (sterk) kan variëren in de loop van de tijd en in verschillende contexten; en dat gevoelens ten opzichte van de gestigmatiseerde identiteit sterk kunnen variëren afhankelijk van waar men zich in de identiteitsontwikkeling bevindt.

Thiers (2019) beschreef in het kader van cultuursensitieve zorg een metamodel van kennis, vaardigheden en attitudes waarin enkele basisingrediënten aan bod komen die ook van belang zijn voor de diversiteitssensitieve zorg, namelijk:

- het samen zoeken naar een gemeenschappelijke taal;
- het bewust observeren van overdracht en tegenoverdracht;
- het bewust worden van de socioculturele achtergrond en identiteit van de patiënt en het eigen hulpverleningssysteem.

‘Het reflexief exploreren van de eigen positie’ vult dit lijstje verder aan. De diversiteitssensitieve hulpverlener dient daarom:

- verschillende sociale machtsstructuren te begrijpen;
- inzicht te hebben in hoe de eigen (intersectionele) identiteit wordt gecreëerd en de interpretatie van de wereld beïnvloedt;
- bewust te zijn van de eigen bias, vooroordelen en privileges;
- permanent sociocultureel begrip te ontwikkelen;
- interculturele vaardigheden te ontwikkelen.

Om te werken met verschil en diversiteit is het essentieel dat men zich zowel bewust wordt van de eigen gevoelens en vooroordelen als van wat ‘de ander’ in het contact verwacht, voelt en denkt én om dit transparant bespreekbaar te durven maken. Deze exploratie zou dan ook een essentieel onderdeel uit moeten maken van de basisopleiding tot psycholoog, evenals van intervisie en supervisie.

Tot slot

De essentie van diversiteitssensitief klinisch psychologisch handelen houdt in dat ‘diverse patiënten’ geen ‘andere patiënten’ zijn die iets anders vereisen dan ‘normale patiënten’. Maar anno 2022 is het belangrijk dat klinisch psychologen en psychotherapeuten voldoende reflexiviteit aan de dag kunnen leggen. Vele ‘*geotherde*’ patiënten ervaren schaamte en barrières om stigma’s en sociale machtsverschillen bespreekbaar te maken. Het is daarom aan ons om veilige ontmoetingsruimtes te creëren waarin deze thema’s wel aan bod kunnen komen. Diversiteitssensitieve hulpverlening vereist dus een attitudeontwikkeling. Dit ontwikkelingsproces zou idealiter al moeten starten in het curriculum van de psychologie-studenten, zodat ze bij hun eerste ontmoeting met patiënten reflexief en diversiteitssensitieve therapeutische relaties kunnen opbouwen.

Literatuur

- Cameron, R. (2020). *Working with difference and diversity in counselling and psychotherapy*. Sage.
- Ching, T.H., Lee, S.Y., Chen, J., So, R.P., & Williams, M.T. (2018). A model of intersectional stress and trauma in Asian American sexual and gender minorities. *Psychology of Violence, 8*(6), 657-668. <https://doi.org/10.1037/vio0000204>
- D’Augelli, A.R., Grossman, A.H., & Starks, M.T. (2006). Childhood gender atypicality, victimization, and PTSD among lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Interpersonal Violence, 21*(11), 1462-1482. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0886260506293482>
- De Schrijver, L., Fomenko, E., Krahe, B., Janssen, E., Harb, J., Dewaele, A., Motmans, J., Roelens, K., Vander Beken, T., & Keynaert, I. (2022). *An assessment of the proportion of LGB+ persons in the Belgian population, their*

- identification as sexual minority, their mental health and experienced minority stress.* [Manuscript submitted for publication]. Gender & Violence Team, UGent – International Centre for Reproductive Health (ICRH).
- English, D., Rendina, H.J., & Parsons, J.T. (2018). The effects of intersecting stigma: A longitudinal examination of minority stress, mental health, and substance use among Black, Latino, and multiracial gay and bisexual men. *Psychology of Violence, 8*(6), 669-679. <https://doi.org/10.1037/vio0000218>
- Fulginiti, A., Rhoades, H., Mamey, M.R., Klemmer, C., Srivastava, A., Weskamp, G., & Goldbach, J.T. (2021). Sexual minority stress, mental health symptoms, and suicidality among LGBTQ youth accessing crisis services. *Journal of Youth and Adolescence, 50*(5), 893-905. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01354-3>
- Goldbach, J.T., Tanner-Smith, E.E., Bagwell, M., & Dunlap, S. (2014). Minority stress and substance use in sexual minority adolescents: A meta-analysis. *Prevention Science, 15*(3), 350-363. <https://doi.org/10.1007/s11121-013-0393-7>
- Grove, N.J., & Zwi, A.B. (2006). Our health and theirs: Forced migration, othering, and public health. *Social Science & Medicine, 62*(8), 1931-1942. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.061>
- Hardiman, R., & Jackson, B.W. (1997). Conceptual foundations for social justice courses. In M. Adams, L.A. Bell, & P. Griffin (Eds.), *Teaching for diversity and social justice: A sourcebook* (pp. 16-29). Routledge.
- Hatzenbuehler, M.L., & Pachankis, J.E. (2016). Stigma and minority stress as social determinants of health among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: Research evidence and clinical implications. *Pediatric Clinics, 63*(6), 985-997. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.003>
- Helms, J.E. (1995). An update of Helm's White and people of color racial identity models. In J.G. Ponterotto, J.M. Casas, L.A. Suzuki, & C.M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (pp. 181-198). Sage.
- Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin, 129*(5), 674. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/2329-0382.1.S.3>
- Miller, A.N., & Fellows, K.L. (2007). Negotiating white racial identity in multicultural courses: A model. In L.M. Cooks & J.S. Simpson (Eds.), *Whiteness, pedagogy, performance: Dis/placing race* (pp. 49-66). Lexington Books.
- Powell, J.A., & Menéndian, S. (2016). The problem of othering: Towards inclusiveness and belonging. *Othering & Belonging, 1*(1), 14-40. <https://otheringandbelonging.org/the-problem-of-othering/>
- Russell, S.T., & Fish, J.N. (2016). Mental health in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth. *Annual Review of Clinical Psychology, 12*, 465-487. <https://doi.org/https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093153>
- Stuber, J., Meyer, I., & Link, B. (2008). Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social Science & Medicine, 67*(3), 351-357. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.023>
- Thiers, E. (2019). Cultuursensitiviteit en diversiteit in de opleidingen: wie is er vandaag klaar voor? *Tijdschrift Klinische Psychologie, 49*(3), 191-202. https://vvpk.be/sites/default/files/TKP_%2003-2019_WEB_04_Cultuursensitiviteit%20en%20diversiteit%20in%20de%20opleidingen.pdf

Personalia

Lotte De Schrijver, klinisch psycholoog-seksuoloog en gedragstherapeut bij Fy:r. Onderzoeker verbonden aan het Gender & Violence Team van het International Centre for Reproductive Health (ICRH) Universiteit Gent. In de zomer van 2022 verdedigt ze haar proefschrift *Sexual violence and risk markers in othered minorities*, waarin ze focust op seksueel geweld bij minderheidsgroepen, waaronder lgbt+ personen, migranten, vluchtelingen en verzoekers om internationale bescherming. Lid van de Divisie Diversiteit van de VVKP.

E-mail: Lotte.DeSchrijver@UGent.be

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.