

HET MEDISCHE MODEL EN HET SOCIALE MODEL IN DISABILITY STUDIES: EEN INTRODUCTIE

Andries Hiskes

INLEIDING

Het onderzoeksveld Disability Studies is ontstaan vanuit de vraag hoe we maatschappelijk en cultureel gezien betekenis toekennen aan begrippen als ‘handicap’ of ‘functiebeperking’. Het lijkt wellicht vanzelfsprekend dat wanneer iemand in een rolstoel zit, of met autisme wordt gediagnosticeerd, de persoon in kwestie dús een functiebeperking heeft. Toen Disability Studies in de jaren 80 van de vorige eeuw opkwam, voornamelijk in de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk, werden vraagtekens gezet bij deze vanzelfsprekendheid. Mensen zijn niet gehandicapt, zo meenden de vroege aanjagers, maar de handicap zou een sociaal construct zijn.

De eerdergenoemde vanzelfsprekendheid dat een persoon in een rolstoel gehandicapt is, had volgens hen verstrekkende gevolgen in alle aspecten van het leven. Je kon niet meedoen met een partijtje voetbal. Als je werk wilde, waren de mogelijkheden gelimiteerd; je moest het werk immers wel in je rolstoel kunnen uitvoeren. Naar school gaan kon wellicht, mits je zonder al

te veel aanpassingen mee kon komen. En past speciaal onderwijs niet beter dan het volgen van regulier onderwijs voor iemand in een rolstoel?

“En past speciaal onderwijs niet beter dan het volgen van regulier onderwijs voor iemand in een rolstoel?”

Uit bovenstaande voorbeelden is de kritiek van die vroege disability wetenschappers niet moeilijk te voorspellen: volgens hen werden mensen met handicaps systematisch en structureel buitengesloten van volledige deelname aan de maatschappij. Dat had weinig te maken met de handicap zelf, maar meer met de wijze waarop mensen met een handicap ervaren werden. De maatschappij behandelde ze als uitzonderingen, die zo goed en kwaad als dat kon mee moesten komen in de samenleving, en daar waar dat niet kon, moesten ze op aparte scholen of werkplaatsen worden neergezet.

Deze buitensluiting had dus alles te maken met de wijze waarop een persoon— en bijbehorende lichaam en geest—

als ‘afwijkend’ werd ervaren, en hier vervolgens op gereageerd werd. Dit leidde ertoe dat onderzoekers binnen Disability Studies een onderscheid gingen maken tussen twee modellen: het medische model en het sociale model.

HET MEDISCHE MODEL

Het uitgangspunt van het medische model is eenvoudig: een handicap is een medisch probleem dat in een individu zit. Denk bijvoorbeeld aan iemand die blind is, of vanwege een motorische beperking slecht kan lopen. Een handicap wordt in essentie gezien als een defect, en moet gecorrigeerd, hersteld, of genezen worden, voor zoverre mogelijk. Maar hoe komt deze visie op handicaps eigenlijk tot stand?

“Een handicap wordt in essentie gezien als een defect, en moet gecorrigeerd, hersteld of genezen worden, voor zoverre mogelijk.”

Wanneer we op een willekeurig moment over straat lopen, verwachten we, impliciet, dat we waarschijnlijk ook andere mensen tegenkomen die over straat lopen. Dat ze net als ons het verkeer zien en de vogels horen zingen. Die verwachting zorgt ervoor dat we dit als normaal gaan ervaren. Immers, de meeste mensen lopen, zien het verkeer, en horen hun omgeving. Wanneer iemand echter niet aan deze verwachtingen voldoet, is deze persoon afwijkend van de door ons beleefde norm, en wordt daardoor al snel als abnormaal ervaren. Verwachtingen van

en over andere mensen hebben zodoende een normatieve werking; we verwachten nu eenmaal dat de meeste andere mensen vergelijkbaar zijn in hun doen en laten.

Hieruit blijkt dat wat we als afwijkend of normaal ervaren dus sterk te maken heeft met hoe vaak we iets tegenkomen. Het dragen van een bril wordt bijvoorbeeld tegenwoordig niet meer als een handicap ervaren, ondanks dat de drager ervan wellicht zonder bril niet of nauwelijks kan functioneren. Wat we ervaren als de norm zet derhalve de toon. Iemand die slecht kan lopen, kan mogelijk weer beter lopen met een spalk of orthopedische schoenen. Een persoon die vanwege haar ADHD moeilijk systematisch zou kunnen werken, kan hierin worden getraind door specialisten.



Voorbeeld van medische correctie.

Het medische model draait om correctie: het gehandicapte lichaam is fout, want het kan niet adequaat het gedrag vertonen dat andere mensen vertonen, kan daardoor niet goed meedraaien in de maatschappij, en moet zodoende gecorrigeerd worden zodat het dat wel kan.

HET SOCIALE MODEL

Daar waar het medische model een

probleem in het lichaam en/of de geest ziet van een individu, biedt het sociale model een andere benadering. Hierbij staat de relatie tussen de individu en haar omgeving centraal. Onderzoekers binnen Disability Studies waren en zijn ontevreden met de wijze waarop het medische model het gehandicapte lichaam schetst als iets problematisch. Er is niets inherent fout aan het hebben van een lichaam dat afwijkt van de beleefde norm, het is hoe de omgeving is ingericht die ervoor zorgt of mensen wel of niet deel kunnen nemen aan sociale activiteiten. Een voorbeeld: steeds meer gebouwen hebben tegenwoordig een ingang voor rolstoelgebruikers, maar dat was lange tijd niet het geval. Mensen die in een rolstoel zaten konden hierdoor op verscheidene plaatsen niet werken of studeren, of een lezing of vergadering bijwonen.

Onderzoekers maakten daarom in het Engels onderscheid tussen twee termen: impairment, waarbij het gaat om de functionele limitatie van een individu door een lichamelijke, geestelijke, en/of zintuigelijke aandoening, en de term disability, waarbij het gaat om de limitering of het verlies van kansen om op gelijke voet

“Het sociale model ageert tegen het medische model doordat het de focus verlegt: het gaat niet langer om een geest of lichaam dat gecorrigeerd zou moeten worden.”

mee te doen in het maatschappelijk leven. Dit onderscheid maakt mogelijk te bestuderen hoe de inrichting van de maatschappij mensen actief beperkt in deelname aan die maatschappij. De eerdergenoemde term ‘omgeving’ betreft daarbij niet alleen de letterlijke fysieke omgeving. Het gaat ook om zaken als ingewikkeld taalgebruik dat ondoorgroendelijk is voor mensen met een cognitieve beperking, waardoor ze moeilijk hulp of financiële ondersteuning kunnen aanvragen bij de instanties die daarvoor bedoeld zijn, of multimedia die niet toegankelijk zijn gemaakt voor mensen met een gehoorbeschadiging bijvoorbeeld. Het sociale model ageert tegen het medische



Uitsluiting van mensen met een beperking.

model doordat het de focus verlegt: het gaat niet langer om een geest of lichaam dat gecorrigeerd zou moeten worden, maar om de wijze waarop we de maatschappij zo hebben ingericht dat zij mensen actief uitsluit van deelname.

CONCLUSIE EN HET MENSENRECHTENMODEL

Het medische model en het sociale model benaderen het fenomeen ‘handicap’ van verschillende invalshoeken. Bij het

“Hoe kunnen wij ons gedrag en de omgeving die daaruit voortkomt zo ontwikkelen dat zoveel mogelijk mensen mee kunnen doen?”

medische model gaat om een lichaam of geest dat hersteld moet worden zodat het zo goed als mogelijk kan meedraaien in de samenleving. Bij het sociale model wordt juist de relatie tussen individu en haar omgeving aan de kaak gesteld.

Belangrijk daarbij is dat er daarmee ook een verschuiving plaatsvindt in hoe we met de individuen omgaan die we als ‘afwijkend’ ervaren. Bij het medische model moet het individu zelf worden aangepast, maar het sociale model stelt een andere vraag: hoe kunnen wij ons gedrag en de omgeving die daaruit voortkomt zo ontwikkelen dat zoveel mogelijk mensen mee kunnen doen?

In het verlengde van deze laatste vraag is het mensenrechtenmodel ontstaan. Dit model is gebaseerd op het VN-verdrag CRDP (Conventions on the Rights of Persons with Disabilities), dat bepleit dat mensen met een handicap op alle terreinen van het leven gelijke rechten kunnen genieten en op gelijke voet moeten worden behandeld. Dat

lijkt wellicht vanzelfsprekendheid, maar is het niet. Zoals we al vanuit de kritiek vanuit het sociale model zagen, kan gebrek aan voorzieningen en accommodaties ervoor zorgen dat mensen niet kunnen participeren in de samenleving, of dit nou bedoeld is of niet. Het niet kunnen participeren is een vorm van vrijheidsbeperking, en is één van de vormen van discriminatie die dit verdrag wil bestrijden. Nederland behoort tot één van de laatste landen die het gedrag heeft geratificeerd: dit gebeurde op 14 juli 2016.

Niet alleen hebben mensen met een handicap net zoveel recht als alle anderen om hun leven vorm te geven zoals zij dat willen, ze hebben daarnaast ook veel talenten; talenten waar de maatschappij als geheel van kan profiteren, mits we met elkaar de ruimte maken om deze talenten te laten ontplooiën. Het VN-verdrag kan daar ondersteuning bij gaan bieden.

Andries Hiskes is als docent en onderzoeker verbonden aan de opleiding tot verpleegkundige aan de Haagse Hogeschool. Bij de Universiteit Leiden werkt hij aan een proefschrift over de relatie tussen affectieve reacties op fysieke functiebeperkingen en de wijze waarop dit wordt uitgebeeld in literatuur en kunst.

Kijk voor de video en voor meer informatie op onze website:
WWW.NIETSOVERONSZONDERONS.NL



**Niets Over Ons
Zonder Ons**

Een project van de Alliantie VN-verdrag Handicap