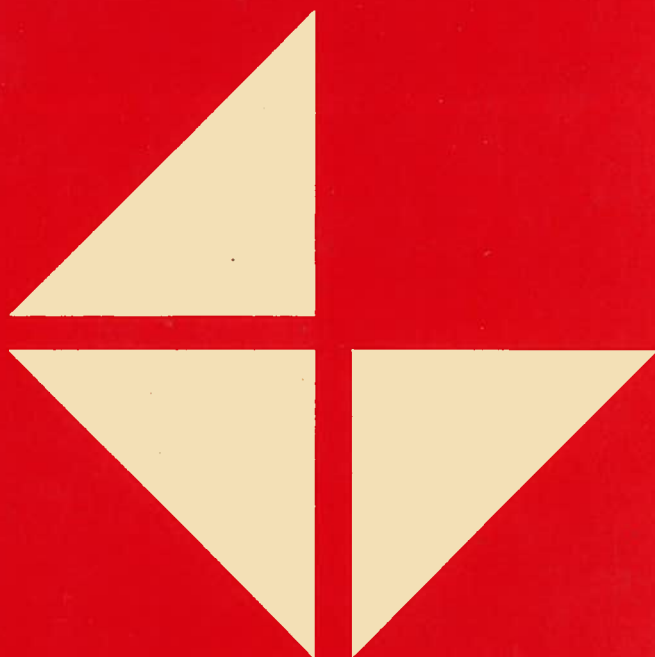


**konsultatie in de
geestelijke
gezondheidszorg**

j f van ravenzwaaij



boom boeken

Konsultatie in de geestelijke gezondheidszorg

Rijksuniversiteit te Groningen

**Konsultatie in de
geestelijke gezondheidszorg**

Proefschrift

ter verkrijging van het doctoraat in de geneeskunde
aan de Rijksuniversiteit te Groningen,
op gezag van de Rector Magnificus dr A. Wattel
in het openbaar te verdedigen op woensdag 3 mei 1972
des namiddags te vier uur door

Johan Fredrik van Ravenzwaaj
geboren te Amsterdam

Boom Meppel

30/4 /72

Promotor: Prof. Dr. W. K. van Dijk

Co-referent: Prof. Dr. J. A. C. de Kock van Leeuwen

Inhoud

	Inleiding	11
1	Het begrip konsultatie	13
1.1	<i>Inleiding</i>	13
1.2	<i>De konsultatiere relatie nader gedefinieerd</i>	14
1.2.1	De zeven konsultatietypen van Bindman	14
1.2.2	Het konsultatiemodel van Van Beugen	17
	Naschrift	18
2	De konsultatie volgens Caplan	19
2.1	<i>Inleiding</i>	19
2.2	<i>Definities</i>	19
2.3	<i>Konsultatietypen</i>	29
2.3.1	Inleiding	29
2.3.2	Individuele of groepsmethoden	31
2.3.3	Het probleemgebied waar de konsulent zijn aandacht op richt	35
2.3.3.1	De op de cliënt gerichte gevalsbespreking	35
2.3.3.2	De op het funktioneren van de organisatie gerichte gevalsbespreking	36
2.3.3.3	De op de konsultvrager gerichte gevalsbespreking	37
2.3.3.4	De op het funktioneren van de konsultvrager(s) in zijn (hun) organisatie gerichte bespreking	49
2.4	<i>De verschillende fasen in het konsultatieproces</i>	50
2.4.1	Inleiding	50
2.4.2	De belangrijkste themata in de verschillende fasen	54
2.4.2.1	Themata in de voorbereidende of orientatiefase	54
2.4.2.2	Themata in de beginfase	56
2.4.2.3	Themata in de probleemoplossende fase	58
2.4.2.4	Themata in de beëindigingsfase	59
2.5	<i>De techniek van het hanteren van de konsultatiesituatie</i>	59

2.5.1	Algemene problemen	59
2.5.2	De techniek van de relatie-opbouw met de organisatie	62
2.5.2.1	De konsultvrager en de konsulent als representanten van hun organisaties	62
2.5.2.2	Relaties met chef, hoofden en directeuren van de konsultvrager(s)	63
2.5.2.3	De organisatiestructuur	63
2.5.2.4	Het vertrouwen winnen van de organisatie	65
2.5.2.5	Het opbouwen van een wederzijds begrepen taal	66
2.5.2.6	Het verkennen van de specifieke kenmerken en problemen van de grotere professionele systemen waartoe de organisatie van de konsultvrager behoort	67
2.5.3	De techniek van de relatie-opbouw met de individuele konsultvrager	68
2.5.3.1	Algemene technische aanwijzingen voor het handelen in de konsultatiesituatie	68
2.5.3.2	Het vermijden van psychotherapie	75
2.5.3.3	Technieken ter vermijding van psychotherapie	76
2.5.4	De techniek in de probleemoplossende fase	79
2.6	<i>Overeenkomsten en verschillen met supervisie, psychotherapie en agogisch organisatie-advieswerk</i>	87
2.6.1	Inleiding	87
2.6.2	Konsultatie en supervisie	88
2.6.3	Konsultatie en psychotherapie	90
2.6.4	Konsultatie en agogisch organisatie-advieswerk	92
3	Het eksperimentele konsultatieproject	94
3.1	<i>Inleiding</i>	94
3.2	<i>Het oriënterende werk voor dit projekt: De voorbereidende fase</i>	97
3.2.1	De keuze van het proefveld en het overleg	97
3.2.2	Het kontrakt	99
3.2.3	De organisatie van de konsultvragers	100
3.2.3.1	De positie van de studentenartsen	100
3.2.3.2	De positie van de studentendekananen	102
3.3	<i>De beginfase: De eerste konsultatie-ervaringen</i>	108
3.3.1	De verwachtingen van de konsulent	108
3.3.2	De onzekerheden van de konsulent	109
3.3.3	De strategie van de konsulent	110
3.3.4	Het verloop van enkele eerste konsultatiegesprekken	111
3.3.5	Latere ervaringen in de beginfase	114
3.3.6	Enkele ervaringen met individuele konsultvragers	116
3.3.7	De begeleiding van de konsulent in het eerste jaar	118
3.3.8	Evaluatie van de beginfase van het projekt	122

3.3.8.1	De overwegingen van de begeleider en de konsulent	122
3.3.8.2	De konklusies van de begeleider en de konsulent	124
3.3.8.3	De evaluatiezitting van de konsultvragers, de begeleider en de konsulent	124
3.3.8.4	De konklusies van de evaluatiebijeenkomst met de konsultvragers	125
3.4	<i>De ervaringen in de periode 1968—1969</i>	126
3.4.1	De op de konsultvrager gerichte gevalsbespreking	126
3.4.1.1	De verwachtingen van de konsulent	126
3.4.1.2	De houding van de konsulent ten aanzien van nieuwe konsultvragers	128
3.4.1.3	Ervaringen in het tweede jaar	128
3.4.1.4	Ervaringen met individuele konsultvragers	130
3.4.2	De maandelijkse groepsbesprekingen	131
3.4.3	De begeleiding van de konsulent in het tweede jaar	135
3.4.4	Evaluatie van de tweede fase van het projekt	136
3.5	<i>De ervaringen in de periode 1969—1970</i>	137
3.5.1	Inleiding, de afspraken: de op de konsultvrager gerichte gevalsbesprekingen	137
3.5.2	De verwachtingen van de konsulent	137
3.5.3	De strategie van de konsulent ten aanzien van de nieuwe konsultvragers	138
3.5.4	Ervaringen in het derde jaar	138
3.5.5	Ervaringen met de individuele konsultvrager	140
3.5.6	De begeleiding van de konsulent in het derde jaar	141
3.5.7	Evaluatie van de derde fase van het projekt	141
4	Drie voorbeelden van konsultatiegesprekken	143
4.1	<i>Inleiding en kriteria voor de selektie van de uitgekozen konsultatiegesprekken</i>	143
4.2	<i>Geval 1</i>	148
4.2.1	Algemene informatie	148
4.2.2	Beschrijving van het gesprek	148
4.2.3	Diskussie	158
4.2.4	Beschrijving van het vervollgesprek	161
4.2.5	Diskussie	167
4.3	<i>Geval 2</i>	170
4.3.1	Algemene informatie	170
4.3.2	Beschrijving van het gesprek	171
4.3.3	Diskussie	179
4.4	<i>Geval 3</i>	184
4.4.1	Algemene informatie	184
4.4.2	Beschrijving van het gesprek	185
4.4.3	Diskussie	190

5	Positiebepaling ten aanzien van de konsultatiemethode van Caplan	196
5.1	<i>Inleiding</i>	196
5.2	<i>Vraagpunten ten aanzien van de theoretische grondslagen</i>	197
5.3	<i>Onze bevindingen met de praktische aanwijzingen die Caplan geeft</i>	204
5.3.1	De aanwijzingen voor het opbouwen van een konsultatiere relatie met de konsultvrager en diens organisatie	204
5.3.2	De regels waar de konsulent zich aan dient te houden bij het bewerken van het probleem dat de konsultvrager ervaart in zijn relatie tot de cliënt	205
5.3.3	Onze bevindingen met de praktijkaanwijzingen van Caplan	207
5.3.3.1	Onze bevindingen met de algemene aanwijzingen	207
5.3.3.2	Onze bevindingen met de thema-interferentie in de praktijk	211
5.4	<i>Onze bevindingen met Caplan's indeling van de problemen die de konsultvrager in zijn werk met de cliënt kunnen belemmeren</i>	213
6	Een werkhypothese voor het creëren en handhaven van een konsultatierelatie	215
6.1	<i>Inleiding</i>	215
6.2	<i>Het denkkader</i>	216
6.3	<i>Aanwijzingen voor de praktijk van de konsultatie</i>	222
6.3.1	Algemene richtlijnen voor het handelen in de praktijk	222
6.3.2	Richtlijnen voor de konsulent voor het handelen in de verschillende fasen van de konsultatierelatie	224
6.3.2.1	Het onderzoek in de oriëntatiefase	225
6.3.2.2	Het onderzoek in de relatie-opbouwfase	226
6.3.2.3	Het onderzoek in de diagnostische fase	227
6.3.2.4	De probleemoplossende fase	232
6.4	<i>Een klassifikatiesysteem voor de oorzaken van het niet functioneren van de konsultvragers</i>	234
7	Slotbeschouwingen	236
7.1	<i>Inleiding</i>	236
7.2	<i>De konsultatiemethode, een uitbreiding van de mogelijkheden voor de werkers in de geestelijke gezondheidszorg</i>	236
7.3	<i>Het leren van de konsultatiemethode</i>	240
7.4	<i>Problemen bij de evaluatie naar het effect van de konsultatiemethode</i>	244
	Summary	246
	Literatuur	251

*Voor mijn ouders,
Ann en de kinderen*

Inleiding

Tijdens mijn opleiding tot zenuwarts was ik werkzaam op de psychiatrische polikliniek van het Academisch Ziekenhuis te Groningen. In deze periode kwam ik geregeld in contact met huisartsen en specialisten die patienten voor onderzoek en advies naar de polikliniek hadden verwezen. In de gesprekken met hen over de patienten, stelden zij mij regelmatig de vraag, 'ja', U verschaft mij nu wel uitvoerige informatie over het ontstaan en de aard van het ziektebeeld, maar wat moet ik als huisarts hieraan nu doen en hoe moet ik dat doen'. Helaas moest ik dan vaak het antwoord schuldig blijven, tenzij een medikament voorgeschreven kon worden.

Door gesprekken met supervisoren en kollega's assistenten werd mij duidelijk dat de psychiatrie wel over enkele methoden beschikte om patienten met psychische moeilijkheden beter te maken (de psycho-analytische methode, de Rogeriaanse methode, de gedragstherapie etc.) maar dat er nog geen methoden waren ontwikkeld waardoor de psychiaters de niet-psychiatrisch geschoolde kollega's en maatschappelijk werkers zouden kunnen helpen zelf beter te functioneren ten behoeve van hun patienten of cliënten. In een gesprek met De Kock van Leeuwen in 1963 over deze kommunikatieproblematiek van de psychiater, maakte deze mij attent op een konsultatiemethode die was ontwikkeld door de Amerikaanse kinderpsychiater G. Caplan. Caplan had aan de Harvard Universiteit in Boston een samenwerkingsmethode ontwikkeld voor psychiaters en niet-psychiatrisch geschoolde hulpverleners, zoals verpleegkundigen, onderwijzers, enz.. Caplan

had aan deze methode de naam 'Mental Health Consultation' gegeven. In 1964 verscheen het boek *Principles of Preventive Psychiatry* van zijn hand, waarin naast zijn opvattingen over preventie, een eerste aanzet tot de konsultatiemethode werd beschreven. In 1964 en 1965 bracht Caplan bezoeken aan ons land tijdens welke hij seminars leidde over zijn konsultatiemethode (De Kock van Leeuwen, 1965, v. d. Wetering de Rooy, 1966). Daartoe in de gelegenheid gesteld door het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde TNO te Leiden, nam ik aan beide seminars deel. Na deze seminars waren mejuffrouw Clemens Schröner, De Kock van Leeuwen en ik het erover eens dat de door Caplan ontwikkelde methode in Nederland op zijn bruikbaarheid getoetst zou dienen te worden.

Na mijn specialisatie tot zenuwarts in 1966 trad ik in dienst van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde TNO te Leiden, waar ruime mogelijkheden voor het ontwikkelen van nieuwe methoden voor de gezondheidszorg geboden worden. Uit de in deze tijd verworven theoretische en praktische kennis van de konsultatiemethode is deze studie ontstaan.

In hoofdstuk 1 zal het begrip konsultatie worden besproken. In hoofdstuk 2 wordt het konsultatiebegrip, zoals het door Caplan en zijn school werd ontwikkeld, uitvoerig beschreven, waarna in hoofdstuk 3 het eksperimentele projekt aan de orde komt. Het onderwerp konsultatie omvat op zich een heel aantal methodieken en is daarom een te uitgebreid onderwerp voor een studie als deze. In deze studie wordt daarom de nadruk gelegd op één van de methoden: nl. de op de konsultvrager gerichte gevalsbespreking. In hoofdstuk 4 zullen vier van deze op de konsultvrager gerichte gevalsbesprekingen worden weergegeven en besproken.

In de hoofdstukken 5 en 6 zullen de konsepten van Caplan aan de eigen ervaringen worden getoetst en een aantal werkhypothesen voor het kreëren van een konsultatiere relatie worden geformuleerd.

In hoofdstuk 7 zal de plaats van de konsultatiemethode in het geheel van de gezondheids- en welzijnszorg besproken worden.

1

Het begrip konsultatie

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk willen we het begrip konsultatie uitwerken. Wij zijn van mening dat konsultatie een bijzondere vorm van adviseren is. We zullen daarom eerst aandacht besteden aan adviesrelaties in het algemeen om vervolgens in te gaan op verschillende konsultatietypen.

Konsultatie is volgens de woordenboeken raad vragen. Onder konsuleren moet worden verstaan: raadplegen, overleg plegen en beraadslagen. Onder konsulent blijkt echter een — deskundige — raadgever te worden verstaan. Het franse woord 'consultation' betekent raadpleging, advies en spreekuur.

Het duitse woord voor konsulent is 'Berater', de spreekkamer van een arts heet in engels sprekende landen: 'consulting room'. In het Nederlands wordt het woord konsulent en adviseur vaak door elkaar gebruikt. We spreken zowel van een belastingadviseur als van een belastingkonsulent, maar onder de artsen spreekt men zelden over de adviseur als men het heeft over een kollega specialist, men spreekt dan van konsulent en van konsult.

Konsultatie veronderstelt dat er iemand is wiens kennis of mogelijkheden op een bepaald moment te kort schieten en dat deze daarom raad vraagt aan een ander, die geacht wordt wél over de kennis of mogelijkheden te beschikken. Het woord konsulent voor raadgever heeft een ekstra betekenis gekregen. Als een zoon zijn vader om een advies vraagt, benoemen deze beiden de rol van de vader met 'adviseur', niet met 'konsulent'. Kon-

sultatie wordt meestal gebruikt om een beroepsmatige adviesrelatie aan te duiden.

De definiëring van de konsultatie, als beroepsmatige bezigheid, waarbij de een raad geeft aan de ander, laat echter in het midden welke sociale positie* de een ten opzichte van de ander inneemt. Men zou de konsulent en de konsultvrager dus nader kunnen definiëren naar de aard van de onderlinge sociale betrekkingen en verhoudingen en de doelstellingen daarvan. Bindman (1966) onderscheidde op deze wijze zeven verschillende konsultatiemodellen. We zullen hier in paragraaf 1.2.1 nader op ingaan.

Ook heeft hij er behoefte aan om de konsultatie te onderscheiden van enkele andere intensieve samenwerkingsrelaties die tot doel hebben veranderingen in een persoon of organisatie tot stand te brengen. Hij gaat in op de overeenkomsten en verschillen tussen konsultatie, supervisie, psychotherapie, 'education' en 'administration'. Wij menen dat het zin heeft om later, in paragraaf 2.6, in te gaan op de verschillen tussen konsultatie, supervisie, psychotherapie en agogisch organisatie-advieswerk. Wij gaan pas in het volgende hoofdstuk op deze onderscheidingen in, omdat deze indeling enige kennis van de konsultatiemethode vereist.

Aangezien deze informatie over de konsultatie pas in hoofdstuk 2 zal worden gegeven, leek het beter deze onderscheiding aan het eind van hoofdstuk 2 nader uit te werken.

Van Beugen (1968) ontwikkelde een andere indeling voor professionele samenwerkingsrelaties, gebaseerd op enkele voor ons interessante principes. In paragraaf 1.2.2 zullen wij hierop ingaan.

1.2 De konsultatiere relatie nader gedefinieerd

1.2.1 De zeven konsultatietypen van Bindman

Bindman (1966) onderscheidt zeven verschillende typen konsultatie tussen twee of meer beroepskrachten.

* Onder sociale positie verstaan we het om een bepaalde persoon gecentreerde 'knooppunt' van sociale betrekkingen en verhoudingen (Van Doorn en Lammers 1959).

Het eerste type is de konsultatiesituatie die ontstaat indien de ene beroepskracht een andere, meer deskundig geachte kollega, vraagt een cliënt of patient te onderzoeken en advies uit te brengen over een eventueel in te stellen behandeling.

Dit model wordt frekwent gehanteerd in de geneeskundige praktijk waar de konsulent (meestal een specialist) de patient onderzoekt en advies geeft of de behandeling overneemt. In de psychologische praktijk kan de deskundige kollega een bepaald testonderzoek doen en daarover rapport uitbrengen. De konsulent is dan de deskundige op een bepaald terrein.

Deze deskundige kollega kan in dezelfde organisatie werkzaam zijn als de konsultvrager. Zij kunnen daarin op gelijk niveau werkzaam zijn of een hiërarchische relatie hebben.

Bij het tweede type wordt iemand uit een andere discipline dan waaruit de konsultvrager afkomstig is, gevraagd zijn visie te geven op een bepaald probleem. Een arts vraagt bijv. een chemikus zijn visie te geven op bepaalde laboratoriumonderzoekingen, een psycholoog vraagt een arts een lichamelijk onderzoek te doen bij een patient. Hier is meestal geen sprake van een hiërarchische relatie.

Bij het derde type heeft de konsulent een staffunctie in een bepaalde organisatie, en geeft advies aan het personeel dat in dienst is van die organisatie. Deze konsulenten worden wel interne konsulenten genoemd. Deze veelvuldig voorkomende, adviserende interne deskundige is aanzienlijk minder vrij in het geven van zijn mening, terwijl het voor de konsultvragers niet makkelijk is om het gegeven advies uitsluitend op bv. de deskundigheidswaarde te beoordelen. De konsultvrager en de konsulent zijn immers deel van dezelfde organisatie. Dit betekent dat er allerlei organisatorische krachten, zoals bijv. macht, hun invloed doen gelden.

Dit kan tot moeilijkheden leiden en deze kunnen alleen voorkomen worden als de konsultvrager en de konsulent nauwkeurig de wederzijdse rollen verhelderen en het verschil aangeven tussen bijv. hun leidinggevende en adviserende functie ten opzichte van elkaar.

Het vierde type konsultatie wordt toegepast vooral door klinisch psychologen die werken ten dienste van scholen of de industrie.

In dit geval biedt de konsulent 'counseling' aan leerlingen of werknemers, die hij als zijn cliënten beschouwt. Dit type konsultatie is dus een meer direkte dienstverlening al of niet in de vorm van psychotherapie, hoewel het in Amerika konsultatie wordt genoemd.

Het vijfde type is het zgn. proces-model. Dit model werd ontwikkeld door Caplan (1964), Klein (1967), Bindman (1959) en anderen. Bij dit model, waarvan de in dit boek uitvoerig besproken konsultatiemethodiek ('mental health consultation') een voorbeeld is, zijn er drie betrokkenen, de cliënt, de konsultvrager en de konsulent. De konsulent probeert zodanige veranderingen in de relatie tussen cliënt en konsultvrager tot stand te brengen dat deze laatste zelf in staat is de problemen op te lossen. De konsulent verwacht dan dat de konsultvrager in de toekomst soortgelijke problemen zonder hulp tot een goede oplossing zal kunnen brengen. Dit model van de konsultatielatie zal uitvoerig in hoofdstuk 2 worden beschreven.

Een zesde type van konsultatie is de groepskonsultatie. De methode werd beschreven door o.a. Abramovitz (1958), Altrocchi e.a. (1970) en Glidewell (1959). Bij dit type konsultatie komt een groep konsultvragers op regelmatige tijden bijeen om met elkaar de problemen te bespreken, die zij in hun professionele functioneren ervaren. Meestal hebben deze bijeenkomsten het karakter van gevalsbesprekingen, waarbij een groepslid een praktijkprobleem ter discussie stelt. De konsulent heeft de rol van konsulent-trainer, waarbij hij naar de behoefte van het moment groepsleider, docent, klinikus of kommunikatiebevorderaar kan zijn.

Het zevende en laatste model is de benadering, die meestal wordt aangeduid met 'planned change' (Bennis, Benne en Chin, 1969). Degenen, die gerichte veranderingen pogen tot stand te brengen worden aangeduid met 'change agents'. Dit zijn meestal sociaal-wetenschappelijk opgeleiden, die zich tot doel stellen veranderingen in organisaties tot stand te brengen door niet alleen de structuur, maar ook het functioneren van de mensen die in die structuur werken, te veranderen.

1.2.2 Het konsultatiemodel van Van Beugen

Van 'Beugen (1968) ontwikkelt in zijn boek 'Sociale Technologie' een indeling van dienstverlenende relaties. Deze indeling is gebaseerd op een schaalverdeling van 'gestoord' via 'niet-optimaal' naar 'optimaal' functioneren van 'het cliëntsysteem' in de uitgangssituatie. Vanuit de diagnose van de uitgangssituatie noemt hij dan een aantal kenmerken, die de relatie tussen het 'dienstverlenende systeem' (in ons geval: de konsulent) en het 'cliëntsysteem' (bij ons: de konsultvrager) karakteriseren. Bij het type dienstverlening dat konsultatie genoemd wordt is de uitgangssituatie bij de konsultvrager niet optimaal.

De konsultatie heeft bij Van Beugen de volgende kenmerken:

- een sterke participatie van de konsultvragers in de diagnosestelling;
 - is gericht op het functioneren binnen één regio van de konsultvragers (bijv. de beroepsrol);
 - er is sprake van machts evenwicht tussen konsulent en konsultvrager;
 - er is een relatieve belangrijkheid van het taakgerichte niveau (te onderscheiden van de relatieve belangrijkheid van het persoonsgerichte niveau bij bijv. de psychotherapeutische relatie).
- Bij deze karakterisering van de konsultatiesituatie wordt gebruik gemaakt van een aantal begrippen zoals participatie en macht die enige toelichting vereisen. Van Beugen gebruikt het begrip macht in de zin van Mulder (1963) waarbij machtsuitoefening wordt gezien als het in bepaalde mate determineren van het relevante gedrag van anderen, in de zin van 'richting geven aan' dit gedrag.

Wat betreft de participatie in de diagnosestelling meent Van Beugen dat bij het in ernstige mate gestoord functioneren van de konsultvrager in de uitgangssituatie ook de zelfperceptie en zelfwaardering gestoord is. Hierdoor ontbreekt een basis voor actieve participatie met als uiterste de situatie waarbij de diagnosestelling geen interaktionele elementen bevat doch uitsluitend denkproces is van de konsulent.

Daartegenover staan bijvoorbeeld niet gestoorde uitgangssituaties waarbij sprake is van een zelfdiagnose. De konsulent vervult

dan slechts de functie van het aanreiken van bijv. informatie voor het zelfstandig oplossen van het probleem. Tussen deze beide uitersten zijn allerlei gradaties van participatie.

Naschrift

In deze studie hebben wij de overlegsituatie, die Caplan 'Mental Health Consultation' noemde, in het Nederlands aangeduid met konsultatie; degene die konsultatie geeft, met konsulent; degene die konsultatie vraagt met konsultvrager.

In de periode dat deze studie bij de drukker werd gereedgemaakt, besloot de landelijke werkgroep, die zich met de konsultatiemethode bezighoudt, om in het vervolg van konsultatie te spreken, van konsultatiegever in plaats van konsulent, en van konsultatievrager in plaats van konsultvrager. Door deze benamingen wil men aangeven dat konsultatie een nieuwe, en van andere reeds bekende overlegsituaties te onderscheiden, methode is. Om deze reden leek het nuttig om het woord konsulent, dat ook in anders gedefinieerde situaties wordt gebruikt (zie blz. 13) niet te gebruiken als de konsultatiemethode wordt gebruikt. Men meent dat ook het woord konsultvrager verwarring kan geven.

Het bleek technisch niet meer mogelijk de woorden konsulent en konsultvrager in deze studie te vervangen door de woorden konsultatiegever en konsultatievrager. In toekomstige publikaties zullen deze woorden door de leden van de werkgroep echter konsekwent worden gebruikt.

2

De konsultatie volgens Caplan

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk willen we zo nauwkeurig mogelijk definiëren wat Caplan en zijn school onder konsultatie verstaan, welke doelen zij beogen met deze methode en welke vormen onderscheiden worden. Vervolgens zullen we de verschillende fasen in het konsultatieproces bespreken en de technische problemen waarmee de konsulent te maken krijgt. Tenslotte besteden we aandacht aan de overeenkomsten en verschillen met enkele andere begeleidingsmethodieken.

2.2 Definities

Reeds in hoofdstuk 1 werd beschreven dat vele interpretaties worden gegeven aan het begrip konsultatie. In het huidige taalgebruik wordt er de professionele activiteit mee aangeduid, waarbij een meer deskundige konsulent een minder deskundige hulpvrager helpt bij het oplossen van een probleem.

Deze algemene definitie laat echter ruimte voor verschillende interpretaties van de rollen en de functies die de konsulent in de relatie tot de hulpverlener vervult, en zegt ons ook niets over de methode die de konsulent hanteert.

Caplan (1964, 1970) en zijn school hadden behoefte hun begrip 'Mental Health Consultation' veel nauwkeuriger te definiëren. Hij omschrijft de door hem ontwikkelde ideeën over konsultatie als volgt:

— Het begrip wordt gebruikt om het interaktionele proces aan te duiden tussen twee professionele werkers: de konsulent, die een deskundige is en de konsultvrager, die de hulp van de konsulent inroept voor een aktueel werkprobleem waaraan de konsultvrager moeilijkheden ervaart en waarvan de konsultvrager meent dat het tot het terrein behoort waarop de konsulent kompetent is. Tot de werkproblemen behoren het hanteren of behandelen van één of meer cliënten van de konsultvrager, of de planning of de uitvoering van een dienstverlenend programma ten behoeve van deze cliënten. —

Onder cliënt wordt dan verstaan de persoon ten behoeve van wie de konsultvrager professioneel werkzaam is, zoals de patient van de arts, de leerling van de onderwijzer, het gemeentelid van de dominee, de cliënt van de advokaat, de student van de dekaan, etc.

Caplan beperkt het konsultatiebegrip nog verder door slechts dit type konsultatie tot 'Mental Health Consultation' te rekenen, waarbij de konsulent geen direkte verantwoordelijkheid aanvaardt voor datgene wat de konsultvrager gaat doen, in de relatie tot de cliënt als gevolg van het konsultatiegesprek en waarbij dus de professionele verantwoordelijkheid voor de cliënt bij de konsultvrager blijft. De konsulent kan verheldering aanbieden, soms een diagnose of advies voor behandeling, doch de konsultvrager dient volledig vrij te zijn om het gehele advies of een deel daarvan over te nemen of te verwerpen.

Een ander essentieel kenmerk van Caplan's konsultatiemethode is het leeraspekt voor de konsultvrager. De konsulent is het er niet slechts om begonnen de konsultvrager te helpen een aktueel probleem met deze ene cliënt of met deze ene organisatie op te lossen. De konsulent is het er ook om begonnen de kennis en het inzicht van de konsultvrager te vergroten en misverstanden en onbegrip uit de weg te ruimen, zodat de konsultvrager in de toekomst beter in staat zal zijn gelijksoortige problemen zelfstandig op te lossen.

In de definiëring van het konsultatiebegrip blijkt het nodig enkele bindende afspraken tussen de konsulent en de konsultvrager te

vermelden over de wederzijdse rolverhoudingen, die anders zijn dan in de medische praktijk. Immers met name in de medische subcultuur is het gewoonte dat een specialist-konsulent wèl de verantwoordelijkheid overneemt van de konsultvrager voor advies, voor onderzoek en eventuele behandeling.

Bij de konsultatiemethode volgens Caplan is de konsultvrager niet gebonden het advies op te volgen. Een nieuw geluid voor de medische praktijk.

Deze konsultatiemethode heeft dus een bepaalde funktie voor één professionele werker, waardoor deze de kwaliteit van zijn hulpverlening nu en in de toekomst kan verbeteren. Daarnaast ziet Caplan een funktie voor deze konsultatie ten behoeve van de gehele gemeenschap als middel ter bevordering van de psychohygiëne: voor de preventie, behandeling en revalidatie van geestesziek(t)en.

In het laatste geval beschikken de konsulenten in principe over de gespecialiseerde kennis op dit terrein: psychiaters, psychologen, psychiatrisch sociaal werkers, gedragswetenschappers, B-verplegenden, etc.

Als konsulenten kunnen dezen een belangrijke rol spelen bij de preventie en de behandeling. Deze opvatting baseert Caplan op de z.g. krisistheorie. Wij zullen daarom kort ingaan op de krisistheorie zoals die werd ontwikkeld door Lindemann (1944), Erikson (1950) en Caplan (1960).

Volgens Erikson dient de persoonlijkheidsontwikkeling te worden gezien als een opeenvolging van verschillende fasen, waarbij elke fase in kwalitatief opzicht verschilt van de daaraan voorafgaande fase. Tussen de ene fase en de andere fase zijn er overgangperiodes die worden gekenmerkt door emotionele verwarring.

Deze overgangperiodes werden door Erikson 'ontwikkelingskrisen' ('developmental crises') genoemd. Daarnaast onderscheidt Erikson periodes van emotionele verwarring als gevolg van een plotseling verlies van houvast, of een dreigend verlies, waardoor er nieuwe en hogere eisen aan het individu worden gesteld. Deze periodes van emotionele verwarringen, die gewoonlijk een paar dagen tot enkele weken duren, werden door Erikson toevallige

krises ('accidental crises') genoemd.

Tijdens deze krises wordt het individu uitgedaagd om oplossingen te zoeken voor nieuwe, hem bedreigende opgaven. De oplossing die wordt gevonden kan zijn in de richting van grotere volwassenheid en geestelijke gezondheid, maar de oplossingen kunnen ook gaan in de richting van een verminderd vermogen om effectief het hoofd te bieden aan de problemen die het leven stelt. In het laatste geval was de crisis een schadelijke episode. In het eerste geval was het een episode, die nieuwe mogelijkheden tot ontplooiing van de persoonlijkheid bood.

Krisissituaties worden als keerpunten beschouwd in een mensenleven, waarbij zich een ontwikkeling in de richting van een geestelijke gezonde persoonlijkheid kan voordoen of een ontwikkeling in de richting van geestesziekte. Gedurende de crisis heeft het individu sterke schuld-, angst-, vrees- of schaamtegevoelens. Er is een gevoel van hulpeloosheid en 'inefficiency'. Hoe deze crisis afloopt wordt bepaald door de keuze van de oplossingen. Tijdens de crisis schieten echter de normale mechanismen van probleemoplossing te kort. Het individu is dan gemakkelijker bereid om suggesties voor het oplossen van de vraagstukken te aksepteren. Het individu is dus gemakkelijker beïnvloedbaar dan tijdens perioden van emotioneel evenwicht.

Deze krisisperioden zijn de momenten bij uitstek om veranderingen in de persoonlijkheid tot stand te brengen. Een psychotherapeut, maar ook een andere persoon, die door degene die in crisis is als belangrijk wordt beschouwd, kan op die momenten een doorslaggevende verandering in de richting van geestelijke gezondheid teweegbrengen.

Volgens de krisistheorie is het verlenen van adequate hulp tijdens een crisis van eminent belang voor de preventie van psychische ziekten. Op grond van deze inzichten pleit Caplan er voor, om bijv. geestelijken, onderwijzers en maatschappelijk werkers, die vaak in contact komen met mensen die zich in een krisissituatie bevinden, met behulp van consultatie te leren optimaal ten behoeve van hun parochianen, leerlingen of cliënten te functioneren.

Deze geestelijken, onderwijzers, huisartsen of maatschappelijk

werkers kunnen bijgestaan worden door een konsulent. Zij zijn in dat geval konsultvragers.

De konsultvragers zijn dus degenen die in de preventie en de behandeling van geestesziekten een voorname plaats innemen, doch zelf geen gespecialiseerde opleiding in het hanteren van klinisch-psychiatrische denkmodellen en methoden hebben gevolgd.

Hoewel de primaire rol van de potentiële konsultvragers dus weinig uit te staan heeft met geestelijke stoornissen, hebben zij in hun dagelijkse praktijk min of meer regelmatig te maken met geestelijk afwijkend reagerenden onder hun cliënten of patienten, waarvan het gedrag het normale functioneren van deze konsultvragers verstoort.

De konsulent helpt de konsultvager, zodat de laatste in zijn eigen professionele rol kan blijven functioneren. Caplan hoopt dat door de hulp van een beperkt aantal goed opgeleide konsulenten de geestelijke gezondheid van de hele gemeenschap verbeterd kan worden.

Als doelstelling van de methode ziet hij dus de kwaliteitsverbetering van het werk van de niet-professionals waar dit op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg komt. Hijzelf noemt met name:

- het verbeteren van het functioneren van de konsultvager;
- het verbeteren van de werkwijze van de niet-psychiatrische hulpverleners wat betreft psychohygiëne en geestesziekte;
- het vergroten van de kennis en het inzicht van de konsultvager, zodat deze in de toekomst in staat zal zijn effectiever aan een soortgelijk probleem te werken.

Dit zijn doelstellingen gericht op de individuele werker op lange termijn. Daarnaast zijn er doelstellingen op korte termijn:

- bevorderen van het begrijpen van dat wat de cliënt beweegt, door de konsultvager;
- de konsultvager helpen bij zijn functioneren ten behoeve van deze cliënt in het bijzonder.

Bezien we nu wat een aantal auteurs uit de school van Caplan onder konsultatie verstaan.

Singh (1967) is erg kort in zijn formulering. Hij beperkt zich

tot het formuleren van het doel: — het vergroten van de effectiviteit van de konsultvrager bij het werken met zijn cliënten —. Deze auteur kon met deze korte formulering volstaan, omdat het hem in de betreffende publikatie niet zozeer ging om te definiëren wat hij verstaat onder konsultatie, maar deze slechts nodig had om de doelstelling van de evaluatiestudie naar de effecten van de methode te kunnen formuleren. Een maatstaf voor succes van de konsultatie-inspanning is dan vrij eenvoudig te definiëren (Singh, 1967): 'Een succesvolle konsultatielatie moet leiden tot een vergroting van de effectiviteit van de konsultvrager, wat zich zal dienen te uiten in het beter worden van zijn cliënten'. Deze onderzoeker formuleerde vervolgens een aantal criteria waaraan dat beter worden van de cliënten (leerlingen van een lagere school) kon worden afgemeten. Voor de gebruikte konsultatiemethodiek verwijst deze auteur naar het werk van Caplan.

Bindman (1959) heeft behoefte aan een uitgebreide formulering. Hij spreekt van konsultatie als een interaktioneel proces of een intermenselijke verhouding tussen twee professionals, de konsulent en de konsultvrager, waarbij de eerste de tweede poogt bij te staan bij het oplossen van een psychohygiënisch aspekt* aan een probleem van een cliënt of cliënten, binnen het kader van het normale professionele funktioneren van de hulpvrager. Tijdens het konsultatieproces worden kennis, vaardigheden en houdingen overgedragen op de konsultvrager. Dit proces is afhankelijk van de graad van emotionele en intellektuele betrokkenheid van konsulent en konsultvrager. Bindman meent evenals Caplan, dat er een belangrijk edukatief aspekt aan de konsultatie zit: via de konsultatie kan de konsultvrager leren in de toekomst vergelijkbare gevallen effectiever te behandelen.

De opvattingen van Caplan en Bindman zijn dus vrijwel identiek. Haylett en Rapoport (1964) spreken bij het definiëren van wat konsultatie is, ook over een proces van interactie tussen een konsulent, die een beroepskracht is op het terrein van de psycho-

* In de Engelse tekst staat 'a mental health problem'.

hygiëne en één of meer konsultvragers, met het doel hen bewust te maken van de psychohygiënische aspecten aan hun werk en hen te helpen er in hun werk rekening mee te houden.

Ook zij refereren aan een interactie tussen konsulent en een konsultvrager met het doel de werkprestatie te verbeteren, zonder dat zij echter in de definitie behoefte hebben aan het nader beschrijven van de rolverhoudingen.

Rhodes (1960) bezigt een heel ander taalgebruik uitgaande van een andere konseptie. Hij spreekt van konsultatie als psychologische veranderingstechniek toegepast op een probleemsituatie door middel van een interpersoonlijke kommunikatie tussen enerzijds een individu of een groep personen, die beschikken over gespecialiseerde kennis, vaardigheden of inzichten in het probleemgebied, en anderzijds een individu of groep met bevoegdheid en verantwoordelijkheid voor actie in het probleemgebied. In Rhodes' konseptie hoopt de konsulent als een psychologische 'change agent' menselijk gedrag te beïnvloeden, zoals een verandering in zienswijze of bewustmaking van een werkprobleem. De konsultatie is een proces dat zich beperkt tot de professionele rol, of het werk dat de konsultvrager problemen geeft. Indien het konsultatieproces wordt uitgebreid tot andere rollen van de konsultvrager, dan is het niet langer konsultatie in de beperkte zin van Caplan.

In de definitie van Rhodes vinden we de term agogisch organisatie-adviseur ('change agent') terug, een term die in de Verenigde Staten vaak gebruikt wordt om de professionele rol aan te duiden van degenen die proberen veranderingen in het functioneren van organisaties aan te brengen door de tussenmenselijke verhoudingen te veranderen (Bennis e.a. 1969).

Evenals bij Caplan vinden we bij Rhodes een behoefte aan strikte afspraken over de wederzijdse rollen van de konsulent en de konsultvrager, met het doel de omvang van de bemoeiingen te beperken.

Ook de volgende aanwijzingen dienen om het veld van actie te omgrenzen:

— de konsultatie is gericht op de probleemsituatie en niet gericht op het intrapsychische gebeuren van de konsulent of de

konsultvrager, noch op de interpersoonlijke relatie tussen de konsulent en de konsultvrager;

— de konsultatie is een op de inhoud gericht proces: de konsultatie berust op de uitgebreide kennis en ervaring van de konsulent op dit speciale terrein.

Volgen we de ontwikkelingen in het denken van Caplan over konsultatie in de jaren vijftig en zestig, dan blijkt hij als psychiater uitgebreid studie gemaakt te hebben van de konsepten ontwikkeld door beoefenaren van de toegepaste gedragswetenschappen, speciaal degenen die zich bezig hielden met de praktische toepassingen van roltheorieën en veranderingstheorieën: om slechts enkelen te noemen: Beckhard, Bennis, Ferguson, Gibb, Klein, Lippitt, McGregor. Deze laatsten, die zich bezig hielden met de rol die de deskundige adviseur kan vervullen bij het tot stand brengen van gewenste veranderingen in het gedrag van managers in organisaties, ontwikkelden vanuit andere referentiekaders dan die van de psychiatrie methodieken en technologieën. Het leek ons daarom goed ook te vermelden wat een vertegenwoordiger uit deze school verstaat onder konsultatie: Lippitt (1959):

— konsultatie is een vrijwillige relatie tussen een professionele helper (konsulent) en een systeem dat hulp nodig heeft, waarbij de konsulent poogt de cliënt te helpen bij het oplossen van een aktueel of potentieel probleem, waarbij de samenwerkingsrelatie door beide partijen gezien wordt als een tijdelijke —.

In deze definitie is het woord cliënt op een andere wijze gebruikt dan tot nu toe in dit hoofdstuk. De konsulent bij Lippitt werkt direkt met een cliëntensysteem, terwijl de konsulent bij Caplan werkt met de konsultvrager die op zijn beurt weer met cliënten werkt.

Bezien we de definitie van Lippitt, dan vallen twee dingen op: Lippitt vindt het nodig twee voorwaarden te omschrijven, die Caplan en zijn school niet belangrijk genoeg achten om deze in hun definitie op te nemen: de vrijwilligheid van de konsultatielatie en het tijdelijk karakter ervan. Lippitt heeft de vrijwilligheid nodig, omdat hij meent dat de konsultvrager slechts geholpen

kan worden als hij voldoende gemotiveerd is om deze konsulent hulp te vragen bij het oplossen van het werkprobleem. Caplan heeft de vrijwilligheid niet zonodig als voorwaarde voor het opbouwen van een konsultatierelatie. Hij meent zelfs dat de eerste zittingen van een konsultatieprojekt niet op basis van vrijwilligheid georganiseerd behoeven te worden. Het doet er niet toe dat een hoofd van een school of een directeur de toekomstige konsultvrager tegen zijn zin opdraagt aan de konsultatiebespreking deel te nemen. Essentieel is volgens Caplan dat de konsulent de gelegenheid krijgt om de eventueel tegenstribbelende potentiële konsultvrager in het gesprek te bewijzen dat hij een vriendelijk man is, die zich interesseert voor het werk van de konsultvrager met diens cliënten en dat de konsulent respectabel en ongevaarlijk is (Caplan, 1970).

Het tijdelijke karakter van het konsultatiewerk is voor de organisatie-adviseur Lippitt, een belangrijk gegeven. Het al of niet ingebed zijn in de organisatie, dus het al of niet onderworpen zijn aan het normen- en waardensysteem van die organisatie is belangrijk. Immers de mate waarin de konsulent gebonden is aan deze waarden en normen bepaalt voor een belangrijk deel in hoeverre de konsulent de tot de probleem bijdragende factoren (b.v. in het waarden- en normenstelsel) herkent en aan de orde kan stellen en eventueel wegnemen.

Volgens Lippitt moet de adviseur dus een buitenstaander zijn, die komt en gaat. Voor de arts Caplan is het tijdelijke karakter van de relatie geen punt van overweging. Een arts immers heeft, ook al behandelt hij alle leden van het gezin, nooit de ambitie lid te worden van het gezin. Hij involveert zich slechts zolang met de zieke gezinsleden als strikt noodzakelijk is en gaat dan weer weg.

Uit Caplan's geschriften over konsultatie blijkt dit: hij spreekt op afgesproken tijden met de konsultvragers, hij onderhoudt zich met hen, ook wel sociaal om 'nabijheid' te kreëren, maar na korte tijd vertrekt hij. Men kan veronderstellen dat Caplan de tijdelijke relatie zó vanzelfsprekend vindt, dat hij het niet nodig vindt dit aspect in de definitie op te nemen.

Wij willen nu bezien wat er in de definities van de verschillende auteurs die zich met de konsultatie in de zin van 'Mental Health Consultation' bezig houden gemeenschappelijk is.

— Allen spreken van een interaktioneel proces tussen twee beroepskrachten. Hiermee wordt bedoeld, dat er geen statisch gedefinieerde relatie bestaat, maar een zich in de tijd ontwikkelende tussenmenselijke verhouding, waarbij de mate waarin de betrokken personen een goede onderlinge relatie hebben ontwikkeld, bepalend is voor het werk dat zij ten behoeve van de cliënt samen kunnen doen. Daarom spreekt men ook van de relatie-opbouw van de konsulent met de konsultvrager en diens organisatie; een aspekt van de konsultatierelatie, waar we in de paragrafen 2.4 en 2.5 van dit hoofdstuk nog op terug zullen komen.

— De auteurs, behalve Singh, hebben behoefte aan duidelijk gedefinieerde rolrelaties tussen konsulent en konsultvrager: beiden zijn beroepskrachten, doch qua opleiding, ervaring en werkterrein niet gelijk. De konsulent is op het terrein van de psychohygiëne meer deskundig dan de konsultvrager.

— Het doel van de konsultatiebesprekingen is het tot oplossing brengen van werkproblemen, waarbij het ekspliciet aan de orde stellen van persoonlijke problemen door de konsultvrager wordt uitgesloten. Speciaal werkproblemen waarbij psychohygiëne in het geding is en waardoor het beroepsmatig functioneren van de konsultvrager belemmerd wordt, zijn legitiem onderwerp van bespreking.

— Naast een onmiddellijke doelstelling gericht op het tot oplossing brengen van een werkprobleem van de konsultvrager zijn er doelstellingen op lange termijn, gericht op de individuele beroepskracht en op de gemeenschap ten behoeve waarvan deze laatste werkzaam is. Via de konsultatie hoopt de konsulent te bereiken dat de deskundigheid van de konsultvrager zodanig toeneemt, dat deze in de toekomst in staat zal zijn zonder hulp soortgelijke werkproblemen zelfstandig tot oplossing te brengen. Via de konsultatie hoopt de konsulent, door beïnvloeding van een groot aantal konsultvragers, de psychohygiëne van de betreffende gemeenschap te bevorderen.

— Caplan c.s. hebben met de naamgeving van de konsultatiemethode — Mental Health Consultation — willen aangeven dat zij zich primair op het aspekt van de psychohygiëne in het funktioneren van beroepsbeoefenaren willen richten. Hiermee hebben zij een onderscheiding willen aanbrengen ten opzichte van de doelstellingen van b.v. de organisatiekonsulenten, die zich primair richten op het optimaal laten funktioneren van de organisatie.

— Niet in de definitie van de meeste auteurs opgenomen, maar impliciet aangenomen is de tijdelijkheid van de konsultatiere relatie.

— Verschil van mening, voor zover de auteurs dit aspekt behandelen, heerst er over de vrijwilligheid van de konsultatiere relatie.

Caplan acht deze vrijwilligheid niet zonder meer noodzakelijk, in tegenstelling tot de organisatie-adviseur Lippitt. Het verschil is wellicht aan te geven door te stellen dat Caplan vindt dat het voldoende is als de konsultvragers gemotiveerd raken, terwijl Lippitt vindt dat de konsultvragers gemotiveerd moeten zijn.

Wagen we ons nu aan een definitie van de konsultatiemethode:

— *de in dit boek beschreven konsultatie is een interaktioneel proces, waarbij er een tijdelijke ekspliciet gedefinieerde rolverhouding bestaat tussen twee beroepskrachten, die niet afkomstig zijn uit hetzelfde arbeidsterrein en waarbij de een, de konsulent, door de ander, de konsultvrager, deskundig en in staat geacht wordt hem te helpen bij het oplossen van een onopgelost werkprobleem, waarbij psychohygiënische aspekten in het geding zijn. Daarbij hoopt de konsulent dat de konsultvrager in de toekomst soortgelijke werkproblemen zelf zal kunnen herkennen en oplossen.* —

2.3 Konsultatietypen

2.3.1 Inleiding

In de praktijk van het konsuleren blijken de activiteiten van de konsulent vrij sterk te variëren in termen van direkte doelstellin-

gen, functies* en rollen.** Er zijn verschillende pogingen ondernomen om de konsulentenactiviteiten naar deze gezichtspunten te ordenen. Dit levert echter problemen op, daar het dynamisch karakter van de konsultatierelatie en de oorzaak van is dat er een vrij frekwente wisseling is in de aspecten waaraan speciale aandacht besteed wordt. Dit betekent dat er tegelijkertijd aan een aantal relationele aspecten tussen de konsulent en de konsultvrager en aan een inhoudelijk probleem van de konsultvrager gewerkt wordt.

Het is mogelijk om een ordening in dit gebeuren aan te brengen door b.v. precies te beschrijven wat er op een bepaald moment gebeurt. Dit is te vergelijken met het nauwkeurig beschrijven van een filmbeeld, genomen uit een serie filmbeelden die met elkaar in een bepaalde volgorde en met een bepaalde snelheid afgedraaid een bewegend beeld van de werkelijkheid imiteren.

Een bezwaar van deze statische wijze van beschrijven en klassificeren is het ontbreken van een belangrijk gegeven: de relatie tot wat voorafging en wat komen gaat.

Het is ook mogelijk het konsultatieproces te karakteriseren door uit het gehele gebeuren het meest representatieve of de meest voorkomende soort activiteit te selekteren. Als b.v. de konsulent nog maar kort werkzaam is ten behoeve van de organisatie waarin de konsultvrager werkzaam is, dan zal de konsulent er behoefte aan hebben zo goed mogelijk geïnformeerd te raken over de opvattingen die er heersen in deze organisatie ten aanzien van het werk, ten aanzien van de werkprocedures, de onderlinge verhoudingen etc. Men kan het konsultatieproces op dat moment dan klassificeren als 'inwerken': de activiteiten van de konsulent zijn erop gericht de organisatie en de konsultvrager(s) te leren

* *Functies* zijn 'de objectief waarneembare gevolgen van een sociaal-kultureel verschijnsel, voorzover dat een of andere betekenis heeft ten aanzien van alle sociale eenheden, wijdere en kleinere, waarmee het relaties heeft' (Goddijn 1961).

** Onder rol verstaan we het geheel van normen en verwachtingen, dat men koestert jegens personen in een bepaalde positie (Van Doorn en Lammers 1959).

kennen en zich vertrouwd te maken met de specifieke mogelijkheden en beperkingen.

Klassifikatie is nodig, hoe moeilijk het ook is om criteria hiervoor te ontwikkelen, die de werkelijkheid van het konsultatieproces niet al te veel geweld aandoen. Immers slechts door klassificering kunnen de konsultatie-ervaringen van de verschillende konsulenten met elkaar vergeleken en bestudeerd worden.

Haylett en Rapoport (1964) hebben een poging gedaan enkele criteria te ontwikkelen, op basis waarvan een indeling mogelijk is.

Zij onderscheiden de volgende criteria:

a — de gebruikte methode: gebruikt de konsulent de individuele relatie met één konsultvrager als methode om zijn doel te bereiken, of geeft hij er de voorkeur aan te werken met een groep konsultvragers;

b — de aard van de vraagstukken, die de konsultvrager ter bespreking in de konsultatierelatie aanbiedt, bijv. opvoedingsmoeilijkheden/moeilijkheden tussen ouders en kinderen;

c — het probleemgebied waar de konsulent zijn aandacht op richt; als voorbeelden hiervan geven zij:

de problemen die de cliënt heeft, de problemen die de konsultvrager heeft bij de behandeling van zijn cliënt, of de problemen die de konsultvrager heeft met de werkprocedures of het beleid van zijn eigen instituut en die zijn werk ten behoeve van de cliënt belemmeren.

In de rest van deze paragraaf zullen wij nader ingaan op de criteria a en c van Haylett en Rapoport, omdat zij ons een goede gelegenheid bieden enkele methodische vraagstukken aan de orde te stellen.

2.3.2 Individuele of groepsmethoden

Bestaat er globale overeenstemming over de doelstellingen van de konsultatie, er heerst bepaald geen overeenstemming over de methoden of de technieken. De eigen opvattingen en mogelijkheden van de konsulent en de situaties waarmee hij vertrouwd is bepalen nogal eens of men individuele methoden of groepsmethoden kiest.

Toch zijn er een aantal voor- en nadelen van de individuele en de groepsmethoden beschreven.

Sommigen menen dat de konsulent zijn schaarse tijd en energie verspilt als hij zich met individuele konsultatie bezig houdt. Daarom kiezen zij om economische redenen vóór de groepsmethode van konsultatie (Knight Aldridge, persoonlijke mededeling, 1968).

Anderen geven de voorkeur aan individuele konsultatie, omdat de groepssituatie technische problemen geeft. Met name het feit dat de konsulent, hoe geschoold hij ook mag zijn in het hanteren van groepsdynamische processen, de inhoud van de discussies minder onder controle heeft dan in een individueel gesprek, wordt gezien als een groot bezwaar. Vooral als de groepsleden psychologisch enigszins geschoold zijn, kan het voorkomen dat iemand in de groep het afweermecanisme van een medegroeps-lid-konsultvrager herkent. Dit kan ertoe leiden dat een groeps-lid een interpretatie geeft, door b.v. te zeggen: je praat zo geëmotioneerd over de reacties van dit meisje ten aanzien van haar moeder, dat ik vermoed dat je een soortgelijk probleem hebt gehad met je eigen moeder (Caplan, 1970).

Caplan ziet behalve nadelen ook voordelen in de groepsmethode naast de reeds genoemde economische: hij ziet als voordeel de emotionele steun, die de konsultvragers elkaar in een groep kunnen geven.

Om het bezwaar van aberraties in psychotherapeutische richting enigszins te beperken heeft Caplan bij het gebruik van de groepskonsultatiemethode de gewoonte ontwikkeld om tevoren met de groepsleden nauwkeurig de grondregels voor de konsultatiezittingen te bespreken.

De konsulent begint zo'n groepsbijeenkomst met uiteen te zetten wat het verschil is tussen groepspsychotherapie en groepskonsultatie en maakt met hen de bindende afspraak om de grenzen van het privé-leven te respekteren. De konsulent stelt dit laatste als essentiële voorwaarde voor zijn bereidheid om deze groep als konsulent te begeleiden. Maar dan nog blijkt het moeilijk in de praktijk. Caplan ziet wel enkele indicaties voor groepszittingen, b.v. wanneer de konsultvragers uit een bepaalde organisatie blij-

ken met hetzelfde, hun werkbelemmerende probleem te worstelen, als er b.v. werkprocedures blijken te bestaan, die het de konsultvrager onmogelijk maken de juiste hulp te geven aan zijn cliënt.

Mayo en Klein (1964) sommen nog een aantal situaties op, waarbij het voordelen heeft van groepskonsultatiemethoden gebruik te maken.

Zij menen dat het bespreken door de groepsleden van gemeenschappelijke professionele problemen de steun en verheldering die de konsulent kan geven, maksimaliseert en de overdrachts-effecten vermindert. Zij zien ook voordelen van de groepsmethode als onderwijs een belangrijke doelstelling van de konsulent is. Mayo en Klein geven ook de voorkeur aan groepskonsultatie als er binnen de organisatie van de konsultvragers een zekere mate van arbeidsverdeling bestaat ten aanzien van professionele achtergronden of ten aanzien van bepaalde soorten patienten. Groepskonsultatie kan dan worden gebruikt om het gevoel van alleen staan te verminderen. Het opheffen van het gevoel van isolement zien zij als een belangrijk groepsdoel voor beroepsbeoefenaren, die gewoonlijk vanuit nogal geïsoleerde en zelfs elkaar bekonkurerende posities opereren, zoals b.v. geestelijken, huisartsen en vrij gevestigde advocaten. De groepskonsultatie kan dan soms helpen interprofessionele steun op te bouwen, die tevoren niet bestond. Van sociaal-psychologische zijde worden ook argumenten aangebracht om op bepaalde, duidelijk omschreven indicaties groepsmethoden te gebruiken.

Het zijn Lewin (1947) en zijn medewerkers geweest, die als eersten de grote mogelijkheden van de groep als vehiculum hebben herkend om veranderingen in individuen en sociale systemen tot stand te brengen. Een van die sociaal-psychologische uitgangspunten is dat gedragswijzen, opvattingen e.d. niet alleen in groepen worden gevormd, maar ook door voor het individu relevante groepen worden ondersteund. Gaat men hier vanuit, dan heeft dit tot konsekwentie dat als b.v. een konsulent wil proberen de opvattingen, normen en waarden van het individu te wijzigen, bovenal konsultvragers groepsrelaties erbij moeten worden betrokken. Immers in die groepsrelaties liggen zijn opvattingen als

het ware verankerd. Dit inzicht heeft konsekwenties voor de praktijk van het consulteren, omdat het op individueel niveau veranderen een heroriëntatie op de voor de persoon relevante groepen kan inhouden (v. d. Vegt, 1969).

Als deze sociaal-psychologische gedachtengang juist is, dan heeft dit konsekwenties voor de consultatie als methode: immers als de konsulent zijn doelstelling bereikt in het individuele consultatiegesprek, dan zal de consultvrager veranderen, ten aanzien van zijn cliënt, maar wellicht ook ten aanzien van zijn collega's uit de eigen werkorganisatie, zijn hiërarchie, of zijn collega's uit zijn beroepsvereniging, etc. Dit betekent dan dat de konsulent de consultvrager tot heroriëntatie kan brengen met de voor hem relevante groepen of individuen, met als mogelijkheid dat de konsulent een konflikt creëert tussen de consultvrager en zijn bedrijfsgenoten, zijn chef of zijn collega's.

Volgens deze sociaal-psychologische gedachtengang zal dit konflikt slechts opgelost kunnen worden door de voor dat probleem relevante personen in een groep samen te brengen. Aangezien de konsulent een relevant persoon is (hij is immers de direkte aanleiding tot het ontstaan van het konflikt) dient de konsulent aan deze bespreking deel te nemen: de groepsconsultatie is een feit.

Uit het voorgaande kan men konkluderen dat er aan de individuele en aan de groepsmethoden zowel voor- als nadelen zijn verbonden. Men zou o.a. op grond van sociaal-psychologische inzichten en ervaringen kunnen stellen dat men, zij het onder bepaalde voorwaarden, de consultatiedoelstellingen zou kunnen realiseren uitsluitend met de groepsmethode. Maar men dient anderzijds niet uit het oog te verliezen dat de individuele consultatiemethode zodanige voordelen biedt, dat er indikaties voor bestaan. Deze individuele methode heeft echter voor de consultvrager vaak konsekwenties, die het gebruiken van groepsmethoden daarnaast onvermijdelijk maken. De in hoofdstuk 3 beschreven ervaringen blijken deze zienswijze te ondersteunen.

2.3.3 Het probleemgebied waar de konsulent zijn aandacht op richt

De voorbeelden die Haylett en Rapoport van dit criterium als basis voor klassifikatie geven — de problemen die de cliënt heeft, de problemen die de konsultvrager heeft bij de behandeling van zijn cliënt en het probleem dat de konsultvrager heeft met de werkprocedures of het beleid van zijn eigen instituut en zijn werk ten behoeve van de cliënt belemmeren — tonen grote gelijkenis met de klassifikatie van Caplan (1964 en 1970). De laatste onderscheidt vier typen konsultatie, die ieder hun eigen technische eisen stellen aan de deskundigheid van de konsulent. Deze vier typen konsultatie zijn bekend geworden onder de namen:

- 1 de op de cliënt gerichte gevalsbespreking,
- 2 de op het functioneren van de dienstverlenende organisatie gerichte bespreking,
- 3 de op de konsultvrager gerichte gevalsbespreking,
- 4 de op het functioneren van de konsultvrager(s) in zijn/hun dienstverlenende organisatie gerichte bespreking.*

2.3.3.1 De op de cliënt gerichte gevalsbespreking

Bij deze vorm van konsultatie is de konsulent er vooral op gericht om de konsultvrager te helpen bij een probleem dat deze heeft met een cliënt uit zijn werksituatie.

De konsulent helpt doordat hij zijn ervaring en deskundigheid beschikbaar stelt voor het analyseren van het probleem van de cliënt en doordat hij een aanbeveling geeft hoe de konsultvrager in dit geval het beste kan handelen. Het primaire doel voor de konsulent is aan de konsultvrager over te brengen hoe de cliënt geholpen kan worden. Een bijkomende doelstelling is dat de konsultvrager van zijn ervaring met deze cliënt wellicht gebruik maakt om zijn kennis en vaardigheden te vergroten, zodat hij in

* In de oorspronkelijke tekst van Caplan staat:

- 1) client centered case consultation
- 2) program centered administrative consultation
- 3) consultee centered case consultation
- 4) consultee centered administrative consultation

de toekomst beter in staat zal zijn gelijksoortige problemen met identieke cliënten zelfstandig tot oplossing te brengen.

Dit type konsultatie lijkt dus bijzonder veel op het konsuleren in de medische wereld: b.v. als een huisarts vraagt om de visie op diagnose en behandeling van een internist, als de patient een interne ziekte heeft en de huisarts zich niet voldoende kompetent acht om de ziekte zelf te behandelen.

Het onderwerp van discussie tussen de konsulent en de konsultvrager bij dit type van konsultatie is een probleem, waaraan aspecten zitten van psychisch welzijn.

In dit geval spreekt de konsulent ook met de cliënt zelf, onderzoekt hem, stelt een diagnose en schrijft een rapport met aanbevelingen voor de behandeling.

De konsultvrager tracht de aanbevelingen in te passen in de mogelijkheden van de situatie en onderneemt actie.

2.3.3.2 De op het funktionieren van de organisatie gerichte bespreking

Het werkprobleem dat in deze vorm van konsultatiebespreking tussen één of meer konsultvragers en de konsulent wordt besproken, ligt op het terrein van de planning en het funktionieren van een dienstverlenende organisatie of de wijze waarop een bestaande zorg kan worden verbeterd.

De konsulent helpt hier door zijn kennis van het funktionieren van organisaties en sociale systemen en door zijn deskundigheid en ervaring op het terrein van de geestelijke volksgezondheid toe te passen bij het analyseren van gegevens betrekking hebbende op de ter discussie staande kwestie. Op basis hiervan doet de konsulent voorstellen voor oplossingen op korte en lange termijn. Evenals bij type 1 is het primaire doel van de konsulent het ontwikkelen van een actieplan en hij hoopt dat de konsultvragers wat zullen leren van zijn wijze van probleemanalyse en planning. Dit type konsultatie heeft meestal plaats op een ad hoc basis en men verwacht van de konsulent dat hij zijn rapport, na een redelijk korte studietijd, schriftelijk uitbrengt.

Er is vrij veel overeenkomst tussen deze vorm van konsultatie

en de op de cliënt gerichte gevalsbespreking, met dit verschil, dat de konsulent zich met de problemen van een organisatie bezig houdt, in plaats van met een cliënt. Hij biedt een plan aan, dat tot bepaalde veranderingen in de organisatie moet leiden in plaats van een behandelingsplan voor de cliënt.

In beide gevallen is de konsulent persoonlijk verantwoordelijk voor een nauwkeurig onderzoek en een behandelingsplan met eventuele alternatieven, die uitgevoerd kunnen worden door de konsultvragers.

2.3.3.3 De op de konsultvrager gerichte gevalsbespreking

2.3.3.3.1 Doelstellingen

Ook hier is het werkprobleem dat de konsultvrager ervaart in de relatie tot zijn cliënt de reden waarom hij de hulp inroept van de konsulent.

Bij dit type konsultatie echter is het de konsulent er voornamelijk om te doen te begrijpen wat er met de konsultvrager gaande is, waardoor deze laatste niet in staat is dit geval tot een oplossing te brengen. De konsulent probeert nadat hij een inzicht heeft gekregen in de moeilijkheden die de konsultvrager ervaart, al pratende over de cliënt met de konsultvrager, zodanig te werken, dat deze weer kan gaan functioneren in zijn relatie tot de cliënt. De konsulent moet zich bij deze vorm van konsultatie realiseren dat de percepties en de inzichten van de konsultvrager, b.v. door zijn abnormale emotionele betrokkenheid, waarschijnlijk verstoord zijn en dat het dus onwaarschijnlijk is dat de konsulent tot een juiste beoordeling van de cliënt komt, omdat hem slechts de, door de konsultvrager gekleurde, gegevens ter beschikking staan. In dit geval is dit echter niet van belang, daar het er niet om gaat tot een zo goed mogelijke beoordeling van de cliënt te komen. De subjectieve gegevens van de konsultvrager en het weglaten van bepaalde informatie over de cliënt vormen het basismateriaal voor de konsulent.

Caplan onderscheidt vier soorten problemen die de konsultvrager in zijn werk met de cliënt sterk kunnen belemmeren:

1 — een gebrek aan kennis en inzicht over het probleem waar de cliënt mee komt;

- 2 — een gebrek aan vaardigheid om van kennis en inzichten omtrent de problemen van de cliënt gebruik te maken;
- 3 — een gebrek aan zelfvertrouwen, waardoor de konsultvrager onzeker is over het toepassen van zijn kennis en vaardigheden;
- 4 — een gebrek aan professionele objectiviteit en distantie als gevolg van het interfereren van subjectieve emotionele belevingen met het vermogen van de konsultvrager om waar te nemen en te plannen.

De konsulent zal de konsultvrager proberen te helpen met het vergroten van zijn kennis of inzicht. Hij kan hem steun geven en hem helpen zijn zelfvertrouwen te vergroten en in het vierde geval kan hij de konsultvrager bijstaan om zijn professionele objectiviteit op te bouwen, waardoor het nadelige subjectieve waarnemen en beoordelen van de situatie van de cliënt zal verminderen. De konsulent hoopt dat de konsultvrager van deze konsultatie-ervaring zal leren, waardoor zijn werkprestatie met toekomstige soortgelijke cliënten ongestoord zal blijven.

Het doel van dit type konsultatie is dus eveneens edukatief, waarbij de problemen met de huidige cliënt als hefboom en als leermogelijkheid worden gebruikt.

Aangezien het eksperimentele projekt, zoals beschreven in de hoofdstukken 3 en 4 werd opgezet om de methodiek van de — op de konsultvrager gerichte gevalsbespreking — te eksploreren, lijkt het ons zin te hebben om nog wat nader in te gaan op wat de verschillende auteurs beschrijven als moeilijkheden die ten grondslag liggen aan het minder goed professionele functioneren van de konsultvragers, waarbij we vooral zullen ingaan op de meest interessante categorie: het gebrek aan professionele distantie.

2.3.3.3.2 Kwesties die ten grondslag liggen aan het niet goed functioneren van de konsultvragers

Gebrek aan kennis — Een van de oorzaken waardoor een konsultvrager niet goed funktioneert in zijn professionele relatie kan zijn een gebrek aan kennis omtrent de psychosociale factoren, die werkzaam zijn in een bepaalde situatie. Ook kan het zijn dat de konsultvrager de relevantie van de theoretische concepten die

hij tijdens zijn opleiding heeft geleerd niet inziets voor de problemen van deze cliënt. Of men heeft de concepten tijdens de opleiding wel bestudeerd, maar men weet niet hoe er in de praktijk mee te werken. Of er is te weinig nascholing gedaan, zodat men niet goed op de hoogte is.

Indien een konsulent bemerkt dat er kennishiaten zijn, kan hij deze zelf of door anderen laten opvullen. Eigenlijk zou het in een goed geleide dienstverlenende organisatie niet voor mogen komen dat bij de op het functioneren van de konsultvrager gerichte gevalsbespreking blijkt, dat gebrek aan kennis de oorzaak van het slechte functioneren is. Slechts bij hoge uitzondering dient dit voor te komen. Komt het vaker voor dan zou bekeken moeten worden waarom de betreffende konsultvragers in kennis te kort schieten. Een serie groepsbesprekingen met een educatieve doelstelling kan dan b.v. in vrij korte tijd de konsultvragers weer up to date brengen. Dit neemt dan diegenen de wind uit de zeilen, die vinden dat de individuele konsultatiemethode oneconomisch is. Dit zou inderdaad het geval zijn als de konsulent ertoe zou overgaan de kennis van de konsultvragers individueel op peil te brengen.

Gebrek aan vaardigheden — Soms bemerkt de konsulent dat de konsultvrager te kort schiet in vaardigheden om het probleem op te lossen, of te kort schiet bij het invoeren van assistentie voor psychologische complicaties bij de behandeling van zijn cliënt. De konsulent zal dan trachten de konsultvrager de noodzakelijke methoden en technieken aan te leren. Het is echter een probleem dat de methoden en technieken zo sterk bepaald zijn door de verschillende professionele subkulturen, waardoor de konsulent het risico loopt dat hij de konsultvrager gedrag leert, dat niet geaccepteerd is binnen diens subcultuur. De konsulent kan dit vermijden door een reeks van alternatieve gedragingen of handelingen aan te bieden, waarbij de konsultvrager zelf kan kiezen wat acceptabel is voor zijn eigen subcultuur.

De functie die de konsulent in deze gevallen vervult lijkt in veel opzichten op die van de supervisor uit de opleidingssituatie. Dit hoeft niet problematisch te zijn als er in de organisatie van de

konsultvrager geen supervisor werkzaam is. Is dit wel het geval dan kan deze supervisor zich bedreigd gaan voelen door de konsulent en kan competitie ontstaan tussen deze supervisor en de konsulent. Caplan (1970) adviseert in zulke gevallen de supervisor te vragen aan de konsultatiegesprekken deel te nemen. Ook adviseert Caplan de konsultvrager wel om voor deze vaardigheidstraining, die zich veelal over een vrij lange periode zal dienen uit te strekken, de hulp van een deskundige in te roepen, b.v. voor het organiseren van een cursus.

Gebrek aan zelfvertrouwen — Dit soort moeilijkheden van de konsultvrager is meestal vrij eenvoudig te herkennen. Het functioneren van de konsultvrager wordt vrij onspecifiek gehinderd door een ziekte, door vermoeidheid of door een gebrek aan vertrouwen, samenhangend met gebrek aan ervaring of aan jonge leeftijd.

In deze gevallen geeft de konsulent emotionele steun aan de konsultvrager. Blijkt echter dat in een bepaalde organisatie velen geen zelfvertrouwen hebben, dan kan de oorzaak in de organisatie liggen, b.v. geen of te weinig begeleiding. Zijn er in de organisatie geen mogelijkheden om dit te veranderen, dan kan het zin hebben een aantal groepszittingen te organiseren, waardoor de konsultvragers de gelegenheid krijgen hun zelfvertrouwen en identiteit aan elkaar op te bouwen, onder het motto 'we zitten in dezelfde boot en we moeten varen'.

Gebrek aan objectiviteit — In een goed georganiseerde en geleide organisatie of bureau met een goed personeels- en opleidingsbeleid is deze categorie moeilijkheden het vaakst de oorzaak voor het niet goed functioneren van de konsultvragers. De moeilijkheden van de konsultvrager met zijn cliënt worden dan veroorzaakt door een onjuiste beoordeling, gebaseerd op een gebrek aan professionele objectiviteit en een vermindering van de normale professionele distantie. In deze gevallen raakt de konsultvrager zelf emotioneel te nauw betrokken bij een of meer figuren, die een belangrijke rol spelen in de probleemsituatie waarin de cliënt verkeert. Hierdoor kan de konsultvrager niet op zijn nor-

male niveau functioneren. Een andere wijze van stellen is dat een eigen emotioneel probleem of ervaring gaat inwerken op het functioneren in de professionele rol, de waarneming en beoordeling vertroebelt, zodat de konsultvrager in het onderhavige geval zich minder effectief gedraagt dan gewoonlijk en dus niet in staat is gebruik te maken van de bij hem aanwezige kennis en vaardigheden. Op het moment dat de konsultvrager naar de konsultatiebespreking komt voelt hij zich gefrustreerd door de impasse waarin het geval verkeert, of heeft hij een gevoel van falen in de professionele rol met vermindering van het gevoel van eigenwaarde.

Bij dit type konsultatie worden de hoogste eisen aan de onderlinge relatie tussen de konsulent en de konsultvrager gesteld. Immers juist in deze omstandigheden is de ongelijkheid tussen de konsultvrager en de konsulent groot. De konsultvrager is gespannen en gefrustreerd door zijn falen en heeft een gering gevoel van eigenwaarde tegenover de konsulent, die in het ideale geval ontspannen de konsultatiesituatie beheerst, met controle over zijn persoonlijke levenssituatie in de verhouding tot zijn professionele rol.

Het doel van de konsultatie is dan om de konsultvrager te helpen om zonder zijn gezicht te verliezen zijn professionele houding en objectiviteit terug te krijgen. Volgens Caplan is er een groot aantal mogelijke oorzaken voor het gebrek aan professionele objectiviteit. In zijn laatste publikaties (1970) onderscheidt hij vijf hoofdoorzaken voor het gebrek aan professionele objectiviteit.

- directe persoonlijke betrokkenheid,
- identifikatie,
- overdracht,
- afwijkingen in de persoonlijkheidsstructuur,
- thema-interferentie.

Directe persoonlijke betrokkenheid — Het gebrek aan professionele objectiviteit wordt veroorzaakt doordat de konsultvrager buiten zijn professionele rolverhouding met de cliënt treedt en deze vervangt door een min of meer directe persoonlijke relatie. Voorbeelden hiervan zijn de onderwijzeres die een moederrol

opbouwt met één van de leerlingen, of de arts die verliefd wordt op een van zijn patienten. Soms is de professionele werker zich bewust van de afwijking van de professionele rol, soms is deze werker zich niet bewust van wat er aan de hand is. Soms realiseert hij zich niet hoe persoonlijk hij betrokken is geraakt. Wellicht onderdrukt of ontkent hij dit bewustzijn vanwege ermee samenhangende schaamte of schuldgevoelens. Zulke gevallen komen vrij vaak naar de konsultatiebesprekingen en zijn een normaal verschijnsel in supervisie en andere professionele opleidingssituaties, waar degenen in opleiding geleerd moet worden met deze persoonlijke gevoelens om te gaan en een professionele identiteit te ontwikkelen. Dit wordt veelal tot stand gebracht door de jongere leerling een leermeester te verschaffen, die als rolmodel kan optreden.

Nadat de konsulent de direkte persoonlijke betrokkenheid met de cliënt onderkend heeft, zal hij proberen om de konsultvrager zodanig te beïnvloeden, dat deze ertoe komt de bevrediging van de persoonlijke behoefte te vervangen door het bereiken van een professionele doelstelling.

De konsulent kan dit bereiken zonder dat de konsultvrager zijn gezicht verliest, b.v. door met de konsultvrager te praten over de problemen van de cliënt, die een grote gelijkenis vertonen met die van de konsultvrager. De konsulent kan spreken over het konflikt dat de cliënt heeft tussen het direkt persoonlijke satisfaktie krijgen van de konsultvrager versus het krijgen van hulp van de konsultvrager bij het oplossen van problemen, zodat de cliënt in zijn dagelijkse leven zijn persoonlijke behoeften kan bevredigen.

Identifikatie — Het is niet ongewoon dat een konsultvrager in moeilijkheden komt als identifikatie in de plaats komt van empathie met de cliënt, of met een belangrijke andere persoon uit de levenssituatie van de cliënt. Deze identifikatie kan deel zijn van een meer algemene overdrachtsreaktie, bij welke laatste de konsultvrager een aspekt van zijn eigen leven herkent en herbeleeft in dat wat er rondom de cliënt plaats vindt. Deze overdrachtsreaktie wordt in de volgende paragraaf behandeld.

Meestal is het voor de konsulent niet al te moeilijk deze identifikatie te onderkennen, omdat er nogal eens evidente gelijkheid bestaat tussen het objekt waarmee de konsultvrager zich identificeert en de konsultvrager. Dit kan zijn een overeenkomst in leeftijd, sekse, ethnische groepering of beroep. Ook kan er een duidelijke overeenkomst in omstandigheden of lichaamsbouw aanwezig zijn, zoals een spraakgebrek of zwaarlijvigheid, pas gehuwd zijn of net geopereerd zijn. Op identifikatie kan de konsulent ook attent gemaakt worden door de wijze waarop de konsultvrager de betreffende cliënt beschrijft:

meestal in positieve en sympathieke termen, terwijl een veroorzakende instelling bestaat tegenover andere betrokkenen in het konflikt van de cliënt, die meestal vrij stereotiep worden aangeduid.

Volgens Caplan probeert de konsulent in deze situatie een rolmodel te ontwikkelen, waarmee de konsultvrager zich kan identificeren. De konsulent kan de konsultvrager er op deze wijze wellicht toe brengen alle relevante personen in het konflikt van de cliënt op dezelfde wijze te benaderen en partij kiezen te vermijden.

Overdracht — Zowel identifikatie als overdracht zijn begrippen die gehanteerd worden door psychotherapeuten, die daarmee fenomenen beschrijven, die regelmatig voorkomen in de relatie tussen therapeut en patient. Deze fenomenen zijn gebonden aan intensieve menselijke relaties, en komen dus ook buiten de strikt gestructureerde rolrelatie van de psychotherapie voor. Het verbaast daarom niet dat Caplan het fenomeen 'overdracht' herhaaldelijk ziet optreden in de relatie konsultvrager-clieënt en dat dit fenomeen er nogal eens de oorzaak van is dat de konsultvrager niet kan funktioneren op zijn normale professionele niveau.

Onder overdracht wordt hier verstaan het verschijnsel dat iemand gevoelens, houdingen en fantasieën ten aanzien van sleutelfiguren uit het verleden overdraagt op personen in het heden tot wie hij zich relateert, b.v. de psychotherapeut, maar ook kollega's, chefs of cliënten waarmee hij langdurige kontakten onderhoudt. Om misverstanden te voorkomen: het overdrachtsbegrip is niet

een door psychoanalytici uitgedacht verschijnsel. De psychoanalytici hebben het verschijnsel herkend en er een naam aan gegeven. Overdracht is echter een universeel verschijnsel, dat in vrijwel elke menselijke relatie onbewust en spontaan optreedt. Het betreft een heel gamma van menselijke emoties, zowel liefde als haat, wantrouwen als vertrouwen, vrees, rivaliteit, jaloezie, etc. In de konsultatie wordt de konsulent nogal eens gekonfronteerd met het feit dat de konsultvrager moeilijkheden ervaart in de relatie tot de cliënt, omdat de konsultvrager een vast gedragspatroon, gebonden aan een bepaalde rol en afkomstig van zijn eigen ervaringen of fantasieën uit het verleden, dwingend oplegt aan zijn cliënt. Dit leidt tot een gefixeerde set van houdingen, stereotiepe percepties en verwachtingen en vaststaande oordelen en meningen van de kant van de konsultvrager ten aanzien van belangrijke personen in de levenssituatie van de cliënt en het blokkeert een objektieve, op de huidige realiteit gebaseerde beoordeling van de werkelijke van invloed zijnde aspecten van de zaak. De konsultvrager kan in deze situatie de mogelijkheid grijpen, weliswaar onbewust, om zijn eigen fantasieën uit te leven via deze cliënt in plaats van een plan te maken en de consequenties te doordenken: dus van rationele professionele aktie, gebaseerd op een zo reëel mogelijke analyse van de behoeften van de cliënt. Gewoonlijk worden deze verdraaiingen als gevolg van overdracht onder controle gehouden door het voortdurende toetsen aan de werkelijkheid. Bij de meeste beroepskrachten werkzaam op het terrein van de psychohygiëne zijn ze een tijdelijk verschijnsel.

De mate van opleiding en begeleiding bepaalt voor een belangrijk deel de mate waarin het werk van de beroepskracht wordt verstoord door het overdrachtsverschijnsel. Met dit probleem hoewel het vaak anders verwoord wordt, hebben supervisoren en leidinggevendenden vaak te maken. Ze benoemen het verschijnsel vaak in termen van onvolwassenheid, gebrek aan emotionele stabiliteit of afhankelijkheid. Aan deze leidinggevendenden is dan de taak om door steun te verlenen of andere maatregelen de 'schade' zoveel mogelijk te beperken. Het zich steeds herhalende en stereotype karakter van het overdrachtspatroon maakt dat

de betrokken werkers te herkennen zijn voor hun chefs of supervisors. Is er voldoende adekwate supervisie voor de werkers ingebouwd, dan komen deze gevallen niet naar de konsultatiezittingen. Is er geen supervisie beschikbaar in de organisatie, dan komen konsultvragers regelmatig ook met problemen, die door de konsulent geklassificeerd zullen worden als overdrachtsproblemen.

Afwijkingen in de persoonlijkheidsstructuur — Duidelijke verstoringen van de werkprestatie als gevolg van langerdurende psychische ziektebeelden worden in de werksituatie meestal opgevangen en onder controle gehouden door kollega's, supervisors en leidinggevend. Het komt echter nog wel eens voor dat minder uitgesproken stoornissen aan de aandacht ontsnappen van de chefs of supervisors in de organisatie en dat de betrokkenen dan naar de konsultatiezitting komen om hulp te vragen voor een werkprobleem. De konsulent kan dan helpen door met de konsultvrager professionele distantie op te bouwen of sterke gevoelens te verminderen, zoals angst of woede.

Volgens Caplan kan echter het aanleren van de professionele rol en het ontwikkelen van professionele normen en waarden het beste gebeuren in series groepsbijeenkomsten. Tijdens deze groepsbijeenkomsten kan dan emotionele steun gegeven worden en onderlinge overeenstemming over de normen en procedures voor het werk met de cliënten worden ontwikkeld.

Thema-interferentie — De thema-interferentie is volgens Caplan een 'minor transference reaction of a special type', die het professionele functioneren van vrijwel iedereen wel eens bemoeilijkt, onafhankelijk van de mate waarin men psychisch 'gezond' is. Hoe volwassen de beroepskrachten ook zijn, hoe voortreffelijk hun organisaties ook mogen zijn, het is niet ongewoon dat onopgeloste problemen uit het heden of verleden worden ingebracht in de werksituatie, met als gevolg tijdelijke ineffektiviteit en verlies van emotionele stabiliteit. De symptomen van dit proces zijn niet moeilijk te onderscheiden. Een gewoonlijk goed functionerende arts b.v., die vrijwel altijd zijn werk goed doet en even-

wichtig is, raakt plotseling door iets in zijn werk geëmotioneerd en raakt erdoor uit zijn evenwicht. Er schijnt iets te zijn waardoor hij geprikkeld wordt. Hij schijnt overgevoelig te zijn voor enkele aspecten van het geval. De betrokkene zal er zorgelijk en gepreokkupeerd bijlopen, waardoor het moeilijk is om te weten te komen of hij zich zo gedraagt vanwege de confrontatie met de cliënt en diens situatie, door een probleem in zijn eigen persoonlijke leven of door een spanning die hij ervaart in zijn werksituatie of de organisatie waarin hij werkt, of tussen deze en de maatschappij.

Caplan komt dan tot de volgende definitie van thema:

- thema is een konflikt dat te maken heeft met aktuele levens-ervaringen of fantasieën van de konsultvrager, dat niet genoegzaam tot oplossing is gebracht en de neiging vertoont om werkzaam te blijven in zijn voorbewuste of onbewuste als een emotioneel gekleurde kognitieve konstellatie. —*

Aangezien het thema een voortdurende herinnering is aan een onopgelost probleem of aan een ervaren verlies, of een frustratie van een behoefte, draagt het een emotionele stemming met zich mee van falen. Het heeft ook een kwaliteit van dwangmatig herhalen. Dit neemt vaak het karakter aan van een sluitrede, waarbij er een onontkoombare verbintenis is tussen twee items of beweringen. De bewering A slaat op een speciale situatie, die typisch was voor het oorspronkelijke onopgeloste probleem. De bewering B slaat op de ongelukkige afloop.

In alle gevallen waar A plaats heeft leidt dit onvermijdelijk tot B. De gevolgtrekking is dan dat wanneer de persoon zelf betrokken raakt in een situatie of een konditie A hij het lot zal moeten dragen te gaan lijden onder B. Aan deze generalisatie wordt door konsultvrager universele geldigheid toegekend: iedereen die te maken krijgt met A zal onvermijdelijk gaan lijden onder B.

* 'A conflict related to actual life experience or to fantasies in the consulee that has not been satisfactorily resolved is apt to persist in his preconscious or unconscious as an emotionally toned cognitive constellation which we call a 'theme'.

Gewoonlijk wordt dit thema onderdrukt of bestaat er afweer tegen. Om een aantal verschillende redenen nu, kan dit thema saillant worden en dreigen in het bewustzijn door te dringen. De persoon kan zich hiertegen dan verweren door het thema te verschuiven naar één of ander er op gelijkend aspect van de werksituatie. Om specifiek te zijn: het thema kan worden opgedrongen aan een van de belangrijke personen in de levenssituatie van de cliënt. Dit is veelal een belangrijk persoon wiens relatiepatroon geschikte potentiële overdrachtsobjecten biedt.

Een aantal aanwijzingen in het besproken geval vormt een 'Gestalt', dat door de professionele werker gelijk gesteld wordt met de bewering A (de z.g. initiële categorie). Deze bewering A roept bij de konsultvrager automatisch de verwachting op, dat de cliënt of een andere belangrijke persoon in het konflikt, die betrokken is bij deze bewering, onvermijdelijk het lot zal treffen verbonden aan de bewering B (de onvermijdelijke afloop). Caplan noemt als voorbeeld van de bewering A (de initiële categorie): 'een persoon die frekwent masturbeert' en de bewering B (de onvermijdelijke afloop): 'zijn hersenen zullen beschadigd worden en zijn intelligentie zal afstompen'. De sluitrede zal dan de vorm aannemen: 'alle personen die overmatig masturberen beschadigen hun zenuwstelsel en stompen hun intelligentie af'.

Het thema vervult een belangrijke functie voor de konsultvrager, en brengt hem tot akties, die niet aangepast zijn aan de werkelijke situatie van de cliënt, omdat ze dienen om het veronderstelde, onvermijdelijke noodlot te vermijden. Deze akties kunnen dus tot moeilijkheden tussen de cliënt en de konsultvrager leiden. De poging om het noodlot te vermijden is vaak inkonsistent van karakter, paniekerig en ineffektief. Dit leidt weer tot bevestiging van het idee van de konsultvrager, dat de slechte afloop onvermijdelijk is en niet voorkomen kan worden.

Soms worden de aanwijzingen in het verhaal juist waargenomen en opgevat, soms worden ze niet juist waargenomen of opgevat om ze op deze wijze in het dwangbuis te wringen van de initiële categorie. De herhalingsdwang in zijn eigen super-ego vraagt dat er steeds bewijzen worden gevonden in verschillende geval-

len voor de onvermijdelijkheid van de straf. De konsultvrager verzekert zich hiervan door de cliënten te manipuleren, of als dit mislukt door misperceptie van wat naar voren komt.

Op de techniek van het oplossen van het interfererende thema zal in paragraaf 2.5.4.3 nader worden ingegaan. Hier zij slechts vermeld dat Caplan nadat hij de initiële categorie en de onvermijdelijke afloop heeft ontdekt, probeert de sluitrede te ontzenuwen door de konsultvrager ertoe te brengen opnieuw te kijken naar het bewijsmateriaal waarop hij zijn zekerheid van de onvermijdelijke afloop baseert. De konsulent zal proberen de konsultvrager zich te laten realiseren dat zo'n rampzalige afloop inderdaad één van de mogelijkheden is, doch dat er ook andere mogelijkheden zijn en dat er veel in het bewijsmateriaal aanwezig is dat de verwachting van een andere afloop wettigt. Lukt het om de interferentie van het thema te beperken, dan leidt dit tot vermindering van het gevoel van spanning bij de konsultvrager en een normaler worden van zijn professionele objectiviteit in de relatie tot de huidige cliënt, maar ook tot een verzwakking van het thema, en een vermindering van de neiging om het grondconflict bij herhaling te laten interfereren in het werk met toekomstige cliënten. Tot zover Caplan's indeling en uitlegging van de moeilijkheden die zich kunnen voordoen waardoor de konsultvrager niet optimaal kan functioneren ten behoeve van de cliënt.

Haylett en Rapoport (1964) onderscheiden drie terreinen waarop problemen zich voordoen bij de op de konsultvrager gerichte konsultatie:

- a — het kan de konsultvrager aan speciale kennis of vaardigheid ontbreken, die nodig is om relevante gegevens te krijgen of om beschikbare informatie te beoordelen om zodoende tot een oplossing te komen;
- b — de konsulent kan op factoren in de organisatie van de konsultvrager stuiten, die het functioneren belemmeren, zoals normen, procedures of gebruiken;
- c — persoonlijke factoren kunnen soms sterk meespelen, waar-

door de konsultvrager niet in staat is om goed waar te nemen en het probleem van de cliënt te begrijpen.

Bij het eerste type van Haylett en Rapoport funktioneert de konsulent als een technisch deskundige of technisch assistent, die verschillende oplossingen voor het aangeboden probleem verstrekt. Als het probleem mede het beleid van de organisatie betreft, dient de konsulent zich te realiseren wat de konsekventies zijn van zijn adviezen voor het funktioneren van de organisatie.

Het probleem dient in het algemeen te worden opgelost binnen het kader van het normale professionele werk van de konsultvrager. De konsultvrager behoort niet in verwarring gebracht te worden door de konsulent, doordat deze laatste adviezen geeft die onuitvoerbaar zijn door de konsultvrager of voor hem of zijn kollega's professioneel niet aanvaardbaar zijn.

Ook Van Meurs (1966) ziet problemen voor de konsultvrager als gevolg van gebrek aan kennis en vaardigheden. Sterke subjectieve betrokkenheid acht hij eveneens een belangrijke oorzaak van het falen door de konsultvrager. Hij acht het begrip thema-interferentie (nog) niet voldoende doordacht. Hij stelt voor het begrip thema-interferentie voorlopig te reserveren voor theoretische beschouwingen en in de praktijk te spreken van selectieve perceptie. Van Meurs meent dat de reductie van de thema-interferentie gevaren in zich bergt: de konsultvrager heeft nu eenmaal de neiging zijn persoonlijke gevoelens te projekereren op zijn patient of cliënt. Het is dan verleidelijk voor de konsulent om in te gaan op de persoonlijke problematiek van de konsultvrager. Er moet gewaakt worden voor een psychotherapeutische ontaarding, waarbij de konsultvrager pseudo-analytisch tot een gezond inzicht wordt gebracht, aldus Van Meurs.

2.3.3.4 De op het funktioneren van de konsultvrager(s) in zijn (hun) organisatie gerichte bespreking

Deze vorm van konsultatie is waarschijnlijk de meest gekomplieerde van de vier besproken vormen. De hulp van de konsulent wordt ingeroepen door de verantwoordelijke leiders van een

dienstverlenende organisatie om hen te helpen bij het oplossen van aktuele problemen bij het plannen, de programma-ontwikkeling, het personeelsbeleid en andere aspecten van het organisatorische funktioneren. Men verwacht van de konsulent dat hij zal helpen hun eigen mogelijkheden te vergroten, zodat zij in de toekomst daartoe zelf in staat zullen zijn.

De hulp kan worden gegeven aan een persoon, maar meestal dienen ook anderen in de organisatie bij de konsultatie te worden betrokken, zodat niet zelden het overleg met één of meerdere groepen gevoerd wordt. Volgens Caplan (1970) zijn er bij dit type konsultatie veel overeenkomsten met de op de konsultvrager gerichte bespreking. Bij deze vorm van konsultatie moet de konsulent behalve over de vaardigheden om het individuele konsultatiegesprek te voeren, ook nog beschikken over voldoende kennis inzake het funktioneren van organisaties en voldoende vaardigheid bezitten om tussenmenselijke en groepsdynamische aspecten te hanteren.

Deze vorm van konsultatie strekt zich meestal uit over een langere periode, soms over enkele jaren.

2.4 De verschillende fasen in het konsultatieproces

2.4.1 Inleiding

In deze paragraaf willen we de verschillende aspecten en thema's bespreken die zich in de verschillende fasen van de konsultatiere relatie voordoen. Hier zullen we niet bespreken hoe de konsulent aan deze thema's werkt. Dit zullen we doen in paragraaf 2.5.

Na bespreking van de literatuur onder paragraaf 2.1 kwamen we tot de konklusie dat de meeste auteurs konsultatie beschouwen als een interaktioneel proces tussen twee beroepskrachten. Daarmee wordt bedoeld dat er tussen de betrokkenen geen statisch gedefinieerde relatie bestaat, maar een zich in de tijd ontwikkelende tussenmenselijke verhouding, waarbij de mate waarin de betrokken personen hun onderlinge relatie hebben door- gewerkt, bepalend is voor het werk dat zij ten behoeve van de cliënt samen kunnen doen.

Wanneer men over een tussenmenselijke verhouding denkt in termen van een zich ontwikkelende relatie dan stelt men dat er een aantal thema's tegelijk zijn die de betrokkenen preokkuperen. Maar aan die thema's wordt in de tijd een wisselende prioriteit toegekend. De fasen in het proces worden meestal benoemd en gedefinieerd vanuit het thema dat op dat moment de betrokkenen het meest bezighoudt. Schutz (1958) stelt b.v. dat in de tussenmenselijke verhouding er steeds drie sociaal-emotionele behoeften zijn die de betrokkenen bezig houden: de behoefte om erbij te behoren, de behoefte aan duidelijkheid over het leiderschap (leid ik of word ik geleid) en de behoefte aan nabijheid of intimiteit. In een bepaalde fase van het proces zal b.v. de behoefte om erbij te behoren de hoogste prioriteit krijgen. Er wordt dan aan dit thema zolang gewerkt tot deze preokkupatie de betrokkenen niet langer hindert. Op dat moment verschuift de prioriteit naar een ander thema en krijgt b.v. het leiderschapsthema de hoogste prioriteit. In dit voorbeeld kan men de fase van het proces benoemen naar het thema dat op dat moment prioriteit heeft, dus b.v. de lidmaatschapsfase, of als het leiderschapsthema prioriteit heeft: de leiderschapsfase. De thema's worden echter niet gezien als onafhankelijk van elkaar, doch als onderling afhankelijk. Dit betekent dat, nadat een thema dat hoge prioriteit kreeg voldoende doorgewerkt is, blijkt dat de oplossingen uit een vorige fase niet meer voldoen, gezien de oplossingen van de latere fase. Het eerder bewerkte thema keert terug om opnieuw bewerkt te worden. Zo ontstaat een cyclisch proces dat nooit 'af' is. Onder fasen verstaan we hier (Bales en Strodtbeck, 1968) de kwalitatief verschillende subperioden binnen een voortdurende periode van interactie waarin een groep van het ontstaan tot aan de oplossing van een probleem werkt.

Welke thema's worden nu beschreven door de auteurs die over konsultatie schrijven?

Gibb (1959) beschrijft de volgende steeds voorkomende en dus ook terugkerende themata:

— het toegang krijgen tot de konsultvragers of het entree krijgen tot een organisatie,

- het verzamelen van gegevens,
- het diagnostiseren van de probleemsituatie,
- de tussenmenselijke relaties,
- de wederzijdse rolverhoudingen,
- de beschikbare hulpmiddelen, waarbij de konsulent ook als hulpmiddel wordt beschouwd,
- de besluitvorming,
- het beëindigen van een konsultatierelatie.

Ter voorkoming van misverstanden: deze opsomming is slechts een globale ordening. Deze suggereert wellicht een suksessie, doch dit is niet zodanig bedoeld. Op verschillende momenten wordt aan verschillende themata prioriteit verleend. Gibb stelt echter wel dat b.v. bij het bewerken van het thema 'toegang krijgen' de themata tussenmenselijke relaties en rolverhoudingen tegelijkertijd spelen. Op dat moment hebben ze echter een geringere urgentie dan het 'toegang krijgen'-thema. Men zou dus de eerste fase, waarin men de toegangsmogelijkheden exploreert, b.v. de exploratieve of voorbereidende fase kunnen noemen.

Haylett en Rapoport 1964, Kazanjian, Stein en Weinberg 1962, onderscheiden vier hoofdfasen in het konsultatieproces. De fasen zijn:

1 — Een voorbereidende fase: hierbij exploreert de konsulent met de konsultvragers de vraagstukken waar zij individueel of in hun organisatie voor staan. De konsulent kan dan besluiten dat hij de konsultvragers kan helpen bij het oplossen van de psychohygiënische aspecten van hun werk. Hij kan dan konsultatieve hulp aanbieden. In de onderhandelingen die dan volgen zal bekeken moeten worden welk type konsultatie nuttig is, hoe vaak en waar deze konsultatie zal plaats vinden, financiële afspraken etc., uitmondend in een al dan niet geschreven kontrakt. Deze fase wordt in Nederland veelal aangeduid als de oriëntatiefase.

2 — De beginfase. Deze vangt aan met het eerste konsultatiegesprek tussen de konsulent en de konsultvrager onder de kondities zoals ontwikkeld in de voorbereidende fase.

3 — Een probleemoplossende fase. In deze fase staat het werken

aan oplossingen voor de problemen die de cliënt geeft centraal. De vorige fasen hebben in zekere zin gediend om de kondities te creëren, waardoor het eigenlijke konsultatieve werk mogelijk wordt.

4 — Beëindiging van de konsultatieve activiteiten. Evenals fase twee, maar in tegenstelling tot fase drie, wordt deze afrondingsfase door de tijdsdimensie bepaald. Deze fase vangt aan op het moment dat konsulent en konsultvrager gaan overwegen de konsultatierelatie te beëindigen. Deze eindigt meestal expliciet en met wederzijdse overeenstemming.

Caplan beschreef in 1964 vijf fasen:

- 1 — een voorbereidende fase,
- 2 — de individuele konsultatierelatie,
- 3 — een onderzoek en diagnose van de aard van het probleem,
- 4 — het overbrengen van de konsultatie 'boodschap' aan de konsultvrager,
- 5 — de beëindiging van de relatie en follow-up.

De fasen 3 en 4 van Caplan zijn vergelijkbaar met de fase 3 van Haylett en Rapoport.

De aanduiding van de verschillende fasen berust op de thema's die in die fase het sterkst de activiteiten bepalen die de konsulent en de konsultvrager gezamenlijk ondernemen. Er zijn natuurlijk geleidelijke overgangen van de ene naar de andere fase. Deze indelingen hebben echter wel zin omdat zij ordening mogelijk maken van wat vaak een chaotisch gebeuren lijkt. Deze ordening maakt het de buitenstaander ook mogelijk te begrijpen waarom een konsulent iets doet of laat. Omdat de konsulent weet dat in verschillende fasen verschillende thema's doorgevoerd moeten worden, ontwikkelt hij voor de verschillende fasen verschillende doelstellingen, die zijn acties bepalen en verklaren. Deze ordening helpt het geheel van het konsultatiegebeuren overdraagbaar te maken en geschikt voor onderwijs en wetenschappelijk onderzoek.

2.4.2 De belangrijkste themata in de verschillende fasen

2.4.2.1 Themata in de voorbereidende- of orientatiefase

De activiteiten van de konsulent zijn er in deze fase op gericht om optimale kondities te kreëren voor de konsultatie. Om dit te bereiken moet de konsulent opbouwen een:

— Relatie met de organisatie van de konsultvrager: de konsulent neemt contact op met het hoofd van de organisatie om toestemming te krijgen voor de konsultatieve activiteiten. Hij zal ook proberen gegevens te krijgen over de invloedsverdeling en de machtsverhoudingen, het kommunikationetwerk, de normen en waarden en over de doelstellingen van de organisatie. Dit laatste is van belang, omdat in deze fase de konsulent een beslissing moet nemen of hij zich met de doelstellingen van de betreffende organisatie wel kan verenigen. Hij kan immers slechts dan de konsultvragers effectief helpen hun doelstellingen te verwezenlijken, als hij zich met die doelstellingen als geheel kan vereenzelvigen. In deze periode kan de konsulent ook een indruk krijgen of hij zijn eigen doelstelling: het bevorderen van kennis, inzicht en vaardigheid in het hanteren van psychohygiënische aspecten van het werk, zal kunnen realiseren.

— De konsulent zal een relatie moeten opbouwen met de individuele konsultvrager. Men kan stellen dat het effect van de konsultatie-inspanning afhangt van de mate waarin de konsulent erin slaagt om de konsultvrager te beïnvloeden. Dit beïnvloedingsproces is sterk afhankelijk van de emotionele relatie tussen de konsulent en de konsultvrager.

Het ideaal is om een emotionele relatie te hebben van wederzijds vertrouwen en waardering, waardoor datgene wat de één uitsprekt belangrijk is voor de ander, zonder dat daardoor eenzijdig afhankelijkheid ontstaat. Caplan spreekt van een ideale situatie als er sprake is van een nevengeschikte onderling afhankelijke relatie tussen konsulent en konsultvrager. Een situatie, waarbij beide partijen elkaar geven en van elkaar nemen.

— Een ander thema dat speelt in de orientatiefase is het verhelderen voor de konsultvrager wat de doelstellingen zijn van de konsulent. Zo kan de konsulent ook ontdekken wat de behoeften en de verwachtingen zijn van de konsultvrager. Door hierover

van gedachten te wisselen kunnen de konsultvrager en de konsulent een gemeenschappelijke visie ontwikkelen op de psychohygiënische vraagstukken die zich voordoen en hoe daaraan gewerkt zou kunnen worden.

— Het opbouwen van een wederzijds begrepen en geaksepteerde rolrelatie is een volgend thema. De rol van de konsulent, zoals gedefinieerd in paragraaf 2.1, is niet vanzelfsprekend in de huidige praktijk van de hulpverlening. De konsultvragers zullen aanvankelijk vage verwachtingen ten aanzien van de eigen rol en van die van de konsulent hebben. Rolafspraken zullen niet alleen verbaal afgesproken dienen te worden, maar ook in de praktijk gerealiseerd, b.v. dat de konsulent zich niet met de problemen van de konsultvrager in zijn persoonlijke leven zal inlaten. Evenzo zal besproken en ervaren moeten worden of de konsulent al dan niet onder bepaalde voorwaarden bereid is de rol van bemiddelaar in een konflikt in de organisatie van de konsultvrager op zich te nemen.

Slechts dan kan de konsulent als boodschappenoverbrenger of als bemiddelaar optreden, als er aan speciale voorwaarden is voldaan. Eén daarvan is dat alle betrokkenen bij het geschil geheel akkoord gaan met het feit dat de konsulent zich met het geschil inlaat. Dit dient ekspliciet te worden geregeld, omdat anders de kans bestaat dat de konsulent in een positie wordt gebracht, waardoor hij niet alleen dit geschil niet tot oplossing kan brengen, maar dat hij ook nadeel ondervindt in zijn individuele konsultatierelatie met de konsultvragers. De konsulent dient ervoor te waken dat zijn rol akseptabel is voor de konsultvragers en hun bureauhoofden, chefs of direktoren.

De konsultvrager zal moeten ervaren dat de rol van de konsulent in een aantal opzichten afwijkt van die van de supervisor of van de traditionele psychiatrische adviseur. De konsultvragers zullen ontdekken dat de konsulent niet beschikbaar is voor verwijzingen of om psychotherapie te doen met één van de cliënten. De konsulent is bereid zijn kennis en inzichten beschikbaar te stellen en de zorgen van het werk met de konsultvrager te delen. De konsulent is echter niet bereid om de verantwoordelijkheid voor de behandeling van de cliënt over te nemen van de konsult-

vrager. De konsultvrager blijft volledig professioneel verantwoordelijk voor de cliënt.

— Een ander thema in de orientatiefase is het ontwikkelen van werkprocedures. Er is behoefte aan het maken van afspraken over de wijze waarop de konsultatiegesprekken gevoerd zullen worden. Het is wellicht overbodig te zeggen dat er regelingen getroffen dienen te worden voor tijd en plaats, hoeveel tijd beschikbaar is per konsultvrager, wat de financiële konsekwenties zijn, wanneer evaluatiebijeenkomsten gehouden zullen worden, etc.

— Het overleg over de verschillende aspecten en de afspraken zal op een of andere wijze vastgelegd dienen te worden in een kontrakt. In dit kontrakt zal vastgelegd dienen te zijn wat de doelstellingen van de konsultatie zijn, de rollen en andere afspraken. De gesprekken die voorafgaan aan het afsluiten van een kontrakt vragen veel tijd. Vaak blijken in een ogenschijnlijk simpele organisatie velen direkt betrokken bij het uitvoerende werk. Al deze mensen moeten uitvoerig worden voorgelicht en hun vertrouwen gewonnen. Bovendien moeten vaak financiële barrières uit de weg geruimd worden. Het voorbereidende werk is veelal bepalend voor het welslagen van de konsultatiebesprekingen. De tijd die eraan besteed wordt is daarom een nuttige investering die zijn geld opbrengt. De totale tijdsduur van de voorbereidende fase is soms wel enkele jaren.

2.4.2.2 Themata in de beginfase

Deze fase vangt aan met het eerste konsultatiegesprek tussen de konsulent en de konsultvrager, onder de kondities zoals ontwikkeld in de voorbereidende fase.

In deze fase gaat de konsulent voort zijn relatie op te bouwen met de konsultvragers en hun supervisoren of direktoren. Hij zal meer gegevens proberen te verzamelen over het funktionieren van de organisatie, de werkwijze van de konsultvragers en van de individuele konsultvragers. Hij is geïnteresseerd in hun opvattingen en de sterke en zwakke kanten zoals ze die zelf zien in hun funktionieren.

Deze fase wordt dus gekenmerkt door het feit dat het eigenlijke

werk nu pas begint. Het thema zou kunnen zijn 'beginnend werk' of 'voortgezette kennismaking'. Deze kennismaking in de praktijk voltrekt zich vooral doordat de konsulent en de konsultvrager elkaar wederzijds uittesten. Deze fase wordt dan ook wel de uittestfase genoemd.

Deze testperiode, waarbij de konsultvrager en de konsulent nog niet de door Caplan beschreven ideale relatie van nevengeschikte onderlinge afhankelijkheid hebben opgebouwd, brengt een grote mate van onzekerheid en onveiligheid met zich mee. Men weet nog niet wat men aan elkaar heeft als persoon en men weet evenmin wat men als beroepskrachten van elkaar kan verwachten. De konsulent en de konsultvrager zullen zich ieder op eigen wijze in deze onprettige situatie proberen zekerheden te verschaffen. Een door konsultvragers nogal eens toegepaste manier om zich veiligheid te verschaffen is het ter bespreking brengen van een onmogelijk oplosbaar geval, of een al geheel opgeloste casus. Op deze wijze maken de konsultvragers zich onkwetsbaar. Zij willen de konsulent laten zien dat zij professioneel goed toegerust zijn, maar dat er een grens is aan de mogelijkheden. Konsultvragers en niet zelden ook de konsulenten vertonen verschillende vormen van defensief gedrag. De konsultvragers zijn gevoelig voor wat de konsulent zegt over hun wijze van werken. Ze kunnen echter ook rondlopen met schuld-, schaamte- of depressieve gevoelens, omdat zij het gevoel hebben gefaald te hebben bij het oplossen van de problemen met hun cliënt. De konsultvragers zijn veelal ook bang voor de konsulent vanwege hun gepreformeerde stereotype opvatting over de andere rol van de konsulent, vooral als deze psychiater is. Psychiaters zijn dan griezelige gedachtenlezers, afweermechanismenkrakers, in het onderbewuste geïnteresseerde lieden, etc. In deze fase is het vaak moeilijk te onderscheiden of een konsultvrager gespannen en nerveus is door de moeilijkheden met zijn cliënt of vanwege de nabijheid van de konsulent.

De konsultvragers kunnen de konsulent ook nog op andere wijze uittesten, hoewel zij dit bepaald niet altijd bewust doen. Nogal eens proberen de konsultvragers de konsulent in verleiding te brengen door hem 'geheimen' of andere roddels te vertellen over

kollega's of de organisatie, of zij proberen hem ertoe te brengen op hun persoonlijke moeilijkheden in te gaan. Ook proberen zij de konsulent wel eens ten eigen bate te gebruiken in een meningsverschil tussen de konsultvrager en zijn supervisor of onderling. Moeilijkheden met de supervisoren en b.v. bureauhoofden kunnen alleen voorkomen of doorgewerkt worden indien de konsulent met deze supervisoren en bureauhoofden eveneens een goede persoonlijke werkrelatie heeft opgebouwd. Slechts op deze wijze kan de dreiging van rivaliteit en verwarring worden voorkomen, als zou blijken dat de supervisor en de konsulent b.v. tegengestelde adviezen hebben gegeven.

Een ander aspekt waar de konsulent vrijwel altijd onbedoeld mee te maken krijgt is het verschijnsel, dat als gevolg van de konsultatie-aktiviteiten in het systeem van de konsultvragers veranderingen optreden. Het is geen uitzondering dat door de konsultatie-aktiviteiten de konsultvragers op een andere wijze gaan werken of gaan nadenken over de werkwijze van hun organisatie. Dit kan spanningen in die organisatie oproepen, b.v. tussen degenen die wel en degenen die niet aan de konsultatie-besprekingen deelnemen. De konsulent kan het zich dan niet permitteren zich hier niet mee bezig te houden als hij zijn konsultatiewerkzaamheden tenminste wil voortzetten. De wijze waarop hij dit doet is een technisch probleem, dat onder paragraaf 2.5 nader besproken zal worden. Zoals gesteld in de inleiding onder paragraaf 2.4.1 moet de konsulent ook in deze beginfase verder werken aan de thema's die genoemd zijn onder paragraaf 2.4.2.1.

2.4.2.3 Themata in de probleemoplossende fase

Als de themata uit vorige fasen voldoende zijn opgelost kan het konsultatiewerk waar het eigenlijk om begonnen is aanvangen. In deze fase is het thema: werken aan oplossingen voor de problemen die de cliënt geeft.

In het ideale geval bespreekt de konsulent met de konsultvrager tijdens elke bijeenkomst een tussenmenselijk probleem, dat de laatste in zijn werk ontmoet en dat interfereert met zijn vermogen om effectief te funktioneren. Het hangt van de emotionele bereidheid en vermogen van de konsultvrager af, maar ook van de

vaardigheid, ervaring en sensitiviteit van de konsulent, of de onderlinge relatie wordt ervaren als vertrouwengevend en veilig. Het hangt ook af van de mate waarin de konsultvrager zich ge-aksepteerd voelt door de konsulent.

2.4.2.4 Themata in de beëindigingsfase

Deze fase vangt aan op het moment dat konsulent en konsultvrager serieus gaan overwegen de konsultatierelatie te beëindigen. Meestal is er reeds in de kontraktfase, zoals onder paragraaf 2.4.2.1 beschreven, overleg geweest over het moment waarop de konsultatiebemoeienissen zullen eindigen, of is er overeengekomen dat op een bepaald moment opnieuw bekeken zal worden of de konsultatie voortgezet zal worden of niet, en zo ja onder welke voorwaarden.

In de literatuur wordt betrekkelijk weinig geschreven over de themata in deze fase. Wel wordt aandacht gegeven aan de noodzaak om te evalueren wat het effect van de konsultatie-activiteiten is. Weinig wordt dus gesproken over het voorbereiden van het verbreken van de relatie en de emotionele vraagstukken die dat oproept. Dit in tegenstelling tot de uitgebreide literatuur over relatie-opbouw. Themata zouden naar onze mening kunnen zijn de emotionele scheiding van de konsulent van de konsultvragers en hun organisatie met de bijbehorende gevoelens van verlies, waarbij dan komt de noodzaak tot heroriëntatie voor de konsultvragers, die nu zonder de emotionele steun van de konsulent verder moeten werken.

2.5 De techniek van het hanteren van de konsultatiesituatie

In deze paragraaf willen we aandacht schenken aan de aanwijzingen die de verschillende auteurs geven hoe te handelen in de konsultatiesituatie.

2.5.1 Algemene problemen

In de literatuur vinden we, behalve als het gaat om het vermindern van thema-interferentie, eigenlijk geen aparte beschouwingen over het hoe, waarom en wanneer wat betreft de techniek

in de konsultatiesituatie. Verschillende auteurs blijken hun opmerkingen over het hanteren van de konsultatierelatie in te weven in hun beschouwingen over doelstellingen, principes, voorwaarden, indrukken. Soms wordt een opsomming gegeven van grondbeginselen, waarin dan een aantal waarden wordt beschreven, naast wat wij zouden noemen technische aanwijzingen. Dit zijn onzes inziens ongelijksoortige grootheden, die verschillend beoordeeld dienen te worden. Als men de literatuur uit de school van Caplan overziet, dan heeft deze vermenging geleid tot een vrij dwingend voorschrijven van beide grootheden, wat het geheel een credo-achtig karakter geeft: de konsulent behoort dit te doen en dat te laten, zonder dat altijd aangegeven wordt waarom. Wanneer het waarom wel wordt aangegeven, blijkt dit waarom vaak een overtuiging te zijn. Een voorbeeld van dit laatste: Caplan (1964) stelt op een gegeven moment: een konsulent mag een konsultvrager niet geruststellen, want dat leidt tot verzwakking van het ego; dit is in strijd met de ik-versterkende doelstelling van konsultatie. Dit is dus een technische aanwijzing (niet geruststellen), gebaseerd op een aanname (geruststellen leidt tot ik-verzwakking), die in strijd komt met een doelstelling (konsultatie dient te leiden tot ik-versterking).

Als men spreekt over het hanteren van een methode, dan ontkomt men er niet aan een aantal gedragsregels te geven, die het handelen richten en die gebaseerd zijn op een aantal grondprincipes en waarden, die uiteindelijk de doelstellingen moeten dienen. Een voorbeeld hiervan vinden we bij de principes van Kazanjian, Stein en Weinberg (1962):

- de konsulent kan wel praten over aktuele gevoelens of motivaties van de cliënt, maar hij onthoudt zich van het bespreken van de eigen psychodynamiek van de konsultvrager;
- de konsulent behoort de konsultvrager de ruimte te geven om zijn probleem zelf op te lossen;
- de konsulent gebruikt zijn eigen gevoelens als een instrument om de konsultvrager duidelijk te maken, wat voor gevoelens de cliënt bij de konsultvrager oproept en op welke wijze het gedrag van de konsultvrager hierdoor wordt beïnvloed;

- de konsulent probeert te ontdekken wat de dieperliggende angst ('core anxiety') van de konsultvrager is, achter de problemen die worden aangeboden;
- het konsultatieproces biedt de konsultvrager de mogelijkheid tot veranderen, maar de beslissing om te veranderen behoort te berusten bij de konsultvrager;
- de konsulent probeert de professionele rol van de konsultvrager te versterken en niet te vertroebelen (opmerking: hiermee wordt bedoeld dat de konsulent zich ten doel stelt de konsultvrager een goede onderwijzer te laten zijn en hem niet tot amateur-psychotherapeut wil maken);
- de konsulent is niet verantwoordelijk voor de professionele bekwaamheid van de konsultvrager;
- het konsultatieproces is een a-historische of 'hier en nu' benadering.

Volgens de opvatting van deze auteurs is de klinisch geschoolde konsulent er zich van bewust dat de hem aangeboden problemen een historische en onbewuste komponent hebben. De konsulent doet echter geen poging om de konsultvrager inzicht te verschaffen in zijn onbewuste motivaties.

Anderen, zoals Caplan (1970), geven aanwijzingen over de aard van de rolrelatie: deze dient fundamenteel anders te zijn dan in de psychotherapie: 'De konsulent streeft naar een nevengeschiedte onderling afhankelijke relatie met de konsultvrager, waarbij elk op zijn beurt geeft en ontvangt'. In zijn recente publikaties maakt Caplan een onderscheid tussen de techniek van het relatie leggen met de individuele konsultvrager en de techniek van de relatie-opbouw met de organisatie waarin de konsultvrager werkzaam is.

Wij menen dat in deze paragraaf over de techniek van de konsultatie nader ingegaan dient te worden op deze onderscheiding, en wel om twee redenen. De konsulent moet met de individuele konsultvragers een relatie opbouwen. Dit is min of meer vanzelfsprekend, doch het opbouwen van een relatie met een verzameling individuen die samen een organisatie vormen is voor vele klinische, op individuele hulpverlening gerichte konsulenten een nog weinig geëksploreerd aspect.

2.5.2 De techniek van de relatie-opbouw met de organisatie

2.5.2.1 De konsultvrager en de konsulent als representanten van hun organisaties

In de eerste fasen van het konsultatieproject dient de konsultvrager zich ervan bewust te zijn dat hijzelf en degene met wie hij overlegt elkaar vooral zien als representanten van de respectievelijke organisaties. De konsulent wordt dan niet beoordeeld naar wat hij als individuele beroepsbeoefenaar presteert, maar wordt gemeten naar de normen en waarden die men toeschrijft aan diens organisatie, zoals een soldaat in uniform door de niet-soldaten aanvankelijk als anonieme representant van een systeem wordt gezien. Leert men de 'soldaat' beter kennen, dan ziet men door het uniform heen ook individuele eigenschappen, waardoor deze soldaat zich onderscheidt van een andere.

In de konsultatiesituatie zal de konsulent er rekening mee dienen te houden dat men van hem verwacht dat hij zich volgens een stereotype zal gedragen. Het gedrag van de konsultvragers zal ook meer afgestemd zijn op dat stereotype dan op de konsulent als persoon. Omgekeerd zal ook de konsulent ertoe neigen zijn gedrag aan te passen aan een stereotype beeld, dat hij heeft van de konsultvrager als representant van zijn organisatie. Dit stereotype is een als vaststaand aangenomen, pre-eksistent globaal beeld met oordelen en vooroordelen gevuld. Dit stereotype vergemakkelijkt het werk aanvankelijk, maar dit beeld moet bij gebrek aan aktuele, direkte informatie vol zitten met onvolkomenheden. Dit betekent dat de konsultvrager zijn aktie baseert op beperkte, soms onjuiste gegevens en mispercepties. Dit kan leiden tot allerlei miskommunikaties, die vervolgens als sterke verhalen, langs informele of soms langs formele weg via de hiërarchie in de organisatie gaan cirkuleren. De konsulent dient zich hiervan bewust te zijn en in zijn akties hier rekening mee te houden. Vooral in die zin, dat hij elke gelegenheid aangrijpt om mispercepties, die in de organisatie ten aanzien van hem leven, recht te zetten.

2.5.2.2. Relaties met chef, hoofden en direktoren van de konsultvrager(s)

Het is goed dat de konsulent zich het belang realiseert van persoonlijk contact met degenen die het in de organisatie voor het zeggen hebben. De konsulent heeft, nl. instemming en toestemming nodig voor zijn eksploratieve werk, dat wellicht feiten aan het licht brengt die onaangenaam zijn voor de leiding. Het is dan van groot belang dat er een goede persoonlijke relatie is waarin vertrouwen gegroeid is, waardoor ook minder prettige zaken overlegd kunnen worden. Dit opbouwen van een goede relatie met figuren die autoriteit hebben dient vooral niet veronachtzaamd te worden, als de konsulent de organisatie binnenkomt via een lager in rang zijnde medewerker. De konsulent zal dan aan de konsultvrager dienen uit te leggen waarom hij per sé met zijn chef wil overleggen. Dit is ook van belang, omdat eerste verzoeken om konsultatieve hulp nogal eens worden gedaan door 'randfiguren' uit de organisatie, die meer ontevreden zijn dan de anderen en hun posities of gezichtspunt willen versterken met behulp van de konsulent.

Voor de konsulent is dit een potentieel gevaar, als hij akseptabel wil zijn voor alle medewerkers en hun chef. Immers de kans is aanwezig dat de konsulent geïdentificeerd wordt met de randfiguur.

2.5.2.3 De organisatiestructuur

Een derde technisch aspekt is het actief verkennen van de organisatiestructuur en het kommunikatienetwerk van de organisatie van de konsultvrager.

De konsulent moet zo snel mogelijk verkennen wat het doel en de werkwijze van de organisatie is, de normen en waarden etc. Op deze wijze is hij in staat om te beoordelen of hij zijn eigen doelstellingen wel zal kunnen bereiken. De doelstellingen van de konsulent en de konsultvragers mogen nl. niet te ver uiteenliggen, omdat zij anders niet voldoende tot samenwerking gemotiveerd zijn. Geldt dit in het algemeen voor samenwerking, voor konsultatie geldt dit nog sterker. De konsulent beoogt op indirecte wijze de psychohygiëne in de maatschappij te vergroten via

het werken met de konsultvragers en hun organisatie. Daarbij komt dat de konsulent een aantal functies voor die organisatie wil vervullen, die tot op dat moment door anderen in de organisatie tot hun terrein werden gerekend. Dit kan betekenen dat de personen die zich hierdoor bedreigd voelen op allerlei manieren proberen hun positie te verdedigen. Een van de manieren waarop dit gebeurt is (wellicht halfbewust) door de konsulent tegen te werken. Het is voor de konsulent riskant dit fenomeen zonder meer als weerstand af te doen. Caplan stelt voor om in deze gevallen deze aspecten openlijk met de betreffenden te bespreken en ze niet te behandelen door manipulatie of interpretatie. Vaak kunnen deze systeemvraagstukken slechts in een bijeenkomst met alle betrokkenen worden opgelost.

Aan een bijzonder aspect willen we nog ekstra aandacht geven. Roberts (1968) wijst op een aspect, dat vaak pas geleidelijk duidelijk wordt in de relatie met de organisatie.

Bij zijn kennismaking met de konsultvragers en hun organisatie kan de konsulent ontdekken dat hun funktioneren sterk beïnvloed wordt door de positie die de organisatie inneemt in de omringende maatschappij, temidden waarvan en ten behoeve van wie de organisatie werkt. Roberts spreekt dan van factoren die te maken hebben met het voortbestaan van de organisatie. Dit speelt vooral bij vrij nieuwe hulpverleningsorganisaties met nog jonge medewerkers die nog een eigen professionele identiteit moeten opbouwen. Maar deze dreiging geldt ook voor een organisatie met een solide professionele identiteit, doch die een antwoord moet trachten te vinden op nieuwe uitdagingen, b.v. wanneer een traditionele wijze van werken vervangen wordt door nieuwere benaderingen. Er kan dan een strijd om het bestaan van de organisatie aan de gang zijn, waarbij er bij de medewerkers een sterke preokkupatie bestaat met wat Parsons, Bales en Shils (1953) genoemd hebben de vier basisproblemen voor het voortbestaan van een systeem:

- a — het bereiken van de door de organisatie gestelde doelen;
- b — het verkrijgen en ontwikkelen van de menselijke en fysieke middelen nodig voor het bereiken van het doel;
- c — het ontwikkelen en onderhouden van kohesie of solidariteit

tussen de personen en subgroepen in de organisatie;
d — het overwinnen van de moeilijkheden die voortvloeien uit het feit dat de stafleden gelijktijdig lid zijn van dit en van andere sociale systemen.

Roberts wijst erop dat door leidinggevend in de organisatie meestal wel ekspliciete aandacht gegeven wordt aan a en b, maar dat het werken aan c en d nogal eens veronachtzaamd wordt. Dit kan leiden tot sterke preokkupaties, die de organisatie met desintegratie bedreigen. In een dergelijke omstandigheid kan de konsulent alleen effectief hulp geven als hij naast de individuele konsultatie ook ruimte creëert om aan deze eksistentiële problemen van de organisatie te werken.

2.5.2.4 Het vertrouwen winnen van de organisatie

De konsulent is voor zijn werk afhankelijk van de bereidheid van de konsultvragers om hem gegevens te verstrekken over hun eigen functioneren en het functioneren van hun organisatie.

Naarmate ze hem meer vertrouwen, zullen ze meer bereid zijn hem min of meer vertrouwelijke informatie te verschaffen, die hij niet kan ontberen om een goed beeld te krijgen en effectief op te treden.

Vertrouwen is niet iets wat tussen mensen per definitie aanwezig is, maar dient opgebouwd te worden. Het is niet voldoende dat de konsulent stelt dat alles wat hem ter ore komt strikt konfidentieel blijft, hij zal moeten laten blijken dat hij in de praktijk zo handelt. Hierin ligt besloten dat het begrip vertrouwen een zich in de tijd ontwikkelend aspect van de relatie tussen konsulent en konsultvrager is. De sociaal-psycholoog Gibb (1964) stelt dat als het intermenselijke relatieprobleem vertrouwen onvoldoende is opgelost, de betrokkenen een beleefde façade tonen, voorzichtige omtrekkende bewegingen maken, zich óf apathisch, óf rivaliserend opstellen. Er kan bij weinig onderling vertrouwen nog geen sprake zijn van een klimaat van spontaneïteit en openheid om de eigen wijze van werken ter discussie te stellen. Dit kan wel als men geleidelijk heeft ervaren dat er geen 'gevaaren' dreigen van de anderen, de organisatie, de konsulent of de konsultvrager. Ook de konsulent is als individu aan deze relationele wet-

matigheden gebonden. Ook hij voelt zich bedreigd. Ook hij heeft behoefte om de konsultatiesituatie minder bedreigend te maken, waardoor er ruimte komt voor creativiteit en ruimte om naar het probleem (de cliënt) te kijken.

Vooraf degenen uit de toegepaste gedragswetenschappen, die zich expliciet met het onderzoek naar de menselijke verhoudingen in de organisatie hebben beziggehouden en de daarop gebaseerde theorieën en trainingsmethoden hebben ontwikkeld, vragen aandacht voor het belang van deze interpersoonlijke aspecten van de relatie-opbouw tussen konsulent en organisatie. Om slechts enkele namen te noemen, Argyris (1967), Schein en Bennis (1965), die terugrijpen o.a. op de ideeën van Lewin (1948).

Op basis van deze inzichten werden trainingsmethodieken ontwikkeld in de Verenigde Staten, de 'sensitivity' training. In Nederland werden deze trainingen vooral bekend als training in menselijke verhoudingen: Bradford (1964), Blake (1964), De Kock van Leeuwen e.a. (1964), Nijkerk (1967), Van Ravenzwaaij (1969), Van der Vegt (1969).

2.5.2.5 Het opbouwen van een wederzijds begrepen taal

Niet altijd is de konsulent zich ervan bewust dat hij, komende uit een organisatie met een eigen woordkeus en begrippensysteem, voor een konsultvrager, afkomstig uit een organisatie die ook een eigen woordkeus en begrippensysteem heeft, onbegrijpelijk is. Er zijn dan in principe drie oplossingen mogelijk. De konsulent vraagt de konsultvrager zich aan hem aan te passen, te leren denken en communiceren in de taal van de konsulent. Dit is een oplossing die psychiaters nogal eens toepassen in hun relaties, b.v. met psychiatrisch sociaal werkers. Een tweede mogelijkheid is dat de konsulent zich geheel afstemt op de konsultvrager: zijn taal en begrippensysteem leert en zich daarmee leert uit te drukken. De konsulent staat dan voor de moeilijkheid dat hij zijn psychohygiënische principes moet vertalen in de taal van de konsultvrager, een niet altijd eenvoudige opgave. Een derde alternatief is het opbouwen van een nieuw taalgebruik met elementen afkomstig uit de systemen van zowel de konsultvrager als de konsulent: een nieuw jargon ontstaat.

2.5.2.6 Het verkennen van de specifieke kenmerken en problemen van de grotere professionele systemen waartoe de organisatie van de konsultvrager behoort

De konsulent die gaat werken met een konsultvrager zal zich niet alleen intensief moeten bezig houden met de organisatie waartoe de konsultvrager behoort (als deze konsultvrager een onderwijzer is, met de school waar deze les geeft) en met de specifieke problemen van degenen ten behoeve van wie de konsultvrager werkt (in dit geval de leerlingen). Ook zal hij zich dienen te verdiepen in de problemen van het onderwijssysteem in het betreffende land, en ook specifieke problemen van b.v. het kleuteronderwijs, het basisonderwijs, het voortgezte of hogere onderwijs. Het is duidelijk dat konsultvragers werkzaam in het onderwijs met overeenkomstige vraagstukken te maken hebben (de methodiek van de kennisoverdracht en vorming van de leerling), maar ook zijn er verschillen: de specifieke vraagstukken die bepaald worden door de leeftijdsfasen, de kulturele achtergronden van de leerlingen, of de intellektuele en emotionele capaciteiten (b.v. bij het buitengewoon onderwijs). De door de konsultvrager aangeboden problematiek zal bepaald zijn door het systeem (onderwijs), maar daarbinnen ook door algemene karakteristika als leerdoelstellingen van de school in het algemeen, de leeftijdsgroep en de kulturele achtergrond van de leerlingen.

Daarnaast zijn er allerlei gebruiken en gewoonten ontstaan in het verleden, die nu maken dat b.v. het hoger onderwijs zich duidelijk onderscheidt van het middelbaar onderwijs, al was het alleen maar door in het ene geval van leerlingen en in het andere geval van studenten te spreken. De organisatie van het hoger onderwijs onderscheidt zich echter ook aanzienlijk van de 'lagere' vormen van onderwijs, wat andersoortige problemen voor de konsultvragers en de konsulenten met zich meebrengt.

Een konsulent die kennis en ervaring heeft met schoolsystemen, zal echter voor een belangrijk deel moeten omschakelen als hij gaat werken met konsultvragers werkzaam in kinderbeschermingsorganisaties, die andere doelstellingen willen bereiken met andere methoden en andere cliënten. De eigenschappen en eigen-

aardigheden van het grotere systeem waar de organisatie van de konsultvrager deel van uitmaakt, vraagt studie en 'inwerken' van de konsulent.

Zo beschrijft Caplan (1970) uitvoerig de specifieke problemen van wijkverpleegsters waarmee hij als konsulent heeft gewerkt. Deze specifieke problemen 'kleuren' de problemen en bepalen in bepaalde opzichten de werkrelatie en de methode. Bard en Berkowitz (1968) beschreven hun konsultatiemethode, afgestemd op de specifieke behoeften van het politiekorps in een negerwijk van New York. Terwijl anderen rapporteren over hun specifieke problemen in de konsultatierelatie met het lager onderwijs: Hollister (1968), Nelson en Baxter (1969), Newman (1968), huisartsen: Van Meurs en Bruyel (1968), in de kinderbescherming: De Bel (1968).

2.5.3 De techniek van de relatie-opbouw met de individuele konsultvrager

2.5.3.1 Algemene technische aanwijzingen voor het handelen in de konsultatiesituatie

Hebben we onder paragraaf 2.5.2 vooral gesproken over de relatie tussen de konsulent en de konsultvrager als representant van hun organisatie of beroepsgroep, in deze paragraaf willen we enkele technische problemen bespreken die zich voordoen in de relatie konsulent-konsultvrager, waarbij de laatste in de rol van hulpverlener aan de cliënt wordt gezien. Het zal duidelijk zijn dat als deze rollen gelijktijdig vervuld worden, de problemen van de ene rol van invloed zijn op de andere. In de praktijk blijkt dat op verschillende momenten de problemen uit de ene rol zo sterk domineren, dat er prioriteit aan gegeven moet worden, omdat anders vraagstukken uit de andere rol onoplosbaar blijken te zijn.

Reeds eerder werd erop gewezen dat de konsultatierelatie, zoals gedefinieerd door Caplan en anderen, afwijkt van bekende traditionele rolrelaties, zoals die van b.v. specialist-huisarts, leraar-leerling, chef-ondergeschikte.

Dit betekent dat net als in elke nieuwe rolrelatie beide partijen

aan de hand van een gemeenschappelijke instructie (het kontrakt) hun rollen in de praktijk met vallen en opstaan moeten leren. Dit houdt ook in dat de konsulent een leidende positie inneemt bij dit leerproces. Hij initieerde immers het kontrakt en de daarin opgenomen gedragsregels. Hij is voor het welslagen van wat hij wil bereiken echter afhankelijk van wat er tussen de konsulent en konsultvrager groeit. Caplan (1970) staat daarbij voor ogen dat zich een nevenschikkende onderling afhankelijke relatie ontwikkelt, waarbij de konsulent een aantal aanbiedingen doet, waaruit de konsultvrager kan kiezen. Gilmore (1963) analyseerde de relatieproblemen aan de hand van de rollen die zij vervulde ten behoeve van de konsultvrager. Zij noemt: 'technical expert', 'administrator-reviewer', 'program promotor', 'teacher trainer', 'human relationmediator', 'supervisor', dit alles ten einde de rol van 'probleemoplosser' te kunnen waarmaken. Zij komt daarbij tot de konklusie dat één van de hoofdproblemen van de konsulent is de onzekerheid over zijn eigen rol. Als we ervan uitgaan dat rollen komplementair zijn, dan moet de konsultvrager evenzeer onzeker zijn over de rol die hij geacht wordt te vervullen. Caplan gaat vooral in op de funktie die de een voor de ander vervult. De konsulent biedt emotionele steun en technische hulp, waardoor de konsultvrager emotioneel afhankelijk wordt van de konsulent. Daarentegen is de konsulent volledig afhankelijk van de konsultvrager voor wat deze laatste kan en wil doen in de relatie met de cliënt. Daarbij is het nog van belang dat het in onze kultuur voor de konsultvrager gemakkelijker te aanvaarden is dat de konsulent hem iets leert dan hem te laten inzien dat de konsulent van hem afhankelijk is wanneer het b.v. gaat om het verstrekken van informatie over de cliënt, de wijze van werken van de konsultvrager en diens organisatie. Het gesprek dient de konsulent goed te leiden en te volgen, zodat hij kan beslissen wat hij wil bespreken en wat hij liever wil laten rusten, of afremmen als het toch opkomt. Beperkt de konsulent op deze wijze de inhoud van het gesprek, op andere momenten, als het om de cliënt gaat, zal hij de konsultvrager aanmoedigen om zowel verbaal als non-verbaal zoveel mogelijk gegevens te verschaffen. Volgens Caplan moet de konsulent het projektieve mate-

riaal dat hij op deze wijze van de konsultvrager krijgt, analyseren en moet hij op grond daarvan interveniëren. In tegenstelling tot de ontdekkende vormen van psychotherapie, die erop gericht zijn de patient of cliënt inzicht te geven in de aard van zijn subjectieve percepties en de persoonlijke oorzaken van zijn gestoorde beleving, houdt de konsulent de afweermechanismen intact. Hij werkt binnen het afweersysteem van de konsultvrager. De konsulent exploreert dus ook niet de authenticiteit van de percepties, maar aksepteert ze zoals ze worden aangeboden. Hij houdt het fokus van het gesprek op de cliënt en niet op degene die de cliënt bespreekt.

De analytische psychotherapeut brengt zo min mogelijk de realiteit van zijn eigen persoon onder de aandacht van zijn patient. Hij hoopt daarmee te bereiken dat zijn patient zijn onbewuste fantasieën op hem overdraagt, zodat hij de diskrepantie later kan gebruiken voor de analyse en interpretatie. De konsulent probeert deze regressieve overdracht zoveel mogelijk te vermijden. De konsulent doet dit door de konsultvrager voortdurend zijn aanwezigheid te laten blijken, b.v. door op regelmatige tijden korte of langere vragen te stellen. Caplan gaat zelfs zover, dat hij de konsultvrager slechts enkele minuten achtereen laat praten. De vragen kunnen het beste zo zijn geformuleerd, dat ze de konsultvrager de gelegenheid bieden nieuwe aanvullende gegevens aan het verhaal toe te voegen. De konsulent zal trachten te voorkomen dat hij vragen stelt, die de konsultvrager niet kan beantwoorden, om te voorkomen dat deze naar zijn eigen gevoel zijn gezicht verliest. Dit temeer daar de konsultvrager veelal over zeer veel informatie beschikt, meer gegevens dan hij wellicht zelf relevant acht. De konsulent kan de konsultvrager laten blijken dat hij heel goed in staat is gegevens te verzamelen, dit geeft hem het gevoel dat hij het nog niet zo slecht doet, ook al geeft dit geval hem problemen.

Vaak wordt door de konsultvrager het niet oplossen van een probleem met een cliënt gezien als een falen en het hulp vragen bij het probleem als een teken van niet-kapabel zijn. De konsulent kan in zulke gevallen ook uitspraken doen in die zin dat het voor hem minstens net zo'n intellectuele uitdaging is als voor de

konsultvrager. Hoe te handelen met de ongerustheid van de konsultvrager? Er zijn twee redenen voor bezorgdheid. De konsultvrager kan ongerust zijn over het geval en over zijn relatie tot de konsulent. Zijn bezorgdheid over het geval motiveert de konsultvrager om naar de konsulent te gaan. De konsulent heeft deze bezorgdheid in zekere zin nodig om zijn konsultatiewerk te kunnen doen en hij moet er dus voor waken de ongerustheid te vlug weg te nemen, want dan is er weinig reden voor de konsulent om de relatie voort te zetten. Uiteraard gaat Caplan er dan vanuit dat de konsultvrager om geruststelling komt. Al eerder werd vermeld dat Caplan geruststelling uit den boze vindt, omdat dit op de konsultvrager ik-verzwakkend werkt en hem ertoe kan brengen te regrediëren tot een kinderlijk afhankelijke rol in de relatie tot de konsulent. Deze kan immers gemakkelijk vanuit zijn hoge status en zijn grote deskundigheid verklaren dat de bezorgdheid van de konsultvrager sterk overdreven of ongegrond is.

Het is beter als de konsulent samen met de konsultvrager naar de feiten kijkt en met hem zijn zorgen deelt. Bemerkt de konsultvrager dan dat de konsulent kalm en rustig blijft, ondanks het feit dat hij de situatie kent, dan zal hij zich met deze houding wellicht identificeren en zijn gevoel van brokken maken zal verminderd worden. Het is echter moeilijk om precies te schatten hoeveel spanning de konsultvrager aan kan zonder echt in paniek te geraken. Is de spanning te groot, dan moet de konsulent wel eens krachtiger ingrijpen, b.v. door aan te bieden dat hij ook telefonisch bereikbaar is voor overleg of door frekwenter konsultatiezittingen. Door zijn bezorgdheid op deze wijze te tonen kan de konsulent demonstreren dat hij de ernst van het geval inziet en zich medeverantwoordelijk voelt voor een ongelukkige afloop van het geval (Caplan, 1970). Hier komt Caplan dus terug op zijn eerder geuite mening (1964), dat de konsulent geen verantwoordelijkheid draagt voor de beslissingen en gedragingen van de konsultvrager. Het uiterst gekompliceerde begrip verantwoordelijkheid werd onzes inziens te dogmatisch geformuleerd. Wij menen dat verantwoordelijkheid niet iets is dat per definitie door één persoon van zichzelf uit kan worden aan-

vaard of afgewezen. Immers verantwoordelijkheid is ook iets wat de ander, de kollega's, de beroepsgroep of de wetgever aangaat. Men houdt iemand verantwoordelijk voor zijn daden, ook al wijst deze zelf verantwoordelijkheid af. Dit punt komt ook in de discussies terug over het al of niet stimuleren van psychotherapeutisch handelen door de konsultvragers. Is de konsulent wel of niet medeverantwoordelijk of medeplichtig? (diskussiepunt van de werkgroep Mental Health Consultation 1967-1968 Leiden). In 1970 gaat Caplan zelfs zo ver, dat hij meent dat de konsulent wel degelijk verantwoordelijk is voor het handelen van de konsultvrager, als deze niet ziet dat de cliënt psychotisch wordt, of dat er suicide of heterocide dreigt. In deze gevallen zegt Caplan moet de konsulent terugvallen op zijn fundamentele verantwoordelijkheid als deskundige op het gebied van de geestelijke volksgezondheid en actie ondernemen. Hij offert dan de subtiliteit van de relatie-opbouwtechniek op ten behoeve van een nood-situatie waarin redding geboden is. De konsulent legt de konsultvrager dan uit dat de noodsituatie verbreken van het kontrakt vordert. De konsulent doet vervolgens alles wat de veiligheid van de cliënt of zijn familie gebiedt. Gaat de konsultvrager hiermee akkoord, dan kan er gemeenschappelijk actie worden ondernomen, zo niet, dan is unilaterale actie nodig. Volgens Caplan is dit zelden nodig, omdat andere veiligheidsmechanismen zijn ingebouwd.

Deze kalamiteit kan vergaande gevolgen voor de relatie konsulent-konsultvrager hebben. Maar terecht stelt Caplan dat ekstreme situaties soms ekstreme oplossingen nodig maken. Deze uitspraak over de uiteindelijke verantwoordelijkheden leidt echter wel tot de konklusie dat er sprake is van delegatie van verantwoordelijkheden tot een punt waar de konsultvrager ze niet meer kan dragen en de konsulent de verantwoordelijkheid aan zich trekt.

Aangezien de aard van de rolrelatie tussen de konsulent en de konsultvrager aanvankelijk onbekend is, zal de konsultvrager deze relatie in principe als bedreigend beleven. De vage vrees voor de konsulent bemoeilijkt het gezamenlijk werken. Dit bang zijn voor de konsulent heeft een reële basis. Hij kan tekortko-

mingen bij de konsultvrager ontdekken in kennis en prestatie. Daarnaast zijn er de irrationele fantasieën. De konsulent dient op beide aspecten voorbereid te zijn en er rekening mee te houden.

De reële vrees voor evaluatie van het werk kan worden vermindert doordat de konsulent probeert zich te onthouden van beoordelende opmerkingen in termen goed of niet goed. Caplan gaat zelfs zover, dat hij ook de konsultvragers niet prijst als ze een goed stuk werk hebben gedaan, omdat dit weliswaar ik-versterkend werkt, maar op zich toch een beoordeling inhoudt. Dit omdat als de konsulent prijst en niet veroordeelt dit kan suggereren dat in andere gevallen de konsulent zijn negatieve beoordeling taktvol niet heeft uitgesproken. De konsulent behoort volledig 'non-judgemental' te zijn volgens Caplan. Een niet geringe opgave, die mogelijk verbaal wel gerealiseerd kan worden. De vraag is of de konsulent ook zoveel controle over zijn non-verbale uitingen heeft, dat de erop gespitste konsultvrager er toch geen konklusies uit zal trekken. Men kan zich afvragen of deze niet ekspliciet beoordelende houding niet leidt tot een affektief zeer afhankelijke relatie, waarbij de reële vrees van de konsultvrager mogelijk versterkt zal worden door irreële angst, die tezamen niet bespreekbaar zijn, omdat het eksklusieve gespreksfokus gericht is op de cliënt.

Als de konsulent merkt dat de konsultvrager gepreokkupeerd is geraakt met relationele problemen, zal de konsulent aan dit aspekt de hoogste prioriteit geven in zijn werken met de konsultvrager, doch volgens Caplan alléén op indirekte wijze via de cliënt. Hier stuiten we op een methodologisch belangrijk verschil tussen psychotherapeutische methoden als de analytische en de non-direktieve enerzijds en de konsultatiemethode anderzijds.

De therapeutische methoden analyseren en bespreken wel de emoties in de relatie tussen therapeut en patient op direkte wijze. Ook in de training in menselijke verhoudingen, waarbij aan gezonden tussenmenselijke vaardigheden worden geleerd door een 'trainer', worden de relationele aspecten op direkte wijze aan de orde gesteld. Caplan noemt dit ekspliciet maken in de konsul-

tatierelatie een kunstfout. De konsulent houdt met de gevoelens van de konsultvrager wel rekening, maar bespreekt ze niet en probeert ook te voorkomen dat de konsultvrager ze uitspreekt. De konsulent probeert wel een boodschap over te brengen, maar doet dit door overeenkomstige aspecten in het geval van de cliënt te bespreken.

Het is niet gemakkelijk, maar wel noodzakelijk voor een konsulent om zich te realiseren dat hij in de konsultatierelatie in de eerste plaats konsulent is en niet b.v. psychiater. Dit betekent dat hij zijn nieuwsgierigheid naar psychiatrische en psychodiagnostische aspecten van het geval moet beteugelen, omdat deze niet relevant behoeven te zijn voor het functioneren van de konsultvrager, die b.v. onderwijzer is.

In de praktijk blijkt het belangrijk dat de konsultvrager merkt dat de konsulent van mening is dat menselijk gedrag verklaarbaar is, mits men over voldoende informatie beschikt. Vele konsultvragers zijn bang voor het irrationele in hun cliënten, wat voor een deel voortkomt uit hun angst voor de eigen irrationele impulsen. Caplan meent dat een fundamenteel aspect van de konsultatie is dat de konsulent met de konsultvrager patronen in het gedrag van de cliënt kan ontdekken en de samenhang daarvan met oorzaken, waardoor irrationeel gedrag begrijpbaar wordt en dus bespreekbaar en wellicht beïnvloedbaar.

Het aspect van de vertrouwelijkheid is een ander methodologisch aspect, dat in de konsultatierelatie een centrale plaats inneemt. Konfidentialiteit wordt in de medische praktijk uitgelegd als bedoeld om de patient te beschermen. De betekenis die Caplan eraan geeft is die van de bescherming van de relatie tussen konsultvrager en konsulent. De konsulent dient de norm van de konfidentialiteit aan zichzelf op te leggen. Hiermee wordt voorkomen dat supervisoren, kollega's of chefs over de inhoud van de konsultatiegesprekken worden geïnformeerd. Het oordeel van de konsulent over de konsultvrager is geen legitiem onderwerp van gesprek met b.v. supervisoren. Deze strikte konfidentialiteit

dient om de konsulent in het gesprek met de konsultvragers de grootst mogelijke vrijheid van handelen te geven, waarbij hij niet voor het feit geplaatst kan worden te moeten rapporteren. De konsultvragers zal zich ook vrijer voelen als hij weet dat hijzelf controle heeft over wat hij uit het konsultatiesgesprek wil doorvertellen, zonder dat er controle op mogelijk is via een openbaar oordeel van de konsulent.

2.5.3.2 Het vermijden van psychotherapie

In paragraaf 2.6 zullen we uitvoerig ingaan op de verschillen tussen de konsultatiemethode en psychotherapeutische methoden. Hier wordt slechts ingegaan op de redenen waarom het ongewenst is van de konsultatie-relatie een psychotherapeutische te maken. Daarna zullen we enkele technieken bespreken waardoor psychotherapie kan worden vermeden. Caplan noemt drie hoofdredenen waarom de konsulent moet vermijden van de konsultatie een therapeutische relatie te maken. Hij noemt:

a — een patient is afhankelijk van de therapeut en dit maakt hem kwetsbaar; de maatschappij beschermt de patient met enkele garanties, b.v. door een specialistische opleiding en erkenning te eisen van de therapeut om misbruik te voorkomen; de formele maatschappelijke controle op het doen en laten van de konsulent ontbreekt echter in de konsultatierelatie;

b — de relatie tussen de therapeut en de patient wordt beheerst door een meestal niet ekspliciet overeengekomen kontrakt, waarbij de patient behandeling vraagt voor zijn ziekte en daarvoor betaling in één of andere vorm belooft; de patient belooft te doen wat de therapeut van hem verlangt: het ondergaan van soms minder prettige onderzoeken en in te stemmen met het behandelingsproces; de therapeut belooft de best mogelijke diagnostische en therapeutische methoden; de therapeut verlangt dat de patient met hem zijn gedachten en gevoelens bespreekt, ook die emoties en gedachten waarover men doorgaans zwijgt, hoewel dit een pijnlijk proces kan blijken; zoals hier geformuleerd heeft de psychotherapeutische relatie een geheel ander kontrakt dan het kontrakt dat de konsulent heeft ontwikkeld met zijn konsultvragers; volgt de konsulent de regels van het psychothera-

peutische kontrakt, dan pleegt hij in feite kontraktbreuk, met alle precedentes en konsekwenties die dat heeft voor de konsultatielatie met deze konsultvrager, zijn kollega's en zijn chefs;

c — hoe positief de relatie tussen de patient en de therapeut aanvankelijk ook mag zijn, er zullen negatieve momenten komen, als de patient wordt gekonfronteerd met zijn mispercepties en zijn defensiesystemen, waardoor hij meestal tijdelijk uit zijn evenwicht raakt; weerstand is een onvermijdelijk aspekt van psychotherapie; de techniek van de psychotherapeut zorgt er dan voor dat de relatie niet verbroken wordt in deze negatieve fasen; de konsulent heeft echter geen toestemming gekregen het privé-leven van de konsultvrager te exploreren en de konsulent heeft geen garanties dat de konsultvrager ook zal blijven komen in de periode dat de relatie niet zo positief wordt beleefd door de konsultvrager; de konsulent heeft dus minder greep op de konsultvrager, omdat de konsulent zelf gesteld heeft dat de konsultvrager goed gemotiveerd moet zijn en vrijwillig naar de konsultatie dient te komen.

2.5.3.3 Technieken ter vermindering van psychotherapie

— Een goed Nederlandse zegswijze luidt: voorkomen is beter dan genezen. Dit is een moeilijke opgave in de op de konsultvrager gerichte gevalsbespreking, met name als er een sterke subjektieve betrokkenheid bestaat doordat een persoonlijk probleem van de konsultvrager interfereert in de werksituatie met de cliënt. De technische hantering van het interferentieprobleem wordt in de volgende paragraaf behandeld. Hier zal vooral worden besproken hoe volgens Caplan (1970) de konsulent de gevoelens van de konsultvrager dient te hanteren.

Het is een vrij normale zaak dat beroepskrachten bezorgd raken of schaamte- of schuldgevoelens hebben over de gang van zaken met een cliënt. Het is dan niet zo, dat de konsulent die gevoelens moet ontkennen. Hij probeert echter te voorkomen dat de konsultvrager ze als een persoonlijk probleem verbaliseert. Een konsulent kan een konsultvrager echter emotioneel steunen door hem een kort verslag te doen van een geval, waarbij de konsulent zelf ook sterke gevoelens, b.v. van falen beleefde.

Door zijn wijze van vragen stellen kan de konsulent ook een model stellen, b.v. door zodanig te interveniëren, dat een meer objectief antwoord gesuggereerd wordt: 'Wat gebeurde er toen?', 'Wat voor type vrouw was de moeder?', 'Hoe zag de baby er uit?' Vragen als 'Wat denkt U dat er verder gebeurde?' 'Wat was Uw impressie van de moeder?' dienen zo mogelijk vermeden te worden, omdat deze vragen de konsultvrager er eerder toe kunnen brengen zijn persoonlijke reacties te gaan bespreken. Vragen als 'Wat zijn Uw gevoelens over de moeder?' 'Wat zijn Uw gevoelens over de wijze waarop de moeder met de baby omging?' moeten volgens Caplan worden vermeden.

Uit een konsultvrager toch sterke emoties, dan laat de konsulent blijken dat hij het heeft gehoord en maakt duidelijk dat de konsulent dit niet beschouwt als een zwakte, maar als een natuurlijke, menselijke reactie.

— Bespreking van de cliënt is de veiligheidsklep van de konsultatie. Ieder moment dat het gesprek de konsulent uit de hand dreigt te lopen, omdat de konsultvrager over zijn persoonlijke gevoelens gaat praten (over vroeger, details over zijn relatie met kollega's of problemen in de organisatie), waarbij de konsultvrager probeert de konsulent ertoe te brengen zich uit te spreken, dus te handelen in strijd met het konsultatiekontrakt, zal de konsulent proberen zo gauw mogelijk de discussie terug te brengen naar de situatie van de cliënt. Zolang de konsulent praat over de problemen van de cliënt, werkt hij binnen de grenzen van zijn kontrakt.

— Indien de konsultvrager gespannen en nerveus is, moet de konsulent voorzichtig zijn met te lang te zwijgen, waardoor de eerste de leiding kan krijgen over de loop van het gesprek. De konsulent interumpert vrij frekwent door vragen ter verheldering te stellen over de feiten van het geval.

— De konsulent zal oppassen als de konsultvrager zich begeeft in generalisaties. De konsultvrager kan een discussie beginnen over een algemeen onderwerp zoals enuresis nocturna, opstandige pubers of verloofden. Speciaal als de konsulent een samenhang vermoedt tussen het onderwerp en een persoonlijk probleem van de konsultvrager, b.v. in het geval dat de konsult-

vragers een gehuwde vrouw is met kinderen, die bedplassen, of een jonge verpleegster die zich net heeft verloofd. Het is moeilijk om dan het gesprek om te buigen als de konsultvrager b.v. zegt: 'Dit is voor mij van groot belang, want ik heb hetzelfde probleem'. Als dit gebeurt, dan is het moeilijk om te zeggen 'hoe staat het met de cliënt?' Als de konsultvrager begint te generaliseren dient de konsulent te interveniëren en te stellen: 'Wat heeft deze generalisatie met het geval van de cliënt te maken?', waarna de konsulent een analyse probeert te maken van wat de reden is van het uitwijken naar de generalisatie.

Caplan geeft nog een ander voorbeeld hoe eruit te komen als een konsultvrager toch over zijn privé-leven gaat praten. In het gesprek over een kind dat nog in bed plast zei een konsultvrager op een gegeven moment:

'Ik maak me vooral bezorgd om deze jongen, omdat ik al jarenlang tob met het bedplassen van mijn eigen zoon'. De konsulent reageerde niet met: 'Het spijt me dat te horen, welke vorm van bedplassen heeft Uw zoon?', maar door te zeggen: 'Ik ben ervan overtuigd dat Uw eigen ervaring U bijzonder alert heeft gemaakt voor de gevoelens van deze jongen en zijn moeder. Hoe heeft de moeder het probleem opgelost dat andere mensen het weten van haar zoon? Heeft ze een gevoel gefaald te hebben, of heeft ze het gevoel dat anderen haar beschuldigen niet zo'n goede moeder te zijn?'. Of in een ander geval: 'Soms is het een goede zaak voor onze cliënten dat wij professionals ook mensen zijn en problemen hebben, zodat het ons gemakkelijker valt de hunne in te voelen'.

— In het geval dat de konsultvrager de konsulent vraagt om psychotherapie kunnen er twee redenen zijn voor dit verzoek. In het ene geval probeert de konsultvrager min of meer onbewust de konsulent te verleiden zijn konsultatiekontraat te verbreken en dan dient gehandeld te worden als boven. In het geval dat de konsultvrager werkelijk in therapie wil, komt de konsulent ook in moeilijkheden. Immers om te beoordelen of de konsultvrager in therapie moet en wat voor soort therapie geïndiceerd is, zal hij de konsultvrager moeten onderzoeken. Dit is hem volgens het konsultatiekontraat niet toegestaan. Het enige

wat hij kan doen is wijzen op de normale procedure, dus via de huisarts een konsult vragen bij een psychiater. Dit afwijzen van een persoonlijk appèl aan de konsulent heeft wel gevolgen voor de relatie-opbouw. De wijze waarop de konsulent deze afwijzing verbaliseert is dan van groot belang. Essentieel is dat de konsulent laat blijken dat hij niet op het verzoek van de konsultvrager in kan gaan, maar dat dit nog niet betekent dat de konsulent de konsultvrager ook als persoon afwijst. Daarbij is een letterlijke verbalisering minder belangrijk dan de boodschap.

2.5.4 De techniek in de probleemoplossende fase

2.5.4.1 Algemene overwegingen

Uit de titel van deze paragraaf zou men tot de konklusie kunnen komen dat slechts in deze fase aan probleemoplossing wordt gedaan. In paragraaf 2.4.1 werd echter reeds gesteld dat er in de verschillende fasen van relatie-opbouw tussen de konsultvrager en de konsulent verschillende prioriteiten aan de problemen worden toegekend. In de probleemoplossende fase houden de konsulent en de konsultvrager zich minder met de onderlinge relatie bezig, maar richten zij vooral hun aandacht op het probleem dat de konsultvrager met de cliënt heeft.

2.5.4.2 Het werken aan de oplossing van het probleem

Rhodes (1960) geeft een algemene strategie voor het oplossen van een probleem dat iemand heeft in zijn werk met een cliënt. Hij analyseert de probleemsituatie en tracht veranderbare factoren te vinden. Van groot belang daarbij is het opsporen van obstakels voor een goede kommunikatie. Daarbij is de relatie tussen konsultvrager en cliënt uiteraard belangrijk, omdat deze faktor bepaalt in hoeverre de konsultvrager gemotiveerd is om aan het probleem van de cliënt te werken. Daarnaast onderscheidt Rhodes situationele en organisatorische aspecten, die bijdragen tot het ontstaan of het in stand houden van het probleem.

Eén van de problemen die de konsulent in deze fase ontmoet is het feit dat hij (volgens eigen kontrakt overigens) geheel afhankelijk is van de konsultvrager voor het verkrijgen van informatie

over de cliënt, de konsultvrager en de situatie waarin zij beiden opereren. De konsultvrager 'kleurt' het gesprek in zoverre dat hij zijn eigen percepties geeft van het probleem. De konsulent moet dus nauwkeurig luisteren, en vormt zich dan een inzicht van konsultvrager's visie op het geval en de houding van de konsultvrager ten aanzien van de cliënt. De konsulent bouwt een hypothese op over wat het mogelijke probleem is dat de konsultvrager ervaart in zijn relatie tot de cliënt. Mist de konsultvrager specifieke kennis of vaardigheden waardoor hij nalaat de juiste gegevens te verzamelen of de gegevens op de juiste wijze te waarderen, waardoor de konsultvrager niet verder komt met zijn cliënt? Zijn er organisatorische aspecten (opvattingen, normen en procedures in de organisatie van de konsultvrager), die het de konsultvrager moeilijk maken verder te komen, of zijn er persoonlijke factoren in het spel, krachtig genoeg om te interfereren met het percipiëren en begrijpen van het probleem door de konsultvrager? (Haylett en Rapoport, 1964).

Ontbreekt kennis of inzicht, dan kan de konsulent de rol van technisch adviseur vervullen door verschillende alternatieve oplossingen aan te bieden of door de konsultvrager te helpen zijn werkwijze in dit geval of soortgelijke gevallen te doordenken. Indien organisatorische aspecten interfereren, moet de konsulent zich eerst goed oriënteren over de gang van zaken in de organisatie, de opvattingen over wat goed en kwaad is e.d., om te voorkomen dat hij zich ertoe laat verleiden voorstellen te doen die ingaan tegen het beleid van de organisatie. Dit brengt de positie van de konsulent ten aanzien van de andere konsultvragers en de chefs in gevaar. Om te kunnen werken moet hij immers akseptabel zijn voor hen. Doorkruist hij het algemene beleid, of wordt hij gezien als iemand die steun geeft aan een niet-geaksepteerde visie van één van de konsultvragers, dan vormt hij een bedreiging voor de anderen en daalt de mate waarin zij hem akseptereren. Het probleem dient opgelost te worden binnen het normale professionele functioneren van de konsultvrager, waarbij bijvoorbeeld voorkomen moet worden dat deze zijn werkprocedures gaat wijzigen op grond van een foutieve beoordeling van de situatie door de konsulent.

2.5.4.3 Het werken aan thema-interferentie

In paragraaf 2.3.3.3.2 werden de mogelijke oorzaken besproken waardoor de konsultvrager niet goed funktioneert.

Naast gebrek aan kennis en vaardigheid onderscheiden Caplan en ook Haylett en Rapoport subjektieve factoren: zoals gebrek aan objectiviteit. In die paragraaf werd reeds ingegaan op het handelen van de konsulent in die situatie. Eén van de processen die het funktionieren van de konsultvrager bemoeilijken n.l. thema-interferentie werd beschreven en gedefinieerd door Caplan (1964, 1970).

Het is nuttig om aan de thema-redukcie-techniek zoals deze door Caplan wordt beschreven meer aandacht te geven.

Caplan (1970) onderscheidt drie hoofdgroepen van activiteiten bij het werken aan thema-interferentie:

- 1 het vaststellen van het thema,
- 2 de interventie van de konsulent,
- 3 beëindigen en na-onderzoek.

2.5.4.3.1 Het vaststellen van het thema

Belangrijke vragen die beantwoord moeten worden zijn: Is dit een op de konsultvrager gerichte gevalsbespreking? Vindt het werkprobleem zijn oorzaak in gebrek aan objectiviteit? Is dit laatste te wijten aan thema-interferentie? Wat is de initiële categorie? Wat is de verwachte onvermijdelijke afloop? Het is wenselijk dat deze vragen min of meer in deze volgorde worden beantwoord.

Fase 1: Oppervlakkige verkenning van een groot terrein — Het is gewenst dat de konsulent zich in het begin van het gesprek afvraagt welk type konsultatie gevraagd wordt, in welke fase van de relatie-opbouw hij zich bevindt. Hij dient goed op de hoogte te zijn van de aktuele vraagstellingen, waarmee de organisatie van de konsultvrager zich op dit moment bezighoudt. Dit kan de konsulent helpen om bepaalde informatie snel op de juiste waarde te schatten. Er is niet zelden een samenhang tussen de vraagstukken, waar de konsultvrager mee bezig is en die direkt te maken hebben met zijn werk in het algemeen en het probleem

dat hij heeft met de cliënt. De vraag die een konsulent zich voortdurend dient te stellen is: Waarom vraagt deze konsultvrager me hulp voor dit geval op dit moment? Hoe komt de konsultvrager? Uit eigen motivatie of op aandringen van chef of collega's?

Fase 2: Nauwkeurig nagaan van het gedrag van de konsultvrager — De konsulent onderzoekt de mate en de aard van de subjectieve betrokkenheid van de konsultvrager bij het geval. Caplan doet dit om een onderscheid te kunnen maken tussen directe persoonlijke betrokkenheid, identifikatie, overdracht en afwijkingen in de persoonlijkheidsstructuur enerzijds en thema-interferentie anderzijds. Het is vrij normaal dat de emotionele reacties die bij thema-interferentie optreden ook bij de andere oorzaken van gebrek aan objectiviteit voorkomen.

Als geen vorm van subjectieve betrokkenheid wordt gevonden, dan wordt het probleem in één der andere categorieën geplaatst: gebrek aan kennis, vaardigheid of zelfvertrouwen.

Aanwijzing dat er sterke subjectieve betrokkenheid aanwezig is, krijgt men hoofdzakelijk door de emotionele reacties van de konsultvrager tijdens het gesprek, zoals verwardheid, stereotypering en oordelen die niet gebaseerd zijn op bewijsmateriaal. Vooral het onderscheid tussen normale bezorgdheid over de cliënt en overgevoeligheid voor bepaalde aspecten uit het geval kunnen helpen in deze fase. Daarnaast dient ingekalkuleerd te worden dat de konsultvrager min of meer bang voor de konsulent kan zijn. De mate van ordening en duidelijkheid van de gegevens door de konsultvrager geeft de konsulent belangrijke informatie over de betrokkenheid, vooral als er partiële onduidelijkheid optreedt.

De diagnostiek van de initiële categorie. Wil men onderzoeken of er sprake is van thema-interferentie, dan zijn in het verhaal van de konsultvrager de twee elementen van belang die de sluitrede aangeven: de initiële categorie en de onvermijdelijke afloop. Het vinden van een stereotype waarneming hoeft nog niet te betekenen dat deze in strijd is met de realiteit. Van belang is echter welke fantasieën de konsultvrager aan deze reële waar-

neming vastknoopt. Caplan acht het van belang dat de konsulent zoekt naar details. Een initiële categorie kan zijn een vrouw met meerdere illegitieme kinderen. Dit is weinig gedetailleerd. Meer details biedt de initiële categorie: — een vrouw die onzedelijk is en perverse relaties met verschillende mannen heeft. Deze details moeten noodzakelijk in de initiële categorie worden opgenomen, omdat ze een belangrijke rol spelen bij het reduceren van het interfererende thema.

De diagnostiek van de onvermijdelijke afloop. Heeft men vrijwel zeker de initiële categorie opgespoord, dan moet de konsulent gaan zoeken naar wat de onvermijdelijke afloop zal zijn. Daarbij wordt de konsulent geholpen door het feit dat deze afloop altijd gepaard gaat met één of ander noodlot of vonnis, waarbij altijd iemand uit de initiële categorie zelf of uit zijn direkte omgeving betrokken is als slachtoffer.

Caplan probeert dit noodlotsgebeuren te achterhalen door eerst in algemene termen een hypothese te formuleren die het slachtoffer lokaliseert en de aard van de verwachte catastrofe. Vervolgens probeert hij de konsultvrager ertoe te krijgen het verhaal nog eens te doen, zodat de konsulent de gelegenheid krijgt te beoordelen of zijn hypothese juist is. Tenslotte probeert de konsulent de specifieke details van de onvermijdelijke afloop op te sporen. In de praktijk is het echter wel eens zo, dat de konsulent eerst de afloop lokaliseert en vervolgens moeite moet doen om de initiële categorie te vinden.

Multipele thema's. Soms spelen meerdere thema's een rol in een geval, waarbij er soms overlapping optreedt. Soms hebben verschillende initiële categorieën een zelfde kern of de onvermijdelijke afloop is gelijk. De konsulent zal dan trachten het meest saillante thema op te sporen, waarbij hij hoopt in latere gesprekken de andere thema's te kunnen exploreren.

2.5.4.3.2 De interventie van de konsulent

Het doel van de acties van de konsulent, als er sprake is van thema-interferentie, is de onverbreekelijke binding op te heffen, die door de konsultvrager beleefd wordt tussen de initiële categorie en de onvermijdelijke afloop.

De konsulent zal daartoe een strategie ontwikkelen, waarbij hij het van de konsultvrager aksepteert dat deze het thema laat interfereren met het geval. De konsulent probeert dus te voorkomen dat de konsultvrager ertoe komt dit geval los te maken van het interfererende thema, dat dan blijft bestaan en onbehandelbaar wordt. Caplan noemt het losmaken van het geval van het thema een kunstfout. Een kans gaat verloren om het interfererende thema, dat het werk belemmert, aan te pakken.

De konsulent probeert de konsultvrager ertoe te brengen om gezamenlijk te kijken naar het verband tussen de initiële categorie en de onvermijdelijke afloop en helpt hem in te zien dat deze afloop niet noodzakelijkerwijs zal optreden.

De sluitrede houdt in dat het verband onomstotelijk vaststaat. Kan nu de konsulent laten zien dat wellicht in één geval het verband tussen de categorie en de onvermijdelijke afloop er niet is, dan zal het thema verdwijnen of verzwakken. Het is dan waarschijnlijk dat er directe implicaties zijn voor de verwachtingen van de konsultvrager voor dit speciale geval. Maar men kan ook implicaties verwachten voor het behandelen van andere gevallen, waar hetzelfde thema zou hebben geïnterfereerd en ook voor het persoonlijke leven van de konsultvrager.

Of de konsulent slaagt in het opheffen van de sluitrede, hangt niet alleen van zijn kunde af in termen van diagnostiek, maar hangt evenzeer af van zijn emotionele relatie met de konsultvrager. Is er een relatie van wederzijdse akseptatie gegroeid, dan zal de konsulent beter in staat zijn de konsultvrager zodanig te beïnvloeden, dat hij kritisch naar de sluitrede kan kijken.

Caplan beschrijft vier technieken om de sluitrede te verbreken:

- 1 — de methode waarbij het verbale fokus op de cliënt gericht is;
- 2 — de methode waarbij het verbale fokus op een ekstern object is gericht, de parabel;
- 3 — de methode waarbij het non-verbale fokus op de cliënt gericht is;
- 4 — de methode waarbij het non-verbale fokus op de relatie tussen konsulent en konsultvrager gericht is.

(1) De interventiemethode waarbij het verbale fokus op de cliënt

is gericht. De konsulent bespreekt met de konsultvrager het feitenmateriaal, samenhangend met de voorspelling van de konsultvrager over de afloop. De konsulent wijst erop dat deze afloop één mogelijkheid is, dat er echter meer mogelijkheden zijn. Dat het in dit geval waarschijnlijk lijkt, dat een andere afloop plaats heeft dan de konsultvrager voorziet. Daarbij dient de konsulent niet te abstrakt te zijn, omdat anders de mogelijkheid bestaat dat de konsultvrager de direkte relevantie inziet voor zijn persoonlijke leven en de mogelijkheid bestaat dat het konsultatiesgesprek in psychotherapeutische richting gaat. Vandaar dat Caplan's advies om de bewoordingen zodanig te kiezen dat het past in het geval van de cliënt en zijn sociale situatie.

(2) De interventie waarbij het verbale fokus op een ekstern object is gericht: de parabel. Als de konsulent merkt dat het interfererende thema dicht bij het bewustzijn van de konsultvrager is komen te liggen, dan zal de konsulent behoefte hebben aan een manier van bespreken die enige distantie garandeert.

Gaat de konsulent er vanuit dat de sluitrede is opgebouwd uit bewust, maar ook uit onbewust materiaal, dan kan hij hier gebruik van maken door als het ware direkt te praten tegen het onbewuste van de konsultvrager, dus binnen de veiligheid van een akseptabel defensiesysteem.

De konsulent bereikt dit door het gesprek af te leiden van het ter discussie staande geval naar een ander geval, dat oppervlakkig gezien zo verschillend mogelijk is, maar waarin dezelfde categorieën voorkomen.

Deze parabelmethode is zeer oud (in de Bijbel kennen we de 'Gelijkenissen') en blijkt een grote emotionele invloed te hebben, terwijl het slechts een minimum aan weerstand oproept bij de luisteraars. De kracht ligt vooral daarin, dat het de luisteraars een mogelijkheid biedt zich te identificeren zonder hun gezicht te verliezen. In tegenstelling echter tot literaire of religieuze parabels meent Caplan dat het gewenst is dat de parabel in de konsultatie klinkt alsof het werkelijk gebeurd is.

(3) De interventie waarbij het non-verbale fokus op de cliënt gericht is. Bij deze methode gebruikt de konsulent geen woorden om zijn boodschap over te brengen, maar non-verbale sig-

nalen. De konsulent bespreekt de afloop op een duidelijk ontspannen en rustige manier. Hij gebruikt deze non-verbale signalen ter ondersteuning van zijn woorden.

De afwezigheid van bezorgdheid en haastmaken heeft volgens Caplan grote betekenis, indien de konsultvrager weet dat de konsulent volledig inzicht heeft in alle aspecten van het geval, en met name van de gevaren die de konsultvrager ziet. Bij deze methode vertrouwt de konsulent erop dat de konsultvrager zich sterk met hem identificeert, de konsulent dient zich van deze identifikatiefunctie bewust te zijn en er gebruik van te maken.

(4) De methode waarbij het non-verbale fokus op de relatie tussen konsulent en konsultvrager gericht is. Het komt niet zelden voor dat de problematiek, die ten grondslag ligt aan het thema, vrij aktueel is en gemakkelijk verplaatst wordt naar andere objecten. Soms is dat de cliënt, maar soms ook de konsulent, speciaal als er een intensieve emotionele relatie is gegroeid tussen konsulent en konsultvrager. De konsulent moet er dus op bedacht zijn dat de konsultvrager hem een bepaalde rol gaat opdringen en dan zelf de komplementaire rol gaat spelen, zoals er in de psychotherapie 'acting out' optreedt in de overdracht. De konsulent dient echter in tegenstelling tot de psychotherapie te proberen op non-verbale wijze een oplossing te vinden, daar het bewustmaken van de dynamiek die aan deze fenomenen in de overdracht ten grondslag ligt, per definitie niet is toegestaan.

De konsulent probeert in deze situatie tegelijkertijd te werken aan het geval met de cliënt en de fenomenen in de relatie met de konsultvrager. Dit kan bijzonder gekompliceerd zijn, omdat de konsulent gedwongen wordt op meerdere niveaus gelijktijdig te werken: Hij moet met de manifeste inhoud van het geval op zinvolle wijze bezig zijn, hij moet ook rekening houden met latente inhoud, zowel van datgene wat de konsultvrager zegt als wat hij zelf zegt over de cliënt. Hij moet ook opletten wat de konsultvrager non-verbaal uit in deze overdrachtssituatie.

2.5.4.3.3 Beëindiging van het konsultatiegesprek

De konsulent zal er naar streven het gesprek te beëindigen zodra hij signalen krijgt van de konsultvrager dat de boodschap is over-

gekomen. De non-verbale signalen zijn veelal het duidelijkst: een vermindering in spanning, terugkeer van de normale professionele objectiviteit en distantie. Op dat moment is het goed als de konsulent terugtreedt en de konsultvrager het succes met het geval laat, waardoor bij de laatste het gevoel versterkt wordt dat hij het zelf is geweest, die een oplossing heeft gevonden voor een tot voor kort onmogelijk gehouden taak. Hier kan er nog eens op gewezen worden dat het in de konsultatiegesprekken er niet primair om gaat dat de konsultvrager met de cliënt alle problemen kan oplossen, maar dat hij in staat is in de relatie met de cliënt te blijven werken aan de problemen waar de cliënt mee zit en dat hij inziet dat er voor problemen verschillende oplossingen mogelijk zijn. Uiteraard is de konsulent benieuwd naar wat de konsultvrager in de konsultatiegesprekken heeft geleerd en op welke wijze hij dit bepaalde geval verder afhandelt. Daarom zegt de konsulent meestal aan het eind van het gesprek dat hij graag verdere hulp wil geven als dat nodig mocht blijken met andere gevallen en op de hoogte wil blijven hoe het met deze bepaalde cliënt verder is gegaan.

2.6 Overeenkomsten en verschillen met supervisie, psychotherapie en agogisch organisatie-advieswerk

2.6.1 Inleiding

Verschillend gestructureerde uitgangssituaties bij het cliëntstelsel leiden tot de noodzaak om een diversiteit van methoden ter beschikking te hebben om de verschillende doelstellingen te bereiken. In deze paragraaf willen we de verschillen in uitgangssituatie en methode nader preciseren, om de verschillen aan te kunnen geven tussen konsultatie en supervisie, psychotherapie en agogisch organisatie-advieswerk.

Wel dient hier opgemerkt te worden dat het begrip konsultatie in deze paragraaf gedefinieerd is in de zin van Caplan, dus als de situatie waarbij de konsultvrager hulp vraagt voor zijn professionele functioneren met een individuele cliënt, patient of een groep cliënten of patienten.

2.6.2 Konsultatie en supervisie

Supervisie is een formeel en onvrijwillig deel van een onderwijsstelsel, waarbij de leerling een vak- of beroepsopleiding krijgt, en waarbij de opleiders menen dat een theoretische scholing onvoldoende is en praktijkopleiding onder controle noodzakelijk om de gewenste beroepsvaardigheden te krijgen. Dat betekent dat afhankelijk van het gemaakte kontrakt degene die de dienst of zorg krijgt van de supervisant, deze laatste beperkt verantwoordelijk acht en meestal de supervisor medeverantwoordelijk beschouwt. Ook de opleidende instelling houdt de supervisor medeverantwoordelijk voor het doen en laten van de supervisant in de gesuperviseerde situatie.

In de konsultatie, zoals nader gedefinieerd in paragraaf 2.2 is de konsulent geen deel van een opleidingssysteem. De konsulent heeft ook geen formele verantwoordelijkheid op zich genomen voor het handelen van de konsultvrager ten aanzien van diens cliënt.

Bij supervisie gaat het de supervisor er niet alleen om de supervisant kennis en vaardigheid over te dragen, maar ook om hem of haar een beroepsmodel aan te bieden, met behulp waarvan de supervisant een eigen professionele identiteit en beroepshouding kan opbouwen. De beroepsidentiteit van de supervisor is veelal dezelfde als die van de supervisant. Een ervaren psychiater superviseert b.v. een jonge assistent in opleiding tot psychiater. Bij specifieke opleidingen kunnen de supervisor en de supervisant van verschillende beroepsgroepen afkomstig zijn, en niet de bedoeling hebben over te gaan van de ene naar de andere beroepsgroep. De psychiater, die tijdens zijn opleiding tot psychotherapeut gesuperviseerd wordt door een klinisch psycholoog-psychotherapeut, heeft de ambitie de psychotherapeutische methode te leren. Hij heeft behoefte aan een model voor zijn therapeut-zijn en een voorbeeld om zijn beroepshouding aan te ontwikkelen. Deze psychiater heeft echter geen ambitie om psycholoog te worden. De konsulent stelt zich niet ten doel om van de huisarts, de dominee of de onderwijzer die hem om konsult vragen, ook konsulenten te maken. De konsulent heeft evenmin de bedoeling als model te dienen waaraan de konsultvragers hun

beroepsidentiteit kunnen ontwikkelen. De konsulent streeft er naar dat de onderwijzer psychohygiënische aspecten die meespelen bij het onderwijs goed kan hanteren.

Zijn er dus doelstellingsverschillen en is de setting waarin de konsulent opereert fundamenteel verschillend van die van de supervisor, er zijn ook overeenkomsten. Het fokus van beider aandacht is het funktioneren van de supervisant of de konsultvrager in hun professionele rollen. De hulp die de supervisor en de konsulent aan de cliënt bieden is in beide gevallen indirect (via supervisant en konsultvrager).

Er zijn echter ook enkele methodische verschillen. Bij de supervisie van bijv. psychotherapie of casework zijn de intrapsychische aspecten van de supervisant legitiem onderwerp van gesprek, voor zover dit het professionele funktioneren beïnvloedt. In de konsultatie is het bespreken van de intrapsychische aspecten van het professionele funktioneren strikt taboe. De reden hiervan werd besproken in paragraaf 5.3.2 van dit hoofdstuk. Verder is de zich ontwikkelende relatie tussen supervisor en supervisant, indien van belang voor het professionele funktioneren van de supervisant, een legitiem onderwerp voor het supervisiegesprek. Explicitering van de relatie is nodig om de supervisant bijvoorbeeld overdrachtsverschijnselen te kunnen leren herkennen en het effect ervan te kunnen reguleren. In de konsultatie wordt de sociaal-emotionele dynamiek tussen de konsultvrager en de konsulent niet op dezelfde wijze ter bespreking ingebracht. Verder is er nog een verschil in emotionele betrokkenheid bij de cliënt of het cliëntensysteem. De konsulent in onze betekenis stelt zich ten doel het bevorderen van de psychohygiëne in de gemeenschap. Hij is er dus bepaald niet onverschillig onder of zijn konsultvrager in psychohygiënisch opzicht beter gaat funktioneren. De supervisor hoeft niet emotioneel betrokken te zijn bij de cliënten. Zijn hoofddoel is de supervisant tot een vakman of beroepsgeenoot te maken.

Het blijkt overigens dat in de praktijk van het maatschappelijk en kulturele werk in Nederland het begrip supervisie zowel wordt gebruikt in de zin zoals deze in het begin van deze paragraaf werd gedefinieerd, als voor een vorm van begeleiding bij het

professionele funktioneren nadat de formele opleiding is afgesloten.

Dit gebruiken van één woord om twee verschillende vormen van begeleiding aan te duiden werkt verwarrend. Het begrip supervisie, zoals dat buiten de opleiding wordt gehanteerd, is een voortgezette vakopleiding, die onder verantwoordelijkheid van de maatschappelijk werk-instelling wordt georganiseerd. De supervisor richt zich zowel op het intrapsychische als op het interpersoonlijke funktioneren van de supervisant. De supervisor is dus vooral persoonsgericht. Dit is dus een duidelijk verschil met de konsultatie.

In de praktijk van het maatschappelijk en het kulturele werk kent men nog de werkbegeleiding, die niet persoonsgericht, maar werkgericht is. Deze vrijwillige, niet hierarchische, niet beoordelende of rapporterende vorm van begeleiding lijkt dus sterk op de konsultatie. In de konsultatie hoeft de konsulent niet van dezelfde discipline als de konsulent te zijn, terwijl bij de werkbegeleiding de begeleider en de beroepskracht veelal van dezelfde discipline zijn.

Over de wijze van hanteren van de overdrachtsrelatie van de supervisant op de supervisor in de analytische, psychotherapeutische opleiding bestaat geen algehele overeenstemming. Met name is in discussie of men alleen gebruik moet maken van de overdracht zonder interpretatie van die relatie (Tarachow 1964), of dat men de overdrachtsfenomenen tussen supervisor en supervisant ook moet interpreteren (Ekstein en Wallerstein 1958). Gaat men de overdrachtsfenomenen interpreteren, dan komt men erg dicht bij een psychotherapeutische relatie. In de konsultatie maakt de konsulent wel gebruik van de overdrachtsfenomenen, maar hij interpreteert ze niet.

2.6.3 Konsultatie en psychotherapie

Tussen een konsultatieve en een psychotherapeutische relatie is eveneens een aantal overeenkomsten en verschillen aan te geven. Neemt men de definitie die de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie opstelde om de besprekingen met de kommissie De Vreeze te openen (1970), dan zijn er parallellen

aan te geven tussen psychotherapie en konsultatie.

'Psychotherapie is het op wetenschappelijk verantwoorde wijze behandelen door een deskundige, die daarvoor is opgeleid, van patienten in de zin dat zij hulp behoeven voor psychische moeilijkheden, konflikten of stoornissen door middel van het op methodische wijze vestigen, structureren en hanteren van een relatie, teneinde die psychische stoornissen op te heffen of te verminderen'.

De overeenkomst tussen konsultatie en psychotherapie is dat beide op wetenschappelijk verantwoorde wijze mensen willen bijstaan, die moeilijkheden, konflikten of stoornissen ervaren, door middel van het structureren en hanteren van een relatie, om deze stoornissen op te heffen of te verminderen.

Degenen die hulp ontvangen (de konsultvrager en de patient) verschillen echter in zoverre, dat de patient komt voor zijn eigen moeilijkheden, konflikten of stoornissen, en dat de konsultvrager komt vanwege moeilijkheden, konflikten of stoornissen die hij ervaart in zijn beroepsmatig werken met cliënten.

Ook verschilt de konsulent van de psychotherapeut doordat de konsulent zich niet richt op het openleggen van de persoonlijke problematiek die interfereert met het professionele functioneren (Caplan 1970, Bindman 1966).

Haylett en Rapoport (1964) wijzen er op dat verschillen tussen konsultatie en psychotherapie niet zozeer bepaald worden door andersoortige kennis waarvan men uitgaat of de toepassing van verschillende technieken, maar veel meer door het primaire doel dat men zich stelt in de onderlinge relaties. Daarnaast zijn er dan nog verschillen in de aard en de mate van autoriteit in de relatie, de aard van de onderlinge rolrelaties en de afgesproken beperkingen van de gemeenschappelijke taak.

Ook zijn er verschillen in de rechten en plichten. De psychotherapeut krijgt het recht diep door te dringen in het intieme leven van zijn patient. Daarom verlangt deze laatste een aantal waarborgen betreffende confidentialiteit en vooropleiding van de psychotherapeut. Bovendien verwacht de patient normhandhaving via beroepsverenigingen, wettelijke voorschriften en dergelijke. De psychotherapeut krijgt immers een grote mate van

invloed op de patient, waardoor deze in de relatie tot de therapeut bescherming behoeft.

De konsultatierelatie is via onderlinge afspraken, beperkt tot het bespreken van het functioneren van de konsultvrager in de werksituatie. De konsulent streeft er niet naar de konsultvrager in de konsultatiesituatie afhankelijk te maken, integendeel, de konsulent probeert de konsultvrager zelf zijn plannen te laten ontwikkelen ter oplossing van het werkprobleem.

De konsulent interpreteert geen overdrachtsfenomenen, wat de therapeut wél doet, de konsulent respecteert ook de afweermechanismen van zijn konsultvrager. De konsulent werkt dus binnen het defensiesysteem en probeert het niet te doorbreken (zie paragraaf 2.5.3.1). De interactie tussen de psychotherapeut en de patient is die tussen een deskundige en een leek. De interactie tussen konsulent en konsultvrager, die tussen twee beroepskrachten. Het gedrag van de psychotherapeut kan passief of afwachtend zijn, de konsulent is voortdurend actief om leiding te geven aan het proces van het probleem oplossen.

De psychotherapeut zal proberen zijn patient ertoe te brengen zich bewust te worden van zijn gevoelens en ze uit te spreken. De konsulent beperkt zich tot het aanhoren van de geuite emoties over de cliënt en probeert het verband te leggen tussen deze emoties en het probleem dat de konsultvrager ervaart. De konsulent exploreert de emoties dus slechts in een bepaalde, beperkte richting. De konsulent is er dus wel op verdacht, dat de konsultvrager zijn emoties heeft en dat deze laatste een gestoorde perceptie van de werkelijkheid kan hebben, waardoor zijn professionele gedrag beïnvloed wordt. Hoe men in de praktijk van de konsultatie voorkomt dat een konsultatieve relatie overgaat in een psychotherapeutische, werd uitvoerig beschreven in de paragrafen 2.5.3.2 en 2.5.3.3.

2.6.4. Konsultatie en agogisch organisatie-advieswerk

In de voorafgaande paragrafen hebben we ons beziggehouden met die vorm van konsultatie, waarbij de konsultvrager hulp vraagt voor zijn professionele functioneren met een individuele cliënt, patient of een groep van individuele cliënten.

Bij het agogisch organisatie-advieswerk (ook wel aangeduid met 'planned change') wordt hulp gevraagd voor het oplossen van de moeilijkheden die worden ervaren in het functioneren van de organisatie, of zoals Lippitt (1958) het omschrijft: 'conscious deliberate and collaborative effort to improve the operations of a system whether it be a self-system, social system or cultural system, through the utilization of scientific knowledge'.

Er zijn ook organisatie-adviseurs die meer de nadruk leggen op het goed functioneren van het technische of economische systeem. Deze adviseurs hebben andere doeleinden en werkwijzen en moeten dus scherp onderscheiden worden van de agogische organisatie-adviseurs. De konsulent en de agogische organisatie-adviseur zijn beiden geïnteresseerd in het verbeteren van het professionele functioneren van de konsultvrager(s). De konsulent is echter ook emotioneel betrokken bij wat de konsultvrager met de cliënt doet, in verband met zijn doelstelling de geestelijke gezondheid van de bevolking te verbeteren. Bij het organisatie-advieswerk is de adviseur er vooral op gericht het functioneren van de organisatie te verbeteren.

Er zijn dus doelstellingsverschillen en verschillen in fokus, wat met zich meebrengt dat er ook andere methoden en strategieën worden gebruikt om het functioneren te verbeteren. Dit betekent dat er andere eisen aan de konsulent worden gesteld in termen van diagnostische en strategische kennis en vaardigheden.

In de paragrafen 2.3.3.2 en 2.3.3.4 gingen we in op wat Caplan noemt 'administrative consultation'. Bij deze vorm van konsultatie vindt een op de psychohygiëne gerichte toetsing van de werkwijze(n) van de organisatie plaats.

Zo kan men bijvoorbeeld als konsulent onderzoeken of op konsultatiebureaus voor zuigelingen aandacht wordt gegeven aan de psychohygiënische aspecten van de moeder - kind relatie.

Wij hebben reeds eerder opgemerkt dat wij geen ervaring hebben opgedaan met deze 'administrative consultation'. Wij kunnen daarom niet verder ingaan op de specifieke overeenkomsten en verschillen tussen deze 'administrative consultation' en het agogische organisatie-advieswerk.

3

Het eksperimentele konsultatieproject

3.1 Inleiding

In de Inleiding bespraken we de introductie van de konsultatiemethode volgens Caplan in Nederland. Wij namen deel aan de seminars die in 1964 en 1965 georganiseerd werden onder leiding van Caplan. Daarna rees de vraag op welke wijze praktijkervaring kon worden opgedaan met deze nieuwe methodiek. In het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde TNO leefde reeds lang de overtuiging dat de huidige behandelingsmethoden van de psychiatrie weliswaar kwalitatief op een behoorlijk peil staan, maar waarschijnlijk nooit aan de toenemende behoefte aan hulp zouden kunnen beantwoorden, niet alleen door het grote aantal mensen dat om hulp komt, maar ook omdat grote aantallen mensen met emotionele moeilijkheden niet op de psychiatrische spreekuren verschijnen.

Daarbij komt nog het probleem dat de best doordachte psychiatrische behandelingstechnieken hoge eisen aan de psychiater stellen in termen van deskundigheid en tijdsinvestering, terwijl de methoden ook hoge eisen stellen aan de patienten. Zij dienen voldoende emotioneel stabiel, voldoende intelligent en gemotiveerd voor behandeling te zijn en over goede financiële voorzieningen te beschikken.

Het bestaan van b.v. de telefonische hulpdiensten en de Stichting Correlatie die in een behoefte blijken te voorzien is een aanduiding dat de professionele hulpverlening steken laat vallen. De laatste jaren is de psychiatrische professie zich dit meer be-

wust gaan worden. Zo werden er b.v. samenwerkingsexperimenten geëntameerd tussen psychiaters en huisartsen (Balint, 1957; Van Bork, 1968; Veldhuyzen van Zanten, 1966; Bastiaans, 1967).

Daarnaast was het inzicht gegroeid dat de psychiater temidden van de andere hulpverleners in een vrij geïsoleerde positie is gekomen (onderzoek naar de houding van psychiaters en andere artsen ten opzichte van ziekte, De Boer, 1970).

Deze geïsoleerde positie is mede verklaarbaar uit de moeilijkheden die de psychiater ondervindt bij het overbrengen van zijn inzichten aan niet-psychiatrisch opgeleide hulpverleners.

Wij vroegen ons af of de konsultatiemethode van Caplan zou kunnen helpen bij het herstellen van de kommunikatie tussen psychiatrisch getrainde en psychiatrisch niet-getrainde hulpverleners, waardoor een goed begeleid hulpverleningspotentieel zou kunnen ontstaan voor de behandeling van de schier eindeloze stroom mensen met moeilijkheden.

Wij kwamen tot de konklusie dat het de moeite waard was een eksperiment te doen met de konsultatiemethode van Caplan, zoals hij deze zelf had onderwezen tijdens de seminars in 1964 en 1965 en zoals beschreven in zijn boek *Principles of Preventive Psychiatry* (1964).

Een van de eerste moeilijkheden waarmee we werden geconfronteerd na deze beslissing was het niet beschikbaar zijn in Nederland van een door Caplan opgeleide konsulent, die ons zou kunnen superviseren. We moesten ons de methode dus zo goed mogelijk zelf eigen maken. Om dit noodgedwongen 'leren door eksperimenteren' te vergemakkelijken besloten we tot:

1 — het opnemen van de konsultatiegesprekken op de bandrecorder, waardoor terugluisteren en bestuderen mogelijk zou worden;

2 — ruim tijd te reserveren voor het naluisteren van de opgenomen konsultatiegesprekken (per gesprek van drie kwartier werd gerekend op een terugluistertijd van minimaal anderhalf uur);

3 — begeleiding door een zenuwarts-konsulent verbonden aan

het NIPG-TNO; deze begeleider had konsultatie-ervaringen opgedaan in de Verenigde Staten en in Nederland; van dit gemeenschappelijk luisteren naar de bandopnamen en het erover discussieren werd verwacht dat de aankomende konsulent zich gesteund zou voelen en methodische vergissingen snel gesignaleerd zouden kunnen worden; bovendien had de begeleider meer ervaring dan de aankomende konsulent met het adviseren aan organisaties; dit leek ons van groot belang, omdat organisatorische konsekwenties van de individuele konsultatie konden worden verwacht;

4 — de deelnemers van de werkgemeenschap 'Mental Health Consultation' te vragen kommentaar te leveren op de konsultatiepogingen van de konsulent (ook de begeleider was lid van de werkgemeenschap).

Wij zetten ons vervolgens tot het ontwikkelen van de voorwaarden waaraan het proefproject zou moeten voldoen, waarbij we ons ervan bewust waren dat we wel ambitieus mochten zijn, doch ons dienden te beperken tot wat haalbaar leek. We beperkten ons daarom tot de op de konsultvrager gerichte gevalsbespreking (consultee centered case consultation), omdat dit type konsultatie het nauwkeurigst door Caplan was beschreven, terwijl over de op het funktioneren van de organisatie gerichte konsultatie door Caplan nog niets was gepubliceerd.

Na tot deze beperking besloten te hebben ontwikkelden we het criterium dat de konsulent een konsultatieproject zou gaan zoeken met een hulpverleningsorganisatie, waarvan de doelstellingen, de werkwijze en het cliëntensysteem hem niet geheel vreemd zouden zijn. De konsulent zou zich door een vertrouwde problematiek met een hem geen vreesaanjagend cliëntensysteem waarschijnlijk minder bedreigd voelen en daardoor wellicht zich beter aan het ontwikkelen van de konsultatiemethode kunnen wijden. Wij waren het erover eens dat de konsultvragers en hun organisatie goed gemotiveerd moesten zijn om konsultatieve hulp van de konsulent te krijgen. Daarnaast dienden zij ermee in te stemmen dat het project een eksperimenteel karakter zou hebben, waarbij de konsulent de methode al doende zou leren. Uiteraard zouden de konsultvragers en hun organisatie moeten instemmen

met de begeleiding en het opnemen en naluisteren van de band-opnamen. De konsultvragers zouden zich er ook van bewust moeten zijn dat de konsultatie naast een dienstverlenende functie ten behoeve van hen, ook een leerervaring zou zijn die door een publikatie of door onderwijs ook aan anderen ten dienste zou komen.

Slechts onder deze laatste voorwaarde kon het NIPG-TNO dit projekt ambiëren en mogelijk maken.

Het zoeken van een geschikt konsultatieprojekt hield vele oriënterende gesprekken in met verschillende potentiële konsultvragers, bureauhoofden en bestuursleden. Dit duurde bijna een jaar.

3.2 Het oriënterende werk voor dit projekt: De voorbereidende fase

3.2.1 De keuze van het proefveld en het overleg

In het voorjaar van 1967 volgde een studentenarts verbonden aan een van de Nederlandse instellingen voor wetenschappelijk onderwijs de cursus Algemene Gezondheidszorg zoals die door het Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde-TNO te Leiden worden georganiseerd.

De begeleider van ons konsultatieprojekt hield tijdens deze cursus een inleiding over konsultatiemethoden. Na afloop vroeg deze studentenarts of artsen en dekanen konsultatieve hulp zouden kunnen krijgen voor hun werk met de studenten. Er werd een bijeenkomst georganiseerd waaraan de studentenartsen, de dekanen, de begeleider en de konsulent deelnamen.* In deze bijeenkomst werd zo goed mogelijk informatie gegeven over de methode, de mogelijkheden en doelstellingen en de bedoelingen

* De artsen en de dekanen hebben feitelijk verschillende opdrachtgevers. Hierop zal nader worden ingegaan in de paragrafen 3.2.3.1.1 en 3.2.3.2.1. De artsen en dekanen hebben als hulpverleners aan de studenten een informele overlegstructuur gekreëerd om werkproblemen te kunnen bespreken. Het gemeenschappelijke probleem van de artsen en de dekanen in dit geval was de door hen als onvoldoende beleefde psychiatische begeleiding bij hun werk met de studenten.

van de konsulent. De artsen en dekanen bleken bereid onder de eerder beschreven voorwaarden aan het eksperiment mee te werken, waarna een bijeenkomst werd belegd met het bestuur van de gezondheidsorganisatie waarbij de artsen in dienst waren, en met de rektor magnifikus, die de direkte chef van de dekanen is aan deze instelling voor wetenschappelijk onderwijs.

Wij zochten zo snel mogelijk kontakt met de voor het werk van de artsen en dekanen verantwoordelijke funktionarissen, omdat wij verwachtten dat onze konsultatiebemoeienissen met de individuele konsultvragers konsekwenties zouden kunnen hebben voor het funktioneren van dit universitaire systeem. Deze ervaring hadden wij opgedaan met advieswerk in het bedrijfsleven en wordt ook in de literatuur regelmatig beschreven.

Tijdens dit overleg bleek dat er reeds geruime tijd bij de artsen en dekanen een behoefte leefde aan konsultatieve hulp van een deskundige op het terrein van de psychohygiëne. Deze zou in tegenstelling tot wat gebruikelijk is in de klinische en poliklinische praktijk, de studenten niet voor onderzoek en behandeling overnemen, maar de artsen en dekanen helpen hun patiënten en cliënten zelf beter te behandelen. Voor de duidelijk psychisch gestoorden zou verwijzing naar een nabijgelegen kliniek mogelijk blijven.

In het jaar voorafgaande aan het overleg tussen het NIPG-TNO en deze instelling voor wetenschappelijk onderwijs was reeds een proef genomen met groepsbesprekingen, waaraan werd deelgenomen door de artsen en dekanen en een psychiater-adviseur. Deze groepsbesprekingen werden gehouden volgens de methode ontwikkeld door Balint (1957). Na een jaar kwamen de artsen en dekanen echter tot het inzicht dat de hulp die zij kregen in deze 'Balintgroep' niet geheel tegemoet kwam aan de bij hen gevoelde behoefte aan individuele begeleiding bij hun werk door een konsulent.

In deze besprekingen kreeg de konsulent een belangrijk waarschuwingssignaal van de konsultvragers. Zij vertelden dat zij ontevreden waren over de wijze waarop de psychiater-adviseur leiding gegeven had aan de besprekingen. Hun grootste bezwaar was dat zij het gevoel hadden gepsychoanalyseerd te worden. Dit

had sterke emotionele weerstanden opgeroepen, die kennelijk niet op korte termijn oplosbaar waren gebleken. Daar de konsulent met de toekomstige konsultvragers op de konsultvrager gerichte gevalsbesprekingen zou houden, waarbij hun eigen funktioneren aan de orde zou komen, maande dit hem tot voorzichtigheid. Daarnaast was hij zich maar al te goed bewust van het feit dat hij, net als zijn voorganger, psychiater was.

Ondanks de handicap van de minder gunstige ervaringen met een psychiater in het verleden bleken de artsen en dekanen bereid het eksperiment met deze konsulent te wagen onder de in paragraaf 3.1 beschreven voorwaarden en kondities.

De begeleider en de konsulent meenden dat aan de voorwaarden was voldaan om een kans van slagen te hebben: De konsulent voelde zich 'thuis' in het probleemveld (hij had in de periode van zijn specialisatie tot zenuwarts vrij veel studenten met psychische problemen behandeld), de konsultvragers waren goed gemotiveerd en bereid de gestelde voorwaarden te aksepteren. Om er zeker van te zijn dat de konsultvragers goed geïnformeerd zouden zijn over de methode die de konsulent ging toepassen, vroegen wij hun de betreffende hoofdstukken uit het boek van Caplan te lezen.

3.2.2 Het kontrakt

Er werd een kontrakt gemaakt voor op de konsultvrager gerichte gevalsbesprekingen. De konsulent zou twee middagen per maand beschikbaar zijn. Een konsultatiebespreking zou driekwartier duren. Per middag konden achtereenvolgens drie konsultvragers een bespreking met de konsulent hebben. De artsen en de dekanen zouden de beschikbare tijd zelf verdelen. De gesprekken konden worden opgenomen op de bandrecorder voor opleidings- en begeleidingsdoeleinden. De gesprekken zouden konfidentieel zijn, slechts de begeleider en de deelnemers aan de 'werkgemeenschap Mental Health Consultation' zouden de opnamen mogen beluisteren. De konsulent zou wetenschappelijk onderzoek mogen doen en na overleg, over de ervaringen kunnen publiceren. De konsultatiebijeenkomsten zouden in september beginnen, een

half jaar duren, waarna een bijeenkomst tussen de betrokkenen georganiseerd zou worden om te bespreken in hoeverre de consultatiebesprekingen aan de verwachtingen van de betrokkenen voldeden.

Tenslotte werd besloten dat de besprekingen gehouden zouden worden in één van de lokaliteiten van de Universiteit.

3.2.3 De organisatie van de konsultvragers

Teneinde de vraagstukken die zich voordeden bij de konsultatie goed te kunnen begrijpen is het noodzakelijk nader in te gaan op de organisatie en de werkwijze van het dekenaat en de studentengezondheidszorg, zoals de konsulent deze aantrof in het najaar van 1967.

3.2.3.1 De positie van de studentenartsen

3.2.3.1.1 Organisatie en doelstellingen

De artsen zijn in dienst van de stichting studentengezondheidszorg. Deze stichting stelt zich ten doel de gezondheid van de studenten in de ruimste zin van het woord te bevorderen. In het stichtingsbestuur hebben vertegenwoordigers van de Senaat, het Kollege van Kuratoren en studentenorganisaties zitting. Aan de stichting zijn artsen en praktijkassistenten toegevoegd, röntgenologisch thorax-onderzoek voor alle studenten wordt georganiseerd en eerstejaaronderzoek bevorderd, waarbij alle studenten die zich voor de eerste maal laten inschrijven aan een geneeskundig onderzoek worden onderworpen. De sportgeneeskunde wordt gestimuleerd, vaccinatieprogramma's worden mogelijk gemaakt, en werkzaamheden voor de studentenverzekeringen verricht.

3.2.3.1.2 De studentenarts als beroepsbeoefenaar

'De geneeskunde van de student heeft naast de zuiver individuele benaderingswijze een tweede facet, gekenmerkt door groepsgeneeskundige aspecten. Zowel op kuratief als op preventief geneeskundig gebied komen beide facetten tot uiting. Het leidt dan ook geen twijfel, dat deze vorm van geneeskunde gerekend dient te worden tot de sociale geneeskunde' (Van Dijk, 1968).

De studentenarts is dus een sociaalgeneeskundige, hoewel zijn specialisme nog niet zover ontwikkeld is als dat van b.v. de bedrijfsgeneeskundigen en er in organisatorisch, noch in inhoudelijk opzicht in Nederland volledig overeenstemming over zijn taak en zijn functie bestaat, waardoor mede een polymorf beeld van de studentengezondheidszorg is ontstaan.

De studentenartsen hebben meestal enkele jaren praktijkervaring als huisarts opgedaan, terwijl de meesten een opleiding tot sociaalgeneeskundige hebben gevolgd. Bij gebrek aan overeenstemming over taak en functie van de studentenartsen bestaat er ook geen specifieke, op de behoeften van deze studentenartsen afgestemde opleiding. Was de taak van de studentenartsen aanvankelijk beperkt tot preventieve en korte therapeutische adviezen, later ontwikkelden zich de werkzaamheden in de richting waarbij zowel de preventieve als de kuratieve geneeskunde in volle omvang uitgeoefend kon worden (in de praktijk blijkt dat 36 % van de werktijd besteed wordt aan kuratieve en 42 % aan preventieve geneeskunde (1967—1968)*. Bij de kuratieve zorg blijkt de helft van de tijd te worden besteed aan lichamelijke aandoeningen, inclusief EHBO en traumatologie, en de andere helft aan medische psychologie en psychosomatiek.

Binnen de groep studentenartsen blijken zich echter specialisaties te ontwikkelen, die nauw verband houden met persoonlijke affiniteiten. Zo specialiseren enkele arts en zich meer in de sportgeneeskunde en sportgeneeskundig onderzoek, terwijl anderen zich meer bezig houden met de psychologie en psychopathologie van de adolescenten. De studentenarts vervult wel degelijk een huisartsenfunctie voor de studenten, zij het dat hij niet 'aan huis komt'. De studentenarts aan deze instelling voor wetenschappelijk onderwijs is beperkt in zijn mogelijkheden omdat hij na kantoortijd niet mag behandelen en geen huisbezoek mag doen. Door de voormalige huisartsen onder hen wordt dit wel als een bezwaar gevoeld, hoewel hier ook voordelen in worden gezien: zij zijn immers bevrijd van nacht- en weekenddiensten.

* De overige 22 % van de werktijd wordt als volgt besteed:
17 % aan administratie en planning en 5 % aan studie en opleiding.

3.2.3.1.3 De werkwijze van de studentenartsen

De kuratieve zorg wordt door de studentenartsen uitgeoefend via het dagelijkse spreekuur. Via dit spreekuur vindt alle therapie plaats, inclusief de verwijzingen voor poliklinische of klinische specialisten hulp. De verwijzingen van studenten naar de psychiater verliepen in 1967 dus ook uitsluitend via de studentenartsen. Indien andere hulpverlenende instanties, zoals de dekanen, psychiatrische hulp voor een student noodzakelijk achtten, moest dit altijd via de studentenartsen gerealiseerd worden. De studentenartsen mogen studenten niet aan huis behandelen. Voor medische behandeling buiten de kantooruren ('s nachts of tijdens het weekeinde) bestaan geen voorzieningen. De studenten zijn dan aangewezen op de diensten van de plaatselijke huisartsen. Voor psychiatrische en psychosomatische aandoeningen bestaat de mogelijkheid tot verwijzingen naar een nabijgelegen kliniek, terwijl voor langdurige psychotherapeutische behandelingen ook een beroep kan worden gedaan op therapeuten uit de regio. Voor het doen van psychologisch onderzoek zijn er afspraken gemaakt met een psychologisch testbureau. In het kader van het adviserende werk overleggen de studentenartsen regelmatig met de studentendekanan over problemen die zich voordoen bij de hulpverlening. Regelmatig treden de studentenartsen op als adviseurs van de 'stichting eettafels', de studentenhuisvesting, studentenportorganisaties etc.

3.2.3.2 De positie van de studentendekanan

3.2.3.2.1 De organisatie en doelstellingen

De studentendekanan zijn als dienstverlenende instelling van de Universiteit organisatorisch direct onder de rektor magnifiekus geplaatst.

Het studentendekanaat heeft tot doel het leven van voorlichting, raad en bijstand aan studenten, het bijdragen aan kollektieve studentenvoorzieningen en het adviseren van universitaire instanties inzake studentenaangelegenheden. In een intern rapport beschrijven deze dekanen hun doelstellingen en werkwijze als volgt: 'Binnen het kader van de totale universitaire doelstellingen heeft het studentendekanaat een eigen functie. Studenten te helpen,

zowel individueel als kollektief, zelf adequaat mee te werken tot het realiseren van de universitaire doelstellingen, waarvan de studenten zelf het middelpunt zijn'. Ter uitvoering van deze taken zullen de studentendekanen trachten de studenten te brengen tot een zich realiseren van hun eigen mogelijkheden en van de eisen, welke de studie en de leefsituatie (en latere beroeps-situatie) aan hen stellen. Ook streven de dekanen ernaar de factoren, welke de studie en de persoonlijkheidsontplooiing van de student in de weg staan, te ontdekken en zo mogelijk op te heffen. Dit maakt het hen mogelijk ervaringen met individuele studenten om te zetten in preventieve interventies.

De studentendekanen zullen als bestuurslid of als adviseur zitting hebben in instellingen ten behoeve van kollektieve voorzieningen.

Tot de dagelijkse werkzaamheden van de dekanen behoren dus naast een zakelijke dienstverlening zoals technische studieadviezen, studietoelageregelingen, uitstel van militaire dienst e.d., meer persoonlijke en dus sterk gedifferentieerde dienstverleningen, al dan niet in samenwerking met studenten, pastores, studenten-artsen, psychiaters, psychotherapeuten en psychologen.

3.2.3.2.2 De studentendekaan als beroepsbeoefenaar

De studentendekaan als funktionaris is in Nederland van vrij recente datum. Pas na de tweede wereldoorlog ontstond in de universitaire gemeenschap behoefte aan een dergelijke funktionaris. Alle instellingen voor wetenschappelijk onderwijs hebben thans één of meer dekanen in dienst. De opvattingen over hun taak, werkwijze en positie in het systeem, verschillen echter per universiteit en hogeschool.

Men zou kunnen stellen dat de dekanen nog bezig zijn hun eigen identiteit te ontwikkelen. Het verbaast daarom niet dat er geen speciale opleiding bestaat tot dekaan. De vooropleidingen van de dekanen variëren nogal. Onder hen zijn juristen, sociologen en theologen. Opvallend is dat de dekanen allen een universitair diploma hebben verworven, maar dat géén van hen, aan déze instelling voor hoger onderwijs in 1967, werd opgeleid in de praktijk van de hulpverlening, zoals die bijvoorbeeld wordt ge-

realiseerd voor studenten van sociale akademies, en voor studenten in de klinische en de pastorale psychologie. De dekanen realiseren zich de lakunes in hun opleiding wèl.

Om deze reden namen de dekanen deel aan kursussen in gesprekstechniek, social case work, ontwikkelingspsychologie, georganiseerd door een sociale academie.

De laatste jaren heeft zich een verschuiving voorgedaan in de opvatting over het dekenaat, van zakelijke dienstverlening in de richting van een persoonlijke psychologische benadering. Dit heeft invloed gehad op de aard van de konsultatiegesprekken en de door de dekanen aangeboden problematiek.

3.2.3.2.3 De werkwijze van de studentendekanen

De studentendekanen houden op regelmatige tijden afspraakspreekuren. De studenten die zich aanmelden met een probleem worden willekeurig ingedeeld bij een van de dekanen. Is het vraagstuk onvoldoende tot oplossing gebracht in een gesprek, dan wordt een nieuwe afspraak met de student gemaakt. Elke dekaan heeft zijn eigen praktijk: een student blijft bij een bepaalde dekaan. De dekanen hanteren in hun relaties met de studenten enkele stringente regels: de dekanen roepen nooit studenten op. De studenten moeten dus zelf het initiatief tot het kontakt nemen. Wordt in één bespreking het probleem niet genoegzaam opgelost, dan wordt een vervolgspraak gemaakt. Niets wordt met derden besproken zonder uitdrukkelijke toestemming van de student. Deze konfidentialiteit geldt niet voor de dekanen onderling, maar zij het minder stringent, wel in de relatie met de andere dienstverleners, zoals studentenartsen en andere specialisten met wie in 1967 werd samengewerkt. Men kan zich voorstellen dat het rigide hanteren van deze, op zich niet onjuiste voorziening om de relatie tussen dekaan en student te beschermen, een goed funktionieren van de dienstverlening aan de student in de weg kan staan als nauwe samenwerking tussen meerdere hulpverleners geïndiceerd is. Kontakt met ouders en verwanten wordt zoveel mogelijk vermeden om argwaan van de kant van de studenten te vermijden. Nemen de ouders van een student kontakt op met een dekaan, dan gaat de dekaan hier

slechts op in na uitdrukkelijke toestemming van de student. Slechts in uitzonderingsgevallen, waarbij contact met de ouders de enige manier lijkt om het probleem op te lossen, neemt de dekaan zelf contact op met de ouders. Kortom de dekanen doen alles om te voorkomen dat zij worden geïdentificeerd met de ouders of de opvoeders.

Indien de dekanen zichzelf niet voldoende kapabel achten om het probleem van de student op te lossen, kunnen zij een beroep doen op de studentenartsen, psychologen of psychiaters.

Voor elk van deze groepen deskundigen golden echter andere regels voor de samenwerking met de dekanen.

De relatie met de studentenartsen — De communicatie met de arts was in 1967 het meest open van de drie. De dekanen en arts en kwamen en komen regelmatig bijeen om zaken van wederzijds belang te bespreken. Er bestond geen formele verwijsprocedure tussen dekanen en arts. De dekanen belden zonnodig de arts en verzochten de arts een geneeskundig onderzoek te verrichten. Er was en is dus geen schriftelijke verwijzing, zoals gebruikelijk tussen medici. Er was en is ook geen schriftelijk antwoord van de arts. Wil de dekaan iets weten over de gezondheid van de betreffende student, dan belt hij de arts op en deze geeft dan de informatie. Indien er een goede persoonlijke relatie bestaat tussen de arts en de dekaan, kan dit systeem wel degelijk goed werken. In de dossiers van de dekanen komen dus geen brieven van de studentenartsen voor. Indien er medische gegevens in staan, zijn dat losse aantekeningen die de dekaan naar aanleiding van het telefoongesprek heeft gemaakt.

De relatie met de psychologen — De verwijzing naar de psychologen veroorzaakte in het verleden nogal eens moeilijkheden met de vroegere studentenarts, die het recht van verwijzen naar de psycholoog uitsluitend voor zichzelf opeiste. In 1967 bestond dit probleem niet langer omdat de studentenartsen niet zozeer het nut zagen van eksklusieve relaties met psychologen.

Indien een dekaan behoefte heeft aan een deskundig advies over de geschiktheid van een student voor de studie of een bepaald

beroep, kan hij een rechtstreeks beroep doen op één van de psychologen van het psychologisch testbureau. De psycholoog onderzoekt aan de hand van de gegevens en de vraagstelling van de dekaan de student en schrijft een rapport. De psycholoog bespreekt dit rapport niet zelf met de student, doch laat dit over aan de dekaan. Deze rapportageprocedure, inclusief het mededelen uit het rapport, heeft een aantal konsekwenties voor datgene, wat door de psycholoog in het rapport wordt vermeld. Bevatten deze rapporten uitsluitend studie-adviezen en overwegingen, dan behoeft dit geen moeilijkheden te veroorzaken. Er ontstaan echter wel moeilijkheden als de dekaan de studiekeuzevraag gebruikt, om een psychologisch onderzoek te krijgen naar de karakterstructuur, of de psychodynamiek van een mogelijke pathologische ontwikkeling. Er wordt dan niet om een studieadvies, doch om een klinische beoordeling van de student gevraagd. In dit laatste geval schiet de procedure te kort. De psycholoog zal voorzichtig zijn bij de keuze welke gegevens uit het onderzoeksmateriaal hij ter beschikking stelt van de dekaan, omdat hij weet dat de dekaan het betreffende rapport met de student bespreekt. De psycholoog heeft echter geen controle over de wijze waarop de dekaan dit doet. De psycholoog laat dus gegevens weg. Dit doet hij naar eigen inzicht. In de beschrijving van de psychodynamiek ontbreken dus ook de passages betreffende de seksuele ontwikkeling van de student. Het wordt voor de lezer van het rapport dan moeilijk om met de psycholoog mee te denken op welke gronden hij tot zijn, soms ingrijpende adviezen komt. De dekanen lossen dit schriftelijk rapportageprobleem op dezelfde wijze op als met de artsen. Zij bellen de psycholoog op en proberen mondeling de ontbrekende informatie te verkrijgen.

Het welslagen van de samenwerking tussen de dekaan en de psycholoog berust bij deze laatste gevallen meer op een goede persoonlijke verhouding dan op formele procedures.

In de jaren na 1967 gingen de dekanen deze wijze van samenwerken met de testpsycholoog steeds inadekwater vinden. Men ontwikkelde daarop een andere wijze van werken, waarbij het direkte contact door regelmatig mondeling overleg tussen dekaan

en psycholoog aanzienlijk werd verbeterd.

De relatie met de psychiater — In 1967 was het zo, dat als een dekaan tot de konklusie kwam dat een bepaalde student behandeld diende te worden door een psychiater, hij dit besprak met de student en na diens instemming de student verwees naar het spreekuur van de studentenarts. De arts onderzocht de student dan en verwees hem vervolgens naar een psychiater. Een probleem kan echter ontstaan als de arts meent dat verwijzing naar een psychiater (nog) niet geïndiceerd is.

De dekaan licht de arts schriftelijk in over het geval en stuurt daarbij een eventueel aanwezig psychologisch rapport. Sommige dekanen hadden de gewoonte ontwikkeld om de arts slechts summier over het geval in te lichten, en wel om verschillende redenen: één daarvan was te voorkomen dat de arts en de psychiater de student bevooroordeeld zouden onderzoeken. In sommige gevallen kan men daarvoor wel begrip hebben, in het bijzonder indien zich een negatieve overdracht had ontwikkeld en de dekaan niet in staat was gebleken deze situatie op de juiste wijze te hanteren.

Wel werd over het hoofd gezien, dat als waardevolle gegevens aan de psychiater worden onthouden, het voor hem moeilijk wordt om tot een juiste beoordeling te komen van de student. De toen bestaande gebrekkige, indirekte kommunikatie tussen dekaan en psychiater maakte dat de bedoelingen van de dekaan met de verwijzing niet altijd werden begrepen. Daarbij kwam nog dat de psychiater vaak niet wist dat de dekaan had verwezen, b.v. omdat de arts verzuimd had dit in zijn brief te vermelden.

Het is regel dat de psychiater zijn visie op de patient schriftelijk bekend maakt aan de verwijzende arts. Zo ook hier, maar de arts kan deze gegevens niet, zonder met zijn beroepsethiek in konflikt te komen, aan de dekaan ter beschikking stellen. De artsen zonden dus geen kopieën aan de dekanen. De dekanen moesten in de praktijk steeds de artsen om informatie vragen.

Het zal duidelijk zijn dat deze verwijsproblematiek nogal sterke gevoelens opriep bij de dekanen: gevoelens van afhankelijkheid

en buitengesloten worden op momenten dat zij zich nog sterk betrokken en verantwoordelijk voelden voor de betreffende studenten.

De hierboven beschreven moeilijkheden bij de verwijsprocedures, waaraan niet slechts formele aspecten verbonden waren, maar vooral ook relationele aspecten tussen de dekanen en de artsen, leidden ertoe dat in de evaluatiebespreking in het voorjaar van 1968 werd besloten een aantal werkbeprekingen te organiseren tussen artsen en dekanen onder leiding van de begeleider en de konsulent (zie ook paragraaf 3.3.8.2 van dit hoofdstuk).

3.3 De beginfase: De eerste konsultatie-ervaringen

In september 1967 konden we beginnen met de eerste konsultatiegesprekken in dit eksperiment met op de konsultvrager gerichte gevalsbesprekingen.

3.3.1 De verwachtingen van de konsulent

De konsulent verwachtte dat de konsultvragers in deze fase, waarbij er nog begonnen moest worden aan het opbouwen van een persoonlijke relatie, verschijnselen zouden vertonen van vrees en wantrouwen. De konsulent verwachtte afhankelijkheid (Bennis en Sheppard 1956), vecht- en vluchtreakties (Bion 1961). Hij verwachtte ook uitgetest en gemanipuleerd te worden. Daarnaast kon nieuwsgierigheid verwacht worden naar de rol die de konsulent zou gaan vervullen. De konsulent veronderstelde dat de konsultvragers zich zouden afvragen: 'Wat voor psychiater is de konsulent?', 'Wat weet hij van psychohygiëne?', 'In hoeverre is hij op de hoogte met de studentenproblematiek en de problematiek van de universiteiten?'. 'Hoe zal de konsulent leiding gegeven aan het konsultatiegesprek?' De konsulent verwachtte dat de konsultvragers zich ook zouden afvragen hoe de konsulent als persoon zou zijn. Hij verwachtte dat er bij hen vragen zouden leven als: 'Wat voor persoon is hij?'. 'Hoeveel kun je bij hem veroorloven?'. 'Hoe vriendelijk of agressief is hij?'. 'Zal hij erg bevooroordeeld zijn ten aanzien van de wijze waarop ik

mijn werk doe?'. 'Zal hij mij ook gaan psycho-analyseren zoals de vorige konsulent deed?'. 'In hoeverre kun je hem eigenlijk vertrouwen?' 'Hoe kan ik gebruik van hem maken zonder mijn gezicht te verliezen?'. 'Hij zegt dat de konsultvrager zelf verantwoordelijk blijft, in hoeverre gaat hij dat waarmaken. Laten we dat maar uitproberen, maar wel voorzichtig!'.

We verwachtten ook dat de artsen en de dekanen ieder op een verschillende manier zouden reageren in de beginfase. We voorspelden dat de artsen waarschijnlijk zouden proberen een kollega-achtige relatie van de konsultatie te maken onder het motto: 'Wij medici onder elkaar weten hoe we met elkaar om moeten gaan'. 'De konsulent, hoewel een specialist, is toch primair een kollega, die begrip en waardering zal hebben voor mijn houding ten opzichte van de patienten.

De konsulent verwachtte dat de dekanen veel onzekerder zouden zijn. Zij kenden geen vertrouwde werkrelatie met een meer deskundige kollega, noch beschouwden zij zich als een kollega van de konsulent, zoals de medici. Daarbij kwam nog dat hun ervaringen met psychiaters tot nu toe niet bepaald gunstig waren en dat hun wantrouwen tegen psychiaters in een aantal gevallen juist was gebleken. De konsulent verwachtte daarom dat de dekanen minder bereid en in staat zouden zijn om zich bloot te geven in de eerste konsultatiezittingen.

3.3.2 De onzekerheden van de konsulent

De konsulent was er zich van bewust dat hij allerlei verwachtingen had opgeroepen in de voorbereidende fase. Zou het mogelijk blijken aan de verwachtingen van de konsultvragers te voldoen? Wat zouden ze precies verlangen? Zou het mogelijk zijn zich te houden aan het model van Caplan? Zou de methode werkelijk waterdicht blijken, een methode die nog geleerd moest worden ook? Hoewel de konsulent enige ervaring had opgedaan met de behandeling van studenten in zijn assistententijd, was hij er niet zeker van of hij die kennis en ervaring kon gebruiken in de konsultatie. De konsulent had enige psychotherapeutische ervaring zowel met individuen als met groepen, hij had ervaring opgedaan als organisatie-adviseur en als trainer in de sensitivity

training. De konsulent wist dat dit hem zou kunnen helpen, maar hij wist niet op welke wijze, omdat het konsultatiemodel toch verschillend moest zijn. De konsulent verwachtte dat de konsultvragers hem zouden uittesten. In wat voor onprettige situaties zouden de konsultvragers hem brengen? Zouden de konsultvragers proberen buiten het kontrakt te gaan? Hoe zou men reageren als hij zou falen? Zou men hem dan laten vallen, net als zijn voorganger? Zou hij als eksperimentator de kans krijgen zijn methode uit te proberen of zou men hem dwingen iets anders te gaan doen? Zouden de konsultvragers hem als persoon kunnen aksepterén? De konsulent moest in de praktijk ontdekken hoe het zou zijn.

3.3.3 De strategie van de konsulent

De strategie van de konsulent was in de eerste maanden vooral gericht op het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de konsultvragers. Wij gingen er immers vanuit dat het effect van de konsultatie-inspanning vooral berust op de invloed die de konsulent kan uitoefenen op de konsultvragers. Dit is slechts dan mogelijk als zich een emotionele relatie heeft ontwikkeld, die als steun wordt ervaren, waarbij de opvattingen van de konsulent als belangrijk voor de konsultvragers worden beleefd. De konsulent ging er ook vanuit dat de eerste konsultatiezittingen als onveilig zouden worden beleefd door konsulent en konsultvragers. Beiden zouden iets van veiligheid kunnen ervaren als de gemaakte afspraken over de konsultatie nog eens zouden worden besproken.

Elke eerste konsultatiezitting met een konsultvragers begon dus met een bespreking van de doelstellingen van de konsultatie, de wijze waarop de gesprekken gevoerd zouden worden, de rol van de konsulent, de mogelijkheden en beperkingen. Op deze wijze probeerde de konsulent de wederzijdse verwachtingen te peilen en op elkaar af te stemmen. De konsulent hoopte hiermee ook een norm te zetten voor openheid en helderheid en de discussie over werkprocedures legitiem te maken.

Besproken werd dat er 'gevallen' zouden worden bediscussieerd en dat er niet een soort psychotherapie verwacht kon worden: er zou niet worden geduid. Recepten noch rechtstreekse therapie-adviezen zouden worden gegeven. Kant en klare oplossingen mochten niet worden verwacht. De konsultvrager blijft zelf verantwoordelijk voor de behandeling van zijn patient of cliënt. De konsulent wil scheidsrechter in onderlinge geschillen zijn, noch overbrenger van boodschappen van de ene naar de andere konsultvrager. Wél mocht verwacht worden dat de konsulent door het stellen van vragen over de cliënt zou proberen een inzicht te krijgen in de gerezen moeilijkheden. De konsulent zou zich afvragen waarom zijn hulp op dit moment voor dit geval werd gevraagd en zou onderzoeken wat de oorzaak van de gerezen moeilijkheden was. Door het helpen zoeken naar alternatieve mogelijkheden zal de konsulent proberen, samen met de konsultvrager, de vicieuze cirkel te doorbreken. Zonodig zal de konsulent hiaten in de kennis van de konsultvrager signaleren en deze proberen op te vullen. De konsulent zal zich in de individuele gesprekken niet bemoeien met de wijze van werken van de konsultvragers, hun werkprocedures etc.

Door dit uitvoerige bespreken van de konsultatieregels hoopte de konsulent de ongetwijfeld nog aanwezige mispercepties ten aanzien van zijn rol in ieder geval zoveel mogelijk te beperken. Bovendien vertelde de konsulent de konsultvragers iets over zijn eigen professionele loopbaan en zijn visie op een aantal belangrijke psychohygiënische vraagstukken. De konsulent deed dit om de konsultvragers de gelegenheid te geven hem als konsulent en als psychiater te plaatsen.

Door deze uitvoerige introductie hoopte de konsulent de gevoelens van onzekerheid, angst en onveiligheid te verminderen.

3.3.4 Het verloop van enkele eerste konsultatiegesprekken

Om de lezer een inzicht te geven in de problemen, die zich voor kunnen doen in de allereerste konsultatie-uren, bespreken we hier nu twee gesprekken wat uitgebreider: één met een arts en één met een dekaan; en een derde minder uitgebreid.

Het gesprek met de arts. Na de onder paragraaf 3.3.3 beschreven inleidende discussie over doelstellingen en methode vroeg de konsultvrager advies van de konsulent niet voor een patient, maar over een probleem dat deze arts met zijn eigen organisatie had.

Een paar minuten vóórdát de konsultvrager dit probleem stelde, was met hem besproken dat organisatieproblemen geen legitiem onderwerp van gesprek konden zijn volgens het kontrakt. Op dat moment moest de konsulent een beslissing nemen tussen twee mogelijkheden.

De eerste mogelijkheid was dat de konsulent zou verwijzen naar het kontrakt, en de konsultvrager zou verzoeken een geval met een patient ter bespreking in te brengen. Dit afknappen van het voorstel van de konsultvrager zou hem frustreren en bepaald niet bevorderen dat deze zich veilig zou voelen. Hij zou zich op dit moment afgewezen voelen.

Daar stond dan tegenover een positief effect op lange termijn: het vertrouwen dat de konsulent zich aan zijn kontrakt als geheel wil houden.

De andere mogelijkheid zou zijn dat de konsulent zou ingaan op de probleemstelling en daarmee zou kiezen voor het opbouwen van de relatie met de konsultvrager boven het vasthouden aan het kontrakt. Het voordeel van deze keuze zou zijn dat de konsultvrager zich in eerste instantie geaksepteerd zou voelen. De opgave op langere termijn zou dan zijn de konsultvrager terug te brengen naar het kontrakt.

De konsulent besloot te kiezen voor het kontrakt, omdat hij er niet voor voelde om al in het eerste konsultatie-uur zijn kontrakt te verbreken. De konsulent deelde de konsultvrager mee dat hij bijzonder geïnteresseerd was in het organisatievraagstuk (wat geheel volgens de waarheid was), dat hij bereid was op een andere plaats over het probleem na te denken met de konsultvrager, maar niet nu en hier. De konsultvrager was teleurgesteld, doch had geen keus en moest de visie van de konsulent wel aksepteren. De konsultvrager presenteerde daarop het ziektegeval van een moeilijke psychoneurose. De betreffende patient was al verwezen naar een somatisch specialist en een psychiater, maar de

patient bleek resistent tegen elke therapie. De konsulent interpreteerde de dynamiek voor zichzelf als volgt: in de beide gevallen maakte de konsultvrager zichzelf onkwetsbaar door het de konsulent onmogelijk te maken aan de probleemstelling te werken. In het eerste geval door buiten het kontrakt te gaan, in het tweede geval door een geval te presenteren dat in de beschikbare tijd onmogelijk tot oplossing te brengen zou zijn. Ook wilde de konsultvrager de konsulent laten zien dat hij een goed arts was en alles had gedaan om de patient zo goed mogelijk te behandelen.

Het mechanisme was dus dat de konsultvrager de bedreigende, onveilige situatie minder onveilig maakte door zich onkwetsbaar te maken. Hoe redde de konsulent zich hieruit? Hij viel terug op zijn welbekende andere rol van psychiater. Hij vroeg de konsultvrager uit over de anamnese en vond hierin allerlei hiaten. Met een lijstje van vragen ging de konsultvrager weg. De konsultvrager is later niet meer op dit geval teruggekomen. Het leidt weinig twijfel dat de konsulent door zijn handelwijze de konsultvrager heeft gestraft voor zijn gedrag. Op dat moment beschikte de konsulent kennelijk nog niet over alternatieven. Hij wist slechts dat hij niet kon doen wat hij in therapeutische relaties wellicht gedaan zou hebben: het ekspliciet bespreken van de interpersoonlijke dynamiek van deze konsultatiezitting.

Het gesprek op die eerste konsultatiemiddag dat hierna volgde was met een dekaan. Na de inleiding begon de konsultvrager een geval te bespreken, waarbij de konsulent zich ging afvragen waarom de konsultvrager dit geval besprak. De konsulent sprak dit niet uit. Dit geval bood hem wel de gelegenheid bekend te raken met de problemen die de dekanen ervaren in hun werk met de studenten. Aan het eind van de bespreking bleek dat het probleem van de student tot tevredenheid van alle betrokkenen was opgelost. Daarop vroeg de konsulent waarom de konsultvrager dit weliswaar interessante, maar opgeloste probleem had gebracht. De konsultvrager antwoordde dat hij wel begreep dat zo'n eerste zitting voor de konsulent toch wel moeilijk moest wezen en daarom had hij de konsulent liever niet willen lastig

vallen met een moeilijk geval. Bovendien bood dit geval hem de gelegenheid de konsulent een indruk te geven hoe dekanen werken.

De konsulent interpreteerde dit gedrag voor zichzelf op de volgende wijze: de konsultvrager probeert de onveilige situatie minder bedreigend te maken door zich niet te eksponeren: het geval was tot tevredenheid opgelost. Ook de konsulent hoefde zich niet te eksponeren. Zo is de situatie veilig voor beiden.

Er is een duidelijke overeenkomst en een verschil in deze twee gevallen.

Het onoplosbare en het reeds opgeloste probleem bieden veiligheid aan de konsultvragers. Er is ook een verschil. Het eerste geval plaatste de konsulent in een moeilijke positie, in het tweede geval werd hij in bescherming genomen.

In het derde uur van de eerste konsultatiemiddag bracht een konsultvrager een onopgelost geval, waarbij hijzelf sterk betrokken was. In dit derde gesprek kon de konsulent voor het eerst proberen de techniek van Caplan toe te passen.

3.3.5 Latere ervaringen in de beginfase

Geleidelijk aan ontwikkelde zich de relatie met de konsultvragers langs twee hoofdlijnen. Deze ontwikkeling werd gedetermineerd door de twee professionele groepen: de dekanen en de artsen.

In het eerste jaar bleek het moeilijk een andersoortige relatie met de artsen op te bouwen dan de welbekende huisarts-specialistrelatie. De besprekingen waren hoofdzakelijk op de cliënt gericht en hadden als thema's diagnostische en behandelingsaspecten. In dat eerste jaar bleek de konsulent niet in staat de traditionele rolrelatie arts-specialist om te buigen naar de bedoelde konsultvrager-konsulentrelatie in de zin van Caplan. Door een aantal factoren is de relatie in het tweede jaar omgebogen. Een belangrijke faktor in het tweede jaar was het feit dat in dat jaar drie studentenartsen aan het konsultatieproject meewerkten in plaats van één in het eerste jaar. De konsulent werd hierdoor

aangemoedigd ook met de artsen te streven naar een relatie-model, zoals beschreven door Caplan voor de op de konsultvager gerichte gevalsbespreking. Waarschijnlijk is ook het onderlinge uitwisselen van konsultatie-ervaringen tussen de artsen onderling en de artsen en de dekanen van invloed geweest op het veranderen van de soort van samenwerkingsrelatie tussen de konsulent en de artsen in het tweede jaar.

In zeker opzicht was de relatie-opbouw met de dekanen gemakkelijker, omdat deze niet beïnvloed werd door traditionele rolverhoudingen. De werkprocedures tussen de dekanen en de konsulent moesten dus worden opgebouwd, zonder dat reeds bestaande werkwijzen behoeften te worden afgebroken. In de relatie met de dekanen kon hij dus direkt beginnen aan de opbouw van een werkrelatie zoals beschreven door Caplan. Dit was dus een eksperiment om een nog onbekend soort hulpverleningsrelatie te ontwikkelen, volgens niet eerder onderzochte rolmodellen.

In dit eerste jaar stelde de konsulent zich voornamelijk ten doel zoveel mogelijk te leren over de wijze waarop de dekanen hun werk doen. Hij wilde hun werkprocedures leren kennen, hun waarden en normen, hun onzekerheden, vooroordelen en datgene waar ze bang voor waren.

Het werd al spoedig duidelijk dat hun werkprocedures niet altijd bijdroegen tot een optimaal funktionieren van de konsultvragers. We schreven hierover reeds in paragraaf 3.2.3.2 van dit hoofdstuk. Naast de zorg voor de werkprocedures bleken de dekanen als groep een vrees te hebben ontwikkeld voor wat ze zelf noemden, overdrachtsreaktie, acting out en suïcide dreigingen van de kant van de studenten. We probeerden er achter te komen wat met deze door hen uitgesproken 'gevaaren voor hun funktionieren' werd bedoeld en waarop het gebaseerd was. Wij ontdekten toen dat één van de dekanen, die allang als zodanig werkzaam was, door een student lichamelijk was bedreigd. Dit gedrag van de student was toen door de dekanen geïnterpreteerd als een negatieve overdrachtsreaktie. Dit gedrag van de student was dermate bedreigend voor de dekanen, dat de aankomende dekanen werd geadviseerd vooral voorzichtig te zijn voor 'over-

dracht' en 'acting out'. Ook waren de dekanen in het verleden nogal eens door studenten in dwangposities gebracht doordat deze laatsten dreigden met zelfmoord. Dit leidde tot gevoelens van onzekerheid, afhankelijkheid, onveiligheid en soms tot deficiënt functioneren van de dekanen. Hun angst voor het dreigende 'gevaar' weerhield hen er dan van datgene te doen, wat zij onder rustiger en minder emotionele omstandigheden zeker niet nagelaten zouden hebben. In de konsultatiezittingen informeerden de konsultvragers in deze beginfase nogal eens bij de konsulent of er een risico was voor 'overdracht', of er gevaar was voor 'acting out' of suïcide'. De angst voor de gevaren, die verbonden zijn aan de hulpverlening aan de studenten, maakte hen emotioneel sterk afhankelijk van de konsulent, ondanks de pogingen van de laatste om dit zoveel mogelijk te vermijden. Wij ontdekten na enige tijd dat dit geloof in de aanwezigheid van niet te beheersen gevaren niet aan één dekaan gebonden was, maar aan de groep dekanen was gebonden en door de groep in stand werd gehouden. Dit betekende dat wij in de individuele gevalsbesprekingen dit thema slechts ten dele tot oplossing konden brengen. Immers een groepsthema dient in die groep bewerkt te worden en kan slechts daar tot oplossing worden gebracht. (Zie hiervoor paragraaf 2.3.2 van hoofdstuk 2).

Het bestaan van dit groepsthema tezamen met het ervaren van disfunktionele werkrelaties en werkprocedures (zie ook de paragrafen 3.2.3.1 en 3.2.3.2) is van doorslaggevende betekenis geweest voor de beslissing tot het organiseren van de groepsbesprekingen in het tweede jaar (zie paragraaf 3.3.8.4.).

3.3.6 Enkele ervaringen met individuele konsultvragers

In het eerste jaar van het konsultatieproject was de konsulent vooral geïnteresseerd in de wijze waarop hij de konsultvragers kon helpen bij hun functioneren ten aanzien van de studenten. De konsulent probeerde een persoonlijke relatie met de konsultvragers op te bouwen, waarbij hij verschillend te werk moest gaan bij de verschillende konsultvragers omdat deze laatsten niet altijd dezelfde verwachtingen van hem hadden en ook verschillende behoeften.

Omgekeerd hielden de konsultvragers zich bezig met de vraag op welke wijze ze gebruik konden maken van de konsulent. Bij gebrek aan een beter kader vertaalden ze hun behoefte aan hulp in termen van hulp bij het vergroten van hun diagnostische kennis. Zij wilden onderwijs in psychodynamiek, psychopathologie, ontwikkelingspsychologie e.d. Zij meenden dat toename van kennis en begrip hun beter zou toerusten voor de behandeling van de studenten.

Dit leidde ertoe dat de konsultvragers de eerste maanden druk uitoefenden op de konsulent om directe antwoorden te geven op direkt gestelde vragen om advies, variërend van: wat voor medicijnen het beste voorgeschreven konden worden, tot de vraag of een student al of niet tegen zijn zin opgenomen diende te worden. Sommigen vroegen de konsulent of hij ook vond dat hij of zij aan een cursus gespreksvoering moest deelnemen. Anderen gingen in het persoonlijk vlak aanzienlijk verder: één van de dekanen vroeg de mening van de konsulent over zijn geschikt zijn voor de dekanenfunktie. Een andere vraag, met belangrijke konsekwenties voor de relatie tussen konsulent en de konsultvragers als groep, was: 'Meent U dat onze doelstellingen juist zijn?'. De konsulent probeerde zoveel mogelijk directe antwoorden te vermijden. Daarnaast wilde hij ook zijn therapeutische technieken vermijden, zoals het reageren op een gestelde vraag met een tegenvraag in de zin van: 'Waarom stelt U mij deze vraag?'. Ook wilde de konsulent zoveel mogelijk de Rogeriaanse gespreksmethode vermijden, ook wel ten onrechte aangeduid met spiegelen. De konsulent probeerde konsekwent het stellen van de 'waarom'-vraag te vermijden, hoewel hij voor zichzelf de vraag vele malen stelde. Ook vermeed hij zoveel mogelijk gevoelens voor de konsultvrager te verwoorden. Op deze wijze hoopte hij te voorkomen dat de gesprekken zich in therapeutische richting zouden ontwikkelen. In plaats daarvan probeerde de konsulent de konsultvragers ertoe te brengen de verschillende aspecten die zich aan een probleem voordoen te analyseren en te kijken naar factoren die wellicht beïnvloedbaar en dus veranderbaar zijn. De konsulent deelde soms impliciet, soms

ekspliciet mede dat hij 'het' antwoord niet in handen had. Hij stelde dan voor dat de konsultvrager en de konsulent samen naar de verschillende aspecten van het geval zouden kijken, waarbij de konsultvrager wellicht zou kunnen profiteren van de kennis, inzicht en ervaring van de konsulent. Door zorgvuldig te luisteren, door op regelmatige tijden vragen te stellen en soms samenhangen of verhelderingen aan te brengen, door hiaten in kennis en inzicht te signaleren, probeerde de konsulent de idee over te dragen dat in elk tussenmenselijk probleem een groot aantal factoren een rol spelen waarvan sommige onveranderlijke gegevenheden zijn, maar andere factoren veranderbaar zijn. Bekeken zou kunnen worden wat de konsekventies van het veranderen van deze veranderbare factoren zijn.

In de hulpverlening, zo werd gesteld, kan niet zo makkelijk gesteld worden wat goed en kwaad is, dat er niet één goede oplossing is, maar dat er verschillende mogelijke oplossingen zijn. De konsultvrager werd dan uitgenodigd om gezamenlijk te zoeken naar de beste oplossing voor deze konsultvrager en deze cliënt. Om dit te kunnen doen moest de konsulent een indruk hebben van de individuele mogelijkheden van de verschillende konsultvragers. Binnen de groep konsultvragers bleken grote verschillen in mogelijkheden te zijn. Ook bleken er verschillen te zijn in de opvatting wat men als studentenarts of als dekaan behoorde te doen en wat men aandurfde met de studenten.

3.3.7 De begeleiding van de konsulent in het eerste jaar

Reeds eerder werd beschreven dat het konsultatieproject beschouwd werd als een experiment om te kunnen beoordelen of de door Caplan c.s. ontwikkelde methode met vrucht gebruikt zou kunnen worden om de samenwerking tussen de psychiatisch getrainde en psychiatisch niet-getrainde hulpverleners te verbeteren.

De moeilijkheid was echter dat de konsulent weliswaar aan de twee door Caplan geleide seminars had deelgenomen, maar dat hij nog geen konsultatie-ervaring had kunnen opdoen. In Nederland was op dat moment ook geen ervaren konsulent beschik-

baar, die zou kunnen superviseren of adviseren. De ervaringen op te doen in het eksperimentele konsultatieprojekt zouden een opleidingskarakter hebben voor de konsulent. Wij realiseerden ons dat dit aanzienlijke spanningen zou kunnen opleveren, als niemand beschikbaar zou zijn om mee te praten als zich moeilijkheden zouden voordoen en om te helpen bij het analyseren van de bandopnamen van de gesprekken en om emotionele steun te geven als dat nodig mocht zijn. We meenden dat een begeleider voor het projekt deze funkties zou kunnen vervullen, ook al was hij geen ervaren konsulent in de zin van Caplan (zie ook paragraaf 3.1 van dit hoofdstuk).

De begeleiding in de praktijk verliep als volgt. De begeleider en de konsulent namen steeds tezamen deel aan de voorbereidende besprekingen voor het projekt en aan de evaluatiebesprekingen met de groep konsultvragers, zodat de begeleider zich steeds een direkt eigen oordeel kon vormen of de noodzakelijke kondities voor het projekt vervuld waren. Op deze wijze leerde de begeleider de konsultvragers ook persoonlijk kennen. De konsultvragers wisten ook dat hun op de band vastgelegde gesprekken met deze begeleider nageluisterd zouden worden. Zij hadden zich hiermee akkoord verklaard (zie kontrakt, paragraaf 3.2.2).

Tijdens de individuele konsultatiegesprekken maakte de konsulent korte aantekeningen. Later luisterde hij de opgenomen gesprekken terug. Aanvankelijk luisterde hij naar de komplette gesprekken, later moest hij zich beperken tot het luisteren naar delen van de gesprekken waarin belangrijke wendingen optraden. Deze beperking in het naluisteren van de gesprekken bleek nodig omdat het naluisteren veel meer tijd bleek te vragen dan was voorzien. Het naluisteren van één konsultatiegesprek bleek ongeveer twee à drie uur te kosten. Met behulp van de gemaakte aantekeningen bleek het in de praktijk heel goed mogelijk de belangrijkste voorvallen op te sporen en na te luisteren. Vervolgens koos de konsulent uit deze voorvallen enkele momenten, die hij ter diskussie aan de begeleider liet horen.

Onze ervaring met deze wijze van begeleiden was positief. Het

bleek mogelijk de begeleider een duidelijke indruk te geven van de methodische problemen en de wijze waarop de konsulent betrokken was in het konsultatieproces.

Het gezamenlijk naluisteren en bespreken van de konsultatiegesprekken hielp de konsulent bij het vermijden van psychotherapeutische interventies, zoals het exploreren van gevoelens van de konsultvrager, de interpretatie van afweermechanismen e.d. Daarnaast weerhield het de konsulent ervan de konsultvragers gerust te stellen zonder dat de situatie daartoe aanleiding gaf.

De begeleidingsfunctie droeg ertoe bij dat de konsulent zijn rol beter ging zien. Van belang was ook dat de begeleider de konsulent de gelegenheid bood om zijn gevoelens ten aanzien van het konsultatieprojekt te uiten. Dit waren gevoelens van frustratie vanwege de noodzaak om te werken zonder een duidelijk rolmodel en zonder de daaraan verbonden bescherming en zekerheid. Ook voelde de konsulent nogal eens frustratie als hij vanwege zijn konsulentenrol geen direkte oplossing mocht aanreiken als de zaak voor hemzelf eenvoudig en duidelijk was. Onzekerheid over zijn rol en wat zijn deskundigheid zou kunnen zijn, ervoer de konsulent ook als hij probeerde zich vooraf in te leven in komende situaties waarin de konsultvragers hem onmogelijke gevallen zouden voordragen. Daarbij kwam dat de konsulent in de beginfase van het projekt geen idee had welke bevrediging hij in het konsultatieprojekt zou vinden. Hij beleefde nu wel een stuk bevrediging in het bezig zijn met iets nieuws, maar hij moest leven met een onzeker vooruitzicht over wat deze investering in de toekomst voor hem zou gaan opleveren.

In dit soort situaties is een begeleider die emotionele steun kan geven onontbeerlijk. Deze begeleiding werd vooral als steun ervaren als het in de begeleidingsgesprekken mogelijk bleek om bepaalde gevoelens die het eksperiment opriep te verwoorden en met behulp van de begeleider dat te ontwikkelen, wat door Thibaut en Kelley (1959) beschreven is als het afwegen van baten tegen de lasten. Beleefde de konsulent aanvankelijk de lasten van het eksperiment méér dan de baten, geleidelijk aan bleek het ook mogelijk baten te ontdekken en te waarderen. Waren de

lasten vooral de rolonzekerheid en het niet mogen geven van directe aanwijzingen ter oplossing van problemen, de baten werden zichtbaar als een konsultvrager na een moeizaam konsultatiegesprek er in een later gesprek blijk van gaf inzichten verkregen te hebben en ze ook toe te passen. Het gaf ook bevrediging dat de konsultvragers bleven komen, zelfs om meer uren vroegen en openlijk zeiden tevreden te zijn met de hulp die hun werd geboden. Een bevrediging op langere termijn was het feit, dat de konsulent na het eerste jaar gevraagd werd zijn activiteiten in het tweede jaar voort te zetten.

Ook beleefde de konsulent het als positief als het in de begeleiding mogelijk bleek de strategieën van de konsulent bij het werken aan oplossingen in het gesprek met de konsultvragers expliciet te maken.

De hulp van de deelnemers aan de 'werkgemeenschap Mental Health Consultation' was van een ander karakter. De werkgemeenschap 'Mental Health Consultation' was in 1966 onder auspiciën van de 'Stichting Algemeen Centraal Bureau voor de Geestelijke Volksgezondheid' in Den Haag opgezet om degenen die in de praktijk met de konsultatiemethode werkten, de gelegenheid te geven methodische problemen te bespreken en ervaringen uit te wisselen. Deze werkgemeenschap kwam in de periode 1966—1968 maandelijks in Leiden bijeen. Er was een groep die zich vooral met 'administrative consultation' bezig hield, terwijl de andere groep zich bezig hield met de op de konsultvrager gerichte gevalbespreking (consultee centered case consultation). Van deze laatste groep maakten zowel de konsulent als de begeleider deel uit. De groep bestudeerde literatuur, luisterde naar bandopnamen van konsultatiegesprekken en wisselde van gedachten over strategische en methodische problemen. De functie van de begeleiding van het project door deze werkgemeenschap was een andere dan die van de individuele begeleiding. Was de individuele begeleiding emotioneel steunend en per geval zoekend naar gedragsalternatieven, in de werkgemeenschap werd meer in algemene termen gediskussieerd en werd geen expliciete emotionele steun gegeven. De hier gegeven hulp was vooral cognitieve doordenking van de methode.

3.3.8 Evaluatie van de beginfase van het projekt

Met de konsultvragers was overeengekomen dat het konsultatie-eksperiment zou duren tot eind maart 1968. Daarna zouden de konsultvragers, de begeleider en de konsulent bij elkaar komen om het projekt gezamenlijk te bespreken en te overleggen óf en zo ja, hoe het projekt zou kunnen worden voortgezet.

Ter voorbereiding van de gezamenlijke evaluatiebespreking kwamen de begeleider en de konsulent bijeen, waarna de bijeenkomst met de konsultvragers werd gehouden.

3.3.8.1 De overwegingen van de begeleider en de konsulent

De ervaringen zoals beschreven in dit hoofdstuk werden besproken. Wij kwamen daarbij tot de konklusie dat er drie probleemgebieden waren bij dit projekt:

- het ene was methodologisch, samenhangend dus met de aanwijzingen zoals gegeven door Caplan;
- het andere hing samen met het funktionieren van de organisatie, de wijze van werken, de werkopvattingen en houdingen van deze konsultvragers uit dit universitaire systeem;
- tenslotte was er een aantal interfererende thema's in de groep konsultvragers, die het individuele werken bemoeilijkten.

3.3.8.1.1 Methodologische problemen

Bij het nagaan van de oorzaken, waarom de konsultvrager hulp vroeg van de konsulent, bleek het niet zo eenvoudig het ons toen bekende indelingssysteem van Caplan (1964) toe te passen. We vonden inderdaad gebrek aan inzicht en gebrek aan vaardigheid (zie paragraaf 2.3.3.3.2). In een groot aantal van de gevallen was er een gebrek aan objectiviteit. Maar ook bleken de onderlinge werkafspraken, dus samenhangend met het funktionieren van de organisatie van de konsultvragers, heel vaak het individuele werk met de studenten te belemmeren.

Binnen de klassifikatie — gebrek aan objectiviteit — vonden we herhaaldelijk stereotypering, identifikatie, overdracht. Maar slechts in een paar gevallen was het mogelijk Caplan's konseptie 'thema-interferentie' te herkennen. Wij vroegen ons af wat dit betekende. De ene mogelijkheid was dat de konsulent niet vol-

doende vaardigheid had ontwikkeld om thema-interferenties te herkennen. De andere mogelijkheid was dat ook Caplan slechts in een beperkt aantal gevallen 'thema-interferentie' diagnostiseert.

In het laatste geval zou dit vrij grote konsekventies hebben voor de konsultatiemethode, omdat toch de methode van Caplan vooral gezien wordt als middel om te komen tot reductie van thema-interferentie. Men kan zich dan afvragen hoe er in de konsultatiesituatie methodisch gewerkt dient te worden aan de problemen van de konsultvragers, die niet als veroorzaakt door 'thema-interferentie' kunnen worden geklassificeerd.

Ook kwamen we niet uit het verantwoordelijkheidsprobleem. Caplan stelt wel dat de konsultvrager volledig verantwoordelijk blijft voor zijn handelen in de relatie met de cliënt, maar de vraag is of men dit probleem zo makkelijk vanuit de konsulent kan oplossen. Ten eerste kan de konsultvrager (noodgedwongen) hiermee instemmen, maar daarmee hoeft hij het emotioneel nog niet aanvaard te hebben; ten tweede is er de maatschappij, de collega's e.d., die de konsulent, ook al stelt hij zelf het tegendeel, verantwoordelijk houden voor wat er door zijn toedoen of nalaten met de cliënt gebeurt.

In 1968 kwamen we hier niet uit. (Caplan blijkt in 1970 een aanzienlijk genuanceerder standpunt in te nemen wat betreft dit punt).

3.3.8.1.2 Met het functioneren van de organisatie samenhangende problemen

Reeds eerder beschreven wij de problemen, die de konsultvragers in hun werk met de studenten ervoeren, als gevolg van de werkprocedures, opvattingen en houdingen binnen het universitaire systeem. Het hanteren van een rigide normensysteem bleek niet oplosbaar in de individuele konsultatiezittingen. Wij meenden slechts aan deze problemen te kunnen werken in aanwezigheid van alle betrokkenen.

3.3.8.1.3 Interfererende thema's in de groep konsultvragers

In paragraaf 3.3.5 werd reeds beschreven dat de dekanen als groep bang waren geworden voor wat ze zelf noemden: overdrachtsreactie, acting out en suïcidedreiging van de kant van de studenten. De angst van de dekanen voor de dreigende gevaren blokkeerde hen verschillende malen bij hun werk met de studenten. Wij kwamen tot de konklusie dat ook dit thema slechts gedeeltelijk in de individuele konsultatie kon worden opgelost. Wij meenden dat deze angst voor dreigende gevaren door de groep in stand werd gehouden en dus ook in de groep moest worden opgelost.

3.3.8.2 De konklusies van de begeleider en de konsulent

a — Als de konsultvragers dit wensen, zijn we bereid in het komend jaar het konsultatie-eksperiment voort te zetten.

b — We zullen voorstellen om behalve individuele konsultatiezittingen ook een aantal groepsbijeenkomsten te organiseren waaraan behalve de konsultvragers ook de begeleider en de konsulent zullen deelnemen.

c — We zullen persoonlijk kontakt met Caplan opnemen om met hem het projekt te bespreken en hem de moeilijkheden te kunnen voorleggen. Daarnaast willen we proberen in gesprek te komen met nog een aantal andere konsulenten in de Verenigde Staten en hun mening vragen over de methode en hun ervaringen ermee. Om dit te realiseren zou de konsulent enige tijd in de Verenigde Staten verblijven.

3.3.8.3 De evaluatiezitting van de konsultvragers, de begeleider en de konsulent

De bijeenkomst werd gehouden begin april 1968. Een van de konsultvragers had een vrij simpele opiniepeiling gehouden naar de tevredenheid van de konsultvragers met de hulp die hun door de konsulent was geboden.

De konsultvragers bleken in de meerderheid van de gevallen hulp te hebben ervaren voor de behandeling van hun gevallen. Zij vroegen de konsulent om hierop kommentaar te geven en iets te zeggen over hun individuele funktioneren als dekanen en

artsen. De konsulent realiseerde zich dat het ingaan op hun verzoek een aantal gevaren met zich meebracht. Om op hun verzoek in te gaan moest de konsulent de norm van confidentialiteit breken. Datgene wat de konsultvragers hem hadden meegedeeld in de individuele konsultatiezittingen was immers gebeurd onder de afspraak van volledige confidentialiteit, die slechts voor de begeleider niet gold.

De konsulent legde dit vertrouwelijkheidsprobleem aan de groep voor, waarna zij ermee instemden niet over te gaan tot het bespreken van het individuele functioneren van de konsultvragers. De konsulent verklaarde zich wel bereid de algemene problemen die zich in de konsultatiezittingen hadden voorgedaan te bespreken. Hij stelde voor om met de groep de thema's te bespreken, die hun functioneren als professionele hulpverleners belemmerden. Dit zou kunnen plaatsvinden in het najaar van 1968.

3.3.8.4 De konklusies van de evaluatiebijeenkomst met de konsultvragers

De konsultvragers vroegen de konsulent zijn konsultatie-activiteiten met hen in het komende jaar voort te zetten, maar de frequentie te vergroten van twee middagen tot drie middagen per maand.

Zij stemden in met het voorstel om maandelijks groepsbijeenkomsten te organiseren. De bijeenkomst zou de middag en de avond duren met een gezamenlijke maaltijd er tussenin, waaraan alle betrokkenen zouden aanzitten. De begeleider zou eveneens aan deze groepsbijeenkomsten deelnemen.

Deze groepsbijeenkomsten zouden dienen om te werken aan de problemen beschreven onder paragraaf 3.3.8.1.2 en 3.3.8.1.3. Als dit nodig mocht blijken zouden ook anderen aan deze groepsbijeenkomsten kunnen deelnemen. De gezamenlijke maaltijd, met een drankje vooraf, zou informele gesprekken bevorderen en de mogelijkheid vergroten dat de konsulent, de begeleider en de konsultvragers elkaar ook buiten de strikte werkkrol zouden leren kennen. Op deze wijze wilden de begeleider en de konsulent laten blijken dat ze er de voorkeur aan gaven niet op een

afstand te blijven, maar dat ze ook in de konsultvragers geïnteresseerd waren als gewone mensen. Men was het erover eens dat het kontrakt zoals geformuleerd onder paragraaf 3.2.2 juist was en niet gewijzigd behoefde te worden, behalve dan wat betreft de frekwentie van de individuele konsultatiezittingen en de groepsbijeenkomsten. In deze zitting werd aangekondigd dat in de periode 1968—1969 een nieuwe dekaan en twee nieuwe artsen aan het konsultatieprojekt zouden gaan deelnemen.

3.4 De ervaringen in de periode 1968 — 1969

In september 1968 werd een bespreking gehouden tussen de konsultvragers, de begeleider en de konsulent om te bezien of men nog steeds achter de in april genomen beslissingen stond. Tijdens deze bijeenkomst bleek dat één van de dekanen, die als een pionier werd gezien, een funktie aan een andere instelling voor wetenschappelijk onderwijs had aanvaard. Een van de dekanen had de leidinggevende dekanenfunktie overgenomen, een nieuwe dekaan was inmiddels aangetrokken. Deze verandering in formeel leiderschap zou grote veranderingen teweeg brengen in de verhoudingen tussen de dekanen onderling en tussen de dekanen en de artsen. Dit was de visie van de begeleider en de konsulent. Zij meenden dat de groepsbesprekingen nu wel zeer welkom waren, omdat deze bijeenkomsten een uitstekende gelegenheid zouden bieden om aan nieuwe onderlinge relaties en met het werk interfererende waarden en normen te werken.

3.4.1 De op de konsultvrager gerichte gevalbespreking

3.4.1.1 De verwachtingen van de konsulent

De konsulent verwachtte dat hij in deze periode minder zou hoeven te werken aan het opbouwen van een vertrouwensrelatie dan in de beginfase.

De konsultvragers hadden kennelijk vertrouwen gekregen in de konsulent. Ze waren bereid om op dezelfde basisvoorwaarden als het jaar daarvoor verder te werken. De konsultvragers waren in de konsultatiezittingen al in toenemende mate zichzelf. Zij hadden creativiteit getoond en waren blijkbaar bereid en in

staat naar een meer horizontale relatie met de konsulent te groeien. Er waren in de groep en bij de individuele konsultvragers aanwijzingen voor een groeiend onderling vertrouwen. Er was veel meer openheid en spontaneïteit in de gesprekken tussen de konsulent en de konsultvragers gekomen. Men was meer bereid om te werken aan het oplossen van de vraagstukken. Daarom verwachtten we veel minder behoefte aan uittesten door degenen die ook het vorig jaar aan de konsultatie hadden deelgenomen.

We verwachtten minder onzekerheid en vrees bij de nieuwkomers wegens vertrouwengevende vóórinformatie van de kollegakonsultvragers. Daarnaast boden de groepsbesprekingen de nieuwe konsultvragers een ekstra gelegenheid om met de konsulent persoonlijk kennis te maken. Een gelegenheid die het jaar ervoor niet aanwezig was. We verwachtten dat er minder behoefte bij de konsultvragers aanwezig zou zijn om zichzelf te verschuilen achter de gevallen. We verwachtten daarom een betere selectie van de gevallen voor de individuele besprekingen met de konsulent. We hoopten dat de konsultvragers in het vorige jaar hadden geleerd wat er van hen verwacht werd in de rol van konsultvragers. Dit gold echter evenzeer voor de konsulent als voor de konsultvragers.

Wat betreft de twee subgroepen voorspelden we veranderingen in beide subgroepen.

Ten eerste verwachtten we dat de arts, die moeite had gehad met de opbouw van een konsultatierelatie, die afweek van de eigende arts-specialistenrol (zie ook paragraaf 3.3.5), door deelname aan de groepsbesprekingen en door de feedback die hij had gekregen over deze rolproblematiek, aangemoedigd zou worden een andere rolrelatie met de konsulent te gaan proberen.

Bovendien verwachtten wij dat de toename van het aantal artsen dat ging konsuleren tot drie, hem zou versterken bij zijn pogingen, o.a. door onderling uitwisselen van ervaringen.

Wat de dekanen betreft verwachtten we dat het vertrek van de oudste dekaan belangrijke verschuivingen teweeg zou brengen. Hij was degene die wees op de gevaren die dreigden als in de relatie met de studenten overdracht ontstond etc. We verwacht-

ten dat zijn verdwijnen een discussie over de wijze van leiding geven op gang zou brengen en dat het mogelijk zou zijn de werk-procedures en afspraken te onderwerpen aan een nader onderzoek naar hun effectiviteit.

3.4.1.2 De houding van de konsulent ten aanzien van nieuwe konsultvragers

De introductiestrategie zoals die was ontwikkeld in het eerste jaar was nuttig gebleken. De konsulent besloot daarom dezelfde introductie toe te passen als beschreven in paragraaf 3.8.3 van dit hoofdstuk.

De konsulent trok tijdens deze introductiezittingen echter meer tijd uit om aan de artsen uit te leggen wat de verschillen waren tussen de konsultvrager-konsulentrelatie en de traditionele arts-specialistrelatie. Deze ekstra aandacht en tijd bleken geen verspilde energie te zijn.

3.4.1.3 Ervaringen in het tweede jaar

Overeenkomstig de verwachtingen waren de relaties tussen de konsultvragers en de konsulent meer open, er was meer vertrouwen, er was meer wederzijdse akseptatie en creativiteit.

Als oorzaken voor deze ontwikkeling in de relaties onderscheidden we drie van belang zijnde factoren:

- 1 de tijdsfaktor,
- 2 veranderingen in de konsulent,
- 3 veranderingen bij de konsultvragers.

1 — Veranderingen samenhangend met de tijd. Reeds in paragraaf 2.2.4 schreven we over het belang van de tijdsfaktor. Een konsulent heeft tijd nodig om een werkrelatie op te bouwen met een konsultvrager. De investering van energie in de relatie gedaan in het eerste jaar, wierp in het tweede jaar zijn vruchten af. Dit tijdsverloop bood de gelegenheid tot het ontwikkelen van begrip en akseptatie.

2 — Veranderingen in de konsulent. Door de ontwikkeling in de onderlinge relatie naar meer onderling begrip en akseptatie kon de konsulent zich ook vrijer in de konsultatiesituatie bewe-

gen. Dit werd medebepaald door zijn gevoel dat zijn bedoelingen door de konsultvragers nu beter werden begrepen. Daarnaast was van belang dat de konsulent in de gelegenheid geweest was de visies die hij had ontwikkeld over de konsultatie persoonlijk te bespreken met Caplan en zijn medewerkers aan de Harvard Universiteit in Cambridge, Mass. in de Verenigde Staten van Amerika. De konsulent kreeg ook nog de gelegenheid met een aantal andere deskundigen op het gebied van de psychohygiëne in de Verenigde Staten te spreken.

De konsulent ervoer daar dat met name het konsept 'thema-interferentie' een omstreden abstraktie was. Caplan deelde in een persoonlijk onderhoud in 1968 mee dat naar zijn indruk in 10 procent van de gevallen er sprake was van thema-interferentie als oorzaak voor het niet-funktioneren van de konsultvrager. Hij gaf een percentage van 90 % op, waarbij andere factoren van groot belang waren, zoals gebrek aan inzicht en organisatorische oorzaken.

Andere konsulenten, zoals Bindman in Boston, Knight Aldridge in Chicago en Bernard en Levin in New York, betwijfelen of het konsept thema-interferentie in de praktijk van de konsultatie wel van zo grote waarde was (persoonlijke mededelingen 1968). Met name vroegen dezen zich af of de door Caplan ontwikkelde methode niet veel te ingewikkeld en te moeilijk te leren was om een voldoende aantal geschoolde konsulenten beschikbaar te krijgen om te voldoen aan de grote vraag naar konsultatie.

Deze meningen van ervaren konsulenten bevrijdden de konsulent in zekere zin van de last om in elk konsultatiegesprek dwangmatig naar een interfererend thema te zoeken. Het verschaftte hem ook de vrijheid om minder gepreokkupeerd naar de konsultatiesituatie te kijken: te zien wat het probleem was, welke factoren in de probleemsituatie veranderbaar schenen en wat binnen de mogelijkheden van deze konsultvrager en deze cliënt lag.

3 — De veranderingen bij de konsultvragers werden eveneens beïnvloed door het vertrek van een dekaan en de groepsbesprekingen. Het vertrek van het hoofd van het bureau studentendekanen heeft grote gevolgen gehad. Met zijn opvattingen over het deka-

naat drukte hij zijn stempel op het denken van de andere dekanen. Zijn vertrek creëerde de ruimte om de aan hem ontleende konsepten en opvattingen te toetsen op hun reële waarde voor de hulpverlening.

Veranderingen bij de konsultvragers als gevolg van de groepsbesprekingen.

De open diskussies in deze groepsbijeenkomsten (zie ook paragraaf 3.4.2) droegen bij in het expliciet formuleren van werkprocedures en verminderden de individuele angst voor de konsultatiezittingen. De konsultvragers waren daardoor in staat samen met de konsulent vrijer naar de probleemgevallen te kijken.

3.4.1.4 Ervaringen met individuele konsultvragers

In paragraaf 3.3.6 van dit hoofdstuk werd reeds beschreven dat de konsulent in het eerste jaar zijn benaderingswijze moest aanpassen aan de door het individu en door het beroep bepaalde verschillen tussen de konsultvragers. Deze tendens zette zich ook in het tweede jaar voort. De konsulent voelde zich nu vrij genoeg om met de individuele konsultvragers te verkennen wat zij in hun professionele rol met hun cliënten konden doen. Geleidelijk aan durfden de konsultvragers meer uit te proberen met hun cliënten. Opmerkelijk was dat het in de individuele gesprekken besprokene in de groepsbijeenkomsten doorwerkte.

Ook werd in de individuele gesprekken uitgewerkt wat in de groepsbijeenkomsten in het algemeen gesteld was over de grenzen van de competentie, het werkterrein, de benaderingswijze van de studenten etc.

Men zou kunnen stellen dat de konsultvragers bezig waren hun vaardigheidsrepertoire uit te breiden.

Hoewel de konsulent zijn best deed om een nevengeschikte relatie op te bouwen, verhinderde dit de konsultvragers niet hem als een autoriteit te zien, niet alleen in inhoudelijke, maar ook in methodologische zin.

De konsultvragers voelden zich dus nog steeds sterk afhankelijk van de kennis, inzicht en ervaring van de konsulent.

3.4.2 De maandelijkse groepsbesprekingen

3.4.2.1 Algemene opmerkingen

In de paragrafen 3.3.8.1.2, 3.3.8.1.3 en 3.3.8.2 bespraken we de overwegingen, die ertoe geleid hebben dat groepsbesprekingen werden georganiseerd tussen de konsultvragers, de konsulent en de begeleider.

De bijeenkomsten werden éénmaal per maand gehouden in oktober, november, december, februari, maart en april. De groep vergaderde in een lokaliteit van de Universiteit 's middags van 2 tot 5 uur en 's avonds van 7 tot 9 uur. Van 5 tot 7 uur bleef de groep informeel bijeen voor een drankje en een maaltijd, geserveerd in hetzelfde gebouw. Afsproken was dat als dat nodig mocht blijken, ook anderen voor de bijeenkomsten uitgenodigd konden worden. Toen hier een reden voor aanwezig was werd de rektor magnifikus, de sekretaris van de Universiteit en het bestuur van de stichting gezondheidszorg uitgenodigd aan de besprekingen deel te nemen.

De doelstellingen voor deze bijeenkomsten werden als volgt geformuleerd. Het kreëren van een gelegenheid waar de konsultvragers alle problemen zouden kunnen bespreken die hen individueel of als (sub)groep belemmerden in hun professionele functioneren. Deze bijeenkomsten waren niet bedoeld om problemen met individuele studenten te bespreken. Daarvoor bleef gelegenheid in de op het functioneren van de konsultvragers gerichte gevalsbesprekingen.

Het zal duidelijk zijn dat het niet mogelijk is in enkele zinnen weer te geven wat zich afspeelde in de dertig uren dat de groep bijeen was. Daarom hebben we een korte selectie gemaakt uit de onderwerpen die ter discussie stonden. Bovendien zullen we ingaan op de functies die deze bijeenkomsten vervulden. Tenslotte zullen we de rollen bespreken die de konsulent en de begeleider in deze vergaderingen vervulden, de beperkingen die zij aanbrachten e.d.

3.4.2.2 Enkele besproken onderwerpen

Onderwerpen samenhangende met het dekanaat: het formele leiderschap, de onderlinge verhoudingen, de werkwijzen

ten opzichte van de student en de samenwerking met andere hulpverleners (studenten-artsen, pastores, psychiaters en testpsychologen). De opvattingen over de dekanenrol: zijn alle dekanen gelijk of dient er specialisatie in bepaalde richtingen bevorderd te worden voor verschillende dekanen, waardoor ze niet langer onderling uitwisselbaar zouden worden? Tot nu gold de norm: elke dekaan kan zonder meer het werk van zijn collega overnemen. De professionele identiteit, opleiding en vorming van de dekanen. Verder kwam aan de orde de plaats die het dekanaat inneemt in het geheel van de studentenvoorzieningen aan de Universiteit (Ter bespreking van dit onderwerp werd ook de rektor magnifikus uitgenodigd).

Onderwerpen betreffende de studentenartsen: hun onderlinge verhoudingen, hun werkprocedures, de relatie met de specialisten in de stad, de relatie met de huisartsen (in verband met avond- en weekenddiensten). De verhouding met de fakultetsleden (b.v. verklaringen over al of niet toekennen van speciale examenregelingen op medische indicatie), de houding ten aanzien van het verstrekken van anti-konseptie middelen aan vrouwelijke studenten etc. Uiteraard kwam aan de orde de samenwerkingsrelatie met de dekanen, waarbij vooral een oplossing gezocht moest worden voor het vertrouwelijkheidsprobleem. Ook werd gediskussieerd over de aard en de omvang van de geneeskundige zorg voor de studenten, en de verhouding tot de aan de Universiteit verbonden bedrijfsarts. Besproken werd ook het Rapport Wester over de structuur van de gezondheidszorg voor studenten en de bijscholing van de studentenartsen in sportgeneeskunde, in psychologie, in psychiatrie etc.

3.4.2.3 De functies die de besprekingen vervulden

Door het bespreken van de bovengeciteerde onderwerpen werden allerlei impliciete afspraken, procedures, normen, waarden en opvattingen expliciet gemaakt. Daardoor werden ze ook bespreekbaar en daarmee veranderbaar.

Verschillende konsultvragers waren zich er niet van bewust dat hun opvattingen, visies of houding verschilden van de anderen. Zo waren de artsen zich helemaal niet bewust van het feit dat

hun wijze van werken voor de dekanen soms moeilijk te verteren was en soms heftige emoties opriep. De konsultvragers werden zich geleidelijk aan meer bewust van het feit dat hun gedrag niet zelden was gebaseerd op opvattingen en ideeën die niet getoetst waren op hun realiteitswaarde. Een meer open, wederzijds begrepen kommunikatie kwam tot stand, rollen werden gedefinieerd en opvattingen in revisie genomen. Voor de dekanen waren deze diskussies eens te meer relevant voor hun dagelijks werk, omdat voor de dekanen deze groep zowel kollegagroep als referentiegroep was. (De dekanen verbonden aan andere instellingen voor wetenschappelijk onderwijs hebben andere opvattingen over de taak en funktie van het dekanaat dan de hier beschreven dekanengroep).

De diskussies in de groepsbesprekingen droegen bij tot het versterken van de identiteit van de dekanen, waarbij de neiging verminderde om het principe te handhaven dat allen gelijk dienden te zijn: zij konden het zich vanwege de versterkte identiteit en gevoel van eigenwaarde permitteren om verschillend te zijn. Zo kwam de gedachte naar voren of het wellicht zinvol zou zijn om een in psychotherapie geïnteresseerde psycholoog aan te trekken om het dekanenteam met psychologische deskundigheid te versterken.

De eerder beschreven groepsthema's, die interfereerden met de hulpverlening door de dekanen (de 'gevaren' van 'overdracht', 'acting out' en 'zelfmoorddreiging'), werden besproken. De konsulent en de begeleider gaven informatie over de dynamiek van menselijke relaties, die tot overdrachtsreacties en overdrachtsneurosen kunnen leiden. Als gevolg van de rustige en feitelijke en hopelijk ook deskundige informatie verdwenen in korte tijd deze interfererende thema's uit de groep (waarbij het wegvallen van de initiator en instandhouder van deze groepsthema's ongetwijfeld ook een rol heeft gespeeld).

Als gevolg van deze groepsbijeenkomsten veranderde er vrijwel niets aan de formele organisatiestructuur. De veranderingen voltrokken zich meer in het onzichtbare vlak, zoals veranderingen

in procedures van verwijzen, samenwerken etc. Eén van de dekanen sprak zich duidelijk uit tegen wat hij noemde de tendens tot psychologisering van de hulpverlening door de dekanen. Hij was voor een beperktere en zakelijke aanpak van de dienstverlening aan studenten. Hij trok daaruit de konklusie dat hij beter een andere functie in de Universiteit kon aksepteren. Dit gebeurde aan het eind van de serie groepsbesprekingen. Men besloot daarop in zijn plaats een psycholoog aan te trekken, die bereid was als dekaan te gaan funktioneren. Voorgesteld werd om besprekingen te gaan houden met de psychiaters van de kliniek waarnaar regelmatig studenten werden verwezen. Aan de besprekingen zouden artsen en dekanen deelnemen.

De artsen en dekanen kwamen overeen elk moment dat zij daar-toe behoefte voelden gezamenlijke gevalbesprekingen te houden. Het probleem van de konfidentialiteit werd met de verbeterde kommunikatie en het grotere onderlinge vertrouwen niet langer als een probleem ervaren.

3.4.2.4 De rol en werkwijze van de konsulent en de begeleider in de groepsbijeenkomsten

De begeleider en de konsulent beraadden zich vóór het begin van de eerste bijeenkomst op de rollen die zij wilden vervullen in deze bijeenkomsten en op de vraag volgens welke principes zij deze bijeenkomsten wilden leiden.

De begeleider en konsulent zouden niet in deze rollen kunnen funktioneren zomin als er van konsultvragers sprake kon zijn. De begeleider en de konsulent kozen daarom voor gelijke groepsadviseurrollen. De adviseurs vervulden geen formele voorzitters- of leiderschapsrollen. Zij probeerden kondities te kreëren waaronder de deelnemers aan de groep aan hun werkproblemen konden werken. De adviseurs vroegen dus regelmatig om nadere informatie of verheldering. Zij probeerden om een wederzijds begrepen kommunikatie tot stand te brengen en hielpen de groep impliciete normen ekspliciet te maken en hun blinde vlekken als groep te ontdekken. De adviseurs meenden dat zij de besprekingen moesten beperken tot aan het werk gebonden vraagstukken. Bovendien meenden de konsulenten zich te moeten onthouden

van het zichtbaar maken van groepsdynamische processen. De adviseurs analyseerden en interpreteerden de fenomenen in de groep wel voor zichzelf, maar hadden zich niet ten doel gesteld de deelnemers groepsdynamische processen te leren herkennen. Zij gebruikten hun interpretaties slechts voor zichzelf om er hun interventies ten behoeve van het inhoudelijke werk van de groep op te baseren. De adviseurs stimuleerden de groepsleden ook niet om elkaar feedback te geven over hun functioneren in de hier en nu situatie. De adviseurs deden dit om te vermijden dat zij in de rol van adviseurs werkwijzen zouden introduceren, die zij strijdig achtten met de werkwijze van de konsulent in de individuele konsultatie volgens Caplan. Immers in de individuele konsultatiesituatie analyseert de konsulent wel de tussenmenselijke processen die zich voordoen tussen de konsulent en de konsultvrager, maar hij stelt deze niet openlijk ter discussie (zoals bijvoorbeeld in de psychotherapie en in de sensitivity training gebeurt).

Op deze wijze voorkwamen de adviseurs dat de groepsleden elkaars gedrag als personen gingen bespreken in plaats van hun onderlinge werkrelaties.

Het is wellicht goed op te merken dat deze restricties de groepsleden niet verhinderden om soms zeer persoonlijk hun mening te geven over de gang van zaken.

3.4.3 De begeleiding van de konsulent in het tweede jaar

De begeleiding van de individuele konsultatiebesprekingen in het tweede jaar wijzigde zich met de ontwikkeling in de relatie tussen de konsultvragers en de konsulent. Met de toename van het onderlinge vertrouwen en het zelfvertrouwen van de konsulent had deze laatste minder behoefte aan emotionele steun voor zijn konsultatie-inspanningen. Hij bleef behoefte houden aan hulp bij de techniek van de konsultatiegesprekken. Voor deze begeleiding werd dezelfde methode gehanteerd als in het eerste jaar en beschreven in paragraaf 3.3.7.

Behalve deze individuele begeleiding van de konsulent door de begeleider van het projekt pleegden zij veelvuldig onderling overleg in hun andere rol van groepsadviseurs in dit projekt.

In de rol van adviseurs voor de groepsbesprekingen waren deze personen kollega's, die beiden een behoefte hadden om de strategieën in de groepsbijeenkomsten met elkaar te ontwerpen en later het effect na te bespreken. Zij gebruikten een belangrijk deel van de tijd, die zij het jaar tevoren voor de individuele consultatiebegeleiding ter beschikking hadden, dit jaar voor de evaluatie van de groepsbijeenkomsten. Er werd in dit jaar dus minder tijd aan de individuele begeleiding van de konsulent besteed, enerzijds omdat minder tijd beschikbaar was, anderzijds omdat er minder (emotionele) behoefte aan bestond.

3.4.4. Evaluatie van de tweede fase van het projekt

Eind april 1969 werd opnieuw een bijeenkomst met de konsultvragers belegd om de twee hoofdactiviteiten gezamenlijk kritisch te bespreken.

Men was van mening dat de individuele gevalsbespreking nog steeds in een behoefte van de konsultvragers voorzag. De konsultvragers waren van mening dat zij door de consultatie in toenemende mate inzicht en vaardigheid kregen in de behandeling van hun studenten. De konsultvragers stelden voor om de individuele op het funktioneren van de konsultvragers gerichte gevalsbespreking op dezelfde wijze en met dezelfde frekwentie voort te zetten. De konsulent moest hiertegen echter bezwaar maken. In het afgelopen jaar was de totale consultatie-inspanning te zwaar gebleken. De werktijd met de konsultvragers was verdubbeld. De beschikbare tijd voor het bestuderen van de bandopnamen was niet in verhouding toegenomen, zodat een achterstand in de bestudering was opgetreden. Om deze reden stelde de konsulent voor de consultatiebesprekingen terug te brengen tot de frekwentie van het eerste jaar: twee middagen per maand, van september 1969—mei 1970. De konsultvragers gingen hiermee akkoord.

De groepsbijeenkomsten werden anders beoordeeld. De groepsleden/konsultvragers waren het erover eens dat een belangrijke hoeveelheid werk was verzet tijdens de bijeenkomsten en dat er duidelijke veranderingen als gevolg van deze bijeenkomsten

waren opgetreden. Men had echter ook een gevoel dat er voorlopig voldoende was bereikt en dat men geen behoefte had ook in het komende jaar groepsbesprekingen te organiseren. Mochten zich echter problemen voordoen, die slechts in de groep opgelost zouden kunnen worden, dan zouden groepsbijeenkomsten op korte termijn georganiseerd kunnen worden om aan dat betreffende werkprobleem te werken.

3.5 De ervaringen in de periode 1969 — 1970

3.5.1 Inleiding, de afspraken: de op de konsultvrager gerichte gevalsbesprekingen

In september 1969 werd evenals het jaar tevoren een bespreking gehouden met de konsultvragers om te bezien of de beslissingen van de bijeenkomst in april nog steeds overeenkwamen met dat wat men nodig oordeelde.

Tijdens deze bijeenkomst bleek dat één van de studentenartsen een baan elders had aangenomen. De vakature kon niet onmiddellijk worden vervuld, doch men rekende erop dat per 1 januari een nieuwe studentenarts aangetrokken zou kunnen worden. De dekanen hadden een klinisch psycholoog bereid gevonden het dekanenteam te versterken. De konsultvragers waren van mening dat de besluiten van april 1969 juist waren. Er werden afspraken gemaakt om gedurende twee middagen per maand op het funktioneren van de konsultvragers gerichte gevalsbesprekingen te houden van september 1969 tot mei 1970.

3.5.2 De verwachtingen van de konsulent

De konsulent kwam tot de konklusie uit wat werd beschreven onder de paragrafen 3.4.1.3, 3.4.1.4 en 3.4.2.3, dat de kondities nu vervuld waren om met de konsultvragers optimaal aan het oplossen van hun problemen met de studenten te werken. Dit gold uiteraard voor de 'ervaren' konsultvragers. Hoe de relatie met de nieuw aangekomen dekaan zich zou ontwikkelen was een open vraag. De dekanengroep was nogal veranderd in het afgelopen jaar en de nieuwe dekaan onderscheidde zich van de andere dekanen. Deze dekaan was een klinisch psycholoog. De

konsulent verwachtte daarom dat hij een nieuw soort relatie met hem moest opbouwen. Deze dekaan was in een aantal opzichten een kollega van de konsulent. Hoe zou de konsulent voor deze dekaan-psycholoog een nuttige bijdrage kunnen leveren tot diens funktioneren. De konsulent is er zich van bewust dat deze dekaan ook een soort rivaal zou kunnen worden, tot wie de andere dekanen-konsultvragers zich zouden kunnen gaan wenden voor psychologisch, deskundig advies voor de behandeling van hun gevallen. De konsulent wilde vermijden dat hij met deze dekaan-psycholoog in een kompetitiestrijd gewikkeld zou worden. De konsulent besloot alles te doen in zijn konsultatiezittingen wat de dekanen zou aanmoedigen om deze psycholoog-dekaan optimaal te 'gebruiken'. Dus ook voor onderlinge konsultatie en eventuele verwijzing.

3.5.3 De strategie van de konsulent ten aanzien van de nieuwe konsultvragers

In het algemeen volgde de konsulent dezelfde strategie als beschreven in de paragrafen 3.3.3 en 3.4.1.2. Maar de overwegingen beschreven in paragraaf 3.5.2 leidden ertoe dat de konsulent veel meer tijd uittrok om met de dekaan-psycholoog de doelstellingen en methode van de konsultatie te bespreken.

De konsulent achtte het juist om met deze dekaan uitvoerig van gedachten te wisselen over verschillende stromingen in de psychotherapie, de voor- en nadelen van bepaalde persoonlijkheidstheorieën, opvattingen over psychohygiëne etc.

Deze uitvoerige discussie over problemen en visies — van belang voor de geestelijke volksgezondheid — zou er hopenlijk toe bijdragen dat de konsulent en de konsultvragers zouden gaan zien hoe zij komplementair ten behoeve van de studenten zouden kunnen gaan werken in plaats van concurrerend.

Daarnaast hoopte de konsulent te weten te komen hoe deze psycholoog zijn dekanenrol opvatte en deze dacht te realiseren.

3.5.4 Ervaringen in het derde jaar

Het derde jaar zou het rustigste jaar van de drie worden. Er waren betrekkelijk weinig spanningen binnen de artsengroep en

de dekanengroep en tussen deze beide subgroepen. De dekanen hadden nieuwe aan hun behoefte aangepaste kommunikatie- en leiderschapspatronen ontwikkeld. Er was bovendien door de groepsbesprekingen en het vertrek van een andersdenkende, een meer homogene visie op het dekaanat en de studentengezondheidszorg gekomen. De twee overgebleven artsen aksepteerden elkaars bijzondere belangstellingen, de een zou zich meer met de sportgeneeskunde bezighouden, de ander met de 'kleine' psychotherapie.

De onderlinge relatie tussen de artsen en dekanen was persoonlijk en vriendschappelijk geworden en duidelijk op samenwerking gericht. In een aantal opzichten waren de konsultvragers geworden tot een homogeen denkende groep, die zich kapabel achtte voor haar werk. De konsulent was een vertrouwde figuur geworden, die een vast onderdeel van hun relatiesysteem uitmaakte. Dit uitte zich ook hierin dat hij een eigen kamer kreeg. (Tot dan was hij te gast geweest in één van de spreekkamers van de studentenartsen).

De kondities waren nu zodanig geworden, dat de konsulent met de konsultvragers kon werken aan hun probleemgevallen zonder al te veel interferentie van groepsproblemen. Deze verwachting bleek juist gedurende de eerste drie maanden. Daarna ontstonden de voorziene problemen in de dekanengroep over procedures en indikaties voor verwijzing naar de dekaan-psycholoog. De dekanen wilden de kennis en ervaring van de psycholoog zo goed mogelijk gebruiken. Maar ze wisten nog niet hoe ze dat moesten realiseren. (In dit opzicht deed zich dezelfde problematiek voor als indertijd tussen de konsulent en de dekanen-konsultvragers). In een aantal opzichten was de psycholoog een bedreiging voor de dekanen. Hij konfronteerde hen met hun eigen beperkte opleiding en training. De konfrontatie met een andere identiteit (die van de psycholoog) dwong de dekanen hun eigen identiteit in revisie te nemen. Sommige dekanen gingen zelfs zover, dat zij zich afvroegen of alle dekanen universitair opgeleide psychologen dienden te zijn.

Over de integratie van de nieuwe studentenarts, die in de tweede helft van de konsultatieperiode in dienst trad, kan weinig wor-

den gerapporteerd, omdat deze arts slechts een introductiegesprek had met de konsulent, maar nog niet aan de konsultatiezittingen deelnam.

3.5.5 Ervaringen met de individuele konsultvrager

Er ontwikkelde zich in het derde jaar van het konsultatieproject een noodzaak om de konsultatietechniek meer aan te passen aan de individuele mogelijkheden van de konsultvragers. Er was dus sprake van diversifikatie. De konsultvragers vroegen op verschillende manieren om hulp en er moest op verschillende manieren met hen aan hun problemen worden gewerkt.

In het algemeen nam de behoefte bij de konsultvragers toe om meer helderheid en inzicht te krijgen in de functie die zij vervulden in de relatie met de studenten en in sommige gevallen konden zij herkennen dat de studenten hen in een positie wilden manipuleren, waar de konsultvragers niet wilden zijn. Men zou kunnen stellen dat de konsultvragers in toenemende mate de interpersoonlijke dynamiek begonnen te analyseren tussen henzelf en de studenten.

Generaliserend zou men kunnen stellen dat de vraagstellingen van de konsultvragers in de drie jaar konsultatie gingen van: 'Wat moet ik doen' naar de vraag 'Wat doe ik in de relatie met de student?'

Het is wellicht goed op te merken dat de verschillende konsultvragers niet allemaal even 'ver' waren in deze ontwikkeling. Zij bevonden zich in verschillende fasen en zelfs in opeenvolgende zittingen waren de vraagstellingen nog variërend. De ontwikkelde strategie voor de nieuwe konsultvrager (dekaan-psycholoog) bood de gelegenheid elkaar te leren kennen. De daaropvolgende konsultatiegesprekken waren nogal technische discussies over diagnostische en behandelingsproblemen. Deze konsultatiebesprekingen toonden veel overeenkomst met de supervisiegesprekken zoals ze bijvoorbeeld worden gehouden in een opleiding tot psychotherapeut. Ook hier zagen we bij het begin van een nieuwe rolrelatie het terugvallen op een bekende en vertrouwde rolrelatie: de relatie tussen supervisor en supervisant.

3.5.6 De begeleiding van de konsulent in het derde jaar

De begeleidingsfunctie in het derde jaar ontwikkelde zich weinig. Na de intensieve gedachtenwisselingen en samenwerking tussen de begeleider en de konsulent in het tweede jaar had de konsulent betrekkelijk weinig behoefte aan begeleiding. Dit is ook een afspiegeling van het groeiende zelfvertrouwen van de konsulent en het realiseren van een goede vertrouwensrelatie met de konsultvragers. In feite heeft de konsulent in het derde jaar vrijwel zelfstandig en onafhankelijk van de begeleider gekonsulteed.

3.5.7 Evaluatie van de derde fase van het projekt

Mei 1970 werd opnieuw een bijeenkomst met de konsultvragers georganiseerd om de ervaringen met de konsultatie te bespreken en voorstellen te doen om het kontrakt zonodig te wijzigen. In deze bespreking werden de individuele konsultatie-ervaringen besproken. Hierbij bleek dat de dekaan-psycholoog adviserend was gaan optreden tegenover de andere dekanen en dat hij zich in toenemende mate met de behandeling van studenten was gaan bezighouden en minder tijd aan spreekuren kon besteden. Ook verwezen de dekanen wel naar hem als zij er zelf niet uitkwamen, of het geval niet meer aandurfd. Deze informele positieverschuiving binnen het dekanaat veroorzaakte echter onderlinge spanningen, omdat hierover geen door allen onderschreven afspraken waren gemaakt.

Om aan de herdefiniëring van de rol van de dekaan-psycholoog te kunnen werken en ook om enkele andere groepsrelatieproblemen te kunnen oplossen werd besloten om in het najaar naar behoefte groepsbijeenkomsten te organiseren, waaraan behalve de konsultvragers ook de begeleider en de konsulent zouden deelnemen. Deze bijeenkomsten zouden dus niet op regelmatige tijdstippen plaatshebben (zoals in het tweede jaar van het projekt), maar alléén op indicatie. Men wilde graag dat de individuele gevalsbesprekingen werden voortgezet, maar de konsultvragers meenden dat bij een regelmatige verdeling van de beschikbare konsultatietijd de intervallen tussen de konsultatiesittingen vrij groot waren (plm. zes weken).

Om deze reden stelden zij voor de konsultatietijd in blokken te

verdelen, waardoor één konsultvrager gedurende langere tijd elke veertien dagen konsultatie zou kunnen vragen. Men was van mening dat het waard was deze procedurewijziging in de praktijk te gaan proberen.

Tenslotte kwam een voor de konsulent belangrijk punt ter discussie. Hij vroeg de medewerking van de konsultvragers bij de beschrijving van dit projekt. Aangezien in de publikatie ook enkele versluierde gevallen zouden worden opgenomen, meende hij hun instemming nodig te hebben.

De konsulent stelde de konsultvragers voor het manuscript in zijn geheel te bestuderen, omdat hij vreesde dat het bestuderen van de slechts op henzelf betrekking hebbende gedeelten tot misverstanden aanleiding zou kunnen geven. Met deze werkwijze gingen de konsultvragers als groep akkoord. Vóór tot publikatie van dit projekt zou worden overgegaan zou een bijeenkomst met hen worden belegd, waarin zij hun op- en aanmerkingen over en hopelijk hun fiat aan de publikatie zouden geven.

Er werd overeengekomen dat de konsultatie in het vierde jaar zou worden voortgezet. Echter niet als deel van het eksperiment, maar als service van het NIPG/TNO naar de konsultvragers. In het vierde jaar zou dan bezien kunnen worden op welke wijze aan de behoefte aan konsultatie kon worden tegemoet gekomen als de konsulent zich zou terug trekken aan het einde van dat jaar.

4

Drie voorbeelden van konsultatiegesprekken

4.1 Inleiding en criteria voor de selectie van de uitgekozen konsultatiegesprekken

In dit hoofdstuk zullen een viertal gesprekken beschreven en besproken worden, uitgekozen uit het op de geluidsband vastgelegde materiaal van de periode 1967—1970*

Onze bedoeling met deze demonstratie is drieledig:

- de lezer een indruk te geven van de problematiek waarmee deze konsultvragers in hun beroepsrol worden gekonfronteerd;
- de lezer enig inzicht te geven met welke funktioneringsproblemen de konsultvragers bij de konsulent kwamen;
- de lezer vertrouwd te maken met de wijze van werken van de konsulent, met name met de wijze waarop hij de probleemsituaties, die hem werden voorgelegd analyseerde en hoe hij met de konsultvragers samenwerkte om te komen tot bevredigende oplossingen.

De gesprekken werden uitgekozen uit een totaal van 112 konsultatiezittingen van drie kwartier (periode september 1967 — 1 april 1970). In deze 112 zittingen werden totaal 74 gevallen besproken. De gesprekken werden geklassificeerd volgens de in-

* Ten behoeve van de natuurlijkheid hebben wij zoveel mogelijk de letterlijke transkriptie van de bandopnamen weergegeven. Hier en daar moest de tekst echter enigszins worden bijgeschaafd om de leesbaarheid te vergroten. Om de herkenbaarheid zo gering mogelijk te maken werden niet terzake doende persoonlijke details weggelaten.

deling van Haylett en Rapoport (1964). Zij onderscheiden drie terreinen waarop problemen zich voordoen bij de op de konsultvrager gerichte gevalsbespreking (zie ook paragraaf 2.3.3):

1 — het kan de konsultvrager ontbreken aan speciale kennis of aan vaardigheden;

2 — er kunnen factoren in de organisatie zijn, die de konsultvrager belemmeren in zijn functioneren met de cliënt;

3 — bij de konsultvrager kunnen zich persoonlijke factoren voordoen, waardoor de konsultvrager niet goed in staat is om goed waar te nemen en het probleem van de cliënt te begrijpen.

In de tabel 1 en figuur 1 zijn de uitkomsten weergegeven. Uit deze gegevens kan worden gekonkludeerd dat gebrekkige kennis en onvoldoende vaardigheden in ruim de helft van het aantal diagnoses voorkwam.

In het derde jaar blijkt een sterke toename van de persoonlijke factoren.

Opgemerkt dient nog te worden dat in de periode 1968—1969 groepsbijeenkomsten werden georganiseerd, waar organisatieproblemen aan de orde kwamen. Deze bijeenkomsten zijn uiteraard niet in deze tabellen verwerkt, doch ze zijn wel van invloed geweest op de aard van de vraagstukken die door de konsultvragers ter discussie werden gesteld in de konsultatiegesprekken.

Wij ontwikkelden de volgende criteria voor selectie van de gesprekken.

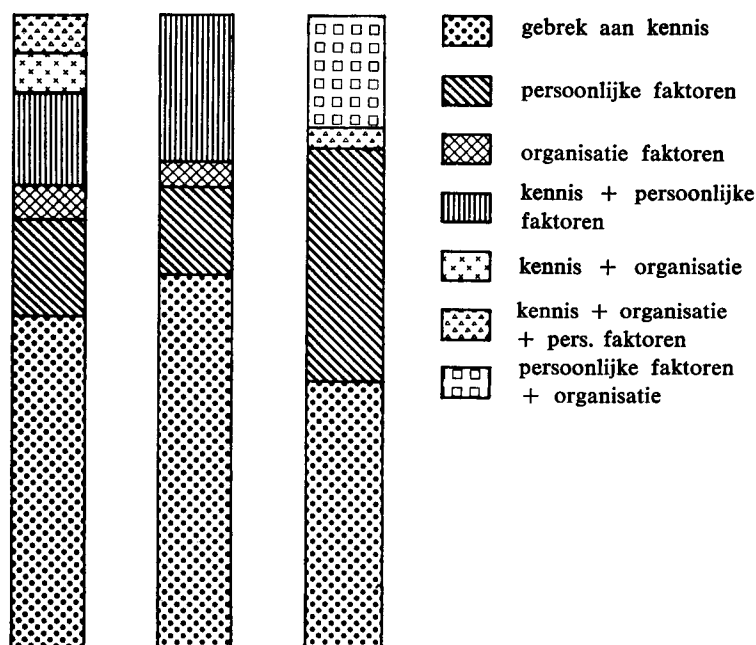
Het eerste criterium: de fase. Om een inzicht te geven in de problemen van de konsultatie die samenhangen met de fase van relatie-opbouw tussen de konsulent en de konsultvragers, kozen we een geval uit het eerste, één uit het tweede en één uit het derde jaar van het projekt.

Het tweede criterium: het vervollgesprek. In de praktijk bleek dat de konsultvragers nogal eens de behoefte hadden om nog eens terug te komen op een eerder besproken geval. Dit blijkt ook uit bovenstaande cijfers. Wij kozen daarom één geval uit, waarbij de konsultvrager veertien dagen na het vorige gesprek zijn ervaringen, opgedaan in de tussenliggende periode, rapporteerde (geval 1).

Het derde criterium: de aard van het probleem. Wij waren ons ervan bewust dat het kiezen op basis van dit criterium een nogal willekeurige aangelegenheid is. Dit zal hopelijk uit de gedemonstreerde gevallen duidelijk worden. Zoals hierboven reeds werd aangegeven werd de indeling gevolgd van Haylett en Rapoport (zie paragraaf 2.3.3).

We beseften dat we ons sterk dienden te beperken in de omvang van het demonstratiemateriaal. Hoewel uit de tabel 1 en figuur 1 blijkt dat in ruim vijftig procent van de gevallen gebrek aan kennis de oorzaak is van het niet funktionieren van de konsultvragers, meenden we toch een dergelijk gesprek in het kader van deze studie niet te moeten publiceren. Weliswaar is deze

Figuur 1 Oorzaken voor het niet funktionieren van konsultvragers in percenten van het totaal aantal diagnoses in de perioden 1967—1968, 1968—1969 en 1969—1970



Tabel 1 Aantallen en percentages van de oorzaken voor het niet-funktioneren van konsultvragers in de periode 1967—1968, 1968—1969, 1969—1970 en de gehele periode 1967—1970

<i>periode</i>		<i>totaal aantal gesprek- ken</i>	<i>totaal aantal diag- noses</i>	<i>gebrek aan ken- nis en vaardig- heid</i>	<i>persoon- lijke factoren</i>	<i>organi- satie factoren</i>	<i>kennis + persoon- lijke factoren</i>	<i>kennis + organi- satie factoren</i>	<i>kennis + organi- satie + persoon- lijke factoren</i>	<i>organi- satie + persoon- lijke factoren</i>
1967—1968	absoluut	25	18	10	3	1	2	1	1	—
	%		100	56	17	5	12	5	5	—
1968—1969	absoluut	45	33	21	4	1	7	—	—	—
	%		100	64	12	3	21	—	—	—
1969—1970	absoluut	42	23	12	8	—	—	—	1	2
	%		100	52	37	—	—	—	2	9
1967—1970	absoluut	112	74	43	15	2	9	1	2	2
	%		100	58	20	3	12	1	3	3

studie gedaan om de mogelijkheden en moeilijkheden van de op de konsultvrager gerichte gevalsbespreking te onderzoeken, waarbij dus ook het gebrek aan kennis geïmpliceerd is, maar onze belangstelling is toch voornamelijk gericht geweest op die konsultatiegevallen waarbij persoonlijke factoren of organisatorische factoren het werk van de konsultvragers belemmerden.

De methodiek van het overdragen van kennis aan konsultvragers zien we echter wel als belangrijk voor de konsultatie. Hopelijk kan in een latere publikatie hier verder op worden ingegaan.

In dit hoofdstuk willen we laten zien wat er gebeurt in een konsultatiebespreking waarbij persoonlijke factoren de oorzaak zijn van de door de konsultvrager ondervonden moeilijkheden (geval 2).

Daarnaast is ons opgevallen hoe sterk de invloed van de werkverhoudingen is op het funktionieren van professionele hulpverleners in de relatie tot hun cliënten of patienten, hoewel dit in de tabel niet zo duidelijk naar voren komt. Wij menen dat het de moeite waard is om daarvan twee voorbeelden te demonstren. In het ene geval (geval 1) werd de konsultvrager gekonfronteerd met een probleem waar de gehele Universiteit bij betrokken was. De konsultvrager werd daarbij gezien als representant van de staf van de Universiteit.

In het andere geval (geval 3) lijken de onderlinge werkafspraken tussen twee dekanen de hoofdoorzaak van de moeilijkheden. Doch zowel in geval 1 als in geval 3 is er eveneens een gebrek aan kennis bij de konsultvragers en zijn er belangrijke persoonlijke factoren, die het werk met de cliënten belemmeren.

Het vierde criterium: dit criterium voor het kiezen van de gevallen, was aan de konsultvrager gebonden. We meenden dat het zinvol was om konsultatiegesprekken te demonstren, die waren gehouden met verschillende konsultvragers. We deden dit op basis van de ervaring dat de konsulent met de verschillende konsultvragers verschillende manieren van werken had ontwikkeld (zie ook de discussie paragraaf 3.3.5.).

4.2 Geval 1

4.2.1 Algemene informatie

In paragraaf 4.1 werden de selectiekriteria besproken, die werden gehanteerd bij het uitkiezen van enkele konsultatiegesprekken.

De gesprekken die onder 4.2.2 en 4.2.4 zullen worden weergegeven, werden gehouden in de beginfase van het project: januari 1968 (eerste criterium). Onder 4.2.4 zal het vervolggesprek worden beschreven, dat twee weken na het eerste gesprek werd gehouden (tweede criterium). Deze gesprekken werden geklassificeerd als gevallen waarbij de konsultvrager in zijn werk met de cliënten gehinderd wordt door factoren die met het functioneren van de organisatie samenhangen, en door persoonlijke factoren. In mindere mate is er sprake van een gebrek aan kennis en vaardigheid (derde criterium).

De konsultvrager VA is een veertig- tot vijftigjarige man, die een universitaire opleiding heeft gehad in een A-fakulteit. Ten tijde van het gesprek was hij meer dan vijf jaar studentendekaan. De beschreven gesprekken waren het vierde en vijfde tussen de konsulent en de konsultvrager. De duur van beide gesprekken was drie kwartier.

4.2.2 Beschrijving van het gesprek

In januari 1968 kwam de konsultvrager VA naar de bespreking met de konsulent KT. VA was nerveus en gespannen, vertelde bovendien, in tegenstelling tot wat gebruikelijk is in deze konsultatiezittingen, dat hij de laatste week slecht had geslapen. Het was begonnen nadat op zijn spreekuur zich een aan hem al langer bekende student had gemeld:

VA: Toen komt hij van de week bij me en zegt: 'wij willen Uw advies hebben'. 'Wij zijn bij elkaar gekomen met een stuk of acht, negen homofielen en wij hebben erover zitten praten dat het toch zo erg is dat een aantal slecht opgevangen wordt, niet door de vakmen-

sen want daar leef je niet onder de hele dag, dat ze zo slecht opgevangen worden in de gemeenschap.' 'Nu dachten wij erover om een soort, ja een soort kongsi te vormen, die ook naar buiten als zodanig kenbaar wordt, zodat mensen zich daarbij kunnen aansluiten, althans hulp kunnen krijgen'. 'Wij doen dat niet om een soort sociëteit te openen'. 'Wij doen dat, voor zover wij overtuigd zijn van de zuiverheid van onze bedoelingen, mensen die met hetzelfde zitten als waar wij mee gezeten hebben, een wat makkelijker leven geven dan wij'. 'Wij zien ook de gevaren'.

Achteraf blijkt me, dat ze ook met het C.O.C. gepraat hebben en die hebben gezegd: 'Jongens, wees voorzichtig dat je geen te aparte groepering wordt'.

'We zitten dus met ideeën die we niet kunnen realiseren en wilt U daar eens met ons over komen praten?' Ik heb natuurlijk onmiddellijk gezegd dat het me geen gemakkelijke klus leek, maar dat ik graag een keer met ze wilde komen praten. Dat zal dan volgende week gebeuren.

Nu was ik van plan om daar ongeveer het volgende standpunt in te nemen: laten we het even goed met elkaar eens zijn dat het homofiel zijn toch niet leuk is, dat kan nou liggen waar het aan ligt, laten we zeggen dat het één of andere vorm van handicap is om goed aangepast in de maatschappij te leven.

Eerste vraag: zeg ik daar iets geks mee?

KT: Uhh

VA: Geks in de zin van 'hoe valt dat daar?'

KT: Nou als U zegt het is een groepering die andere opvattingen huldigt met alle problemen daarvan.

VA: Met alle problemen en nadelen ervan dan zeg ik het nog zachter.

KT: Als U zegt handicap dan veronderstelt dat afwijking van normaal en U weet dat men ook in de Nederlandse psychiatrische wereld over het begrip ziek zijn in deze gevallen, niet eenstemmig is.

VA: Een groep mensen die toch met grotere moeilijkheden in de maatschappij te kampen hebben.

KT: Het is een variatie.

VA: Daar had ik nou het woord eh het woord 'niet leuk' en 'handicap' voor gevonden, maar Uw suggestie is veel beter: variatie. Een minderheidsgroep. Het is toch ook niet leuk, die uitdrukking blijf ik gebruiken. Laten we even vaststellen dat er vele vormen van deze variatie zijn.

KT: Ja.

VA: Dat er laten we zeggen mensen zijn die zeer duidelijk homofiel

zijn, dat er ook psychisch bepaalde vormen van homofielie zijn, maar dat er ook mensen zijn waarbij het een bepaalde vorm van perversiteit gaat aannemen.

Nou is het natuurlijk jullie bedoeling om die in ieder geval buiten de deur te houden.

KT: Eh

VA: Dat is nou net het gevaar, want als je een naar buiten optredende kongsi gaat vormen dan zit je voor jezelf met het gevaar dat je je buiten de gemeenschap plaatst. Nou ja een bepaalde groep binnen de gemeenschap, maar die toch gauw buiten de gemeenschap wordt geplaatst en je zit met het gevaar dat je een aantrekkingspunt wordt voor laten we zeggen minder aardige mensen, die ook beslist niet bij je moeten komen. Misschien ook mensen die, wat ook voorkomt, wankel staan, die misschien dergelijke neigingen in zichzelf bespeuren, die eigenlijk thuishoren in, als je ze dan wilt indelen, in de groep van de psychisch bepaalde homofielen, die door behandeling of hoe dan ook zouden kunnen terugdraaien. Ook die mensen moet je zo min mogelijk binnen je kring betrekken want anders dan druk je ze iets op de schouders, wat misschien had kunnen worden voorkomen. Zij moeten precies weten hoe ik erover denk en misschien mogen zij mijn mening wijzigen, voordat we zaken kunnen doen.

KT: U kategoriseerde net in de zin van psychisch wankel meer geestelijke bepaalde homofilie.

VA: Ja ik denk bijvoorbeeld aan die mensen die wel eens een homofiel contact hebben, een verschijnsel dat komt nogal eens voor, kijk die mensen bedoel ik hè. Daar zoek ik dus ook een uitdrukking voor die niet op tenen gaat staan hè, dus mensen die door hun hele psychische achtergrond een beetje de neiging hebben om homofiel te worden en die misschien doordat ze contact gaan zoeken met deze groep te snel tot de konklusie zouden komen 'ik ben nou eenmaal een homofiel daar moet ik aan wennen'. Terwijl het misschien helemaal niet nodig is, terwijl je misschien neigingen versterkt. Kortom er ligt een gevaar. Ik dacht dat dat de twee hoofdgroepen waren die je buiten de deur moest houden, laten we zeggen de jongens bij wie het gewoon een perversiteit begint te worden of is. Ik weet wel studenten die in Amsterdam leven die dat dan ook eens meegemaakt willen hebben, en dan de tweede groep, dus de wankel figuren die eigenlijk helemaal geen neigingen hebben maar die door alles wat ze tot nu toe hebben meegemaakt in het leven een beetje die kant opgedraaid zijn. En dan nog een derde

groep, die dacht ik nogal veel voorkomende wat wankelende jongens tijdens de puberteit, die lopen hier ook rond. Nou gaat het er niet om wat ik tenslotte met die jongens ga doen, merkwaardigerwijze zeggen een paar van mijn kollega's dat ik de boot maar ernstig moet afhouden.

KT: Weet u ook waarom

VA: In het stafgesprek hierover was het een beetje moeilijk. Ze konden in het begin maar één ding: lachen en moppen tappen en negatief zijn en ik heb mijzelf beloofd dat ik na dit gesprek met deze jongens er in de stafvergadering weer op terugkom in de hoop dat ik dat dan eens precies te weten kom.

KT: Ja, maar het is toch wel van belang.

VA: Ja, en hier de medici waren er bij toen ik dat besprak, dat had ik ekspres gedaan omdat het hun ook aangaat. Daar hoorde ik later van dat het hun ook verbaasde.

KT: Verbaasde dat U zich erin wilde begeven?

VA: Nee, dat de twee kollega's afwijzend reageerden. In eerste instantie had ik de neiging te zeggen 'ach, laat die jongens in hun sop gaar koken,' dat is de eerste neiging.

Tweede neiging: één van de artsen zei 'er is al één argument om je ermee te bemoeien: als je je er niet mee bemoeit dan gaan ze toch hun gang en als je je er wel mee bemoeit heb je tenminste een vinger in de pap', dat is voor mij ook een argumentje, maar het belangrijkste argument is als een student in zodanige situatie een beroep op mij doet moet ik eenvoudig ja zeggen, ook al acht ik mijzelf maar zeer ten dele kompetent, het feit dat je het vertrouwen hebt daar moet je onmiddellijk gebruik van maken.

Ik was in konkreto van plan hen voor te stellen: laten we met grote voorzichtigheid te werk gaan.

KT: Eh

VA: Ten tweede: laten we samen eens gaan praten bij het C.O.C., wie met wie dan ook maar daar.

In de derde plaats betwijfel ik nu op dit moment of het beslist noodzakelijk is dat jullie een soort groep gaat vormen, vereniging, stichting of weet ik veel wat. Ik dacht dat het verstandig was als we zochten naar mogelijkheden om langs andere wegen deze mensen te benaderen en op te vangen. Want ik zie toch wel erg veel gevaren in die groep.

In een andere stad daar heeft men een studentenstichting of zoiets opgericht. Ik heb alles bij geruchte, men schijnt daar van plan te

zijn om ook een sociëteit te openen.

KT: Mag ik vragen wat doet U hier in het algemeen met studenten die niet zozeer komen met klachten, maar uit onzekerheid over hun homofilie? Komen ze regelmatig bij U op het bureau?

VA: Mijn kollega's hebben ze heel weinig. Ik heb ze nogal eens, soms drie in een week en dan een half jaar niks. Ik heb me nooit afgevraagd hoe dat komt. Maar ik vermoed dat ze elkaar informeren. Mijn inbreng in het gesprek is erop gericht dat ze overleg plegen met de artsen en althans één gesprek hebben met de psychiater.

KT: Als ze bij U op het spreekuur komen?

VA: Iedere homofiel die ik te pakken krijg moet en zal wat mij betreft naar een psychiater.

KT: Eh

VA: Dat hangt samen met allerlei andere zaken. Je hebt natuurlijk de studie. Ze zijn psychisch veel te onrustig om goed te kunnen studeren en de relaties met thuis waar ze ook wel wat steun en begeleiding en raad in kunnen gebruiken. Maar primair is bij mij dat ik aan de homofilie niks doe. Ik ga niet proberen te konstateren wat er nou echt of niet echt is, of het nou perversiteit is en of het nou, dat is helemaal mijn vakterrein niet. Daar blijf ik helemaal af. Maar ik probeer hen alleen ervan te overtuigen: ga even praten bij de studentenarts. Ik zal je er introduceren en die bel ik dan op waar zij bij zijn. Ik denk ook wel, zeg ik er dan bij, dat de studentenarts het prettig zal vinden als je even met de psychiater gaat praten.

KT: Dat nemen ze in het algemeen?

VA: Dat gaat met vrij weinig weerstand.

KT: Dan verwijst de arts de student naar de psychiater.

VA: Ja, ik heb nooit afschriften gezien, maar ik geloof zoiets als: hier is een jongen die van zichzelf begint door te krijgen dat hij homofiel is en het lijkt me goed dat je eens met hem praat of dat je het eens bekijkt.

KT: Ja, hoort U ooit iets van die psychiater over deze mensen?

VA: Ja, maar niet vanzelf. De arts krijgt vanzelf bericht, dat is gewoonte tussen medici, die krijgen vanzelf bericht. Als ik er dan later weer eens tegenaan loop, dan bel ik de arts even. Daar moet ik dus altijd wel even naar vragen.

Ik vind dat ook niet zo verkeerd. Als ik maar weet dat ik het krijg. Waarom zullen we meer werk maken dan nodig is om alles te gaan rapporteren over en weer. Bijvoorbeeld, er komt een jongen bij me die ik dus ook doorgestuurd heb. Ik zeg: 'en ben je bij de psychia-

ter geweest?' 'Ja,' 'oh, bij wie,' 'ja nou'. 'Aardige man', ja, 'Goed met elkaar kunnen praten'. 'Bent U er vaak geweest?' 'Nee', zegt hij, 'ik ben er maar één keer geweest en hij heeft mij weggestuurd en hij zegt ja nou U bent al een heel eind op weg met Uw aanpassing, als U ooit nog behoefte hebt om met mij te praten komt U dan maar eens terug.' Nou in dat geval wilde ik even weten wat bedoelt nou die psychiater hè? Dat kan van alles betekenen: van: ga maar en kom maar terug als je me nodig hebt.

KT: Ja, in dat geval belt U?

VA: Als dan zo iemand weer bij mij komt, dan kan het ook zijn dat hij komt voor zijn Rijksstudietoelage of zo, en dit is van belang, dan kan ik de arts bellen. Die heeft dan meestal wel een rapportje van de psychiater.

KT: Dit is dus een soort check-fase, eens even laten bekijken in hoe-verre hier duidelijke pathologie zit.

En wat doet U met de problematiek waarmee ze bij U komen, is het de gangbare problematiek of schiet het eruit?

VA: Ongeveer de helft komt regelrecht met deze vraag bij mij.

KT: Met welke vraag?

VA: Legt de homofilie op tafel.

KT: Zonder meer.

VA: Als ik zeg ongeveer de helft dan betekent dat ik weet niet hoeveel ik er in totaal gehad heb, een stuk of twaalf, vijftien denk ik.

Ze leggen het min of meer makkelijk meteen op tafel. Ze komen duidelijk voor dit probleem uit. En bij de anderen is het net zoals het bij alle zielskonflikten gaat. Ze komen voor wat anders bij je en al pratende begin je vermoedens te krijgen. Je helpt ze eens wat over een drempel, je maakt zelf eens een opmerking en zo komt het dan.

KT: Ja, ja.

VA: Ik herinner me een jongen die bij mij kwam die zegt nou mijnheer, nou kan ik het niet meer aan. Ik heb ontdekt dat ik homofiel ben, nou raak ik er vast in hoor. Die heb ik door kunnen verwijzen naar Amsterdam. En daar hoor ik dan niets meer van.

KT: Dat is geen uitzondering?

VA: Ik heb er ook geen behoefte aan. Als ik maar weet dat hij in goede handen is.

Dat overleg ligt met de psychologen in een aantal opzichten waarschijnlijk wat makkelijker dan met psychiaters.

KT: Ik denk dat het ook met de persoon samenhangt.

VA: Kan best zijn, maar ook met de waardering van mijn beroep
KT: Waarschijnlijk.

VA: De een die beschouwt je als een indringer, de ander die weet er eenvoudig niets van en de derde die zal je haast als een kollega beschouwen en misschien wel te ver gaan met je er bij te betrekken.

KT: Wat ik U zo hoor zeggen, dan is het in het algemeen zo dat U deze studenten op dezelfde manier benadert als alle andere studenten met problemen, behalve dan dat U als U merkt dat ze homofiel zijn U ze verwijst naar de arts of naar de psychiater.

VA: Het zou kunnen dat je bij een eerste gesprek ontdekt dat je met een schizofreen te maken hebt, ik noem maar wat, dan zou je toch ook onmiddellijk zeggen of althans je hele verdere contact zou erop gericht zijn om deze man naar een psychiater toe te sturen.

Waar ik wel vaak in moet springen is natuurlijk ouders hè, heel vaak zeggen ze: 'wilt U het aan mijn vader en moeder vertellen?' Wat ik dan uiteraard afhoud, maar wel de student coach, dat hij zover komt dat hij erover gaat praten.

KT: U coached ze dus om de relaties met thuis te verbeteren?

VA: Vaak is de studie dan al wat minder goed gegaan, wat heel begrijpelijk is. Ze zijn thuis echt niet de gevierde student en als je dan dit ook nog moet gaan vertellen thuis hè, dan moet ik ze wel bemoeiend toespreken, soms helemaal de methode bespreken (hè doe dat nou), als je het zo eens aanpakt of zo eens aanpakt en je moet wel bedenken dat je vader en moeder zus of dat je vader en moeder zo.

Ik moet er wel voor waken, dat lijkt me niet goed dat ik de homofielen-dekaan wordt . . ., of zou dat juist wel goed zijn?

KT: Ik zat me af te vragen of er een behoefte aan hulp is bij een groep voor wie U als raadsman zou kunnen funktionseren, omdat U minder beladen bent dan de psychiater, de dominee of de pastoor. U zou dan moeten afwegen wat de voor- en nadelen zijn. Ik merk aan U dat U erg aarzelend en toch ook voorzichtig staat en dat hangt samen met Uw — tenminste zo beleef ik het — met Uw bezorgdheid voor misbruik.

VA: Ja kijk, het is me wat hoor, het is me wat als je zo in de maatschappij moet staan. Dan mogen er nog zoveel televisie-uitzendingen over homofielen zijn, als je zó in het leven moet staan. Iedereen die ik dat zou kunnen besparen, daar zou ik een hele hoop voor over hebben. Als door mijn toedoen of door het toedoen van deze groep een aantal jongelui in die groep verzeild zou raken waarbij

dat niet nodig zou zijn geweest, dan zou ik dat erg vinden. Iemand praat zichzelf geen blindheid aan (ja, ik weet niet, maar het schijnt in uitzonderingsgevallen ook nog te kunnen), je kunt jezelf dit wel aanpraten blijkbaar en dat lijkt mij het gevaar. Ik sta daardoor een beetje aarzelend.

KT: Als ik kort Uw standpunt weergeef, dan zoudt U zich met die groep die nu bij U is gekomen willen bemoeien, om te voorkomen dat die groep onnodig groot wordt.

VA: Maar dan met nadruk op onnodig.

KT: U vindt dat de groep homofielen zo klein mogelijk zou moeten blijven?

VA: Nee, dat die groep zuiver blijft. Het zou niet mijn bedoeling zijn om de groep klein te houden, wat zou dat voor zin hebben? Ik bedoel, ze kunnen steun aan elkaar hebben in allerlei opzichten en ik dacht dat dat de sociale aanpassing van het geheel alleen maar ten goede kwam, maar ik wil hem zuiver houden. Het moet geen eh

KT: U zoudt infectie willen voorkomen?

VA: Het moet geen vies groepje worden. Ik heb hier links en rechts wat over gepraat om zo wijs mogelijk daar op die bespreking te komen. Er zijn ook mensen die zeggen: 'doe er maar niets aan, laat ze maar'. Daar voel ik nou ook niks voor. Als wij hier een beetje een verantwoorde groepering zouden kunnen maken waar de zaken zuiver liggen, dan zou ik dat honderd keer liever hebben dan dat ze daar in alle mogelijke gribussen en in een raar gezelschap elders verzeilen. Want daar kun je ook wat beleven?

Ik kan vreselijk mijn best doen, maar mij helemaal indenken in hun gedachtengangen en in hun ins en outs mij inleven, nee dat moet ik maar loslaten, dat lukt je nooit helemaal. Wat ik kan doen is luisteren naar wat er uit hun eigen kring gezegd wordt door de verantwoordelijke en verstandige mensen.

KT: U ziet dus Uw eigen functie in dit eerste gesprek vooral als het voorkomen dat ze wilde dingen gaan doen.

VA: Zo zien zij het wel.

KT: Zo zien ze Uw functie ook?

VA: Ja, hij komt bij mij, deze jongen, en zegt: 'Wij kunnen onze gang nou wel gaan maar wij weten nooit precies hoe dat ontvangen zal worden'. Ze hebben er kennelijk ernstig met elkaar over zitten praten. Ze zien mij vooral als, laten we zeggen, partijdige derde, een man van de andere kant waarmee te praten valt.

KT: Iemand die de studentenmaatschappij goed kent?

VA: En die ons zou kunnen adviseren, die met ons zou kunnen praten over wat we nou kunnen gaan doen.

KT: Het frappeerde mij zo dat de reacties binnen de groep van de studentendekanen toch tamelijk scherp waren, van afwijzend tot niet goed raad mee weten. Hoe staat de oudste dekaan hier tegenover?

VA: Hij zei: 'zeker doen'.

'Het is een job waar ik je niet in benijd'. 'Een mens kent zichzelf slecht'. De oudste dekaan zei: 'zeker doen, voorzichtig, weet wel wat je doet, er kunnen allerlei rare dingen gebeuren'. Een andere dekaan was zeer positief, eigenlijk net zo als ik, maar twee kollega's vonden het een beetje griezelig.

KT: Hoe denkt men binnen het bestuur van de Universiteit hierover? Deze studentengroepering heeft nogal de neiging om in de pers te geraken. Hoe denkt met name de Rektor? U staat direkt onder de Rektor?

VA: De dekanen staan direkt onder de Rektor.

Kijk, als er iets is dat natuurlijk voorkomen moet worden dan is het dat er morgen een kop in een ochtendblad staat 'uitbarsting homofilie aan de Universiteit', dat moet coûte que coûte voorkomen worden. Als het in de krant zou staan, zou je er nog niets aan kunnen doen. Maar als de oudste dekaan tegen mij zegt: 'oh jongen voorzichtig, dan denkt hij voornamelijk 'hier zitten allerlei mogelijkheden voor slippers in.' 'Pas op dat het je niet uit de hand loopt'. Dat is ook een reëel gevaar. De Rektor zelf zal hier ook een beetje moeilijk tegenover staan, hoewel die erg zijn best zal doen om het positief te dragen. Verder, ach dat is een heel gedifferentieerd terrein: de hoofden en de besturen van fakulteiten en instituten. Daar zitten allerlei soorten en maten mensen. De algemene gedachte is: — dit moest eigenlijk niet vóórkomen, daar moesten ze wat tegen doen —.

KT: Ik dacht vooral hoe staan zij er tegenover als U zich daarin begeeft. Niet als de studenten individueel om hulp komen, want dan is het vanzelfsprekend dat U hen helpt, maar als het gaat om een nieuw stuk dienstverlening.

VA: Nieuw, nee, helemaal niet nieuw. Een studentenorganisatie of groep die ergens mee zit heeft ons altijd al om advies gevraagd, wil eens met ons praten over oprichting van nieuwe verenigingen; nieuw is eigenlijk alleen het onderwerp. Ik wil U wel zeggen dat als men vanuit bepaalde kringen bezwaar zal gaan maken dat ik me met deze groep bemoei, dan zal men het mij expressis verbis

moeten verbieden en dan zou ik er toch nog wel iets tegen zeggen. Tussen twee haakjes, na dat eerste gesprek met deze groep ga ik natuurlijk onmiddellijk naar de Rektor.

KT: Mijn punt is, in hoeverre U de Rektor moet betrekken bij dit nieuwe onderwerp.

VA: Bij de vorige Rektor zou ik er nu al heen gegaan zijn, dan zouden we gezellig een pijp gerookt hebben en erover gepraat. Maar deze nieuwe Rektor is een echte wetenschapsman en die wil feiten. Die wil weten hoe dit en hoe dat. Dat kan ik pas als ik met ze gepraat heb, dus ga ik eerst met ze praten. 's Levens tactiek kan ingewikkeld zijn. Eerst moet ik precies weten waar we aan toe zijn, wat de plannen zijn, welke kant ze uit willen, wat er waarschijnlijk wel of waarschijnlijk niet gaat gebeuren. Maar ik geloof niet dat hij zal zeggen: 'mijnheer, laat ze maar schieten.'

KT: Naar Uw gevoel hebt U voldoende mandaat om U hierin te oriënteren.

VA: Dat is beslist geen punt.

KT: Dacht U dat het voor U van belang zou zijn om vooral van de studenten helder te krijgen wat zij van U willen.

VA: Ik heb het idee dat ik dat nu al weet. Ik weet niet of zij het zelf al weten. Het ligt ongeveer in de hoek van: zij zijn al pratende vastgelopen. Ze hebben voordelen en hebben nadelen gezien en verwachten van mij als een soort deus ex machina, de oplossing. En ook een beetje een officieel tintje verlenen aan het geheel. De vlag dekt de lading is een ongunstige uitdrukking, maar dat hoeft helemaal niet ongunstig te zijn in dit geval. Een beetje cachet, zich officieel ook dekken. Maar dan alles toch wat deze groep betreft in de gunstige zin uitgelegd. Ik ken er een stuk of 5, 6 van en dit zijn serieuze kerels.

KT: Ze zoeken dus ook een stuk steun bij U?

VA: Ja, maar wat ze in feite doen met hun homofilie, in hoeverre ze dat uitleven, ik weet daar allemaal niks van hoor. Maar ja, dat weet ik van heel veel andere studenten ook niet, dus daar begeef ik me ook maar niet in.

KT: Ik dacht dat het voor U belangrijk zou zijn om helderheid te krijgen wat zij precies van U verlangen.

Willen ze elkaar steun geven, of willen ze ook een ontmoetingscentrum organiseren?

VA: Ze zeggen van niet, maar

KT: Maar ook waarvoor ze U dus precies nodig hebben.

VA: Ja. Ja, dat is wel goed om dat primair te stellen. Ook dat ze zelf uitspreken waarvoor ze mij nodig hebben.

KT: Ja precies, ik dacht dat het belangrijk was voor U, dat ze daar heel duidelijk over worden.

VA: Ja.

KT: Dat U bij de Rektor en bij de oudste dekaan kunt zeggen, dat en dat verwachten ze van mij, en dan kunt U ook voor Uzelf na-gaan of U daaraan kunt voldoen.

VA: Ja in tweeërlei zin: of ik het persoonlijk kan en of ik het in mijn functie kan, of het bij mijn functie past.

KT: Als zij dus in het lopend kontakt andere dingen willen dan U, dan kunt stellen: 'ho, ho, dat hebben we niet afgesproken'.

VA: Ja.

KT: Het is om Uw eigen positie te versterken en Uzelf een houvast te geven, maar ook hun een houvast te geven wat ze kunnen en wat ze niet kunnen.

VA: Ja, want een adviseurschap van een studentenvereniging kan een zeer ingrijpende zaak worden, dat hangt helemaal van het toevallige bestuur af. Het vervelende is dat als je tegen deze studenten nee zegt ergens op, dan zul je het verrekt duidelijk moeten argumen-teren, want anders zullen ze het vermoeden hebben dat je nee zegt omdat je het toch eigenlijk een vieze troep vindt.

KT: Een diskriminatie-overweging.

VA: En als je nee zegt, zul je dat waar moeten maken ook. Vandaar dat het duidelijke kontrakt zo belangrijk is.

KT: Om Uzelf dus te beschermen.

VA: Ja.

KT: En bij hen geen irreële verwachtingen te scheppen.

VA: Ik zal U de volgende keer rapporteren.

KT: Ja, ik ben erg nieuwsgierig.

VA: Ik ook.

4.2.3 Diskussie

Na bestudering van dit gesprek valt een aantal aspecten direkt op. Dit geval werd besproken in de beginfase van het eksperi-mentele projekt. De konsulent was nog niet op de hoogte van de werkwijze van de konsultvrager. Hij was evenmin op de hoogte hoe de konsultvrager samenwerkte met zijn kollega's, de artsen en de psychiaters. De konsulent probeert zijn gebrek

aan informatie op te vullen door aan de konsultvrager uitleg te vragen hoe deze gewoonlijk dit soort studenten behandelt. De konsulent vraagt ook naar de onderlinge werkafspraken, de werkverhouding met de artsen en de psychiaters en de gevoelens die dat wekt. De konsulent heeft ook belangstelling voor de hiërarchische verhoudingen met de 'oudste dekaan' en de Rektor. Daarbij probeert hij zich een indruk te verwerven over het samenspel tussen de dekanen en de Rektor de machtsverhoudingen en de invloedsverdeling, de normen en waarden, die mede van belang kunnen zijn om het gedrag van konsultvrager VA te begrijpen.

Wat is het probleem?

Ter inleiding van het gesprek werd reeds gesteld dat VA gespannen en nerveus is. De vraag waarmee de cliënt bij VA komt emotioneert hem kennelijk sterk. De konsultvrager voelt zich bedreigd: hij stelt herhaaldelijk dat er gevaren zijn in het voorstel van de studenten. Er dreigt ook gevaar voor andere studenten, die beschermd moeten worden.

Men zou kunnen konkluderen uit wat de konsultvrager meedeelt dat hij zich bedreigd voelt door het feit dat men hem verantwoordelijk kan stellen voor het meewerken aan een avontuur met een nog moeilijk te voorspellen afloop. Kennelijk is hij bang dat samenwerking met deze studentengroepering gezien zal worden als het geven van steun aan een gevaarlijk verschijnsel. Dit bedreigt de konsultvrager als persoon. Zijn probleem is, dat hij nu een standpunt moet innemen. Er ontstaat ook spanning omdat hij zich niet kapabel, maar wel verantwoordelijk voelt.

Dit is het individuele aspect van het probleem van de konsultvrager, zoals het wordt gepercipieerd door de konsulent.

De konsultvrager als beroepsbeoefenaar met kollega's, verkeert eveneens in moeilijkheden: de dekanen zijn het allesbehalve eens over de houding die ze in dit geval moeten aannemen. Er zijn enkelen die bang zijn betrokken te raken bij een klub waarmee ze zich wellicht compromitteren. Een enkeling gaat zelfs zover dat hij vindt dat dit soort studentenproblematiek helemaal niet tot het werkterrein van de dekanen behoort: die studenten

moeten maar naar de medici.

De houding van de academische hiërarchie is onbekend, maar wordt door de konsultvrager geschat als waarschijnlijk niet helemaal afwijzend ten aanzien van de bemoeienis van het dekanaat met deze studentengroepering. Men zou konsultvrager's eigen opvatting over zijn taak ten aanzien van dit studenten-initiatief kunnen beschrijven als een verzoek om hulp dat hij moet beantwoorden. Hij vindt dat hij het behoort te doen. Hij is echter onzeker in hoeverre hij het kan en in hoeverre hij het aandurft. In zijn professionele rol krijgt hij geen unanieme rugsteun van zijn kollega's. In hun opvattingen of het zich bemoeien met deze groep studenten tot hun taak behoort, zijn zij verdeeld. De konsulent maakte de diagnose dat de konsultvrager in crisis verkeerde door konfrontatie met een voor hem als persoon bedreigende problematiek waarvoor hij hier en nu geen oplossing kan vinden. Bovendien wordt deze persoonlijke crisis versterkt door een professionele rol-crisis.

De konsultvrager is onzeker over de verwachtingen die de studenten ten aanzien van hem hebben. Dat hij moet optreden is voor hem duidelijk, maar hij weet niet welk gedrag bij zijn rol-koncept hoort. Hij beschikt voor zijn rol niet over een voldoende houvast, noch in de kollegagroep, noch in de hiërarchie. Rollen geven gewoonlijk houvast en steun aan degenen die deze rollen vervullen. De konsultvrager, toch al in nood door de mogelijke gevaren die de relatie met de studenten voor hem persoonlijk zouden kunnen gaan opleveren, mist ook de bescherming van een heldere rolkonceptie.

De strategie van de konsulent in dit geval.

Aanvankelijk is de strategie vooral gericht op het exploreren van verschillende aspecten van het gepresenteerde probleem: de attitude van de konsultvrager ten aanzien van het probleem, de normale gang van zaken bij het behandelen van soortgelijke gevallen, de aard van de onderlinge verhoudingen met artsen en psychiaters, de hiërarchische verhoudingen. Aan het eind van deze verkennende fase komt de konsulent tot zijn diagnose als hierboven beschreven. Vervolgens begint de konsulent samen

met de konsultvrager te werken aan een wijze waarop de konsultvrager zou kunnen gaan funktionieren in de vergadering met de studentengroep. Er wordt een aantal taken ontwikkeld zoals: de doelstellingen voor de bijeenkomst, het met de studenten verkennen van hun bedoelingen met de groepsvorming en de verwachtingen die zij hebben ten aanzien van de rol, die de dekaan voor hen zou kunnen vervullen.

Over de relatie tussen de konsultvrager en de konsulent valt nog het volgende op te merken. De konsulent neemt in dit gesprek duidelijk de leiding. Hij brengt richtingsveranderingen aan, echter zonder aan te geven waarom. Dit leidt in het algemeen tot afhankelijkheid. In dit geval heeft de stijl van leiding geven van de konsulent de emotionele afhankelijkheid van de konsultvrager nog weer versterkt.

Emotionele veranderingen bij de konsultvrager.

Van de uitgeschreven tekst van het gesprek kan slechts een indruk gekregen worden van wat duidelijk waarneembaar is bij het afdraaien van de bandopname: dat de konsultvrager gespannen en onzeker is gedurende de eerste helft van het gesprek.

De konsultvrager spreekt herhaaldelijk van gevaar. Dit duurt tot de konsulent konsultvrager's bezorgdheid verbaliseert over de kans te worden misbruikt door de studenten. Vanaf dat moment is de konsultvrager in staat om ook de positieve aspecten van het zich ermee bemoeien te uiten. Vanaf dat moment ook is de konsultvrager min of meer ontspannen en ontstaat er vertrouwen en ruimte om met de konsulent te werken aan een toekomstige rol.

Aan het eind van het gesprek heeft de konsultvrager zijn normale zelfverzekerdheid herwonnen. Hij heeft zichzelf weer onder controle en toont zelfs motivatie om aan de slag te gaan.

4.2.4 Beschrijving van het vervolggesprek

Twee weken later komt de konsultvrager va opnieuw bij de konsulent en zegt:

Konsultvrager va: Het laatste wat U weet van de vorige keer, is dat

ik een afspraak had, daartoe uitgenodigd door één van de mij bekende homofielen, die zei: 'Wij denken over groepsvorming, wilt U ons eens terzake informeren en adviseren?'

U weet waarschijnlijk ook, dat er vanuit de groep van de dekanen wat weerstand kwam van 'tjonge, tjonge, waar begin je aan?' Maar toch was er niet zo'n sterk verzet, dat ik mij niet gerechtigd achtte om dat contact in ieder geval aan te houden.

Vervolgens brengt de vrager gedetailleerd verslag uit over zijn belevenissen met de betreffende studentengroepering.

Er bleken negen studenten op de bijeenkomst aanwezig te zijn, die werd gehouden in een studentenflat. Konsultvrager VA bleek zich vrij nauwkeurig te hebben gehouden aan de vraagstellingen die waren ontwikkeld in de vorige konsultatiezitting.

De konsultvrager vertelt ook dat hij met de studenten zijn eigen opvattingen ten aanzien van homofilie heeft besproken.

De studenten bleken al contact te hebben gehad met het C.O.C. en hadden al overlegd over mogelijkheden om tot samenwerking te komen. Deze organisatie bleek deze studentengroep metterdaad te willen helpen.

De konsultvrager bleek ook uitgebreid te hebben gerapporteerd naar de vergadering van dekanen en artsen. Na het feitelijke verslag van zijn ervaringen tot nu toe vervolgde de dekaan:

VA: 'Ik stel voor: wij blijven met deze groep in gesprek'. 'Ik zou wel willen dat het nu een beetje losgeweekt wordt van mijn persoon.' (Wij willen naar buiten graag altijd als dekanaat en niet als één dekaan optreden). Ik heb gezegd, 'laten we eens twee of drie mensen uitnodigen uit deze groep om eens met ons te komen praten; dan kunnen de andere dekanen ook eens met ze kennismaken en zien dat wij hier te maken hebben met een stel mensen die verantwoordelijk in het leven willen staan, die serieuze maatregelen willen overwegen.'

Er is hoogstens één student bij die een beetje doordraaft, maar dat is jeugdige onbezonnenheid. Het zijn tenslotte jonge snuiters, die hele rare sprongen kunnen gaan maken in hun enthousiasme of in hun onervarenheid. Ze hebben toch begeleiding nodig, net zo goed als iedere nieuwe vereniging die opgericht wordt, kontakten onderhoudt met de studentendekanen. Bovendien, dit is toch wel een ge-

vaarlijke vereniging om het nou eens zo te bekijken. Deze mensen lopen eerder de kans een scheve schaats te rijden dan andere studentenorganisaties, waarvan de maatschappij ontzaglijk veel aksepteert. De maatschappij zal hier minder fouten en minder bokkesprongen aksepteren. Er ligt bovendien een belangrijke kans voor de dekanen, omdat homofielen gemakkelijker met hun zaken bij ons komen, dat dus onze drempel verlaagd wordt voor deze studenten.

Nou, daar kwam geweldig sterk verzet tegen. Trouwens terwijl ik dit zat te vertellen, waren ook de beide studentenartsen erbij. We hadden ekspres gewacht, totdat die erbij waren.

KT: U zegt 'wij'?

VA: De dekanen. Eens in de maand komen de artsen bij onze stafbesprekingen, omdat er altijd gemeenschappelijke dingen zijn. Er kwam nogal wat verzet van de kant van twee dekanen.

Eén zegt: dit zijn zaken, daar moet je je verre van houden. Hij vindt überhaupt dat het dekanaat zich niet zo met psychologische zaken moet bemoeien. Dat is dus een visie op het dekanaat als geheel, die hier terugkomt. Bovendien vindt hij dit een ziekte en bovendien een besmettelijke ziekte, waar je alleen maar sterk negatief tegenover kunt staan. De ander is wat gematigder, die zegt: ik moet er eerst meer van weten. De ander vindt het een afwijking, een ziekte. Individueel moet je de studenten natuurlijk opvangen, helpen, begeleiden. Maar hij is erg huiverig tegenover groepsvorming, omdat daar een wervende werking vanuit gaat. En dat is natuurlijk zo, die wervende werking. In onze gekombineerde vergadering is dan besloten dat er een studiegroepje zal worden ingesteld, bestaande uit een dekaan, een arts en een studentenpastor.

KT: Was die studentenpastor ook aanwezig in de vergadering?

VA: Die was er niet bij.

KT: Hoe kon U dan die kommissie instellen?

VA: Omdat wij tevoren dachten een beroep te kunnen doen op die studentenpastores. Eén van de studentenartsen zou erin zitten, ikzelf en één van de 'negatieve' kollega's als notulator. De laatste zei wel: 'Maar ik houd mijn kaken op elkaar, ik ben er en ik maak verslag, maar verder niks!'

Het blijkt dat de studentenpastores willen meedoen, zowel een protestante als een katholieke pastor willen in de studiekommissie zitting nemen.

KT: Wat gaat die studiekommissie doen?

VA: Door het praten onder elkaar van de dekanen ligt er al een aan-

tal vragen op tafel en het kan zijn dat er nog een aantal vragen bij komt.

Ja, er zijn dus mensen die zeggen, dit is eenvoudig een ziekte; dit moet je zo min mogelijk stimuleren. Dit is bovendien een besmettelijke ziekte en het enige wat je kunt doen is bestrijden in al z'n vormen.

Voor mij maakte het niet uit wat het nou is.

Het is er eenvoudig. Het zijn mensen. Maar dit kan op een gegeven moment tot konsekwenties leiden.

Als er mensen zijn die zeggen: dit is een verderfelijke ziekte, houd ze zo ver mogelijk buiten de maatschappij, dan is dat een gedachten-gang waarin ik me kan inleven. Maar als je meent dat het heel normaal is: de een houdt van spruitjes en de ander van boerenkool; de ene is zwart en de ander is blank. Nou en deze is homofiel, dat is een andere benadering en heeft andere konsekwenties.

KT: Maar ik zat mij wel af te vragen wat dit verschil van inzicht dat bestaat, betekent. Wat natuurlijk kan gebeuren is dat de ene helft van de dekanengroep de andere probeert te overtuigen dat hun zienswijze beter of juist is.

VA: Ja, maar dat heeft geen zin.

KT: Ja, maar wat betekent het, als er twee geheel verschillende visies binnen één groep zijn?

Bijvoorbeeld bij de pastores zegt de een 'ze zijn ziek, isoleren', 'bestrijden' en een ander zegt 'aksepteren, dat er verschillen zijn'.

VA: De kans bestaat natuurlijk, dat iedere groep zichzelf sterk gaat maken, je komt steeds verder van elkaar af.

KT: Ja, wat doet U dan?

U weet dat onder de dekanen verschil van opvatting heerst over dit fenomeen. Wat betekent het voor U als groep dekanen?

VA: Als groep dekanen hebben wij gezegd 'wij gaan niet in zee, tenzij wij het er allemaal mee eens zijn'.

Maar — zoals één kollega het formuleerde — als de groep dekanen een meerderheidsbeslissing zou nemen, en hem zou gaan voorschrijven wat hij ten aanzien van deze studenten zou moeten gaan doen en hij zou dat niet willen, dan zou dat voor hem een reden kunnen zijn om voor zijn functie te bedanken. 'Terecht' hebben wij toen gezegd: 'als je het nou zo op haren en snaren wilt stellen'. 'Inderdaad en dat geldt voor ieder van ons'. Wij willen dus proberen — vandaar ook deze benadering — om tot een communis opinio te komen en een gemeenschappelijk werkpatroon.

Tussen twee haakjes, ik heb in de dekanenvergadering ook gezegd, dat ik het prettig zou vinden als de Rektor wist waar ik mee bezig ben. Ik wil dat zelf wel met hem bepraten. Het hoofd van de dekanen zei: 'praat er maar eens over, als je de Rektor een keer tegen komt; je moet het ook niet al te zwaar maken'.

De Rektor bleek er zeer positief tegenover te staan. Hij vond dat het belangrijk is voor deze mensen dat de dekanen, de pastores en de artsen met hen mee willen denken en mee willen leven.

KT: U beschikt dus nu over veel informatie.

VA: Van deze studenten, ja. Ik mag nog wel even verklappen dat het mij toch opviel. We waren daar te gast bij één van die studenten. Een prettige, schone, gezellig ingerichte kamer, een goede kop koffie — nou eens goed, niet van die studentenjoekels, maar een echte goeie kop koffie — en een met veel zorg toebeide Italiaanse of Spaanse drank met een snippertje dit en een snufje dat en een snoppeltje dat.

Er is natuurlijk van alles besproken; ik heb er gezeten van 8 tot 12 of zo. Het is heel merkwaardig: als ik daar nou binnengekomen was om te praten voor de studievereniging, dan zou ik niks bijzonders gemerkt hebben. Ik ben natuurlijk een stommeling, maar toch is het zo.

KT: Ik krijg de indruk uit de gesprekken, die U me nu rapporteert, dat het U in zekere zin meegevallen is. Heb ik dat goed?

VA: Het gesprek met die studenten is mij erg meegevallen. Daar heb ik toch wel zwaar aan getild en me ook op geprepareerd. Als je je op die dingen prepareert, wordt het altijd zwaarder natuurlijk, dat gaat vanzelf. Maar ik heb gedacht: ik moet dit in ieder geval tot een goed einde brengen; dit kontakt moet blijven, ik moet de wegen openhouden. Dat is mij erg meegevallen. Ik heb veel begrip voor mijn situatie ontmoet bij hen.

KT: Ja temeer omdat U de vorige keer duidelijk stelde, dat U bang was dat ze U zouden misbruiken, dat U de homofielen-dekaan zou worden en voor hun karretje zou worden gespannen.

VA: Waar ik helemaal niet voor wil zijn. Ja, voor zover ze dat hebben willen doen, hebben ze dat met open vizier gedaan door tegen mij te zeggen: 'Wij zien U als adviseur van ons en als introductie bij de Universiteit'. Nou dat mag gerust. Daar word ik vaker voor gebruikt.

De konsultvrager wijdt vervolgens uit over de gevaren van de

wervende werking en het probleem hoe deze studentengroep zuiver te houden. Na enige tijd zegt de konsulent:

KT: Ik geloof, dat het goed is, dat U een groep van andere geïnteresseerden erbij betrokken hebt, zoals de pastores en de artsen. Ik geloof, dat als U wat verder komt, U er een nog wijdere kring actief bij moet betrekken.

VA: Ja, maar wat ik me nou voorstel als actief komt hierop neer: dit groepje pastores, artsen, dekanen gaat zich er wat in verdiepen, komt tot een konklusie waarvan ik hoop dat de konklusie zal zijn dat we het kontakt met deze groep kunnen voortzetten. Daar wil ik mijn best voor doen. De volgende stap zou zijn dat dit groepje mensen of misschien artsen, dekanen en pastores afzonderlijk eens met de gesprekspartners uit de groep kontakt opnemen; dat moet niet allemaal over mij lopen, dat wordt onzinnig.

Ze moeten met de mensen zelf te maken zien te krijgen en dan in onderling overleg en in samenspraak misschien de groep verwijderen.

KT: De vraag is of deze groep een start wil maken binnen de universitaire gemeenschap als min of meer erkende groep — of het nou een werkgroep is of een vereniging.

VA: Dan zullen ze op een gegeven moment bij de Rektor op bezoek moeten.

KT: U zou ook kunnen stellen: hoe kunnen we zonder protestdemonstraties dit proces laten verlopen.

VA: Nou bekendheid in steeds wijdere kring.

KT: Dat is dus een stukje planning. Ik denk, dat we hier nog wel eens vaker over zullen moeten praten.

VA: Ik hoop U zeker op de hoogte te houden.

Over één punt moet ik klagen: de elkaar op zovele punten tegensprekende literatuur. Dat is een ontzettende verwarring. Ik weet eigenlijk niet precies waar het hem in zit.

KT: Het zit in vele dingen.

VA: Ik heb eerst gedacht: O, hier heb ik zeker een katholieke psychiater te pakken en hier heb ik zeker een dit of dat te pakken, nee. Alle meningen die je wilt uiten over homofilie kun je baseren op de een of andere autoriteit.

KT: Betekent het, dat U zich niet kunt beroepen op een autoriteit?

VA: Nee, je moet gewoon. Ja.

Het enige waar ik me op beroepen kan, en wat ook het enige is waar ik me op beroepen moet, is dat dit tenslotte mensen zijn.

Het individu helpen in z'n individuele moeilijkheden stuit ook niet op weerstand. Iedereen is het erover eens, dat als iemand bij een dekaan, bij een arts of bij een pastor komt met z'n individuele problematiek, dat hij dan alle hulp moet krijgen die je hem geven kunt. Maar of je ze moet stimuleren om zich ook te organiseren om ook de gezelligheid bij elkaar te zoeken, daar heb ik mijn mening wel over.

KT: Misschien is er een analogie in het verschil als een arbeider individueel bij zijn directeur komt praten over zijn loon of namens zijn vakbond, dat maakt een verschil.

VA: Ja een heel groot verschil.

KT: Ik dacht dat dit eigenlijk hetzelfde verschil was.

VA: Ja dat is ongeveer hetzelfde verschil. En op een gegeven ogenblik wekt dat weerstand.

KT: Ik noemde het voorbeeld van die directeur, want je kunt natuurlijk best als mens tot mens met hem praten, ook als directeur en als arbeider. Maar zodra je als directeur tegenover een vakbeweging komt te staan, dan komt er ineens heel veel meer om de hoek.

VA: Een stuk levensbeschouwing en het hele waardensysteem, alles hangt eraan.

KT: Ik geloof dat het dus verstandig is, dat U dit niet alleen doet.

VA: Dit is niet iets wat je alleen mag doen. Weet U dat het voor het eerst is dat ik 14 dagen met een probleem opgestaan en naar bed gegaan ben?

KT: Dat kan ik me goed voorstellen.

VA: En het is nu van me afgevallen.

Ik ben er natuurlijk nog mee bezig, maar het is niet zo dat ik eigenlijk nergens anders goed gekoncentreerd mee bezig kan zijn. Als ik thuis wat zit te liefhebberijen of zo, dan maalt het nu niet meer door mijn hoofd.

4.2.5 Discussie

De toon van dit tweede gesprek is wel duidelijk verschillend van het eerste. Het is voor een belangrijk deel een rapportage van wat is voorgevallen in de afgelopen twee weken: het gesprek is vrij zakelijk en verloopt meer geordend. De konsultvrager is nu in staat om minder geëmotioneerd de voor- en nadelen van de bemoeienis met deze studentengroep voor de dekanen te overwegen. De konsultvrager heeft zelf ontdekt hoezeer de eigen

beeldvorming over deze studenten door de realiteit werd geloochenstraft ('een prettige schone, gezellig ingerichte kamer en goeie koffie!'). De konsultvrager heeft nog steeds reserves ten aanzien van de studentengroep: hij ziet nog steeds gevaren, maar deze stoelen nu op een realistischer beoordeling van de situatie, mogelijk gemaakt door het verzamelen van gegevens over de visies van zijn kollega's, de hierarchie en de betrokken studenten. Het woord 'gevaar' komt in het tweede gesprek nog maar éénmaal voor. Bestond er bij de konsultvrager in het eerste gesprek onbekendheid zowel over de emotionele steun door zijn kollega's, de artsen en de hierarchie, als over de verlangens van de studentengroepering, in het tweede gesprek heeft dit plaats gemaakt voor bekendheid met de verschillende standpunten. De konsultvrager weet nu van wie en waarvoor hij steun kan krijgen in het eigen kamp. Hij weet ook hoe de studentengroep er nu werkelijk uitziet: de onbekende, ongelokaliseerde dreiging is geworden tot een te lokaliseren probleem, waarbij de konsultvrager kan overwegen wat van hem verwacht wordt door de verschillende betrokkenen. Niet alleen in emotioneel opzicht heeft hij niet langer het gevoel alleen voor deze opgave te staan, ook in organisatorisch opzicht geeft men hem steun: een formele steungroep werd geformeerd voor de konsultvrager: de studiekommissie, waarin naast de konsultvrager een tweede dekaan, een arts en enkele pastores zitting hebben genomen. Naast de formele opdracht is deze studiekommissie een ad hoc commissie van bijstand en advies voor de konsultvrager.

De strategie van de konsulent in het tweede gesprek.

Dit tweede gesprek heeft een andere doelstelling dan het eerste gesprek. Was de doelstelling van de konsulent in het eerste gesprek vooral het exploreren van het gepresenteerde probleem en het werken aan mogelijke oplossingen, de doelstelling van de konsulent in het tweede gesprek was meer een testen of de diagnose gemaakt in het eerste gesprek, juist was geweest, en of de planning voor de oplossing van het probleem de konsultvrager geholpen had bij zijn taak. De strategie van de konsulent was hier voornamelijk op gericht. Bovendien stelde de konsulent zich ten

doel om de konsultvrager bewust te maken van zijn eigen aanpak van de problemen en de konsekwenties die dat heeft voor de konsultvrager, de cliënt en de omgeving. De konsulent geeft de konsultvrager daarom geruime tijd om te rapporteren. De konsulent beperkt zich tot het vragen van nadere expliciete informatie over werkprocedures (nu uiteraard minder vaak nodig dan in het eerste gesprek) en stimuleert de konsultvrager na te denken over konsekwenties van een zelf ingenomen standpunt voor bijv. de groep studentendekananen en de dekanen individueel (met als uiterste konsekwentie eventueel ontslag).

Daarnaast verwoordt de konsulent voor de konsultvrager wat de konsulent voelt uit wat deze rapporteert: 'dat het meegevallen is' en dat de konsultvrager niet langer bang is misbruikt te worden. De konsulent geeft dan zijn visie op het funktionieren van het dekanaat: als de dekanen zich met dit soort problemen inlaten, moeten ze weten wat ze doen. Laten zij zich met deze problemen in, dan heeft dit konsekwenties voor hun rol, die de gehele academische gemeenschap aangaat. Tenslotte probeert de konsulent aan de hand van een parabel de konsultvrager duidelijk te maken dat in het door hem beleefde probleem een visie op de mens en de maatschappij meespeelt. De konsultvrager heeft er kennelijk geen behoefte aan met de konsulent hierover verder te filosoferen.

Emotionele veranderingen bij de konsultvrager.

Er werd reeds opgemerkt dat dit tweede gesprek in emotioneel opzicht aanzienlijk minder dramatisch verloopt dan het eerste. Aan het begin van het tweede gesprek is het al duidelijk dat de konsultvrager de situatie weer goed beheerst. Aan het eind van het tweede gesprek kan de konsultvrager, die zich kennelijk bevrijd voelt van de last, komen met zijn 'bekentenis' over de diepte van de doorgemaakte crisis. Hij verwoordt zelf de ingetreden ontspanning met de woorden: 'het is nu van me afgevallen'.

De emotionele relatie tussen de konsultvrager en de konsulent. Het gesprek werd gehouden in de beginfase van het projekt. Dit komt tot uiting in de vragen die de konsulent moest stellen om

zich in te werken in de situatie. Vanuit de relatie-opbouw tussen konsultvrager en konsulent gezien is er ook sprake van een beginfase: er is duidelijk sprake van een afhankelijkheidsrelatie. Dit blijkt uit de vragen die de konsultvrager stelt: hij vraagt oordelen van een autoriteit: ('Zeg ik daar iets geks mee?' en 'Ik had er het woord handicap voor gevonden, maar uw suggestie is veel beter'). Uit het gesprek blijkt dat de konsulent daar niet zó gelukkig mee is. De konsulent probeert beoordeling te vermijden, door zoveel mogelijk situaties als deze te voorkomen, bijv. door zelf te vragen om informatie. Op deze wijze lukt het om een gedachtenwisseling op gang te brengen, waar niet de een de visie van de ander veroordeelt, maar het gesprek openhoudt. De konsulent probeert de konsultvrager ertoe te brengen zichzelf een oordeel te vormen.

In krisisachtige situaties bestaat zo'n afhankelijkheidssituatie veel sterker dan tijdens integratie: in krisis zoekt men steun van een autoriteit, op wiens gezag men vertrouwt (bekend uit de arts-patientrelatie als patient door ziekte zich afhankelijk voelt van de kennis en inzichten van de arts).

Aan de behoefte aan autoriteit, speciaal in krisissituaties, wordt natuurlijk niet altijd tegemoetgekomen. Er ontstaat dan teleurstelling. Aan het eind van het tweede gesprek kan de konsultvrager dit gevoel uitspreken als hij zegt: over één ding moet ik klagen: 'de elkaar op zoveel punten tegensprekende literatuur dat is een ontzettende verwarring'.

4.3 Geval 2

4.3.1 Algemene informatie

Het gesprek dat onder paragraaf 4.3.2 zal worden weergegeven werd gehouden in de eerste helft van de tweede periode van het konsultatieprojekt (1968—1969) (eerste selectie-kriterium, zie paragraaf 4.1).

Dit gesprek werd geklassificeerd als geval waarbij de konsultvrager in zijn werk met de cliënt gehinderd wordt door persoonlijke factoren (het derde kriterium).

De konsultvrager VB is een ander dan konsultvrager VA uit het

eerste geval beschreven in paragraaf 4.2 (het vierde criterium).

De konsultvrager VB is een ongeveer veertigjarige man, die een universitaire studie heeft gevolgd in een A-fakulteit. Ten tijde van het gesprek was hij reeds enkele jaren als dekaan werkzaam. Teneinde het gesprek beter te begrijpen lijkt het nodig enkele gegevens mee te delen waarover de konsulent beschikte tijdens het gesprek. Dit zijn gegevens over de positie die de konsultvrager VB in zijn systeem inneemt: de relatie tot zijn kollega's dekanen, tot de artsen en zijn persoonlijke opvatting over de functie van het dekanaat in de Universiteit.

Tijdens het gesprek weet de konsulent dat deze konsultvrager in een aantal opzichten een minderheidsstandpunt inneemt in de dekanengroep. Deze dekaan is, in tegenstelling tot zijn kollega's, van mening dat het dekanaat de hulpverlening aan de studenten zakelijk moet aanpakken. De andere dekanen zijn voor 'psychologisering' van de hulpverlening.

In zijn relatie tot de studentenartsen is eveneens enig antagonisme: deze konsultvrager is als dekaan lid van het bestuur van de Stichting Studenten Gezondheidszorg, waaraan de studentenartsen zijn toegevoegd. Dit bestuurslid is voorstander van een beperktere taak voor de studenten-artsen in de studentenwereld dan de studenten-artsen ambiëren: zij zien VB in zekere zin als een rem op hun ontplooiingsmogelijkheden.

4.3.2 Beschrijving van het gesprek

VB: Deze student heb ik overgenomen van mijn vertrokken kollega. Ik denk niet dat deze kollega er hier al over gesproken heeft, want ik zie daarover geen aantekeningen staan, daarbij komt dat hij in behandeling is bij dokter X in Vechtbrug. Kan dat, is dat een psychiater?

KT: Ja.

VB: Ik weet er eigenlijk nog betrekkelijk weinig van, maar deze student komt wel regelmatig bij mij terug denk ik. Ik zit eigenlijk een beetje met mijn handen in mijn haar hoor.

Even zijn voorgeschiedenis: hij is in 1940 geboren.

KT: Dus hij is nu 28 jaar.

VB: Hij deed in 1960 zijn eindeksamen en moest in Militaire Dienst

tot 1962. Wat hij daar gedaan heeft weet ik niet, daar ben ik nog niet aan toegekomen. Hij is hier in 1963 begonnen met zijn universitaire studie. Hij is voor de eerste keer bij mijn voorganger geweest in 1966, toen was hij juist afgegaan voor z'n eerste eksamen. Dus aan het eind van het 3e jaar. Hij had in 1965 z'n eerste deel gehaald en in 1966 had hij niet meegedaan aan het tweede deel omdat hij in maart was afgeknapt. Het eerste jaar is hij ook afgeknapt tijdens de studie en is toen onder behandeling gekomen van dokter X. Hij was aan het repeteren bij een repetitor hier en die had hem gezegd je moet eens met een dekaan gaan praten. Hij kwam toen vragen om een tentamen-regeling voor z'n tweede deel om een betere spreiding te kunnen krijgen van de vakken, zodat je die niet allemaal in één keer hoeft te doen. Hij was klaar met z'n praktikum.

Hij vertelde op vragen van mijn voorganger dat hij op het gymnasium in de 3e klas 2 keer is blijven zitten. Hij moest toen naar een nieuwe school en kwam daar weer in de 3e klas terecht. Hij deed een goed eindeksamen. Zijn vader is in de oorlog overleden. Een oom betaalt de studie. In 1965 heeft hij het eerste deel gedaan met zeer fraaie cijfers. Hij repeteerde nog steeds bij die repetitor, die hem bij mijn voorganger had geïntroduceerd.

KT: Dat was allemaal nog in 1966?

VB: Ja. Hij kwam dus vragen om een tentamen-regeling, om die spreiding te krijgen en daarbij kwam dit allemaal.

Mijn voorganger heeft dit voor hem geregeld mede op grond van een verklaring van dokter X, dat het nodig was.

KT: Hebt U een idee wat voor soort behandeling dat geweest is bij deze psychiater?

VB: Nou dat is steeds vanwege die afknappers geweest. Hij werkte onder te hoge druk in een te hoog tempo en ging er dan onderdoor. Dat was ook op het gymnasium steeds de moeilijkheid, daarom duurde de gymnasiumstudie ook zo lang.

KT: Ja maar het is toch opvallend dat iemand met deze capaciteiten 3 keer de derde klas van het gymnasium moet overdoen?

VB: Ja, en dan na twee jaar, dat is nog niet eens zo gek, heeft hij een heel behoorlijk eksamen gedaan. Hij is toen vrij snel daarna naar de regelaar gegaan en een paar dagen later komt hij bij mijn voorganger om hem te bedanken voor de hulp bij het verkrijgen van die tentamenregeling. Hij had nog een vraag of mijn voorganger een repetitor wist voor wat andere vakken, want hij had gemerkt

dat hij daar zoveel aan had. Die zijn er niet of nauwelijks en mijn voorganger heeft hem gezegd: 'werk met een vriendje samen, dat gaat eigenlijk net zo goed'. Dat heeft hij gedaan. Hij heeft toen in 1967 met die tentamenregeling en met die spreidingsmogelijkheden en met af en toe ook nog eens een oppeppertje van mijn voorganger, waar hij dan kwam melden wat hij gedaan had, hoe het ging en wat hij op het programma had staan, heeft hij in september 1967 dus dan na 4 jaar z'n propjes gehaald met een schitterende lijst. Dat was in 1967, dus dat zag er zelfs, rekening houdend met de 4 jaar die hij hierover gedaan had, toch wel echt zo goed uit dat bij de uitslag de voorzitter van de examencommissie er prijs op stelde hem vanwege de goede cijfers bij dit examen behaald, de aantekening cum laude te verlenen. Dat is bij de propaedeuse bijzonder ongebruikelijk. Nou ja dat gaf de burger dan weer moed, hij bleef ondertussen wel bij dokter X lopen en hij kwam nu half oktober voor de eerste keer bij mij. Hij zei: 'nou ik ben na dat goede examen vol goede moed aan het kandidaats begonnen, en ik heb in januari al drie tentamens gedaan, daar heb ik er één van gehaald, de andere 2 zijn misgegaan, ik ben gewoon doorgedaan en in september heb ik er nog een paar gedaan. Daar heb ik er weer eentje van gehaald en er zijn er ook weer een stel misgegaan en ik zie nu aankomen dat het met mijn kandidaats een heel moeilijke zaak gaat worden'. 'Bij die propaedeuse had ik nog de wat ingebouwde leiding van de studie met praktika waar je voor ingedeeld werd met instructies, die klassikaal gebeurden. Dat ontbreekt nou helemaal en er zijn ook geen mensen meer die me kunnen repeteren, er is niemand meer die me controleert, er is niemand meer die me leidt en dat heb ik eigenlijk wel verschrikkelijk hard nodig om het te halen. Weet U daar iets voor?'

Nou ja dat weet ik gewoon niet hè, ik heb hem gezegd je moet proberen om een behoorlijk programma te maken. Daar kunnen we dan wel eens naar kijken. Deel je vakken nou eens een beetje behoorlijk in en ga voor die verschillende vakken eens met de assistenten praten. Kijk eens of die vorderingen in de studie willen en kunnen controleren. Probeer op die manier klaar te komen. Dat was iets wat hij al wel eens een keer bedacht had maar wat erg moeilijk was, want die studentenassistenten die daar zitten zijn nou niet zo verschrikkelijk gemakkelijk in dat soort dingen. Die hebben er ook niet veel tijd voor, die studeren zelf. Ze moeten hun praktikum draaien. Nu komt er voor mij bij, dat als hij op deze manier

afstudeert, dan wordt het wel een bijzonder kneusje! Wat moet dat later? Hij is haast 28, wat wil, wat moet, hoe moet zo'n man later ooit werken. Hij kan nou wel bijzonder goede capaciteiten hebben, ik geloof dat je daar nou niet aan mag twijfelen, maar hij heeft er zoveel tijd voor nodig en hij moet het zo fragmentarisch opbouwen. Hij heeft bij het bereiken van die resultaten zoveel steun nodig dat, als je deze man later zelf in de praktijk loslaat, dan kan hij het met twee zenuwartsen en drie assistenten die meer weten dan hij, niet eens af. We kunnen natuurlijk nu wel allerlei dingen in het werk stellen, eens een keer met zo'n voorzitter van z'n fakulteit praten en vragen help hem een beetje, laat hem eens een keer komen en spreek hem eens wat bemoedigend toe. Dan haalt hij ook weer eens een keer een 8. Nou dan heeft hij misschien op een gegeven moment zijn kandidaats bij elkaar en dan studeert hij, als het niet al te rot gaat, ook nog wel een keer af. Dan is hij inmiddels 35 of zo. Maar wat heeft het voor zin om deze man op die manier te laten afstuderen, misschien maak je hem er doodongelukkig mee. En mijn vraag is weer een lekker direkte vraag: moet ik niet proberen dat hij verdwijnt? Niet om de Nederlandse maatschappij van een slechte akademikus te redden, want die zijn er wel meer. Meestal krijgen ze een ambtelijk baantje of zo, als ze voor de praktijk niet deugen. Maar gewoon ook voor de man zelf, want die anderen die dan niet zo bijzonder zijn, die steunen dan op een ego waar je mijnheer tegen zegt. Die fiksen het wel, maar deze man die weet het gewoon zelf niet.

KT: Hoe komt het dat hij afknapt en zoveel tijd nodig heeft om tentoslotte met zulke glanzende cijfers eksamen te doen. Hebt U daar een idee over?

VB: Ik denk dat het iemand is die aan zichzelf vrij hoge eisen stelt, die daarom nogal diep op de zaak ingaat, veel meer dan nodig is om voldoende te halen. Er zit wel ambitie in, maar hij is misschien minder snel van begrip, en dan breekt 'ie z'n nek nog wel een keer, als het hem aan inzicht ontbreekt. Ja als hij het mooi fragmentarisch mag opbouwen en twee jaar over ieder eksamen mag doen, van die mooie, kleine, afgemeten hoeveelheden, die hij dan nog net verwerken kan. Hij is eigenlijk meer een reproductieve vent, dat wil niet zeggen dat hij dom is, maar dat hij toch als akademikus, dacht ik, ongeschikt was. Mijn mening is, dat hij toch verstandig doet om wat anders te zoeken.

KT: Waarom?

VB: Omdat ik bang ben dat hij het na verloop van tijd wel halen zal!

KT: Als hij maar de tijd krijgt?

VB: Als hij maar de tijd krijgt en maar de steun krijgt, maar dat hij dan later tegen eisen oploopt waar hij niet aan kan beantwoorden. Dat hij dan ver beneden zijn eigen aspiratieniveau terecht komt en dat zal natuurlijk wel een forse opdoffer zijn voor iemand die dan zoveel ambitie heeft dat hij het met al deze moeilijkheden toch maar door wil blijven drukken. Dat is één ding en een ander ding en dat zou nog veel, of nee niet veel erger zijn, maar dat zou toch wel in diezelfde orde liggen, dat is dat hij zijn diploma niet uitgereikt krijgt. Dat hij nou wel met heel veel moeite en dan misschien ook nog met redelijke cijfers z'n kandidaats haalt, maar dat hij dan in z'n afstudeerwerk, als die zelfstandigheid wel degelijk van hem gevraagd wordt en als hij niet meer kan leunen op assistenten e.d. dat hij dan op een gegeven ogenblik van de fakulteit te horen krijgt dat hij helemaal niet geschikt is en geen diploma krijgt. Dat is wel eens meer gebeurd.

KT: Hij heeft op U de indruk gemaakt van iemand die zich misschien dwangmatig in allerlei dingen verdiept. Hoe denkt de fakulteit over hem?

VB: Goed, ze hebben hem een jaar geleden gekomplimenteerd met het goede resultaat van z'n P. Op het ogenblik weten ze wel, dat hij een paar tentamens misgedaan heeft, maar dat gebeurt de meesten. Dat heeft hij trouwens al eens laten liggen, dus ik denk dat als de afdeling al een oordeel over hem heeft, dat dat niet zo verschrikkelijk negatief zal zijn. Misschien zullen ze gaan denken: 'kan hij het wel, nu hij de zelfstandigheid moet opbrengen'. Daarom heb ik hem geadviseerd om eens met professor Y te praten, dat is wel niet de voorzitter maar wel een heel belangrijke man in de fakulteit. Prof. Y is naar mijn gevoel een man die hem in z'n kandidaats goed kan vermoorden. Daar moeten ze een grote skriptie voor maken. Dat is een tijdrovende bezigheid waarbij hoge eisen gesteld worden. Ik heb hem gezegd: 'ga nou eens over die skriptie met prof. Y praten en zeg hem dat je ermee zit, dat je nogal behoefte hebt, ook in deze fase, aan leiding en aan controle'. Dat kan hij op dit moment nog doen omdat hij van de fakulteit nog geen moeilijkheden te vrezen heeft.

KT: Kunt U aangeven waarom U eigenlijk zo pessimistisch bent over de carrière van deze man. Er zijn een paar aanwijzingen. U zegt hij leunt op repetitoren en hij vraagt om hulp van vriendjes voor

zijn andere vakken. Ziet U dat als iets konstants, dat hij ook in de toekomst zal vertonen?

VB: Hij is 28.

KT: Hij is 28, maar hij zit ook in de studentensituatie, waarin je in het algemeen erg afhankelijk bent. Ik ben het met U eens dat de leeftijd een belangrijke faktor is. Maar dacht U dat hij onveranderbaar zou blijken. Dat hij dus een afhankelijke, twijfelzuchtige, een beetje dwangmatige man blijft?

VB: Ik ben daar wel een beetje bang voor. Die indruk maakt hij wel ja.

KT: Voor zover ik U als dekaan ken, bent U vaak voor mensen met lagere cijfers meer gemotiveerd om iemand door te laten studeren dan in dit geval. Wat is er in deze man dat U zo aan het twijfelen brengt?

VB: Het hele verloop, zelfs ondanks de hoge cijfers. Ook die geschiedenis op het gymnasium en het feit, dat hij nu al jaren naar Vechbrug loopt om daar wat peppraatjes te krijgen van dokter X. Ik weet wel dat het verschrikkelijk moeilijk is, dat we de verwachting hebben dat de artsen deze studenten een pilletje geven en dat ze dan over een half jaar beter zijn. Dat kan natuurlijk niet. Maar het feit dat hij ondanks het goed halen van dat eksamen daar toch niet voor zichzelf die drang vindt om het eens een keer zelf te doen. Dat hij nu toch weer komt vragen: 'kan ik hier ook hulp, leiding en controle krijgen', nou dat betekent voor mij dat hij de middelbare schoolsfeer nog steeds niet ontgroeid is en dat als hij het dan al haalt, of hij er dan later wat aan heeft. Ik heb altijd begrepen van de medicijnenstudie dat je dat met een gezond boerenverstand kunt doen. Als je een beetje geheugen hebt en je wilt hard werken, dan kun je je artseksamen zelfs nog wel halen. Doktoraal zonder meer, maar je artseksamen ook nog wel. Toch is het bijzonder dubieus of je dan een goede arts bent en bij deze man is dat eigenlijk ook zo. Hij kan misschien met verschrikkelijk hard werken nog weleens ooit zijn diploma halen, maar dan zal hij in de praktijk toch struikelen.

KT: Omdat hij niet creatief is?

VB: Omdat hij niet inventief is en hoogstens een funktie op middelbaar niveau, dus echt meer in een ambtelijke dan in een zelf verantwoordelijkheid eisend vlak zou kunnen gaan doen.

KT: Weet U iets van z'n eigen studiemotivatie af? Waarom hij juist deze studie wil.

VB: Daar ben ik nog niet aan toegekomen. Zo gauw als hij bij prof. Y geweest is zal hij mij even opbellen. Het laatste gesprek is drie weken geleden geweest en prof. Y is nogal druk bezet. Ik zit erover te denken hoe ik dit moet continueren. Ik kan het natuurlijk af laten hangen van het verloop van het gesprek bij prof. Y en eens kontakt met prof. Y opnemen om te kijken wat die ervan denkt. Voor die gevallen die in de toekomst een aantal keren terug dreigen te komen, probeer ik wel een beetje een lijn uit te zetten, zodat ik niet vijf minuten voordat ze binnenkomen even die stukken na moet gaan kijken en zeggen: oh ja wacht even, dan gaan zitten denken wat ik zal gaan doen. Maar dat ik weet welke richting ik heen zou moeten gaan.

KT: U zou kunnen exploreren hoe hij zijn eigen toekomst ziet, ook gezien zijn leeftijd en om te weten te komen of hij is, zoals U veronderstelt. Hoe hij precies studeert. Hoe hijzelf de oorzaak ziet, dat hij langzamer dan de anderen studeert.

VB: Hij weet dat hij langzaam is en dat hij het mooi op moet bouwen en dat hij niet te veel tegelijk onder handen moet nemen. Dat wordt hem bij de psychiater ook wel verteld.

KT: Heeft hij wel eens met U gepraat over de gesprekken met de psychiater?

VB: Ja, hij heeft gezegd dat hij daar is en dat die gezegd heeft van 'nou ja je moet er rustig mee doorgaan'. 'Kijk nou maar eens hoe je je studie het beste in kunt delen'. Ik dacht dat die psychiater hem ook wel steunde in zijn streven. Misschien dat het daarom goed is om eens wat kontakt te hebben met dokter X via deze student. Ik weet niet of dat een mogelijkheid is. Waarschijnlijk zal hij dat niet doen. Je kunt wel merken dat hij al een tijd bij dokter X loopt als ik het zo mag zeggen, want hij praat als Brugman hoor, je krijgt er geen woord tussen, ontstellend.

KT: Heeft hij dat van de psychiater overgenomen?

VB: Nou ik denk dat die psychiater dat uitlokt.

KT: We blijven natuurlijk zitten met onduidelijkheid over zijn eigen motivatie om deze studie te doen.

VB: Maar stel dat hij goed gemotiveerd is voor deze studie, is het dan toch niet goed om toch mijn gedachten er eens tegenaan te zetten? Of zou ik dat alleen maar kunnen doen in overleg met dokter X. Ik kan hem natuurlijk de afknapper van zijn leven bezorgen, zeggen: 'man je doet het nou allemaal wel mooi maar je schiet er niks mee op'.

KT: Ik vind het niet zo gek dat U het eens met hem bespreekt. Dat U zegt hoeveel moeite hem deze studie kost, mede gezien zijn leeftijd, alle moeilijkheden die hij dus ondervindt en de moeilijkheden die U voorziet voor hem. Maar dat is natuurlijk nog wat anders dan te zeggen dat U hem ongeschikt vindt voor de studie.

VB: Nou ja ik bedoel het natuurlijk ook niet zo zwart-wit, maar meer in de geest van, als ik dit zo zie dan twijfel ik er ernstig aan. Ik dacht toch wel dat het iets is wat je hem voor mag houden.

KT: Mijn vraag is, of U zich niet zou moeten beperken tot het exploreren van de problemen, die hij ondervindt bij zijn studie, in termen van veel tijd nodig hebben en er proberen achter te komen op welk terrein hij creatief is. Of hij zelf ziet wat er van hem verlangd wordt in de toekomst aan creativiteit. Begrijpt U wat ik bedoel? U hebt een idee dat hij waarschijnlijk niet creatief is. U hebt mij echter nog niet overtuigd dat hij het niet is. U zegt hij is erg afhankelijk voor de bestudering van zijn stof van repetitoren, dat is een stuk afhankelijkheid. Dat is glashard, ik geloof dat dat ook niet ter discussie is, maar

VB: Nee maar zit het er dan niet in, dat hij, goed op die manier z'n examen haalt in 4 jaar. Als hij daarna dan met z'n 27 jaar nou maar eens echt aan de gang had kunnen gaan. De vraag is even kan hij dat wel hè?

KT: Ik ben het met U eens. Ik geloof dat die vraag: 'kan hij dat wel?' dat dat volstrekt terecht is.

VB: Ja alleen, ik beantwoord hem al.

KT: Ja, dat is prettig, ja precies!

VB: Ja ik zeg hij kan het niet.

KT: Mijn vraag is waarop berust dat. Ik weet dat nl. nog niet. Ik heb van U nog geen reden gekregen waarop dat oordeel berust.

VB: Nou kijk dat is, nee, wat zal ik zeggen, mijn gevoel dat zegt dat die waarde van die hoge cijfers verminderd moet worden. Het feit dat hij nu na een jaar bezig te zijn met dat kandidaats toch weer komt om een repetitor en iedere mogelijke hulp om het mooi, vakje voor vakje, op te bouwen, dat zegt mij, dat als later een of ander bij hem komt vragen wat moet ik daar of daar mee aan, dat hij zal zeggen kom overmorgen maar eens terug en dat hij dan thuis in z'n boeken duikt om uit te maken wat hij moet doen en dat het dus een flop wordt in de praktijk.

KT: Ik zeg ook het zit erin dat dit gebeurt, maar mijn vraag is

VB: Ja waar leid ik het uit af.

KT: Inderdaad waar leidt U het aan af, behalve dus uit zijn trage studieresultaten. Het kan best zijn dat U volstrekt gelijk hebt, maar het berust voor mij nog niet op voldoende gegevens. Ik zou als ik U was, dit met hem exploreren. Hoe hij er zelf tegenaan kijkt, wat hij denkt wat er in de toekomst van hem verwacht wordt, hoe hij zijn eigen toekomst ziet, in termen van werk, hoe hij zich dat voorstelt. Verkennen op welk terrein hij creatief is. Wanneer voelt hij zich lekker. Wanneer werkt hij lekker en op welk terrein. Dan kun je met hem gaan zoeken naar een oplossing. Misschien kan hij beter op een laboratorium planmatig met een komputer gaan spelen om iets uit te rekenen, begrijpt U mijn punt?

Ik kan me voorstellen dat U gelijk hebt. Ik zeg niet dat U gelijk hebt, maar het kan. Wat dan hè? Hij heeft wel tijd nodig, maar hij heeft beslist wel hersens. Wat moet Uw advies zijn aan die student en zijn oom.

VB: Ja ik begrijp het.

KT: Ik geloof dus dat Uw vermoeden ergens bevestiging moet krijgen.

VB: Hij is nu een of twee keer bij mij geweest. Hij gaat ook nog naar prof. Y en daarna komt hij nog een keer terug. Dat ik het hier even voorleg was eigenlijk ook om die richting te bepalen. Ik zag al een richting, maar je hebt in je eentje niet zo de mogelijkheid om naar alternatieven te kijken.

4.3.3 *Diskussie*

Voor we dit gesprek bespreken is het wellicht goed op te merken dat tijdens dit gesprek een kollega-konsulent, eveneens een arts, aanwezig was om het konsultatiegesprek te observeren. Dit was de eerste maal dat een derde aanwezig was tijdens het konsultatiegesprek. Deze kollega was aanwezig op verzoek van de konsulent. De konsultvrager had tevoren ingestemd met deze aanwezigheid. Het doel van dit observeren was aan de konsultvrager bekend gemaakt: de kollega wilde het proces observeren en er van leren om in de toekomst zelfstandig als konsulent te kunnen gaan werken. De kollega-konsulent-observator werd uitgebreid voorgesteld aan de konsultvrager. De vraag in hoeverre de aanwezigheid van deze observator het gesprek beïnvloed heeft is een academische, daar het gesprek niet kan worden 'overgedaan' zonder de aanwezigheid van een observator. Vermoed kan worden dat er wel invloed is geweest.

Later wordt nader ingegaan op de agressieve, defensieve houding van de konsultvrager tegenover de psychiater en de konsulent. De opmerking over het reproductieve karakter van de artsenopleiding is wellicht te duiden als een indirect uiten van agressie tegen de konsulent-arts, maar ook tegen de aanwezigheid van de observator-arts.

Eveneens van belang is het feit, dat dit gesprek werd gevoerd in de eerste helft van het tweede jaar, kort na het eerste groeps-gesprek tussen de dekanen, de artsen en de konsulenten. De konsulent kent de konsultvrager, zijn kollega's en het systeem waarin zij werken al vrij goed. De konsulent stelt daarom, in tegenstelling tot gesprek één, weinig informatieve vragen over het systeem. Daarnaast blijkt dat de konsulent, de konsultvrager en zijn werkopvatting vrij goed kent, wat blijkt uit de opmerking in het gesprek: 'Voor zover ik U als dekaan ken, bent U voor mensen met lagere cijfers meer gemotiveerd om iemand door te laten studeren dan in dit geval.'

Wat is het probleem?

Volgt men het gesprek tot ongeveer het moment waarop de konsultvrager tot de konklusie komt dat het wellicht beter ware indien de student zou ophouden met de studie, dan valt een diskrepantie op tussen de rechtlijnigheid waarmee de konsultvrager tot deze konklusie komt en zijn opmerking helemaal aan het begin van het gesprek, waarbij hij stelt dat hij eigenlijk een beetje met zijn handen in zijn haar zit met deze student. Later wordt het iets duidelijker als de konsultvrager zijn bezorgdheid uitspreekt over het effect van de mededeling op de student, dat deze student ongeschikt is voor de studie.

De konsultvrager vreest dat hij de student met deze mededeling 'de afknapper van zijn leven kan bezorgen'.

Uit het gesprek zal duidelijk zijn geworden dat de konsulent vindt, dat de konsultvrager zijn konklusie over de student op veel te weinig gegevens heeft gebaseerd. De konsulent geeft de konsultvrager 'huiswerk' op om tot een realistischer beoordeling van de situatie te kunnen komen. Nu immers krijgt de konsulent sterk de indruk dat de konsultvrager tot zijn oordeel is gekomen

op basis van zijn vooroordeel: er zijn weinig en steeds herhaalde argumenten: het driemaal herhalen van de derde klas middelbare school, het langzame studietempo, de afhankelijkheid van studie-leiders en last but not least de al jarenlang bestaande relatie met de psychiater uit Vechthbrug. Maar dit verklaart slechts ten dele de opmerking aan het begin, dat de konsultvrager met zijn handen in zijn haar zit: konsultvrager's mening staat toch vast? Wellicht is de konsultvrager toch niet helemaal zeker van zijn eigen standpunt. Hij is onzeker over de konsekwenties voor de student in termen van afknappen, maar verder?

Onze hypothese is, dat de konsultvrager voor zijn houding ten aanzien van deze student geen emotionele steun verwacht te krijgen, noch bij zijn kollega's dekanen, gezien het hierboven gestelde, noch bij de betreffende psychiater (die immers tegen de student heeft gezegd: 'rustig doorgaan'), noch bij de fakulteit, die de student nota bene een jaar geleden cum laude verleende.

Hieruit kan wellicht mede de agressieve toon in het gesprek verklaard worden (verder hieronder te bespreken). Een agressieve daad tegen de student lijkt het zenden van deze laatste naar professor Y, die berucht is omdat hij de studenten kan 'vermoorden' op hun kandidaats. Een daad, die ook nog agressief verwoord wordt. Op deze wijze probeert de dekaan wellicht steun te krijgen van de meest kritische hoogleraar in de fakulteit voor zijn visie op deze student.

De strategie van de konsulent.

Met de kennis over deze konsultvrager, beschreven onder paragraaf 4.3.1, probeerde de konsulent te komen tot een diagnose van het probleem.

De psychotherapeutisch georiënteerde lezer zal het wellicht zijn opgevallen dat de konsulent nergens inging op de geuite agressieve gevoelens over de student, de psychiater, de artsen etc. Wel geeft de konsulent de konsultvrager alle gelegenheid deze agressie te uiten. De konsulent blijft steeds bij het geval en vraagt om nadere informatie, zowel feitelijk als over de inzichten van de konsultvrager, de fakulteit, de behandelende psychiater etc. Eenmaal vraagt de konsulent expliciet naar het waarom van kon-

sultvrager's pessimisme en zijn afwijkende houding in dit geval vergeleken met die in andere gevallen.

De konsulent werkt vervolgens met de konsultvrager toe naar het inzicht dat het samen bespreken met de student van de carrièrevraag legitiem is, maar dat het probleem van de konsultvrager is dat hij de carrièrevraag voor zichzelf al heeft beantwoord. De konsulent verwoordt dit niet, maar laat de konsultvrager zelf tot deze konklusie komen.

Vanaf dat moment kan de konsultvrager gaan werken aan het uitzetten van de gevraagde lijn voor de toekomstige gesprekken, waarbij wellicht ook gesprekken met de psychiater en professor Y.

Emotionele veranderingen bij de konsultvrager.

Onmiddellijk na de aanvang van het gesprek laat de konsultvrager blijken dat hijzelf in moeilijkheden zit: hij zit met zijn handen in zijn haar.

De konsultvrager kan zijn emoties waarschijnlijk alleen uiten in de vorm van agressie, die wordt geuit tegen alle betrokkenen. Hij is onzeker over zijn eigen positie in de dekanengroep in het algemeen en onzeker over de vraag of hij voor de in dit gesprek naar voren gebrachte houding ten aanzien van de student steun zal krijgen van zijn kollega's. Krijgt hij geen steun van de kollega's, steun van buiten, van de psychiater of van de fakulteit is evenmin te verwachten. Dit leidt tot het gevoel van onzekerheid door gebrek aan emotionele steun voor zijn visie. Zoekt hij nu steun bij de konsulent? Dit lijkt waarschijnlijk, hoewel de konsulent (psychiater, arts en als zodanig voorstander van 'psychologisering' van de hulpverlening) emotioneel bij het 'vijandelijke kamp' lijkt te behoren en zij het indirekt, het een en ander aan agressie te inkasseren krijgt. Toch lijkt de hypothese dat de konsultvrager steun zoekt bij de konsulent bevestigd te worden, als tegen het eind van het gesprek de konsulent expliciet stelt, dat hij vindt dat de vraag die de dekaan zichzelf stelt: 'kan deze student het wel?' volstrekt terecht is. In dit gesprek is dit de eerste maal dat de konsulent de konsultvrager steunt, zij het onder voorwaarden. Prompt daarop dringt het tot de konsultvrager door waar het probleem ligt en hij voelt zich ook nog vrij

genoeg om dit te uiten. De konsulent is hierdoor kennelijk zó blij verrast, dat deze zich verspreekt ('ja dit is prettig, ja precies'). De konsulent geeft dan zijn oordeel over het te kort schieten in de bewijsvoering, waarna de konsultvrager kan zeggen dat zijn eigen visie een irrationele is: (naar zijn gevoel moet de waarde van de hoge cijfers verminderd worden). Vanaf dat moment heeft de konsultvrager kennelijk geen behoefte meer om zich agressief te uiten: integendeel hij luistert, eigenlijk naar een herhaling van wat de konsulent al eerder opmerkte (om de konsultvrager als-nog te overtuigen?). Aan het eind is hij weer zeker van zichzelf en ziet de konsultvrager zijn lijn en zegt impliciet dat hij de konsulent nodig had, omdat je 'in je eentje niet de mogelijkheid hebt om naar alternatieven te kijken'.

De emotionele relatie tussen de konsultvrager en de konsulent. Hierboven werd reeds opgemerkt dat het gesprek werd gevoerd in de eerste helft van het tweede jaar: de tijdsdimensie speelt een belangrijke rol in de relatie-opbouw tussen mensen in het algemeen. In dit konsultatie-project speelde de fase van relatie-ontwikkeling ongetwijfeld een rol: men zou met Bennis en Shepard (1956) kunnen spreken van een opkomende tegenafhankelijkheid in de relatie tussen konsultvrager en konsulent. Dit fenomeen is een fase in het proces van relatie-opbouw, waarbij de één zich aanvankelijk sterk afhankelijk voelt van de ander, aan wie grote autoriteit en macht wordt toegekend. Deze afhankelijkheid slaat dan om in tegenafhankelijkheid, waarbij de nog steeds afhankelijke zich afzet tegen de machtige, tegen de autoriteit. Na het doorwerken van dit afzetten tegen, kunnen de twee komen tot een realistische beoordeling van de wijze waarop ze optimaal gebruik kunnen maken van elkaars mogelijkheden: de onderlinge afhankelijke of interdependente relatie.

Dat hier sprake kan zijn van tegenafhankelijkheid blijkt als de konsultvrager op denigrerende wijze over de hulp door de psychiater en over de artsopleiding spreekt. Dit kan geïnterpreteerd worden als aanval op de konsulent, die immers psychiater en ook arts is.

Het lijkt belangrijk om ook in de overweging te betrekken, dat

de konsultvrager aan het eind van het gesprek bijna dankbaar het gezag van de konsulent aksepteert. Men kan zich afvragen hoe dat komt. Zou 't zo kunnen zijn dat de agressie vooral machteloosheid en angst maskeerde? Hieruit zou eerder afhankelijkheid dan tegenafhankelijkheid zijn op te maken: 'Iedereen laat mij (de konsultvrager) in de steek, belemmert mij en aksepteert niet wat ik zelf vind'.

Als hij dan de gelegenheid krijgt om zijn agressieve gevoelens te uiten terwijl de konsulent laat blijken dat hij het aksepteert, komt er ruimte om te gaan denken aan konsekwenties en andere oplossingen.

4.4 Geval 3

4.4.1 Algemene informatie

Het vierde en laatste gesprek werd gehouden in het derde jaar van het konsultatieprojekt (periode 1969-1970) (eerste selectiekriterium), een fase van het projekt, waarbij reeds veel geïnvesteerd was in de relatie-opbouw tussen de konsulent en de konsultvrager.

Dit gesprek werd geklassificeerd als een geval waarbij de konsultvrager in zijn werk met de cliënt gehinderd wordt door gebrek aan kennis, persoonlijke factoren en organisatorische factoren (het derde criterium). De konsultvrager vc is een andere persoon dan de konsultvrager va en vb. Ook konsultvrager vc is studentendekaam.

De konsultvrager vc is een veertigjarige man, die een universitaire opleiding heeft gehad in een A-fakulteit. Hij was enige tijd bestuursambtenaar. Alvorens hij dekaan werd aan deze Universiteit, was hij enige tijd als zodanig werkzaam aan een Universiteit elders. Ten tijde van het gesprek was de konsultvrager ruim drie jaar als studentendekaam aan deze Universiteit verbonden. Deze konsultvrager hoort tot de dekanen, die menen dat de 'psychologisering' van de hulpverlening door de dekanen aan de studenten een noodzakelijke en onvermijdelijke ontwikkeling is. Het beschreven gesprek tussen deze konsultvrager en de konsu-

lent is het negentiende sinds 1967. De klinische psycholoog Z, die een belangrijke rol speelt in het door de konsultvrager aangeboden probleem, is sinds enkele maanden als dekaan werkzaam.

4.4.2 Beschrijving van het gesprek

De konsultvrager vc vertelt dat een 24-jarige student al enkele keren op zijn spreekuur is gekomen. Deze student heeft de eerste jaren heel goed gestudeerd, maar klaagt nu over gebrek aan creativiteit bij het maken van een skriptie. De student klaagt erover dat hij kontaktuele moeilijkheden heeft, dat hij somber is en eigenlijk tot niets meer komt. Om wat meer inzicht te krijgen in de problematiek werd afgesproken dat de student psychologisch getest zou worden. Voordat dit plaats vond verzocht de student telefonisch om een spoedgesprek. Dezelfde dag nog kon het gesprek plaats vinden. De konsultvrager vertelt hierover het volgende:

vc: En toen zag ik al gauw dat hij flink over de zenuwen was. Hij zat helemaal te trillen. Hij kon niet rustig zitten. Nu moet ik er nog bij zeggen dat ik die seksuele problemen bij een eerder gesprek toch nog even ten tonele gevoerd heb, maar 2 keer heeft hij duidelijk ontkend dat hij seksuele problemen had. Nu begon hij me te zeggen dat hij toch ook wel seksuele problemen had en dat het toch niet zo best met hem was. Ik vroeg hem of het lichamelijk was of dat het een impotentie-kwestie was of zo, nee dat was het helemaal niet, het was alleen geestelijk.

Hij vroeg of hij zo gauw mogelijk naar een psychiater toe kon. Ik heb toen nog even met hem de mogelijkheden psycholoog of psychiater verkend omdat een psychiatrisch konsult wel even kan duren. Ik zei hem er zit hiernaast een kollega van ons, die is toevallig psycholoog, die wil ik wel even bellen. De student kon toen meteen komen, heel toevallig, en Z heeft 't toen overgenomen. Z heeft hem een half uurtje gehouden en hem een beetje tot rust laten komen, o.a. geadviseerd 's avonds naar een film te gaan met z'n meisje en toen is dat trillen geleidelijk aan opgehouden.

Sinds Z er is heb ik, niet in het begin maar sinds 1 januari, een beetje de neiging om voor zulke gevallen de hulp van hem in te roepen en zo moet het misschien ook wel worden hoor, dat is niet

onmogelijk. Aan de andere kant moeten wij dit niet voortdurend allemaal met al onze cliënten doen, want dan zou hij te veel aan het hoofd krijgen en wij zouden dan dergelijke gevallen niet meer doen.
KT: Hebt U een idee waarom die student zo in paniek was?

VC: Ja het was paniek, hij had de vorige avond een lang gesprek gehad met z'n meisje en toen heeft hij haar verteld over deze moeilijkheden. Dat hij nu kwam was op haar instigatie.

Ja, dat is het nu juist. Ik kon er niet goed achter komen. Hij was zo gespannen, hij was een beetje onbenaderbaar voor mij op dat moment. Het gekke is dat ik juist eens een ervaring heb gehad met een jongen die in paniek was en die juist zo makkelijk op dat moment was te benaderen. En deze daar wist ik eigenlijk na tien minuten geen raad mee. Als Z er niet geweest was, dan had ik er natuurlijk wel raad mee geweten. Dan had ik hem misschien ook wel tijdelijk gerustgesteld, er een nachtje over geslapen en een nieuwe afspraak met hem gemaakt. Voor één nacht kun je iemand nog wel geruststellen. Over het algemeen is het zo erg ook weer niet. Maar het is mijn onzekerheid in deze situatie geweest, die bevorderd is door de nabijheid van Z.

KT: Ja?

VC: Tot Kerstmis heb ik bijna niet verwezen naar Z. Ik heb maar één student voor overleg naar Z doorgespeeld.

Maar nu is dit de vierde in één maand, dat is eigenlijk een beetje veel hè?

KT: Vindt U dat eigenlijk niet juist?

VC: Ja aan de ene kant wel, ergens is hij een man, die toch wel sneller effectief wat hulp kan bieden. Maar aan de andere kant komt de dekanenfunktie hierdoor op de helling.

Ik dacht dat wij, met wat meer praktijk en theorieopleiding, in staat moesten zijn om, althans in eerste instantie, wat langer dit soort gevallen zelf te blijven doen. Ik meen dat hier wel wat voor te zeggen valt. Alleen zit je dan op een gegeven moment voor de vraag of deze man er nog wel mee gebaat is, dat ik ermee doorga.

KT: Hebt U het gevoel dat U zich ervan afgemaakt heeft?

VC: Ja ik kreeg bij deze achteraf een beetje een kater, dat ik dat misschien toch wel gedaan had, omdat ik een zeker contact met hem had gekregen naar mijn gevoel. Juist dit testpsychologisch onderzoek had ik met hem afgesproken, omdat we dan wat meer gegevens hadden. Ik heb niet voorzien dat hij zo snel terug zou zijn, in paniek min of meer.

KT: Ja. Hangt het samen met het gevoel dat Z meer deskundig is op dit terrein?

VC: Ja natuurlijk wel ja. Je zou misschien toch wat meer geschoold moeten worden in het stellen van de diagnose of zoiets. Waarbij ik moet zeggen dat als je de literatuur kent, dan schiet je er toch niet erg mee op. Misschien kies ik net de verkeerde literatuur hoor, dat is mogelijk, maar het blijft theorie.

KT: Maar had U behoefte aan een diagnose in dit geval, of was het meer van wat is er eigenlijk met die man aan de hand, hoe moet ik op hem reageren?

VC: Is dat niet een beetje twee kanten van hetzelfde?

KT: Kijk je kunt iemand verwijzen om een mooie diagnose te krijgen en je kunt hem verwijzen omdat je geen raad weet hoe er gehandeld moet worden.

VC: Nou daarvoor hadden wij met de psychologische testafdeling een afspraak gemaakt maar dat nam toevallig wat tijd. Maar in dat geval heb ik hem verwezen om maar een gedeelte van een diagnose te krijgen in een geval als dit, waarbij je zegt het is niet verantwoord om zomaar wat door te praten met zo iemand.

— Even nadenken —

Nee, ik was op het moment dat ik Z belde en met hem overlegde, toch wel van mening dat ik tekort schoot in mijn deskundigheid om er hier op dit moment iets aan te doen. Meestal lukt het me wel om studenten gerust te stellen, maar in dit geval lukte het me helemaal niet, althans niet in tien minuten. Nou moet ik zeggen, dat kost natuurlijk meer tijd. Als Z er niet geweest was, was het me misschien na een uur wel gelukt.

KT: Maar op grond waarvan had U hem gerust kunnen stellen?

VC: Nou ja, kijk als ik een uur met hem was doorgegaan, dan had ik hem natuurlijk niet op alle punten gerust kunnen stellen, misschien toch wel voorlopig, samen verder zoeken en mede dan die gegevens van die test straks.

Maar ik kon hem zelfs niet van het trillen afhelpen, wat wel lukte in een ander geval. — Korte stilte —

Ik weet niet of het juist is om het zo te stellen, maar er zit toch voortdurend iets onbevredigends in deze functie. Aan de andere kant is er bijna geen functie denkbaar, die bevredigender is voor onszelf maar

KT: Waar hangt dat mee samen?

VC: Dat ik toch wel denk dat ik er een stuk opleiding voor mis.

KT: Is dat nu de laatste tijd sterker geworden, want ikzelf kreeg de indruk dat U juist meer zelfvertrouwen krijgt.

VC: Misschien door deze vier gevallen achter elkaar en misschien is het een overgang, dat we even moeten wennen aan de aanwezigheid van Z. Hij is in het dekanenteam opgenomen als psycholoog die zijn deskundigheid inbrengt, op den duur misschien studentenpsycholoog zal worden, maar die ook stelt dat hij graag dekaan wil zijn.

Door die vele verwijzingen van ons komt hij in de knoop met zijn spreekuur, dat moet wel geregeld worden. Maar we gaan toch wel een beetje de kant uit dat de dekanen toch wel psychologen zullen moeten zijn op de lange duur. Maar ook dekanen, dat is de moeilijkheid. Nu kom je eigenlijk meer op de functie dan op de man, dat is het punt.

KT: Als we nog even terugkeren naar de student, dan vraag ik me af, wat heeft er gespeeld, waardoor hij tot die paniek is gekomen. Daar hebben we nu geen zicht op.

VC: Dat komt omdat hij in die trilsituatie helemaal niet in staat was om iets te zeggen. Hoewel hij dus iemand is die bepaald wel uit zijn woorden kwam in die vorige gesprekken, kwam er nu bijna niets uit en dat is het wat mij het meest onzeker heeft gemaakt. Misschien heb ik wel wat te snel naar de telefoon gegrepen en Z ingeschakeld.

Moet je nu zeggen iedereen die weet dat hij kontaktuele moeilijkheden heeft, die moet gauw deskundige hulp hebben?

KT: Wat vindt U deskundige hulp?

VC: Zoals wij doen, maar als we maar wat meer wisten, dat zou deskundig zijn, geloof ik.

KT: Hebt U nu het gevoel dat de kous nu af is voor U?

VC: Nee, ik kan nog wel over hem praten met Z.

KT: Dat lijkt me inderdaad verstandig, dat zou ik zeker doen.

VC: Daar leer je juist van.

KT: Nog afgezien van het feit of Z de student zal blijven behandelen of niet, U hebt toch ook de verwijzing naar de testpsycholoog verzorgd. Ik zou ook met Z in het algemeen doorpraten wat hij vindt van deze manier van verwijzen, welke gevallen wil hij zien, dus op welke indicatie. Ik vind zelf dat niet iedereen iedereen kan helpen. We hebben zelf wel de neiging om te denken dat wij in principe universele hulpverleners zijn. Maar de vraag is hoe reëel dat is.

VC: Is dat iets wat je in het begin van een gesprek met een student ook kunt stellen?

KT: Naar mijn mening kun je dat alleen stellen als je ook procedures ontwikkeld hebt om ook de praktische konsekwenties die eraan vastzitten te realiseren. Maar daaraan vooraf gaat, dat je in je eigen groep dekanen aksepteert dat er onderlinge verschillen zijn, dat bepaalde gevallen je beter liggen dan andere en dat dat zowel met je deskundigheid als met je persoonlijkheid te maken heeft.

VC: In de praktijk zal dat criterium toch nog moeilijkheden geven, want je zou de student dan moeten vragen, hebt U het gevoel dat U iets aan mij hebt. Je zou dat dan veel explicieter moeten stellen om erachter te komen of je hem niet naar een kollega moet sturen. Daarnaast zal ik toch eens wat duidelijker wat aan mijn deskundigheid moeten doen, door b.v. met Z gevallen te bespreken die we allebei in behandeling hebben. Ik denk dat ik daar meer baat bij heb dan bij het bestuderen van alleen maar boeken.

We zullen ook overleggen welke gevallen hij in het algemeen zou willen zien en hoe we dat gaan realiseren. Ik heb de student overgedragen aan Z, terwijl het ook goed mogelijk zou zijn om hem te vragen de student even te zien, waarna de student weer bij mij terugkomt.

KT: Ja want U had al vrij veel in de relatie met de student geïnvesteerd, U had al een programma klaargemaakt, zodat U met een klinische beoordeling misschien al een heel eind gekomen zou zijn. Als U Z de vraag gesteld had is er iets gevaarlijks, is hij suïcidegevaarlijk of iets anders ekstreems, zou U misschien ook al geholpen zijn.

VC: Ja inderdaad.

KT: Maar had U zelf de student wel weer terug willen hebben?

VC: Die test komt nog hè en zoals het op het ogenblik ligt is dat nog niet uitgesloten. Ik heb hem voorgedragen voor die test en ik krijg dus het rapport. Maar nee, ik wil hem niet terughebben als het in zijn belang is dat hij bij Z blijft. Maar ja we moeten het wel eens worden wie met de student het testrapport gaat bespreken, dat moet ik nog met Z bepalen.

KT: Ja we moeten bepalen hoe het verder zal gaan, want deze gang van zaken is een beetje een onbevredigend eind voor U hè?

VC: Dit is wel een beetje een les voor me.

KT: Je zult een aantal dingen met elkaar moeten afspreken.

VC: Ik zou ook wel graag wat literatuur bestuderen, vooral met gevalbesprekingen zodat je de abstrakties gaat herkennen.

KT: Wat je in krisissituaties moet doen staat vrijwel nergens. Terecht,

want dat is afhankelijk van zoveel factoren, waarover je informatie moet hebben.

vc: Dat heb ik er juist niet uit kunnen krijgen, waardoor ik onzeker ben geworden, dat ik er niet achter kwam wat die crisis veroorzaakte.

kt: Het is toch wel een gunstig teken dat hij bij U is gekomen.

vc: Ja dat is natuurlijk zo.

kt: Hij heeft kennelijk het vertrouwen gehad, dat U hem door de situatie heen kon helpen.

vc: Ja dat is juist. Hij zei dat hij seksuele moeilijkheden had en dat hij graag een psychiater wilde raadplegen. Dat is eigenlijk gebeurd, weliswaar geen psychiater, maar een psycholoog.

kt: Wellicht hebt U gedaan wat op dat moment het meest adequaat was.

vc: Ja, dat is ook wel zo natuurlijk. Ik ben vrij gauw geneigd om te zeggen, als een vent zelf naar een psychiater wil, laten we dan ook niet te lang wachten met hem door te sturen.

kt: Speelde dit ook mee in dit geval?

vc: Als ik mezelf vergelijk met dekaan X, dan zal ik wat sneller dan hij de student naar een psychiater sturen. Ik ben nogal voorzichtig om het woord psychiater te laten vallen als de student niet zelf in die richting denkt, maar als ze er zelf om vragen, om mezelf dan een beetje als verwijnsinstantie te beschouwen. Niet zonder meer natuurlijk.

In ieder geval kunnen we nu verder gaan.

kt: Oké.

4.4.3 Diskussie

Dit gesprek verschilt in een aantal aspecten van de eerder beschreven gesprekken. Er zijn ook overeenkomsten: er is wel degelijk een probleem dat ervaren wordt door de konsultvrager en er is ook hier emotionele spanning. Het gesprek verloopt echter niet heftig, er is geen drama, er zijn geen sterke emoties. In het gesprek treden geen 'keerpunten' op, waarbij de konsultvrager of de konsulent plotseling of geleidelijk tot een inzicht komen. In tegenstelling tot de andere gesprekken is er ook geen duidelijke draad in het gesprek, vaak worden zinsneden herhaald, opvattingen of gevoelens opnieuw als argumenten gebruikt. Aan het eind van het gesprek blijven we in het ongewisse wat de konsultvrager gaat doen met de cliënt en met de psycholoog. Tijdens

het gesprek voelde de konsulent dit kennelijk zo aan, toen hij opmerkte dat het voor de konsultvrager een onbevredigend einde had. De vraag rijst in hoeverre de konsulent zelf een onbevredigend gevoel over dit gesprek had. Hij had uiteraard een visie op het aangeboden probleem ontwikkeld, maar zijn nieuwsgierigheid naar de oorzaak van konsultvrager's falen in de relatie tot de cliënt bleef onbevredigd. Wél kreeg hij inzichten in de relatie tussen de konsultvrager en de kollega dekaan-psycholoog, de attitude van de konsultvrager ten aanzien van verwijzing naar de psychiater en ten aanzien van de noodzakelijke vooropleiding van dekanen.

Wat is het probleem? Het probleem lijkt aanvankelijk eenvoudig. De konsultvrager kan in een noodsituatie met zijn cliënt geen bevredigende oplossing tot stand brengen. De konsultvrager verwijst deze cliënt dan naar een meer deskundig geachte kollega, die de cliënt inderdaad weet te kalmeren. Diagnose in eerste instantie: konsultvrager heeft schuldgevoelens over zijn falen in de relatie tot de cliënt. Het falen wordt geweten aan te weinig deskundigheid door te gebrekkige opleiding van de betreffende dekaan in de psychologie, de psychopathologie, gespreksvoeringstechnieken e.d. Dan blijkt het probleem gekompliceerd te worden als de konsultvrager zegt onzeker te zijn geworden door de aanwezigheid van de dekaan-psycholoog.

In dit beschreven geval worden we gekonfronteerd met de konsekventies voor het systeem van de beslissing om als dekaan een klinisch psycholoog te benoemen: immers tot nu toe waren de dekanen allen min of meer universele hulpverleners, die geen van allen opgeleid waren in de klinische psychologie. Er was dus een zekere mate van gelijkheid bij de dekanen in termen van gebrekkige deskundigheid. Eigen gevoel van beperktheid en druk van buiten het systeem om een studentenpsycholoog aan te trekken, leidde tot het besluit een psycholoog aan te trekken die bereid was als dekaan te opereren binnen het bestaande team. Deze beslissing heeft als konsekventie in zich, dat men het principe van onderlinge uitwisselbaarheid of gelijkheid in psychologische aangelegenheden opgeeft.

In dit geval worden we geconfronteerd met de effecten op een individuele dekaan. Een individuele crisis, en een systeemcrisis, omdat de dekanen gedwongen worden hun onderlinge procedures en verhoudingen te herzien. De aanwezigheid van de meer deskundig geachte psycholoog dwingt de dekaan zich af te vragen of zijn eigen opleiding wel voldoende is om aan de nieuwe, hogere eisen te voldoen.

Er is een systeemcrisis omdat de differentiatie vraagt om andere dan de tot nu toe gebruikte mechanische of toevallige toewijzing van cliënten aan de dekanen, omdat er afspraken nodig zijn over indicaties tot verwijzing naar elkaar, procedures voor de verwijzing en samenwerking (alléén beoordeling van de cliënt door de meer deskundige, of volledige overname van de begeleiding).

Tot nu toe is deze complexe crisis niet als zodanig herkend. De konsultvrager heeft in één maand reeds vier gevallen doorverwezen naar de dekaan-psycholoog Z, zonder dat er behoefte bestond om expliciete afspraken te maken: kennelijk werd volledig gedelegeerd (wat blijkt uit het in de war raken van het spreekuur van de dekaan-psycholoog). Dit is ook een aanwijzing voor het obsoleet worden van de tot nu toe gevolgde werkwijze van de dekanen.

Pas nu heeft het grote aantal door hem verwezenen de konsultvrager tot nadenken gebracht. Pas nu beleeft hij er ongenoegen aan.

In paragraaf 3.2.3.2 werd ingegaan op de problemen die de dekanen ervaren in hun professionele identiteit. In dit geval wordt de dekaan geconfronteerd met deze problematiek, omdat het deskundigheidsvraagstuk niet langer een intellectuele, maar een hier en nu, hem als persoon tot beslissingen dwingende opgave is. Dit is een hem als persoon in zijn professionele rol bedreigende problematiek.

'Moet een dekaan geen opleiding tot psycholoog gehad hebben?'
'Behoort de dekaan meer ernst te maken met zijn voortgezette opleiding?' 'Kan de dekaan het wel?'

Achteraf blijken er vijf thema's te spelen. De konsultvrager be-

leeft een persoonlijk falen in de relatie tot de student. De professionele identiteit is ter discussie en de dekanengroep is natatig geweest tijdig de werkwijzen, rolafspraken en verwijzingsprocedures af te stemmen op de nieuwe situatie. De plotselinge konfrontatie in korte tijd met vier gevallen, waarvoor deze dekaan de hulp van de dekaanpsycholoog moest inroepen omdat zijn eigen kennis en vaardigheid tekort schoot, brengt hem aan het denken of hij als dekaan wel de juiste vooropleiding heeft genoten. Hij staat in zekere zin voor een carrièrebeslissing: doorgaan als dekaan, maar dan moet er bijgestudeerd worden of een andere baan zoeken. Deze dekaan had voor zichzelf nog geen beslissing genomen. Dit interfereerde in het gesprek. Het vijfde thema was de onvoldoende vakkennis en inzicht van de dekaan, waardoor we in het onzekere zijn gebleven, wat er met de cliënt precies aan de hand was.

In het gesprek tussen de konsultvrager en de konsulent zien we dat deze vijf thema's elkaar steeds afwisselen waardoor een verwarrende cirkelgang ontstaat.

Het zal nu duidelijk zijn geworden waarom het gesprek eindigde met een weinig bevredigend gevoel bij de konsulent.

De konsulent herkende de vijfvoudige thematiek wel, maar exploreerde het (achteraf) wellicht wezenlijkste thema niet: die van de onopgeloste carrièreproblematiek.*

De strategie van de konsulent.

De konsulent richtte zijn activiteiten op het exploreren van drie thema's: de schuldgevoelens over het falen, het relatieprobleem met de dekaan-psycholoog Z en het systeemprobleem. Nadat de konsulent deze probleemgebieden heeft verkend, wordt hij edukatief. Hij probeert de konsultvrager inzicht te verschaffen in de identiteits- en de systeemproblemen. Het lijkt er echter op dat de konsulent niet aansluit bij de werkelijke behoefte van de konsultvrager. Dit mag blijken uit het steeds weer terugkomen op het

* Enkele weken later vroeg de betreffende dekaan of hij een konsultatiezitting mocht gebruiken voor het bespreken van een sollicitatie naar een andere universitaire positie.

deskundigheidsthema. Als blijkt dat de konsultvrager onzeker blijft in het gesprek, vraagt de konsulent of de konsultvrager de student wel terug zou willen hebben. De konsultvrager vindt de vraag irrelevant of te bedreigend, ontwijkt een antwoord door het criterium (en de beslissing?) bij de cliënt te leggen. Dan vindt de konsulent het nodig de konsultvrager te steunen in de opvatting dat de dekaan in de situatie met de student terecht een kollega heeft ingeschakeld. De konsultvrager realiseert zich dan dat hij wellicht heeft gedaan wat de cliënt hem vroeg: verwijzen naar een meer deskundige (psycholoog of psychiater). De konsulent meende de konsultvrager steun te moeten geven, omdat hij vreesde dat de konsultvrager de indruk hield dat het verwijzen op zich, onjuist was geweest. Dat was niet de mening van de konsulent. Doordat wel enigszins aan de vijf thema's werd gewerkt, maar niets werd afgemaakt is de slotindruk toch dat de strategie van de konsulent een nogal rommelig effect heeft gehad op het gesprek.

Emotionele veranderingen bij de konsultvrager.

Reeds eerder werd gesteld dat dit gesprek minder emotioneel en minder dramatisch verliep dan de beschreven gevallen 1 en 2.

Aan het begin van het gesprek was de konsultvrager onzeker. Wij hebben geen aanwijzingen dat de konsultvrager zich aan het eind van het gesprek wél weer zeker van de situatie voelde. Uit de slotopmerkingen van de konsultvrager, dat deze tenslotte gedaan heeft wat de student wilde (verwijzing naar een psychiater of psycholoog), zou men kunnen konkluderen dat konsultvrager's schuldgevoelens over zijn falen verminderd zijn of wellicht verdwenen.

Het gevoel van spanning tussen wat hij zelf vindt dat hij moet kunnen in zijn professionele rol en zijn eigen mogelijkheden op dit moment ('deskundigheid') is blijven bestaan. De konsulent heeft deze spanning ook niet kunnen verminderen, waarschijnlijk omdat de konsulent de belangrijke carrière-preokkupatie te zwak heeft gewaardeerd. De spanning tussen de konsultvrager en de dekaan-psycholoog is eveneens blijven bestaan door de onopgeloste vraag: wie doet wat en op grond waarvan.

De emotionele relatie tussen de konsultvrager en de konsulent. Op grond van een aantal verschijnselen zou de relatie in dit gesprek beschreven kunnen worden als afhankelijk. Er zijn een aantal typische afhankelijkheidssymptomen, zoals ook beschreven in geval 1. De konsultvrager vraagt een oordeel van de konsulent of hij juist heeft gehandeld. Deze konsultvrager heeft echter geen behoefte om op direkte of indirekte wijze agressie tegen de konsulent te uiten en de ideeën van de konsulent bij voorbaat af te wijzen.

In dit gesprek is wel een grote mate van spontaneïteit en openheid. De konsultvrager neemt enkele malen de tijd om rustig na te denken en zijn gedachten te formuleren omtrent zijn beweegredenen. Kennelijk voelt de konsultvrager zich voldoende vrij in de relatie, zodat hij tot wat de Amerikanen 'selfassessment' noemen, kan komen.

In dit geval weegt de konsultvrager de suggesties van de konsulent kritisch. Hij voelt zich vrij genoeg om voor- en nadelen tegen elkaar af te wegen.

5

Positiebepaling ten aanzien van de konsultatiemethode van Caplan

5.1 Inleiding

In deze studie is uitvoerig ingegaan op een aantal aspecten van de konsultatiemethode van Caplan, waarbij wij ons echter moesten beperken tot de op het funktioneren van de konsultvrager gerichte gevalsbespreking. Op grond van deze beperking hebben wij in het eksperimentele projekt alleen dan op het funktioneren van de konsultvragers in hun organisatie, gerichte (groeps)besprekingen gehouden, toen dit voor de voortgang van de individuele konsultatie onvermijdelijk was (zie hierover de paragrafen 3.3.8.1.2, 3.3.8.1.3, 3.3.8.2 en 3.4.2.).

Reeds eerder werd gesteld dat wij ons de methode in de praktijk zelf hebben moeten eigen maken. Dit betekent dat wij geen volledig beeld kunnen geven van de door Caplan ontwikkelde methode. De methode is jong en ontwikkelt zich nog. In de Verenigde Staten is veel ervaring met konsultatiemethodieken opgedaan, maar kritisch evaluerende studies zijn nog schaars (Singh 1969, Griffith en Libo 1968, Caplan 1970). Naast enthousiaste voorstanders van de ideeën van Caplan zijn er tegenstanders (Knight Aldridge en Viola Bernard 1968) van deze konsultatiemethodiek. Een welhaast onvermijdelijke fase voor een nieuwe nog volledig in ontwikkeling zijnde methode.

In dit hoofdstuk willen wij een aantal vragen ten aanzien van deze konsultatiemethode en de eraan ten grondslag liggende

theorie stellen. In paragraaf 5.2 zullen de theoretische grondslagen van de in hoofdstuk 2 beschreven methode onder de loupe worden genomen.

In paragraaf 5.3 zullen wij ingaan op het verband tussen de theorie en de praktijk, zoals door Caplan beschreven in het licht van onze bevindingen zoals beschreven in de hoofdstukken 3 en 4.

5.2 Vraagpunten ten aanzien van de theoretische grondslagen

Het laatste boek van Caplan over konsultatie heet 'The theory and practice of Mental Health Consultation'. Dit suggereert dat er behalve aanwijzingen voor de praktijk ook samenhangende beschouwingen zullen worden aangeboden over de achtergronden waarop de praktijkprincipes zijn gebaseerd. De lezer wordt hierin echter teleurgesteld. Slechts de doelstellingen en de aard van de samenwerkingsrelatie tussen konsulent en konsultvrager worden beschreven (paragraaf 2.2). Al lezende moet men wel tot de konklusie komen dat er bepaalde ethische doelstellingen worden nagestreefd (verbetering van de geestelijke volksgezondheid) gebaseerd op een overtuiging. Men tracht de doelstellingen te operationaliseren door het definiëren van de samenwerkingsrelatie, en het geven van een groot aantal vuistregels hiervoor. Waarop deze vuistregels zijn gebaseerd wordt meestal in het midden gelaten, wat het geheel een kredo-achtig karakter geeft. In vorige publikaties suggereerde Caplan (1964) dat er een verband bestond tussen zijn konsultatiemethode en de door Lindemann (1944) ontwikkelde krisistheorie. In zijn recente publikatie (1970) schrijft Caplan echter dat slechts in een beperkt aantal gevallen de konsultvragers of de cliënten in een manifeste crisis verkeerden. Ook Haylett en Rapoport zien geen direct verband tussen de konsultatiemethode en de krisistheorie van Lindemann. Dit verbaast ons niet. De konsultatie heeft immers op een regelmatig, afgesproken tijdstip plaats. De kans dat de konsultvrager zich dan net in een krisissituatie bevindt is betrekkelijk gering.

Er is echter wel een indirekt verband. Wij wezen er in paragraaf 2.2 reeds op dat de ideeën over krisisinventie en het belang

daarvan voor de preventie van psychische stoornissen, het inschakelen en begeleiden van onderwijzers, dekanen, huisartsen, geestelijken, advocaten en politiepersoneel gewenst maken. De kans dat deze verschillende beroepsgroepen regelmatig met mensen in een akute crisis in aanraking komen is reëel.

Als er geen duidelijke theoretische beschouwingen zijn, doch slechts werkprincipes, waarom neemt Caplan het woord theorie dan toch in de titel van zijn boek op? Dit wordt duidelijk uit het volgende: Greenwood (1960) aangehaald door van Beugen (1968) differentieert scherp tussen wetenschappelijke theorie — beschrijvend en verklarend — en de 'body of knowledge', die richting geeft aan het handelen in een bepaalde praktijksituatie. Omdat de praktijkwerker gericht is op het beheersen van gebeurtenissen, heeft hij behoefte aan een pragmatische, praktische benadering van de problemen. Een dergelijke benadering nu wordt geboden door een praktijktheorie, die niet primair deskriptief is, doch preskriptief: zij biedt regels voor het voltrekken van bepaalde vormen van actie. Deze regels zijn niet gebaseerd op gedetailleerde onderzoeken die werden gedaan om een bepaalde theorie te toetsen. Daarom is het, volgens Greenwood, gerechtvaardigd om van een theorie te spreken, doch niet van een wetenschappelijke theorie.

Van Beugen (1968) citeert Zetterberg (1962) die als kenmerken van een praktijktheorie ziet:

- 1 — het aksentueren van ethische doeleinden — dit leidt tot een normatieve theorie, weliswaar met empirische noties, doch zelden steunend op wetenschappelijk onderzoek;
- 2 — het frekwent gebruik maken van 'case studies' welke een beschrijving geven van een probleemsituatie uit het verleden; deze 'case studies' hebben een sterk intuïtieve inslag;
- 3 — het steunen op vuistregels, gebaseerd op ervaringskennis;
- 4 — het beschrijvende karakter; een ordelijke beschrijving van de problemen komt sterker naar voren dan een analyse en interpretatie van samenhangen.

De theorie van Caplan voldoet o.i. aan de kenmerken van Greenwood en Zetterberg en men kan dus stellen dat Caplan's theorie

een praktijktheorie is.

Bezien we de praktijktheorie van Caplan zoals beschreven in hoofdstuk 2, dan valt de nauwkeurigheid op waarmee Caplan, Bindman e.a. proberen de konsultatierelatie te definiëren, de doelstellingen te omschrijven, het veld van bemoeienis te beperken en af te grenzen naar andere hulpverleningsmethoden: de psychotherapie en de supervisie. De wijze waarop Caplan over de rol van de konsulent en de konsultvragers spreekt, verraaft zijn grote kennis van het gedragswetenschappelijke rolkonsept (Biddle en Thomas 1967).

In paragraaf 2.4.1 werd er reeds op gewezen dat zowel Caplan als Haylett en Rapoport verschillende fasen in de konsultatierelatie onderscheiden. Zij spreken van een interaktioneel proces tussen twee beroepskrachten, waarmee bedoeld wordt dat er tussen de betrokkenen geen statisch gedefinieerde relatie bestaat, maar een zich in de tijd ontwikkelende tussenmenselijke verhouding. Tot dit procesmatige denken over de relatie werden van sociaal-psychologische zijde belangrijke bijdragen geleverd (Bennis 1969, Schein 1969, Gibb 1969, Schutz 1958, Klein 1967).

Uit de wijze waarop Caplan het belang beschrijft dat de konsulent heeft bij een goede verkenning en relatieopbouw met de organisatie waarin de konsultvragers werkzaam zijn en de strategieën die hij daarvoor aanbeveelt, blijkt dat hij zich terdege op de hoogte heeft gesteld van de literatuur uit de wereld van de organisatiepsychologen en organisatieadviseurs en wel speciaal de agogische organisatieadviseurs, die zich richten op de tussenmenselijke verhoudingen in de industrie (McGregor 1960, Bennis 1969, Schein 1969, Argyris 1967). Tot het moment dat Caplan gaat spreken over de relatieopbouw met de individuele konsultvragers werkt hij vanuit gedragswetenschappelijke principes en maakt hij gebruik van de ervaringen van de organisatieadviseurs. Caplan moet dit wel doen, omdat de praktijk van de medische en de individueel psychologische benaderingen slechts over twee professionele relatiemodellen beschikken, die betrekking hebben op de relatie van een persoon tot een andere persoon en die niet direkt de invloed van organisatorische variabelen op het doen

en laten van die persoon betrekken. We bedoelen dat de medische professie tot nu toe slechts vertrouwd is met twee professionele relatiemodellen, n.l. die van de deskundige tot de minder deskundige kollega (bijv. internist of huisarts) en de arts-patient-relatie. Over de eerste samenwerkingsrelatie is weinig geschreven en expliciet gemaakt. Slechts over de conflicten vernemen wij af en toe iets. Er wordt zelden gesproken over het geheel van afspraken, ook wel kontrakt genoemd, dat specialisten en huisartsen hebben. In de 'Medische ethiek' (1959) worden gedragslijnen in het algemeen beschreven. Over de arts-patientrelatie is veel geschreven. Vooral echter in de zin van gedragscode's voor de arts, gebaseerd op een christelijk-humanitaire ethiek. Over de fasen in de relatieopbouw tussen arts en patient bijv. is nog weinig geschreven en wordt slechts impliciet onderwezen. Om misverstanden te vermijden: wij spreken hier over de algemene arts. Over de relatie tussen de arts psychotherapeut en de patient is wel uitvoerig geschreven. Maar dit is een anders gestructureerde relatie dan die van de algemene arts en zijn patient. Pogingen om ook samenwerkingsmodellen voor medische en niet-medische professionele hulpverleners uit te werken zijn nog schaars. Om een enkele te noemen: in ons land kennen we o.a. de experimenten van Van Es (samenwerking huisarts-maatschappelijk werker) (1967) en van Frankenberg (samenwerking huisartsen-wijkverpleegsters) (1969).

Men mag aannemen dat de medikus Caplan voordat hij zijn consultatieprincipes ontwikkelde, slechts de twee hierboven genoemde relatiemodellen kende. Voor het ontwikkelen van een nieuw te definiëren relatie tussen een konsulent en een konsultvrager, maakte hij gebruik van de consultatietheorieën en ervaringen van sociaal-psychologische en organisatie-psychologische zijde. Hij maakt gebruik van de verworven kennis en inzichten uit een andere discipline waar de eigen discipline op dat moment te kort schoot. Zodra echter het gebrekkige functioneren van de konsultvrager in de relatie tot de cliënt aan de orde komt, is de psychiater Caplan op een hem bekend terrein. Hij is immers gewend om interpersoonlijke relaties te diagnosticeren en te hanteren in

de psychotherapeutische situatie. De aankomende konsulent, die psychotherapeutische ervaring heeft, kan dus in de verleiding komen om de konsultatiesituatie om te zetten in een psychotherapeutische. Caplan ziet dit als een gevaar en geeft daarom een aantal aanwijzingen om te voorkomen dat een konsultatierelatie overgaat in een psychotherapeutische (2.5.3.2 en 2.5.3.3).

Wij menen dat er vier hoofdoorzaken zijn aan te wijzen voor de neiging die Caplan beschrijft om in psychotherapeutische richting af te glijden.

Ten eerste: iedereen heeft de neiging om een hem onbekende, dus bedreigende situatie, om te zetten in een hem bekende. Zo zal de maatschappelijk werker, die nog weinig ervaring heeft met konsultatie, de neiging hebben om er een caseworkachtige situatie van te maken. De psychotherapeut zal ertoe neigen om van de konsultatiesituatie een psychotherapeutische te maken. Daar voelt hij zich emotioneel veilig en vertrouwd bij. Omgekeerd zal ook de konsultvrager proberen de konsulent in een bekende en vertrouwde rol te dwingen, van bijv. die van de psychiater.

Ten tweede: als iemand niet funktioneert, en er is geen gebrek aan kennis of vaardigheid en geen probleem in de organisatie, dan kan een persoonlijk probleem de oorzaak zijn van het niet-funktioneren. Een klinisch georiënteerde konsulent heeft dan de neiging dit persoonlijke probleem te klassificeren als een intrapsychische 'ziekte', waarvoor therapie geïndiceerd kan zijn. Daarbij voorbijgaande aan de doelstelling van de konsultatie, die zich per definitie bezighoudt niet met de totale persoon of met een zieke, maar met iemand met problemen in zijn werkrol. Voor een psychotherapeut die gewend is zich in principe bezig te houden met alle facetten van de persoonlijkheid, is het moeilijk om zich te realiseren dat hij zich per kontrakt alleen maar met de werkrol mag bezighouden. Dit kan betekenen een emotioneel niet gemakkelijk te aksepterende wijziging in de beroepshouding.

Ten derde: Caplan heeft in zekere zin zelf schuld aan de genoemde neiging te verdwalen in een psychotherapeutische relatie. Om de oorzaken aan te geven van de subjektieve betrokkenheid, waardoor de beroepskracht niet optimaal funktioneert, gebruikt Caplan diagnostische categorieën die overgenomen zijn uit

de psychoanalytische en klinisch-psychiatrische denksystemen. Hij spreekt over overdracht, identifikatie, afwijkingen in de persoonlijkheidsstructuur (paragraaf 2.3.3), terwijl hij bij de vuistregels stelt dat de konsulent 'de afweermechanismen' moet eerbiedigen: de konsulent werkt binnen het afweersysteem.

Bovendien gebruikt Caplan ter illustratie van zijn konsultatie-opvatting regelmatig casuïstiek met een problematiek waar de psychiater en de kinderpsychiater zich in hun dagelijkse praktijk mee plegen bezig te houden. (moeder-kind relaties, ongehuwde moeders, echtscheiding, bedplassende kinderen, chronisch zieke gezinsleden etc.).

Ten vierde: het introduceren van het begrip 'thema-interferentie' als oorzaak voor het gebrek aan professionele objectiviteit. Deze thema interferentie is volgens Caplan een 'minor transference reaction of a special type' die het professionele functioneren van vrijwel iedereen wel eens bemoeilijkt, onafhankelijk van de mate waarin men psychisch 'gezond' is. Dit begrip thema-interferentie werd uitvoerig beschreven in paragraaf 2.3.3, terwijl in paragraaf 2.5.4.3 van datzelfde hoofdstuk beschreven werd hoe Caplan zich voorstelt deze thema-interferentie op te heffen. Bezieet men de in paragraaf 2.3.3 beschreven constructie, dan herkent men in de ingewikkeldheid, maar ook in de terminologieën ('Het thema kan saillant worden en dreigen tot het bewustzijn door te dringen', 'de persoon kan zich hiertegen verweren door het thema te verschuiven naar één of ander gelijk-luidend aspect van de werksituatie'), de denkwijze van de 'ontdekkende' psychotherapeut. Caplan is zelf nog actief werkzaam als psychoanalytisch psychotherapeut. Dit verraadt zich in zijn denkwijze over het interfererende thema. Het zal duidelijk zijn uit de uitvoerige beschrijvingen in hoofdstuk 2, dat het interfererende thema een werkhypothese is, die nog nadere toetsing behoeft. Het interfererende thema lijkt onzes inziens echter sterk op de werkhypothese die analytische psychotherapeuten gebruiken om het gedrag te verklaren van de patient die in zijn functioneren wordt belemmerd door een neurotisch konflikt. Dit wordt nog versterkt door Caplan's aanduiding dat het 'thema' in het voorbewuste of onbewuste zijn invloed zal blijven uitoefe-

nen als het niet bevredigend wordt opgelost. Indien er dus een stoornis is in het professionele functioneren van de konsultvrager in zijn relatie met de cliënt, dan wijt Caplan dit aan een intrapsychisch proces in de konsultvrager en ziet hij als gevolg daarvan een stoornis ontstaan in de relatie tot de cliënt. Caplan kiest daarbij voor het individueel medische, psychologische model en gaat voorbij aan het sociaal-psychologische, interpersoonlijke model, dat de oorzaak voor het niet functioneren van de konsultvrager ziet gelegen in het intermenselijke proces tussen de konsultvrager en diens cliënt, of tussen de konsultvrager en andere belangrijke personen in de werksituatie.

Konkluderend kunnen wij stellen dat Caplan als uitgangspunten voor zijn praktijktheorie voor de konsultatie van sociaal-psychologische en organisatie-psychologische principes gebruik heeft gemaakt, met de nadruk op de interpersoonlijke processen voor zover het de relatieopbouw betreft tussen de konsulent en de konsultvrager en de organisaties waarin deze beiden werkzaam zijn, maar dat Caplan sprekend over de konsultvrager in zijn relatie tot de cliënt zich bepaalt tot individueel psychologische denkmodellen. Dit laatste kan suggereren dat de konsultatie toch een speciaal soort psychotherapie is. Dit kan de konsulent, die in een andere rol analytisch georiënteerde psychotherapieën doet, in de verleiding brengen de konsultatie om te zetten in een psychotherapeutische, waarbij de konsultvrager in een soort patientenrol wordt gedrongen. De vraag dringt zich op waarom Caplan van origine sociaal-psychologische principes over relatie-opbouw in de ene situatie (konsulent-konsultvrager) wel en de andere situatie (konsultvrager-client) niet toepast.

Het niet van toepassing verklaren van de principes en de aanwijzingen van de ene situatie voor de andere sticht verwarring omdat het inkonsistent is. Bovendien wordt nergens duidelijk gemaakt waarom de principes in de ene situatie wel en in de andere situatie geen geldigheid hebben.

Nu wordt het ook duidelijk waarom Caplan bij de oorzaken voor het niet optimaal functioneren van de konsultvrager (paragraaf

2.3.3) twee soorten problemen niet noemt: nl. het proces tussen de konsultvrager en diens cliënt (bijv. een leiderschapsconflict, een verschil van opvatting over de doelstelling van de relatie, een waarden- of normenconflict en dergelijke) en de inwerking van de krachten die vanuit de organisatie op de konsultvrager werkzaam zijn (bijv. een conflict over de werkopvatting tussen de konsultvrager en zijn directeur of kollega's).

5.3 Onze bevindingen met de praktische aanwijzingen die Caplan geeft

Aan het begin van het konsultatieproject beschikte de konsulent slechts over de aanwijzingen van Caplan, gegeven tijdens de twee seminars in 1964 en 1965 en beschreven in zijn boek 'Principles of Preventive Psychiatry' (1964).

Zoals reeds in de vorige paragraaf werd gesteld vallen deze aanwijzingen uiteen in regels voor het opbouwen van een konsultatierelatie met de konsultvrager en diens organisatie en regels voor het bewerken van het werkprobleem dat de konsultvrager ervaart in zijn werken met de cliënt.

5.3.1 De aanwijzingen voor het opbouwen van een konsultatierelatie met de konsultvrager en diens organisatie

Deze aanwijzingen zijn beschreven in de paragrafen 2.4.2 en 2.5.2. In paragraaf 5.2 werd reeds opgemerkt dat deze aanwijzingen afkomstig zijn van gedragswetenschappelijke kant: de toegepaste sociale psychologie, zoals deze vooral wordt bedreven door agogische organisatieadviseurs (Lippitt 1958, Bennis 1969, Argyris 1967 e.a.).

De auteur van deze studie heeft zelf enige ervaring opgedaan als organisatieadviseur en had als zodanig in andere situaties van deze zelfde principes gebruik gemaakt. De principes voor de relatieopbouw met een organisatie waren hem dus vertrouwd en hadden hun waarde in de praktijk reeds bewezen.

Anders lag het bij de aanwijzingen die Caplan gaf voor het handelen van de konsulent in de individuele relatie met de konsultvrager.

5.3.2 De regels waar de konsulent zich aan dient te houden bij het bewerken van het probleem dat de konsultvrager ervaart in zijn relatie tot de cliënt

De aanwijzingen die Caplan geeft vallen in drie groepen uiteen. De ene serie aanwijzingen lijken bestemd voor analytische psychotherapeuten. De andere serie aanwijzingen zijn algemener. Tenslotte zijn er de aanwijzingen die betrekking hebben op het herkennen en bewerken van het interfererende thema.

5.3.2.1 De eerste serie aanwijzingen

Deze lijken vooral bestemd voor psychotherapeuten om hen duidelijk te maken op welke wijze zij een intensieve werkrelatie op kunnen bouwen met een konsultvrager, zonder deze laatste tot een 'patient' te maken:

- de konsulent streeft naar een nevenschikkende wederzijds afhankelijke relatie (de psychotherapeut bevordert een afhankelijkheidsrelatie, omdat hij deze afhankelijkheid nodig heeft);
- de konsulent respecteert de afweermechanismen (de psychotherapeut zal trachten de ziekmakende afweermechanismen onwerkzaam te maken);
- de konsulent aksepteert wat de konsultvrager brengt, voor wat het is (de psychotherapeut zal zich steeds afvragen, waarom wordt dit ingebracht en op deze wijze);
- de konsulent houdt het fokus van het gesprek gericht op de cliënt en niet op de konsultvrager (de psychotherapeut zal er steeds op uit zijn de belevingen van de hier aanwezige patient te bespreken; hij kan het spreken over een derde interpreteren als een afweermechanisme om te voorkomen dat de aanwezige zelf ter discussie komt);
- de konsulent bouwt een realistische relatie op met de konsultvrager (de psychotherapeut zal alles doen om de voor zijn therapeutisch handelen noodzakelijke irreële relatie met de patient te versterken: 'de overdrachtsneurose');
- de konsulent mag het emotionele gebeuren ('het proces') tussen konsulent en konsultvrager niet direkt bespreken, alleen indirect via de cliënt; direkt bespreken van de relatie is een kunstfout zegt Caplan (de psychotherapeut ziet de overdrachtsfeno-

men die zich ontwikkelen tussen hem en de patient als onmisbaar materiaal voor zijn therapeutisch handelen; de psychotherapeut moet de relatie met de patient dus wel bespreken);

— de konsulent beperkt zijn nieuwsgierigheid tot het verzamelen van relevante gegevens over het funktionieren van de konsultvrager in diens werksituatie en voor dit probleem (de psychotherapeut zal gegevens willen verzamelen omtrent de totale levenssfeer van de patient, inklusief diens historische achtergrond: de levensgeschiedenis);

— de konsulent exploreert geen gevoelens bij de konsultvragers (de psychotherapeut zal gewoonlijk de gevoelens van zijn patient wel willen exploreren).

Men zou kunnen stellen dat Caplan met deze regels heeft willen duidelijk maken dat een aantal essentiële principes uit de psychotherapeutische relatie verboden zijn in de konsultatiesituatie.

5.3.2.2 *De tweede serie aanwijzingen* is algemener van aard:

— de konsultvrager blijft zelf volledig verantwoordelijk voor de hulp aan de cliënt;

— de relatie tussen konsulent en konsultvrager dient konfidentieel te zijn;

— de konsulent rapporteert niet over de inhoud van de gesprekken naar kollega's of superieuren van de konsultvrager;

— de konsulent heeft een niet-beoordelende houding (— Engels: 'a nonjudgemental attitude'), waarbij de konsulent schouderklopjes, noch bliken van afkeuring aan de konsultvrager geeft;

— de konsulent geeft duidelijke leiding aan het gehele konsultatieproces, vanaf de voorbereidende fase tot en met de individuele konsultatiegesprekken;

— de konsultvrager is geheel vrij om het advies van de konsulent wel dan niet op te volgen.

5.3.2.3 *De aanwijzingen die door Caplan zijn gegeven*

Het herkennen en bewerken van de interfererende thema's werd uitvoerig beschreven in paragraaf 2.5.4 In paragraaf 5.2 gaven we reeds onze theoretische bedenkingen tegen het konsept thema-interferentie.

5.3.3 Onze bevindingen met de praktijkaanwijzingen van Caplan

5.3.3.1 Onze bevindingen met de algemene aanwijzingen

Onder paragraaf 5.3.1 werd reeds beschreven dat wij weinig moeite hadden met de beschreven principes voor het opbouwen van een relatie met de organisatie en de fasering die daarin optrad. De overwegingen en aanwijzingen gegeven in de paragrafen 2.4.2 en 2.5.2 bleken in de praktijk een goede leidraad voor ons handelen.

De strategie bij het opbouwen van onze relatie met de organisatie waarin de konsultvragers werkten, zoals beschreven in paragraaf 3.2 was hierop gebaseerd.

De onder paragraaf 5.3.2 beschreven aanwijzingen voor het handelen in de individuele relatie tussen konsulent en konsultvrager waren ons niet vertrouwd.

Hoe werkten deze aanwijzingen in de praktijk?

De aanwijzingen voor het opbouwen van een andere, van een psychotherapeutische te onderscheiden, relatie zoals samengevat in paragraaf 5.3.2.1 van dit hoofdstuk bleken vooral in het eerste jaar waardevol, met name voor de gesprekken met de begeleider over de aard van de zich ontwikkelende rolrelatie tussen konsulent en konsultvrager.

Caplan's aanwijzing voor het tot stand brengen van een nevenschikkende wederzijds afhankelijke relatie bleek in onze ervaring niet te verwezenlijken. Alhoewel de konsulent voor het realiseren van zijn eigen doelstellingen zich afhankelijk voelde van de konsultvragers stelden de konsultvragers zich in de praktijk afhankelijk op. Naar ons gevoel hing dit onder meer samen met de volgende factoren:

- 1 — de aan de konsulent toegeschreven deskundigheid op het terrein van de psychohygiëne, de studentengezondheidszorg en het functioneren van organisaties;
- 2 — de konsultvragers werden geacht te komen met vraagstukken uit de werksituatie die ze zelf niet tot oplossing hadden kunnen brengen en waarvan zij meenden dat de konsulent een bijdrage tot de oplossing zou kunnen geven;
- 3 — volgens aanwijzingen van Caplan geeft de konsulent duidelijk leiding (Engels: 'tight control') aan het gehele konsultatie-

proces, vanaf het kontrakt tot het individuele konsultatiegesprek; dit is nodig om de noodzakelijke kondities voor het konsuleren te bewaken en bijv. afglijden in psychotherapeutische richting te voorkomen;

4 — de in dit projekt door de konsultvragers beleefde, hogere maatschappelijke status van de konsulent: deze was psychiater en verbonden aan een speurwerkinstituut met een goede reputatie;

5 — wederzijdse afhankelijkheid is een tussenmenselijke, wederzijds beleefde relatie, die verworven moet worden; dit mag volgens Caplan niet eksplisiet gebeuren; daardoor kan deze wederzijdse afhankelijkheid moeilijk tot stand komen.

Zien wij af van het, onder vier genoemde, omdat dit specifiek gebonden is aan deze konsulent, dan kan men zich afvragen of op grond van de andere genoemde factoren, het geen illusie is te veronderstellen dat een wederzijds beleefde onderling afhankelijke, horizontale relatie kan ontstaan. Een konsulent kan echter streven naar een zo horizontaal mogelijke relatie, waarbij hij zich er dan wel van bewust dient te zijn, dat zijn oordeel en zijn handelen een grote mate van gezag krijgt, niet gebaseerd op formele status of hiërarchie, maar gebaseerd op deskundigheid en in de praktijk gebleken betrouwbaarheid.

De algemene aanwijzingen voor de individuele konsultatiegesprekken (samengevat onder paragraaf 5.3.2.2).

De richtlijn over de konfidentialiteit en het niet rapporteren naar superieuren dienen een duidelijk doel: het kreëren van een optimaal veilige situatie voor de konsultvragers, die op deze wijze bevrijd van de gebruikelijke controle en sanktiemechanismen van zijn organisatie, rustiger naar zijn eigen probleemsituatie kan kijken.

De zin van de vuistregel dat de konsulent leiding dient te geven aan het konsultatieproces zal, na de beschrijving in hoofdstuk 2, evident zijn voor de eerste fase van het konsultatieproces waarbij de konsultvragersrol nog geleerd moet worden. Hoe het verder gaat hangt af van de keuze of men streeft naar wederzijdse afhankelijkheid of dat men de afhankelijkheid laat bestaan. Dit

is een besluit van de konsulent. Met de bovenstaande aanwijzingen uit paragraaf 5.3.2.2 konden wij ons verenigen. We stellen ons echter kritischer op ten aanzien van de andere vuistregels: die over de verantwoordelijkheid, die over de vrijheid over het al of niet opvolgen van een advies en die over de niet beoordelende houding van de konsulent.

Over de verantwoordelijkheid: Caplan stelt dat de konsultvrager een volwaardige beroepskracht is, voor wiens deskundigheid de organisatie waarbij deze in dienst is, verantwoordelijk is. Caplan stelt dat de konsulent de behandeling van een cliënt alleen bij hoge uitzondering overneemt van de konsultvrager. Dit betekent aldus Caplan dat de konsulent nooit verantwoordelijk is en kan zijn voor wat de konsultvrager doet in diens relatie tot de cliënt. Reeds in het eerste jaar van ons konsultatieproject rees de vraag of deze visie op het verantwoordelijkheidsprobleem niet te ongenueanceerd is (zie ook paragraaf 3.3.8.1.1). Immers het ethische probleem van de verantwoordelijkheid kan men niet per definitie vanuit zichzelf oplossen, door te stellen dat men niet verantwoordelijk gesteld kan worden. Het probleem van de verantwoordelijkheid is slechts in samenspraak met de andere betrokkenen op te lossen via overeenstemming. Het moet ook wederzijds emotioneel geaksepteerd worden. Dit betekent dat ook al heeft de konsulent zichzelf niet verantwoordelijk verklaard voor het professionele handelen van de konsultvrager, de anderen bijv. de superieuren van de konsultvragers, de rechterlijke macht of de medische stand, de konsulent wel degelijk (mede) verantwoordelijk kunnen achten.

In 1968 legden wij Caplan dit probleem voor: wij stelden hem toen met name de vraag hoe de konsulent diende te handelen in ekstreme situaties, bijv. als een konsultvrager niet inziet dat de cliënt ernstige zelfmoordneigingen heeft. Wij vroegen Caplan of de konsulent dan niet diende in te grijpen. Caplan ontweek deze vraag toen. In zijn boek 'The theory and practice of Mental Health Consultation' van 1970 komt Caplan hierop terug. Hij stelt daarin dat in ekstreme situaties ekstreme acties nodig zijn. Herkent de konsultvrager bij zijn cliënt de zelfmoordneiging niet en onderneemt de konsultvrager geen adequate actie, dan dient

de konsulent zijn konsulentenrol opzij te zetten, zegt Caplan, en terug te keren naar zijn rol van psychiater, psycholoog of maatschappelijk werker. De konsulent onderneemt dan actie of geeft advies, maar geeft de konsultvrager dan niet de vrijheid om het advies niet op te volgen. Dat dit ingrijpen grote konsekwenties heeft voor de relatie tussen konsultvrager en konsulent zal zonder meer duidelijk zijn. Maar niet ingrijpen heeft ook enorme konsekwenties! Wij kunnen het met deze opvatting van Caplan eens zijn. Als de konsulent op grond van zijn deskundigheid ziet, dat er kalamiteiten dreigen te ontstaan heeft hij maatschappelijk gezien, de plicht in te grijpen.

Dit brengt ons echter op een andere vuistregel van Caplan, die stelt dat de konsultvrager geheel vrij is om het advies van de konsulent wel dan niet op te volgen. Wij menen dat deze vuistregel in deze vorm te weinig genuanceerd werd geformuleerd. Als de konsultvrager vraagt om een deskundige visie op zijn probleem in de relatie met de cliënt, dan kan hij een advies al dan niet overnemen. Caplan bedoelt daarmee dat in de konsultatie in tegenstelling tot bijv. de supervisie, de konsultvrager niet gebonden is tot het opvolgen van een letterlijk advies van de konsulent. Wij zijn het hiermee eens. Het is dus, behalve in ekstreme situaties, de konsultvrager die beslist of een gegeven advies ook opgevolgd zal worden. De visie van de konsulent heeft echter geen vrijblijvend karakter. Zijn visie heeft wel degelijk invloed op de besluitvorming bij de konsultvrager, hoe te handelen met de cliënt.

Tenslotte enkele opmerkingen over de regel van Caplan (paragraaf 3.2.2) dat de konsulent een niet beoordelende houding dient vol te houden, waarbij de konsulent schouderklopjes noch blijken van afkeuring aan de konsultvrager geeft. In paragraaf 3.5.3.1 werd reeds kort ingegaan op deze visie. Wij spraken toen reeds onze twijfel uit of de konsulent dit verbaal en non-verbaal vol kan of zelfs mag houden. Wij menen dat Caplan ook hier ongenueanceerd heeft geformuleerd. Caplan meent dat de konsulent niet in moet gaan op de vraag, die in de medische subcultuur vaak gesteld wordt aan een meer deskundige specialist, of iets goed of niet goed is. Een konsulent kan zich beter

onthouden van het absolute oordeel goed — niet goed. Maar dat betekent nog niet dat de visie die de konsulent, in het ideale geval samen met de konsultvrager, ontwikkelt, geen oordeel inhoudt. Wij menen dat het juist één van de belangrijkste steunende functies is van de konsulent. De konsultvrager krijgt de gelegenheid in de konsultatiesituatie (bevrijd van de sankties van zijn organisatie en zijn kollega's bijv. in het geval dat zij zijn visie niet delen of sterker nog deze visie veroordelen), zijn eigen visie op de probleemsituatie ter beoordeling voor te leggen aan een deskundige buitenstaander. Het konsultatiegesprek, beschreven in paragraaf 4.3.1, vinden wij een goede illustratie voor onze opvatting. In hoofdstuk 6 zullen wij nog op dit punt terugkomen.

5.3.3.2 Onze bevindingen met de thema-interferentie in de praktijk

Reeds in het eerste jaar van ons eksperiment met konsultatie rees bij de begeleider en bij de konsulent de vraag naar de frequentie van het vóórkomen van thema-interferentie. Slechts in enkele gevallen uit het eerste jaar was het ons mogelijk thema-interferentie te herkennen. In Caplan's studie vonden we geen percentages. Wij overwogen dat de konsulent wellicht niet genoeg vaardigheid had ontwikkeld om thema-interferentie te herkennen. De andere mogelijkheid was dat ook Caplan slechts in een beperkt aantal gevallen thema-interferentie diagnostiseert. Reeds in paragraaf 3.3.8.1.1 vroegen wij ons af wat de consequenties zijn voor de konsultatiemethode, als zou blijken dat reductie van de thema-interferentie niet centraal staat. Wij vroegen ons af hoe er in de konsultatiesituatie dan wél methodisch gewerkt kon worden aan de problemen in de relatie tussen de konsultvragers en de cliënten.

De konsulent werd in de gelegenheid gesteld om Caplan persoonlijk deze vragen voor te leggen, terwijl hij tevens enkele andere vooraanstaande specialisten op het terrein van de psychohygiëne kon bezoeken om met hen van gedachten te wisselen. In een persoonlijk onderhoud in 1968 deelde Caplan mee dat naar zijn ervaring thema-interferentie voorkwam in ongeveer 10 %

van de konsultatiegesprekken. Over het methodologisch werken aan probleemoplossing in de overige 90 % van de gevallen gaf Caplan geen duidelijk beeld. In de persoonlijke gesprekken met Bindman in Boston, Knight Aldridge in Chicago en Bernard in New York City bleek dat zij ernstig twijfelden of het konsept thema-interferentie in de praktijk van de konsultatie wel van zo grote waarde was. Zij meenden dat de methode van thema-reduktie veel te ingewikkeld was, moeilijk om te leren en tijdrovend, terwijl het nuttig effect nog niet was aangetoond.

In het hoofdstuk Evaluatie in Caplan's 'Theory and practice of Mental Health Consultation' uit 1970 beschrijft hij een evaluatiestudie van Louisa P. Howe, waarbij gebruik gemaakt werd van onafhankelijke beoordelaars. Zij vond in een konsultatieprojekt met wijkverpleegsters in 1961 in 60 % van de konsultatiegesprekken thema-interferentie. Caplan geeft in zijn laatste boek echter geen percentages van andere en latere projekten. Wel schrijft hij dat uit evaluatiestudies blijkt dat professionele objectiviteit bij konsultvragers vaker optreedt nadat de konsulent van thema-interferentie reduktie-technieken heeft gebruik gemaakt, dan bij het gebruik van andere technieken, zoals steunen, informeren, e.d.

Na de gesprekken met een aantal deskundigen in Amerika hebben wij op basis van onze eigen teleurstellende ervaringen met het opsporen en bewerken van het interfererende thema en op theoretische gronden (zie ook paragraaf 5.2) in 1968 de beslissing genomen af te zien van het dwangmatig willen opsporen van interfererende thema's. Het verschaft de konsulent de vrijheid om minder gepreokkupeerd naar de konsultatiesituatie te kijken en zijn eigen werkwijze en konsepties te ontwikkelen.

In de praktijk hebben wij ons dus geen definitief oordeel over de interfererende-thema-theorie kunnen vormen.

5.4 Onze bevindingen met Caplan's indeling van de problemen die de konsultvrager in zijn werk met de cliënt kan belemmeren

In paragraaf 2.3 beschreven wij de vier soorten problemen die de konsultvrager in zijn werk met de cliënt sterk kan belemmeren: — een gebrek aan kennis en inzicht over het probleem waar de cliënt mee komt;

— een gebrek aan vaardigheid om van de kennis en inzichten omtrent de problemen van de cliënt gebruik te maken;

— een gebrek aan zelfvertrouwen;

— een gebrek aan professionele objectiviteit; hierbij worden vijf hoofdoorzaken onderscheiden: directe persoonlijke betrokkenheid, identifikatie, overdracht, afwijkingen in de persoonlijkheidsstructuur en thema-interferentie.

Reeds in dat hoofdstuk signaleerden wij dat Haylett en Rapoport een andere indeling volgden:

— een gebrek aan kennis en vaardigheden;

— factoren in de organisatie die het funktioneren van de konsultvrager belemmeren;

— persoonlijke factoren bij de konsultvrager.

Op theoretisch methodologische gronden hebben wij in paragraaf 5.2 stelling genomen tegen de inkonsistente denkwijze van Caplan bij zijn denken over de relatieopbouw tussen de konsulent en de konsultvrager en diens organisatie enerzijds en zijn denken over de relatie tussen de konsultvrager en diens cliënt anderzijds. Wij hebben toen gesteld dat Caplan voor de laatste situatie is teruggevallen op klinische, intrapsychische modellen voor het minder goede funktioneren, met voorbijgaan aan de invloed van interpersoonlijke dynamiek tussen de konsultvrager en de cliënt en met voorbijgaan aan de inwerking van de krachten die vanuit de organisatie op de konsultvrager werkzaam zijn.

De indeling van Haylett en Rapoport komt voor een deel aan deze kritiek tegemoet, doch ook zij houden geen rekening met de interpersoonlijke dynamiek tussen de konsultvrager en de cliënt.

In paragraaf 4.1 hebben wij een schematisch overzicht gegeven van de oorzaken die het funktionieren van de konsultvragers belemmerden in ons konsultatieprojekt. Wij hebben daar gebruik gemaakt van de indeling van Haylett en Rapoport, omdat wij op het moment dat wij het klassifikatiewerk deden nog niet over het door ons ontwikkelde, in paragraaf 6.4 beschreven, verbeterde schema beschikten. Wij meenden er echter goed aan te doen deze indeling te vermelden om de lezer de gelegenheid te geven de ontwikkeling in ons werk te volgen.

In hoofdstuk 6 zullen wij uiteenzetten hoe volgens ons beter geklassificeerd kan worden.

6

Een werkhypothese voor het creëren en handhaven van een konsultatierelatie

6.1 Inleiding

In paragraaf 5.2 hebben wij uiteengezet dat het geheel van werkprincipes en regels die richting geven aan het handelen in een bepaalde praktijksituatie, praktijktheorie wordt genoemd. Deze praktijktheorie is niet primair deskriptief, noch preskriptief. Zij biedt regels voor het voltrekken van bepaalde vormen van actie.

In dit hoofdstuk willen wij proberen een denkkader te ontwikkelen waarop de praktijkwerker in verschillende situaties zijn handelen kan baseren. Dit denkkader zal in paragraaf 6.2 uitgewerkt worden. Een denkkader dient richting te geven aan het handelen in de praktijksituatie.

In paragraaf 6.3 zullen richtlijnen voor het handelen in de praktijk worden aangegeven. Wij menen dat het denkkader zoals wij dat ontwikkeld hebben ook consequenties heeft voor de wijze van indelen van de verschillende oorzaken voor het minder goed functioneren van de konsultvragers. Paragraaf 6.4 is geheel gewijd aan deze klassifikatie.

In dit hoofdstuk zal niet meer worden ingegaan op de definiëring van de konsultatie. Evenmin zullen wij opnieuw ingaan op de doelstellingen van de konsultatie. Wij menen dat wij daarop in paragraaf 2.2 voldoende uitvoering zijn ingegaan.

6.2 Het denkkader

Bij de opbouw van het denkkader hebben wij gebruik gemaakt van het denken over tussenmenselijke relaties uit drie verschillende theoretische richtingen:

- de psychodynamische theorie met de nadruk op het tussenmenselijke functioneren (Sullivan 1953);
- de roltheorie (Van Doorn en Lammers 1959);
- de krachtenveldtheorie (Lewin 1948).

Uitgangspunt van deze studie is geweest het beproeven van een methode voor een deskundig adviseur, de konsulent, die beoogt de werkprestatie van een beroepskracht te verbeteren.

In deze studie werd dus steeds gesproken over de wijze waarop een konsulent iemand anders in zijn beroepsrol kan helpen bij zijn functioneren. Bemoeienis door de konsulent met een andere dan de beroepsrol werd nadrukkelijk uitgesloten. Onder rol wordt verstaan het geheel van normen en verwachtingen, dat men koestert jegens personen in een bepaalde positie.

In de konsultatiesituatie staan de konsulent en de konsultvrager voor de opgave tot nu toe niet verkende, reciproke rollen op te bouwen. De posities zijn onduidelijk en er bestaat geen communis opinio over de kwestie hoe een konsulent zich behoort te gedragen. Ditzelfde geldt voor de konsultvrager. Met behulp van een aantal grondprincipes en een aantal overeengekomen regels zullen zij gezamenlijk hun wederzijdse rollen in de praktijk moeten ontwikkelen en leren.

Van Doorn en Lammers (1959) spreken over het geheel van normen en verwachtingen die men koestert jegens personen in een bepaalde positie. Zij werken dit begrip normen en verwachtingen niet uit. Wij willen dit wel doen met behulp van de ideeën van Sullivan (1953). Volgens Sullivan staan de interaktionele processen voor de ontwikkeling van de persoonlijkheid centraal. De persoonlijkheid zoals deze zich thans aan ons voordoet, kan niet geïsoleerd gezien worden van het kompleks van intermenselijke relaties waarin de persoon leeft en zijn eksistentie heeft. Het gebeuren met het individu in het verleden is erg belangrijk om de huidige menselijke verhoudingen te begrijpen,

maar het verleden wordt gedefinieerd in termen van vroegere relaties. De opvattingen, meningen, houdingen, visies of mens-beschouwingen, normen en waarden die het individu thans heeft, zijn tot stand gekomen door interaktionele processen met anderen in het verleden. Bij het tot stand komen van een houding ten aanzien van een bepaald vraagstuk is de mening of de houding over een bepaalde persoon of groep van doorslaggevende betekenis geweest: we spreken dan van voor het individu Belangrijke Anderen. Dit proces loopt tot op dit moment door. De houding van het individu wordt ook thans bepaald door de eigen opvatting of mening af te wegen tegen die van één of meer Belangrijke Anderen.

Voorbeeld: In de gezinssituatie is de mening van de man van groot belang voor het bepalen van de houding van de vrouw ten opzichte van het al of niet gebruiken van de pil, als maatregel bij de gezinsplanning. De echtgenoot kan voor haar een Belangrijke Andere zijn, doch ook de huisarts, een geestelijke, of een vriendin.

Dient deze zelfde vrouw echter een beslissing te nemen over de aankoop van een huishoudelijk apparaat, dan kunnen de huishoudelijke hulp, de Consumenten Bond, de verkoper in de winkel, de Belangrijke Anderen zijn voor het bepalen van haar houding.

Sullivan beschreef zijn persoonlijkheidsmodel met betrekking tot de totale persoonlijkheidsontwikkeling. Wij menen dat bij het ontwikkelen van een beroepshouding ook Belangrijke Anderen een rol gespeeld hebben en nog spelen, geheel in overeenstemming met Sullivan's persoonlijkheidsmodel voor de totale persoonlijkheidsontwikkeling.

Bij het tot stand komen van de houding van de arts tot zijn patient is de houding van hoogleraren en wetenschappelijke staf van grote betekenis. Deze dienen tot rolmodel: zij zijn Belangrijke Anderen geweest. Hoe de houding van de arts in zijn werkerol thans is, wordt bepaald door het feit aan wie hij thans de grootste waarde toekent voor het vormen van zijn mening. De associé, het Nederlands Huisartsen Genootschap, of de 'kritiese

artsen' kunnen nu de Belangrijke Anderen zijn, die de beroepshouding van de arts ten opzichte van de patient of ten opzichte van de kollega's bepalen. Wat gebeurt er nu indien het individu voor het bepalen van zijn houding tegenstrijdige boodschappen krijgt in zijn interactie met meerdere voor hem Belangrijke Anderen. Dit brengt ons op de veldtheorie van Lewin (1947) en de daaruit afgeleide theorie van de kwasi-stationaire evenwichten. Lewin ontwierp een psychologische veldtheorie naar analogie van de fysische (magnetische) veldtheorie.

Elk individu bevindt zich in een psychologisch veld, dat kan worden opgedeeld in leefruimten. Tot de leefruimten behoren alle feiten die op een bepaald tijdstip effecten hebben op het gedrag van het individu, ook indien deze zich daar niet van bewust is. Het individu behoort zelf ook tot die leefruimte. Vanuit die leefruimten zijn dus krachten werkzaam op het individu. In een situatie van rust zijn de krachten die op en vanuit het individu werkzaam zijn met elkaar in evenwicht. Naast de psychologische leefruimte komt Lewin tot het ontwerp van een objectieve sociale ruimte. In tegenstelling tot de leefruimte die subjektief is, is de sociale ruimte objectief. De gebondenheid aan een bepaalde persoon bestaat in de sociale ruimte niet meer. In de sociale ruimte kunnen de mogelijke activiteiten van meerdere personen tegelijk worden beschouwd en weergegeven.

Hutte (1966) vraagt zich af hoe een arbeidsorganisatie als een sociale ruimte is weer te geven. Hij meent dat het essentieel is voor elke arbeidsorganisatie dat er taken worden verricht. Taken ontleend aan en afgeleid van de doelstelling der organisatie, welke doelstelling in het beleid wordt gerealiseerd. Daarnaast worden in organisaties méér psychische activiteiten aangetroffen, zoals emotionele uitingen (bemoediging, afkeuring, agressie, speels gedrag), kortom alle denkbare kommunikatie die mensen in groepsverbanden met elkaar plegen te onderhouden. Al deze uitingen zijn echter slechts relevant, indien zij op één of andere wijze met de taakvervulling verband houden, omdat het verrichten van taken de meest duidelijke en omvattende verklaring biedt voor het aanwezig zijn van mensen in arbeidsorganisaties. Hutte komt er dan toe om de deelbaarheid van een arbeidsorganisatie konse-

tueel te beschouwen als deelbaarheid van taak complexen. Elk onderscheidbaar taakgebied kan als 'taakveld' aangeduid worden. Zodoende wordt een organisatie dan weergegeven als een geheel van onderscheiden taakvelden.

Wij menen nu dat de wijze waarop het individu in zijn taakveld funktioneert wordt bepaald door de krachten die werkzaam zijn op en vanuit het individu. Deze krachten kunnen uitgaan van een kollega, een ondergeschikte, een chef, een cliënt of fysieke hulpmiddelen. Indien er nu een evenwicht van krachten wordt beleefd tussen de eigen houding en opvatting in het taakveld van de taakverrichter en die van zijn kollega's, ondergeschikten, chef of cliënt, dan voelt deze taakverrichter zich ontspannen en emotioneel gesteund.

Bestaat er echter géén overeenstemming b.v. tussen een taakverrichter en zijn chef over de houding en de opvatting ten aanzien van de taak, dan beleeft men spanning. Om deze spanning te verminderen zal er een verschuiving van het evenwicht in de richting van een gemeenschappelijke houding en opvatting nagestreefd worden.

Volgens Lewin zijn er twee basismethoden om houdingen of opvattingen in het taakveld te veranderen:

1 door de naar verandering strevende krachten te versterken of door

2 de verandering tegenhoudende krachten uit te schakelen.

In het eerste geval zal de verandering gepaard gaan met een relatief hoge spanning, omdat door het versterken van de ene kracht, de tegenwerkende kracht veelal ook toeneemt, in het tweede geval met veel minder spanning.

Het gehele veranderingsproces wordt gekenmerkt door drie fasen te weten:

a — 'unfreezing'; dit is het op gang brengen van het veranderingsproces; in deze fase moeten de groepsnormen worden doorbroken;

b — 'moving'; dit is de fase waarin het werkelijke veranderingsproces zich voltrekt, er is dus geen evenwicht;

c — 'freezing'; dit is een nieuw evenwichtsniveau; er moeten nieuwe normen vastgesteld worden.

Lewin heeft deze theorie opgesteld na het houden van een aantal experimenten, waarbij door middel van lezingen en groepsdiskussies getracht werd een sociaal veranderingsproces op gang te brengen. De groepsdiskussies bleken een veel groter effect te hebben dan de lezingen.

Schwarz (1970) meent dat het om een aantal redenen het meest zinvol lijkt om niet slechts de belemmerende factoren uit te schakelen, maar ook om de verandering bevorderende factoren te versterken. De theorieën van Lewin, waarbij het individu in een krachtenveld wordt geplaatst, waarbij invloeden op hem worden uitgeoefend vanuit zijn omgeving, sluiten in menig opzicht aan op de ideeën van Sullivan.

Welke betekenis nu hebben deze theorieën voor de konsultatie? Voor de konsultatiesituatie zouden wij de konsultvrager kunnen zien als zich bevindend in een taakveld, waarbij zijn taakverrichting bepaald wordt door zijn eigen houding en opvatting. Deze eigen houding en opvatting is een resultante van, en bevindt zich in een kwasi-stationair evenwicht, met de houdingen en opvattingen van de Belangrijke Anderen, individuen zowel als groepen (chefs, kollega's, ondergeschikten, specialisten, cliënten of patienten).

Problemen in het taakveld kunnen dan gedefinieerd worden als een gebrek aan overeenstemming over houdingen en opvattingen, waardoor een verstoring van het evenwicht van krachten is ontstaan, wat aanleiding geeft tot het beleven van verhoogde druk, of spanning of onzekerheid over het nieuwe 'evenwicht'.

Het verloren gaan van overeenstemming over houding en opvattingen in het taakveld betekent ook het dreigend verlies van een als emotioneel steunpunt beleefde Belangrijke Andere. Dit geeft gevoelens van onzekerheid. Het individu kan dan drie dingen doen:

- 1 zoeken van steun bij een andere Belangrijke Andere (een kollega of de konsulent);
- 2 proberen te komen tot een nieuwe gemeenschappelijke houding en opvatting met de Belangrijke Andere of groep van Belangrijke Anderen die men dreigt te verliezen;
- 3 beide.

Doet het individu het tweede, dan kan het zijn dat hij na het bereiken van overeenstemming met de onder 2 genoemden weer met andere Belangrijke Anderen in konflikt raakt. In zulke gevallen is het nuttig een veranderingsstrategie te kiezen, waarbij alle Belangrijke Anderen in een groep bijeen gebracht worden om de verandering in houding en opvattingen gemeenschappelijk te maken.

Deze strategie werd gebruikt in ons eksperimentele projekt, toen de konsulent aan het eind van de eerste konsultatieperiode een aantal groepsbesprekingen entameerde om veranderingen in houding en opvatting mogelijk te maken. (Zie paragraaf 3.3.8.1.3) Doordenkend op deze lijn is het voor een konsulent van het grootste belang dat hij een relatie opbouwt waarbij hij door de konsultvrager als een Belangrijke Andere wordt erkend. Dit is een ingewikkeld en tijdrovend proces, dat uitvoerig werd beschreven in paragraaf 2.5.

In paragraaf 6.3.2 zal nog nader op deze relatie-opbouw worden ingegaan.

Wat hebben deze theoretische beschouwingen nu te maken met de konsultatiesituatie.

Kort samengevat menen wij dat, wanneer een konsultvrager naar de konsulent komt met een probleem dat hij ervaart in zijn werken met een cliënt, de konsultvrager zich in onzekerheid bevindt over zijn eigen houding en opvatting ten aanzien van de relatie tot de cliënt of het probleem dat de cliënt brengt. De konsultvrager kan een probleem ervaren doordat hij er onzeker over is of zijn eigen houding ten opzichte van de cliënt of het probleem dat de cliënt presenteert, in overeenstemming is met de houding en opvattingen van voor-de-konsultvrager-Belangrijke-Anderen (kollega's, chefs, ondergeschikten). (Geval 1, beschreven in de paragrafen 4.2.2 en 4.2.4 is hier een fraai voorbeeld van).

De konsulent kan, door het verhelderen van de houding en opvatting van de konsultvrager en door het ontwikkelen van een strategie waardoor kennis en inzicht verworven kunnen worden over de houding en opvattingen van de voor-de-konsultvrager-Belangrijke-Anderen, de konsultvrager helpen bij het ontwikke-

len van zekerheid over een eigen positie en houding ten aanzien van de cliënt en de Belangrijke Anderen. De konsulent bouwt met de konsultvrager een rol op.

6.3 Aanwijzingen voor de praktijk van de konsultatie

In deze paragraaf willen we een aantal vuistregels formuleren, die gebaseerd zijn op de in de vorige paragraaf beschreven denk-kaders. Deze regels zijn nodig om de konsultatiedoelstellingen te kunnen realiseren, en zij kunnen de konsulent en de konsultvrager helpen bij de opbouw van hun rollen.

Eerst zullen algemene richtlijnen voor het handelen in de konsultatiesituatie worden beschreven (paragraaf 6.3.1). Vervolgens zullen richtlijnen worden gegeven voor het handelen in de verschillende fasen van de konsultatierelatie en in de probleem-oplossende fase van het konsultatieproces (paragraaf 6.3.2).

6.3.1 Algemene richtlijnen voor het handelen in de praktijk

— De konsulent en de konsultvrager(s) streven naar overeenstemming over het doel van de konsultatierelatie, de wederzijdse verantwoordelijkheden en procedures voor de besluitvorming en voor het bewaken van de gemaakte afspraken.

— Gezien de voorsprong in kennis en ervaring die de konsulent moet hebben op de konsultvrager, wat betreft konsultatieproblematiek, bewaakt de konsulent de kondities en geeft, althans aanvankelijk, leiding aan het konsultatieproces.

— De konsulent streeft naar het opbouwen en handhaven van een realistische relatie met de konsultvrager (hij zal trachten overdrachtsreacties te beperken).

— De konsulent streeft naar het tot stand brengen van een zowel voor de konsulent, de konsultvragers, als hun respectievelijke chefs, medewerkers of ondergeschikten, belangrijke samenwerkingsrelatie.

— De konsulent helpt de konsultvrager een realistische visie op het probleem te ontwikkelen, waarbij de konsultvrager als het ware de 'stenen' aandraagt. De konsulent biedt verschillende mogelijkheden aan voor de wijze waarop 'de muur' opgetrok-

ken zou kunnen worden.

De konsultvrager trekt zelf de muur van zijn keuze op, met de bouwstenen die hem passen.

Voor de beslissing wat er met 'de stenen' gaat gebeuren is de konsultvrager dus verantwoordelijk, tenzij kalamiteiten dreigen. Dan grijpt de konsulent in.

— De konsulent houdt in overeenstemming met de doelstelling van de konsultatie het fokus van het gesprek op het functioneren van de konsultvrager in de werkrol.

— Tijdens het gesprek exploreert de konsulent de gevoelens van de konsultvrager slechts voorzover ze direkt van betekenis zijn voor het functioneren in de werkrol. De gevoelens van de konsultvrager worden wel door de konsulent geregistreerd en geanalyseerd, maar voor de konsultvrager niet geïnterpreteerd. De konsulent laat blijken dat hij de gevoelens aksepteert voor wat ze zijn.

De konsulent probeert te voorkomen dat de konsultvrager gaat associëren over de gevoelens, die hij op dit moment heeft. De konsultvrager loopt anders de kans terecht te komen in zijn persoonlijke levenssituatie of levensgeschiedenis. Uitmijnen naar het persoonlijke leven valt buiten de afspraken over het doel van de konsultatie en dient dus vermeden te worden.

— De konsulent onderzoekt de aard van de huidige emotionele relatie tussen de konsultvrager en diens klient. De konsulent bespreekt de samenwerkingsrelatie konsultvrager-klient ook met de konsultvrager, opdat deze laatste kan beslissen of wellicht gedragsalternatieven mogelijk of geïndiceerd zijn.

— De konsulent beperkt zijn werk met de konsultvrager niet tot het hier en nu. De professionele loopbaan van de konsultvrager, zijn houding en opvattingen in het huidige taakveld en zijn aspiraties voor de toekomst, kunnen belangrijke gegevens zijn bij het beoordelen van de huidige, als probleem ervaren situatie in het taakveld.

— De konsulent dient zich ervan bewust te zijn dat het huidige gedrag van de konsultvrager sterk beïnvloed wordt door de meningen, houdingen en prestaties van voor hem Belangrijke Anderen, binnen en buiten zijn werkorganisatie. Deze Belangrijke

Anderen kunnen zowel losse individuen als groepen of organisaties zijn.

— De konsulent streeft ernaar niet beoordelend te zijn in termen van goed of niet goed. De konsulent geeft wel blijk van zijn eigen mening en houding ten aanzien van het door de konsultvrager gepresenteerde probleem. De konsultvrager beschouwt de konsulent als een voor dit probleem Belangrijke Andere en zoekt ondersteuning bij zijn poging zijn visie te verhelderen.

— De konsulent en de konsultvrager streven ernaar om in overeenstemming te blijven met de opvattingen die leven in hun respectievelijke thuisorganisaties over de houding en opvattingen in het taakveld.

— Gezien het persoonlijke karakter van de samenwerkingsrelatie tussen konsulent en konsultvrager dient deze relatie konfidentieel te zijn en dient er niet dan na uitdrukkelijke toestemming over de inhoud van het gesprokene te worden gerapporteerd of besproken met derden.

6.3.2 Richtlijnen voor de konsulent voor het handelen in de verschillende fasen van de konsultatierelatie

Wij willen proberen om voor de verschillende fasen van het konsultatieproces een aantal vragen te formuleren, waarop de konsulent kan terugvallen bij het funktioneren in de praktijk. Wij zullen hier dus geen overzicht geven van wat daarover reeds werd gezegd in de paragrafen 2.4 en 2.5 en van ons kommentaar werd voorzien in de paragrafen 3.2 en 3.3. De aanwijzingen in deze paragraaf zijn dus beter vergelijkbaar met een anamnese en onderzoekschema, zoals b.v. in gebruik bij de opleiding van studenten in de geneeskunde.

Zoals reeds werd uiteengezet in de paragrafen 2.4 en 2.5 zijn er in het konsultatieproces verschillende fasen te onderscheiden. In de onderscheiden fasen moeten van elkaar verschillende thema's worden doorgewerkt, samenhangend met de doelstellingen in die fasen. We zullen de vragen, te stellen in de verschillende fasen van relatie-opbouw, dan ook apart behandelen.

In paragraaf 6.3.2.1 bespreken we het onderzoek in de oriëntatiefase, in paragraaf 6.3.2.2 bespreken we het onderzoek in de

relatie-opbouwfase. Vervolgens zullen onder 6.3.2.3 het onderzoek in de diagnostische fase en onder 6.3.2.4 de probleemoplossende fase en evaluatie worden behandeld.

6.3.2.1 Het onderzoek in de orientatiefase

Doelstellingen:

- het verkennen of de konsultatie het geschikte model is voor de konsultvrager(s) en hun organisatie om hun doelstellingen met de cliënten te bereiken;
- het verkennen of de kondities in deze organisatie zodanig vervuld zijn, dat verwacht mag worden dat deze konsulent met deze konsultvragers een goede werkrelatie kan opbouwen.

Middelen:

- het voeren van individuele en groepsgesprekken met toekomstige konsultvragers, hun medewerkers, hun chefs en eventuele verantwoordelijke besturen, direkties e.d.;
- het lezen van jaarverslagen, meerjarenplannen, structuurrapporten etc.

Op deze wijze kan de konsulent zich een beeld vormen over het funktioneren van de toekomstige konsultvragers en hun organisatie. Daarbij dient de konsulent de volgende vragen in gedachten te houden:

- liggen de doelstellingen voor de konsultatie tussen konsulent en konsultvragers niet te ver uiteen?
- liggen de waardensystemen van de konsulent en de konsultvragers en hun respektievelijke organisaties niet te ver uiteen?
- zijn de konsulent en de konsultvragers voldoende gemotiveerd tot en bereid te investeren in het opbouwen van een konsultatiere relatie?
- hoe bewust en ten aanzien waarvan is de organisatie van de konsultvragers zich van het feit dat er konsekwenties van de konsultatie zijn voor het funktioneren van de individuele konsultvragers in hun werk met de cliënten en voor het funktioneren van de konsultvragende organisatie?
- hoe stabiel is de organisatie van de konsultvragers? Wordt deze organisatie in zijn voortbestaan bedreigd?
- zijn de konsultvragers het eens over de doelstellingen van de

konsultatie?

— wat is het niveau van opleiding en ervaring bij de konsultvragers?

— wat voor 'image' heeft de organisatie of het hoofdberoep van de konsulent bij de konsultvragers?

— kan de konsulent zich identificeren met de doelstellingen van de organisatie waarin de konsultvragers werken? Eveneens ten aanzien van het doel en de opbouw van hun functie.

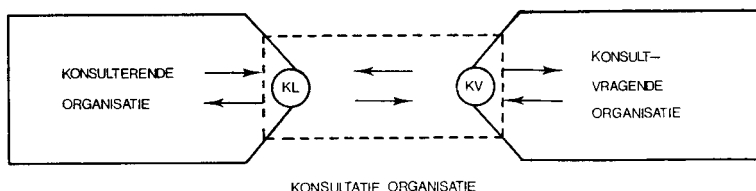
— hoe vertrouwd is de konsulent met het werk en het cliënt-systeem van de konsultvragers?

6.3.2.2 Het onderzoek in de relatie-opbouwfase

Doelstellingen:

— het opbouwen van een konsultatie-organisatie, waaraan minstens één persoon uit de konsulerende en één persoon uit de konsultvragende organisatie deelneemt (zie figuur 2).

Figuur 2



Middelen:

— het voeren van gesprekken tussen de konsulent (soms bijgestaan door een medewerker of chef uit de konsultgevende organisatie) en de konsultvragers (soms bijgestaan door één of meer medewerkers of chefs uit de konsultvragende organisatie).

Tijdens deze gesprekken werken de konsulent en de konsultvragers aan het opbouwen van een konsultatie-organisatie, waarbij men zich voor deze organisatie gezamenlijk tot taak stelt te werken aan:

- de doelstellingen van de konsultatie-organisatie,
- de procedures volgens welke zal worden gewerkt,

— de besluitvormingsstructuur en de wijze waarop men zich aan besluiten bindt,

— een waarden- en normensysteem,

— sanktiemechanismen op overtreding van dit normen- en waardensysteem,

— een wederzijds gevalideerd kommunikatiesysteem, met nadruk op het wederzijds afstemmen van de beide referentiekaders.

Zoals elke organisatie zullen degenen die deel uitmaken van deze konsultatie-organisatie zich er rekenschap van moeten geven dat zij gelijktijdig lid zijn van minstens twee sociale systemen en dat het onderhouden van goede relaties met de eigen thuisorganisatie (in dit geval voor de konsulent de konsultgevende organisatie en voor de konsultvragers de konsultvragende organisatie) van groot belang is. Binnen deze konsultatie-organisatie zullen de individuele konsultvragers met de konsulent overeenstemming moeten bereiken over hun onderlinge posities, en normen en verwachtingen ten aanzien van die posities. Het geheel van werkafspraken dat gemaakt wordt voor het goed laten functioneren van de konsultatie-organisatie dient te worden vastgelegd in een kontrakt.

6.3.2.3 *Het onderzoek in de diagnostische fase*

Doelstellingen:

— het verkennen van het probleem dat de konsultvrager heeft met zijn cliënt(en): *probleemanalyse*;

— het verkennen van de situatie waarin de cliënt zich bevindt: *situatie-analyse*;

— het verkennen van de positie* die de konsultvrager inneemt ten opzichte van zijn cliënt(en) en de houding ten opzichte van het probleem dat deze cliënten brengen: *positie-analyse konsultvrager*

— het verlenen van de positie die de konsulent inneemt ten opzichte van de konsultvrager en de houding ten opzichte van het probleem dat deze konsultvrager brengt: *positie-analyse konsulent*.

* Onder positie wordt verstaan het om een bepaalde persoon gecentreerde 'knooppunt' van sociale betrekkingen en verhoudingen (definitie Van Doorn en Lammers 1959).

De indeling: klacht- en probleemanalyse, situatie-analyse en positie-analyse werd ontleend aan Driessen (1971).

Middelen: — het voeren van gesprekken tussen de konsulent en één of meer konsultvragers. Tijdens deze gesprekken richt de konsulent zijn aandacht op:

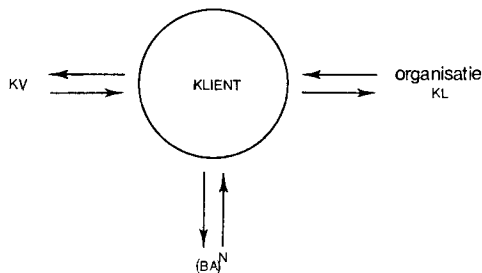
6.3.2.3.1 De probleemanalyse

Welke vraag stelt de konsultvrager? Is de aangeboden klacht een verkennende vraag of heeft deze klacht wel degelijk te maken met het probleem dat de konsultvrager ervaart in zijn werk met de cliënt?

Wat is de opgave die de konsultvrager niet aan kan en waarom niet?

6.3.2.3.2 De situatie-analyse van de cliënt

Figuur 3



KV = Konsultvrager

(BA)N = de Belangrijke Anderen, die een rol spelen in de problematische situatie waarin de cliënt zich bevindt

Org. KL = Organisaties waar de cliënt lid van is (gezin, bedrijf, kerk)

Vragen bij de situatie-analyse zijn:

— wie is de cliënt? in welke leeftijdsfase is hij? informatie over de levensgeschiedenis.

— wat beleeft de cliënt thans als probleem? hoelang heeft hij het probleem al?

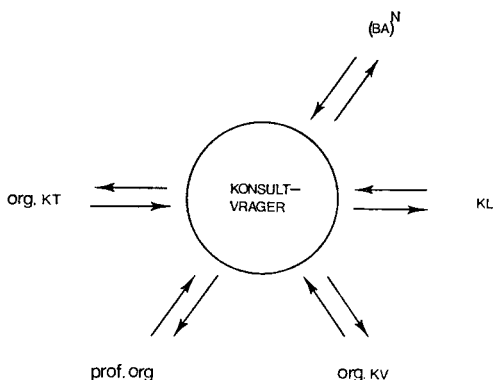
— welke Belangrijke Anderen beleeft de cliënt als bijdragende tot zijn probleem: B.A. kunnen zijn ouders, verloofde, vrienden, hoogleraren, kinderen, chef, buurman, etc.;

— beleeft de cliënt ook spanningen tussen hemzelf en de organisaties waar hij deel van uitmaakt: gezin, fakulteit, bedrijf, kerk, beroepsvereniging of vakbond.

— heeft de cliënt soortgelijke problemen al eerder doorgemaakt? hoe werden die dan opgelost?

6.3.2.3.3 De positie-analyse van de konsultvrager

Figuur 4



KT = Konsulent

KL = Kliënt

(BA)N = de Belangrijke Anderen, die een rol spelen in de als probleem ervaren relatie met de cliënt

Org. KV = de konsultvragende organisatie

Prof. Org. = Professionele Organisatie(s) waaraan de konsultvrager zich refereert: Bond van Maatschappelijk Werkers, Nederlands Instituut van Psychologen, etc.

Vragen bij de positie-analyse zijn:

— wie is de konsultvrager: in welke leeftijdsfase? hoelang is hij al werkzaam in deze beroepsrol, bij deze of in andere organisaties? hoe is de loopbaan van deze konsultvrager geweest? welke opleidingen heeft hij gevolgd? welke opvatting heeft de konsultvrager over 'goed' werk? welke ambities heeft de konsultvrager (karrière)?

— wat beleeft de konsultvrager als problematisch in zijn professionele relatie tot de cliënt?

— welke Belangrijke Anderen beleeft de konsultvrager als bij-

dragende tot dit probleem? B.A. kunnen zijn: kollega's werkzaam in dezelfde organisatie of werkzaam in een andere organisatie, directeur, specialisten, ondergeschikten;

— beleeft de konsultvrager spanning tussen hemzelf en de werkorganisatie waar hij deel van uitmaakt: werkgroep, afdeling, sectie, bedrijf?

— beleeft de konsultvrager spanning tussen hemzelf en de professionele organisatie waar hij lid van is of waaraan hij refereert?

— heeft de konsultvrager al soortgelijke moeilijkheden met cliënten gehad en hoe heeft hij deze problemen toen opgelost?

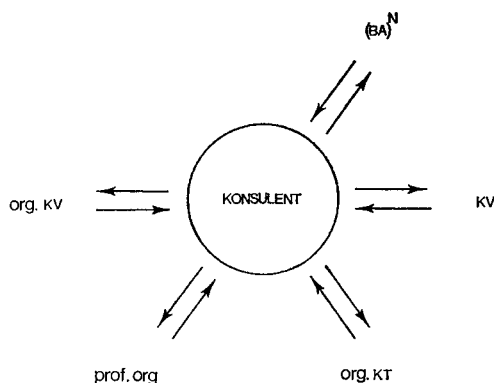
— heeft de konsultvrager thans ernstige persoonlijke problematiek buiten de werksfeer, die interfereert met zijn functioneren in de professionele rol?

Deze problematiek kan tijdelijk en acuut zijn, b.v. samenhangend met het verlies van een geliefd persoon, huwelijksmoeilijkheden of financiële perikelen. Of verkeert de konsultvrager in een andere waarden crisis samenhangend met zijn levensfase, dus problemen die bij elk normaal individu voorkomen. Daarnaast dient de konsulent verdacht te zijn op chronische persoonlijkheidsproblematiek (karakterstoornissen, neurosen, e.d.).

Vragen stellen over deze belemmeringen voor het functioneren in de professionele rol kan de konsulent niet volgens het kontrakt. Spontaan gegeven informatie door de konsultvrager of andere signalen kunnen de konsulent echter op het spoor brengen.

6.3.2.3.4 De positie-analyse van de konsulent

Figuur 5



- KV = Konsultvrager
 (BA)N = de Belangrijke Anderen, die een rol spelen bij het konsultatiewerk van de konsulent
 Org. KV = de konsultvragende organisatie
 Prof. Org. = de Professionele Organisatie(s) waaraan de konsulent zich refereert: Bond van Maatschappelijk Werkers, Nederlands Instituut van Psychologen, Ned. Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie etc.
 Org. KT = de konsultgevende organisatie: MOB, NIPG/TNO, Dienst voor de Geestelijke Volksgezondheid, Universiteitskliniek, e.d.

Vragen bij de positie-analyse van de konsulent zijn:

- wie is de konsulent: in welke leeftijdsfase? hoelang is hij al werkzaam in de konsulentenrol? hoe is de loopbaan van deze konsulent geweest? welke opleiding heeft hij gevolgd? welke opvatting heeft hij over 'goed' funktionieren van de konsultvragers en hun organisatie? welke ambities heeft de konsulent (karrière)?
- hoe is de positie van de konsulent in zijn eigen thuisorganisatie (de konsultgevende organisatie)? zijn er spanningen tussen hem en de organisatie over dit soort werk?
- hoe denken Belangrijke Anderen over dit werk: directeur, bestuur, vrij gevestigde kollega's?
- hoe is de relatie tussen de konsulent en de professionele organisatie (Bond van Maatschappelijk Werkers, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie, etc.)? zijn er door dit konsultatiewerk spanningen ontstaan?
- hoe is de relatie met de konsultvragende organisatie? in welke fase van relatie-opbouw? in welke mate zijn de ideeën en de werkwijze van de konsulent in de konsultvragende organisatie geaksepteerd en in welke hiërarchische lagen: in het uitvoerende vlak, in het leidinggevende en in het bestuursvlak. Werd in de konsultatie tot nu toe voortgang ervaren? heeft de konsulent bevoegdheid gekregen om naast het funktionieren van de individuele konsultvragers ook het onderling funktionieren van de konsultvragers in hun organisatie aan de orde te stellen? in hoeverre bestaat er tussen de konsulent (en zijn konsultgevende organisatie) en de konsultvragende organisatie overeenstemming over de doelstellingen, de procedures, de normen en eventuele priori-

teiten van de konsultatierelatie?

— hoe is de relatie met deze individuele konsultvrager? in welke fase van relatie-opbouw, in hoeverre zijn de afhankelijkheids- en deskundigheidsproblemen opgelost? bestaat er rivaliteit tussen de konsulent en de konsultvrager? aksepteren beiden de grenzen van de mogelijkheden met het konsultatiekontrakt? heeft de konsulent het gevoel dat hij deze konsultvrager iets te bieden heeft? komt, naar het gevoel van de konsultvrager, de relatie met de konsulent tegemoet aan zijn behoefte aan steun bij zijn werk?

6.3.2.4 De probleemoplossende fase

Doelstellingen:

- met de verkregen gegevens — verkregen in de diagnostische fase — proberen te komen tot een helder stellen van de problematiek;
- het opstellen van een aantal alternatieve mogelijkheden om te komen tot oplossing van de problemen;
- het doen van een keuze en het ontwikkelen van een daarop afgestemde strategie.

Klassifikatie van de problematiek:

— konsulent en konsultvrager trachten het eens te worden over de mogelijke oorzaken voor het niet funktionieren van de konsultvrager:

een gebrek aan kennis over de invloed die bepaalde relaties hebben op het funktionieren van de konsultvrager of de cliënt;

een gebrek aan vaardigheid in het onderkennen of hanteren van bepaalde spanninggevendende relaties met Belangrijke Anderen, werk of professionele organisaties bij de cliënt of de konsultvrager;

de relatie van de konsultvrager met zijn organisatie;

persoonlijke problematiek van de konsultvrager uit de niet-werksfeer, die zijn invloed doet gelden op het funktionieren in de werksfeer; dit kan zijn een akute krisis bij een overigens gezond individu of een ernstige chronische persoonlijkheidsproblematiek (neurose, karakterstoornis, e.d.).

Aktie:

— de konsulent gaat met de konsultvrager na wat er gedaan kan worden om:

de emotionele spanning te verminderen;

de kennis en de vaardigheid voor de konsultvrager te vergroten door b.v. de krachten die het probleem in stand houden te verzwakken of de krachten die het probleem tot oplossing zouden kunnen brengen te versterken.

Evaluatie:

— de konsulent hoopt dat door het konsultatiegesprek de konsultvrager een beter inzicht in zijn situatie met de cliënt heeft gekregen; de konsultvrager heeft houvast gekregen doordat hij met de konsulent heeft kunnen bedenken wat hij moet gaan doen en wat hij beter kan vermijden; de konsultvrager weet nu wat de konsulent van zijn werkrelatie met de cliënt denkt; dit biedt de konsultvrager een oriëntatiepunt ten opzichte waarvan hij zijn eigen houding en visie kan bepalen; aan het eind van het konsultatiegesprek zal dit tot uiting kunnen komen uit het feit dat de konsultvrager b.v. zijn verloren zelfvertrouwen heeft herwonnen, of doordat de konsultvrager als vanzelfsprekend aangenomen opvattingen en visies nog eens wil gaan doordenken;

in beide gevallen zal zich dit uiten in een vermindering van de emotionele spanning bij de konsultvrager.

Tijdens een later gesprek kan de konsultvrager terugkomen op een eerder gevoerd konsultatiegesprek om eventueel verslag te doen van zijn bevindingen met de cliënt.

In zo'n tweede gesprek hebben konsulent en konsultvrager dan de gelegenheid te beoordelen of het probleem juist was gewaardeerd in termen van prioriteit en of de geplande strategie om tot een oplossing te komen, b.v. het verzwakken van de krachten die het probleem instand houden, de juiste was. Dit laatste af te meten aan het effect dat de geplande strategie had.

6.4 Een klassifikatiesysteem voor de oorzaken van het niet funktioneren van de konsultvragers

Bij het opstellen van een klassifikatiesysteem stuit men op een aantal vraagstukken, die o.a. samenhangen met het definieren van de kriteria. Wij hebben daarover reeds gesproken in paragraaf 2.3.3. Wij hebben voor de klassifikatie van ons eigen materiaal, zoals beschreven in hoofdstuk 4 gebruik gemaakt van de indeling van Haylett en Rapoport (1964). In ons kommentaar bij tabel 1 op pagina 146, merkten wij reeds op dat het niet functioneren van de konsultvragers herhaaldelijk veroorzaakt werd door een combinatie van de drie gebruikte indelingscategorieën. Dit hangt naar onze mening samen met de verstoring van het evenwicht in houdingen tussen de konsultvrager en Belangrijke Anderen binnen en buiten de konsultvragende organisatie. Treedt evenwichtsherstel op ten opzichte van de één, dan betekent dit vrijwel automatisch een uit het evenwicht geraken van de verhouding met de ander.

Wordt een probleem zodanig sterk dat de konsultvrager behoefte krijgt om advies te vragen aan een konsulent, dan kan verwacht worden dat evenwichtsverstoringen ten opzichte van één of meer Belangrijke Anderen in het taakveld hebben plaatsgehad.

Toch menen wij dat klassifikatie een zinvolle aangelegenheid is, die dan echter meer gezien dient te worden als een diagnostische kaart dan een voor statistische verwerking, op harde kriteria berustende, tabel.

Gaan wij er vanuit dat in de konsultatiesituatie de uitgangssituatie bij de konsultvrager niet optimaal is (Van Beugen 1968), dan komen wij op grond van onze theoretische beschouwingen en praktijkervaring tot het volgende:

de konsultvrager funktioneert niet door:

A — gebrekkige kennis, inzichten en vaardigheden op het terrein waar de konsulent deskundig is, doch waarbij de konsultvrager zich nog bevoegd acht met de hulp van de konsulent verder te werken;

B — onduidelijkheid of verschil in opvatting tussen de konsult-

vragers en zijn organisatie of Belangrijke Anderen, over doelstellingen, normen, waarden en gebruiken, de huidige positie van de konsultvrager of de toekomstige (karrière), werk- en besluitvormingsprocedures, leiderschap, beoordeling, ethiek van het werk, deskundigheid, beloningssysteem;

C — onduidelijkheid of verschil in opvatting tussen de konsultvrager en zijn cliënt over de doelstelling van de relatie, het normen- en waardensysteem, de wijze van besluitvorming, beoordeling en invloedsverdeling; daarnaast kan een diskongruentie beleefd worden tussen de sociaal-emotionele behoeften van de cliënt en dat wat de konsultvrager kan en wil geven, waarbij de persoonlijkheden van de konsultvrager en de cliënt van groot belang zijn;

D — interferentie van persoonlijke problematiek uit de niet-werksfeer met het functioneren in de professionele rol, akute problematiek, zoals deze optreedt bij elk normaal individu: samenhangend met leeftijdsfase, huwelijk, financiële perikelen, het overlijden van een geliefd persoon, e.d.; chronische problematiek, karakterstoornissen, neurosen, etc.

7

Slotbeschouwingen

7.1 Inleiding

In de voorbeschouwing tot deze studie op blz. 11 zijn wij ingegaan op onze beweegredenen om het kommunikatievraagstuk van de psychiater met de niet-psychiatrisch geschoolde (de psychiatrisch sociaal werker, en de klinisch psycholoog rekenen wij tot de psychiatrisch geschoolden) tot object van onderzoek en methode-ontwikkeling te maken.

In deze slotbeschouwingen willen we daarom aandacht geven aan de vraag of de beschreven methode een bijdrage kan leveren tot de oplossing van dit kommunikatievraagstuk (paragraaf 7.2). In paragraaf 7.3 zullen we ingaan op de eisen die aan toekomstige konsulenten gesteld dienen te worden en de wijze waarop onzes inziens de konsultatiemethode het beste geleerd kan worden.

Tenslotte zullen wij in paragraaf 7.4 kort ingaan op de wenselijkheid om te komen tot een systematische evaluatie van de ontwikkelde konsultatiemethode.

7.2 De konsultatiemethode, een uitbreiding van de mogelijkheden voor de werkers in de geestelijke gezondheidszorg

Degene in de geestelijke gezondheidszorg aan wie om konsult wordt gevraagd, staat voor een aantal vraagstukken, die andere medische specialisten die ook konsult geven, niet kennen.

De internist die in konsult wordt geroepen zal, op basis van zo

objektief mogelijk verzamelde gegevens over het ziektebeeld, tot een diagnose en behandelingsadvies komen. De internist zal in eerste instantie cognitieve inzichten willen overdragen aan de konsultvragende arts. Het is wel aanbevelenswaardig dat er tussen de huisarts en de konsulerende internist een goede kollegiale verhouding bestaat, maar voor de diagnose en de therapie zijn de personen van de konsulerende internist en de konsultvragende huisarts van ondergeschikte betekenis.

De konsulent in de geestelijke gezondheidszorg staat voor het probleem dat het verzamelen van gegevens omtrent het ziektebeeld geen 'objektieve' aangelegenheid is. De gegevens die voor de konsulent van belang zijn, zullen veelal niet van biologische aard zijn en meestal niet verifieerbaar met fysicochemische hulpmiddelen. Daarbij komt nog dat er in de psychiatrie en in de psychologie grote verschillen in opvatting bestaan over de oorzaak en de gewenste behandelingswijze van geestelijk afwijkend reagerende mensen. Naast de opvatting dat geestesziekte voortkomt uit afwijkingen in de hersenen (de zogenaamde 'organische' benadering) menen anderen dat geestesziekte een direkt gevolg is van een stoornis in de ontwikkeling van de persoonlijkheid. Een derde groepering ziet de maatschappelijke situatie als primaire oorzaak van psychische stoornissen. Tenslotte is er de pluridimensioneel denkende groep, die meent dat de ziekte-oorzaken niet in één bepaalde dimensie gezocht kunnen worden, maar in een combinatie.

Is het verzamelen van gegevens dus een tamelijk subjektieve aangelegenheid in de geestelijke gezondheidszorg, de interpretatie van die gegevens, die sterk gebonden is aan de persoon van de werker in de geestelijke gezondheidszorg, versterkt nog het subjektieve karakter. In zijn therapeutische akties zal de organisch georiënteerde zich vooral richten op het genezen van de hersenziekte, de psychodynamisch georiënteerde zal intensieve psychotherapie voorstaan en de maatschappelijk geëngageerde psychiater zal sociale aktie ten behoeve van zijn patient overwegen. Daarnaast heeft de werker in de geestelijke gezondheidszorg iets moeten leren, dat de internist of de chirurg niet hoefde. De wer-

ker in de geestelijke gezondheidszorg heeft moeten leren dat hij of zij in de omgang met mensen met problemen, zelf een belangrijk therapeutisch instrument is. De werker in de geestelijke gezondheidszorg heeft moeten leren zichzelf te hanteren in de therapeutische relatie. Dit ten koste van veel tijd en inspanning van de betrokkene, en begeleiders of supervisors.

Gaat een werker in de geestelijke gezondheidszorg (een psychiatisch sociaal werkster, een klinisch psycholoog of psychiater) konsuleren dan zal hij de konsultvrager moeten leren zichzelf te hanteren in de relatie tot de cliënt of patient, om optimale voorwaarden voor de ontwikkeling van die cliënt te scheppen.

Dit is onvermijdelijk een intensief en energie absorberend, relationeel proces tussen de konsulent en de konsultvrager. Of de konsulent en de konsultvrager daartoe bereid zijn, is een kwestie van motivatie.

Konsultatie is een middel dat kan leiden tot een doel. Het hangt dus van de doelstellingen van de werkers in de geestelijke gezondheidszorg af en van hun opvattingen over de oorzaken van geestesziekte, of de konsultatie een goed of zelfs een geëigend middel is. Niet alleen de konsulenten beoordelen echter de kwaliteit van een middel dat moet leiden tot een doel. Ook de konsultvragers: artsen, onderwijzers of dekanen, zullen ervan overtuigd dienen te zijn dat de konsultatie hen verder kan helpen in het werk met hun patienten, leerlingen of cliënten. Het zal voor een psychiater die een drukke polikliniek heeft, met patienten die worden verwezen door tientallen huisartsen, een vrijwel onmogelijke taak blijken te zijn met al deze artsen een intensieve samenwerkingsrelatie op te bouwen. Gesteld al dat deze huisartsen dat zouden willen, wat te betwijfelen valt (ongeveer 12 % van de Nederlandse huisartsen heeft actief belangstelling getoond voor de werkgroepen medische psychologie, Veldhuyzen van Zanten 1966).

Als deze polikliniek-psychiater dat zou willen, zou hij natuurlijk met een aantal van de verwijzende huisartsen die daartoe gemotiveerd zijn, een konsultatierelatie op kunnen bouwen.

Misschien ten overvloede willen we nog opmerken dat naar onze mening het kommunikatieprobleem tussen psychiatrisch wel-

en psychiatrisch niet-geschoolden slechts is op te lossen door middel van een intensieve samenwerkings relatie, waarvan de konsultatie een voorbeeld is en waarbij de betrokkenen tijd en energie willen investeren in het opbouwen van een wederzijds begrepen taal, een gemeenschappelijk referentiesysteem en doelstellingen.

Konstateren we dat het voor psychologen, psychiatrisch sociaal werkers en psychiaters niet eenvoudig is om hun ideeën over het funktioneren met patienten en cliënten over te dragen, dan is het wellicht goed dat degenen onder hen die in de toekomst willen gaan werken in instituten voor de geestelijke gezondheidszorg tijdens de opleiding kennis nemen van de mogelijkheden die de konsultatiemethode biedt. Wij denken daarbij met name aan psychiaters, psychologen, psychiatrisch sociaal werkers en andere disciplines die werkzaam zijn in de ambulante, sociaal psychiatrische zorg, zoals MOB's, sociaal psychiatrische diensten, kruiscentra, Jongeren Advies Centra, e.d. Maar ook aan psychiaters of psychologen die, bijvoorbeeld verbonden aan een psychiatrisch ziekenhuis, de verpleegkundigen en arbeidstherapeuten willen helpen beter te funktioneren in hun relatie met de patienten.

Wij menen dat het leren van de konsultatiemethode (zie ook paragraaf 7.3) wellicht beter na het beëindigen van de specialisatie tot zenuwarts, of in een voortgezette opleiding voor maatschappelijk werkenden kan plaatsvinden om de volgende redenen:

- het konsuleren vraagt een gedegen vooropleiding en ervaring in het omgaan met mensen met emotionele en sociale moeilijkheden;
- tijdens de opleidingen moeten de assistent-artsen, psychologen of maatschappelijk werkenden reeds een aantal methoden leren om relaties met patienten of cliënten te kunnen hanteren; het gelijktijdig leren van een aantal onderling afwijkende methoden geeft didaktische problemen, omdat de verschillende methoden meestal gebaseerd zijn op verschillende veronderstellingen over menselijk gedrag;
- nadat psychologen, psychiaters en psychiatrisch sociaal wer-

kenden in de praktijk ervaring hebben opgedaan met een aantal behandelingsmethoden, zijn zij beter in staat om te beoordelen of er behoefte bestaat aan het leren van de konsultatiemethode.

Wij realiseren ons terdege dat de indirecte hulpverlening via konsultatie zijn beperkingen heeft. Er zullen altijd een aantal ernstig psychisch deviante mensen blijven voor wie direkte intensieve hulp door hooggekwalificeerde deskundigen nodig zal blijven. Ook zal voor een beperkt aantal van deze mensen opname in speciale behandelingsinstituten nuttig en nodig kunnen zijn. Maar daarnaast zal konsultatieve hulp door daartoe goed opgeleide konsulenten nieuwe mogelijkheden bieden voor de werkers in de gezondheids- en welzijnszorg.

7.3 Het leren van de konsultatiemethode

Oorspronkelijk stond als titel boven deze paragraaf: 'De opleiding van konsulenten'. Wij veranderden deze titel echter, omdat wij vreesden dat de indruk gewekt kon worden dat wij voorstanders zouden zijn van een nieuw beroep: dat van konsulent. Wij zijn die mening niet toegedaan. Wij menen dat de psychiater, de psycholoog en de psychiatrisch sociaal werker zijn of haar beroep niet dient op te geven om 'konsulent' te worden.

Wij menen dat de konsulentenrol één van de rollen is die een aantal medewerkers in de geestelijke gezondheidszorg op deskundige wijze moet kunnen vervullen. Wij zien het aanleren van de konsultatiemethodiek dus vooral als een noodzakelijke uitbreiding van het huidige methodische repertoire van degenen onder de psychiaters, de psychologen of de psychiatrisch sociaal werkers die als konsulent werkzaam willen zijn.

Welke eisen dienen aan iemand gesteld te worden die in de rol van konsulent wil werken in de geestelijke gezondheidszorg?

Bindman (1966) meent dat konsulenten dienen te beschikken over:

1 — een gedegen kennis over het funktioneren van de persoonlijkheid en psychodynamiek;

2 — enige kennis en ervaring met psychotherapie, zowel individuele als groepstherapie, zo mogelijk gesuperviseerd zijn in deze methodieken, zodat de konsulent iets weet over zijn eigen functioneren en inzicht heeft in de wijze waarop hij relaties legt met anderen;

3 — grondige diagnostische kennis en ervaring, speciaal in het herkennen van gedragsaspecten;

4 — enige ervaring met verschillende onderwijsmethoden;

5 — enige kennis van sociale psychologie, en wel speciaal kennis over het functioneren van sociale structuren en groepen;

6 — indien de konsulent ook als organisatiekonsulent werkzaam wil zijn, zal hij ook kennis moeten hebben van organisatieprincipes en managementvraagstukken.

Volgens Forstenzer (1961) moet de konsulent op minstens twee terreinen deskundig worden:

1 — kennis en vaardigheid in het opzetten van een advies-project;

2 — het hanteren van de konsultatiemethode.

Het laatste dient te omvatten: kennis en inzicht in het naar behoefte hanteren van professionele relaties, kommunikatietechnieken, kennis van verschillende terreinen waarvoor men werkzaam zal zijn (scholen, konsultatiebureau's, etc.), kennis van de professionele subcultuur waartoe de konsultvragers behoren (de onderwijzersgroep, de kerk, het maatschappelijk werk), enige kennis van sociale aktie, community organization, e.d.

Het zal duidelijk zijn dat er wellicht geen konsulent beschikbaar is, die al deze terreinen volledig beheerst. Maar enige bekendheid is toch wenselijk, terwijl afhankelijk van de rol en de taak van de konsulent, deskundigheid op een aantal van deze terreinen vereist is.

Wat betreft de persoon van de konsulent vinden Haylett en Rapoport (1964) dat aan een aantal voorwaarden moet zijn voldaan.

1 — de konsulent moet bereid en in staat zijn om zijn primaire verantwoordelijkheid te verleggen van de cliënt naar de konsult-

vragers. Hij moet bereid zijn zijn techniek te veranderen, zodat hij zijn diagnostische kennis en vaardigheid in dienst kan stellen van de konsultvrager en deze zo te helpen zijn probleem zelf op te lossen.

2 — De konsulent moet leren om een tweeledige verleidings-situatie te vermijden. Enerzijds ligt de verleiding in het ingaan op de persoonlijke problemen van de konsultvrager, anderzijds in het opleggen van klinische methoden. Beide passen niet bij de rol van de konsulent.

3 — De konsulent moet de onzekerheid en de onrust kunnen verdragen, die kan worden opgeroepen door het opgeven van de welbekende rol van klinikus. Hij moet dus de neiging kunnen weerstaan om terug te vallen op klinische methoden, als hij zich onzeker en onveilig voelt in zijn nieuwe rol.

4 — De konsulent moet bereid zijn aan doelstellingen op lange termijn te werken en professionele voldoening te vinden in het langzame proces van andere hulpverleners, bijstaan bij het verwerven van meer zelfvertrouwen en grotere competentie in de psychologische aspecten van hun professionele werk.

Naar onze mening zullen degenen die als konsulent werkzaam willen zijn moeten leren:

- exploreren of het opbouwen van een konsultatierelatie mogelijk is;
- opbouwen van een konsultatierelatie;
- analyseren van relatie-netwerken van de konsultvrager en diens organisatie met de cliënt;
- hanteren van de anamneseschema's genoemd in paragraaf 6.3.2;
- opstellen van prioriteiten, ontwikkelen van alternatieve oplossingen en daarbij behorende, te volgen strategieën.
- evalueren van de konsultatie-activiteiten;
- hanteren van de konsulentrol.

Het leren van de konsulentrol levert nogal wat moeilijkheden op, omdat de verwachtingen die men van de konsulent heeft veelal niet erg duidelijk zijn. Velen verwachten dat de konsulent in staat is zijn deskundigheid netjes te verpakken, dat hij deze

pakketten klaar heeft voor aflevering en klaar voor onmiddellijk gebruik. De moeilijkheid voor de konsulent is dat inpakken een kunst is: niet te groot, niet te klein, niet te licht en niet te zwaar, niet te vol maar ook niet halfvol.

Er zijn ook nog andere verwachtingen die de konsulent moet leren hanteren door deze bijvoorbeeld om te buigen: men verwacht van hem dat hij op de één of andere manier noodzakelijke veranderingen in de gewenste richting zal beïnvloeden, hoewel hij geen uitvoerende autoriteit heeft. Men verwacht ook dat hij zo decent is, dat hij zich niet laat zien als de zaken goed gaan. Hij laat degenen die betrokken zijn alleen met hun sukses. Als de zaken echter mis gaan, dan blijft de konsulent in het middelpunt staan en draagt mede de volle last van het falen.

Dit lijkt onredelijk en unfair maar het is waarschijnlijk inherent aan de functie van de konsulent.

Bij het leren van de konsultatiemethode zal ook veel aandacht gegeven dienen te worden aan een aspect dat tijdens de opleiding van artsen en psychologen tot nu toe vrijwel verwaarloosd werd.

Behoudens de modern opgeleide maatschappelijk werker, is de psychiater noch de psycholoog er in geschoold om zijn samenwerkingsrelatie met kollega's en medewerkers expliciet aan de orde te stellen terwijl de psychotherapeut de relatie met zijn patient slechts op een bepaalde wijze aan de orde leert stellen, nl. via het bespreken van de overdracht. De nieuwe konsultatiere relatie dwingt de konsulent de afspraken over de aard en wijze van samenwerken expliciet met de betrokkenen te bespreken. Dit betekent een doorbreking van de huidige gewoonten waarbij de samenwerkingsrelaties met kollega's, assistentes en patienten als vanzelfsprekend worden beschouwd en niet ter discussie gesteld.

7.4 Problemen bij de evaluatie naar het effect van de konsultatiemethode

Tot nu toe hebben wij in deze studie gezwegen over het onderzoek naar de effecten van de konsultatiemethode op het functioneren van de konsultvragers en hun cliënten. Dit is gedaan omdat het doel van deze studie primair is het beschrijven van onze ervaringen met de methode en de ideeën die wij daarover ontwikkeld hebben. Bij de aanvang van het eksperiment in 1967 beschikten wij slechts over zeer beperkte informatie over de methodiek, waardoor het formuleren van hypothesen die vervolgens getoetst zouden kunnen worden, nog niet mogelijk was.

Daarbij komt nog dat wij ons zelf niet deskundig achten tot het opzetten van een evaluatie-onderzoek. De opleiding daartoe en de ervaring daarmee heeft ons ontbroken.

De vraag doet zich voor of in deze fase van de ontwikkeling van de methode het zinvol en mogelijk is een evaluatief onderzoek naar het effect van de methode te doen. Wij menen dat een methodologisch goed geschoolde onderzoeker thans over voldoende informatie kan beschikken om samen met de in de praktijk werkende konsulent een toetsend onderzoek te doen. De moeilijkheden bij het opzetten van een dergelijk onderzoek zijn aanzienlijk en vergelijkbaar met de moeilijkheden die zich voordoen bij het onderzoek naar het effect van psychotherapie. In de Verenigde Staten zijn enkele evaluatiestudies verschenen. Singh (1967) publiceerde zijn studie naar het effect van de konsultatie-activiteiten met onderwijzers van twee lagere scholen. Griffith en Libo (1968) publiceerden een studie naar de effecten van konsultatie in New Mexico. Caplan (1970) beschreef enkele evaluatiestudies die voornamelijk gericht waren op de 'Theme interference reduction'-techniek en het effect daarvan. In de komende jaren zal in nauwe samenwerking tussen konsulenten en onderzoeksmethodologen een aantal evaluatiestudies opgezet dienen te worden naar het effect van de konsultatie op konsultvragers, hun organisaties en hun cliënten. Daarnaast zou het relevant zijn om te onderzoeken welk gedrag van de konsulent het gedrag van de konsultvragers verandert.

In hoofdstuk 3 wezen wij er reeds op, dat de konsulent met de twee groepen konsultvragers een verschillendsoortige konsultatierelatie had. De konsulent had de indruk dat de relatie met de artsen zich in een aantal opzichten onderscheidde van de konsultatierelatie met de dekanen. De vraag kan gesteld worden of het arts-zijn van de konsulent daarbij van invloed is geweest. Het zou nuttig zijn als een vergelijkend onderzoek gedaan zou kunnen worden of, en zo ja op welke wijze, de professionele vooropleiding van de konsulent en de konsultvrager van invloed is op de aard van de konsultatierelatie.

Summary

Traditionally, psychiatric case consultation has first and foremost been a means by which the psychiatrist could communicate his knowledge and professional opinion with regard to individual cases to fellow-psychiatrists, physicians, or persons from related disciplines. In other words: this form of consultation has been typically patient-centered, and little attention has been given to the consultee's problems as far as his relationship with the patient is concerned. The present publication on Mental Health Consultation consists roughly of three parts: (1) an inventory of views and ideas expressed in the literature, with a focus on the work of the American psychiatrist Gerald Caplan, (2) a description of an experiment which concentrated on consultee-centered case consultation, with the two-fold purpose of testing the theory and practice of an approach introduced by Caplan and of determining to what extent this method could bridge the gap between psychiatrists and professional helpers without much psychiatric training, and (3) a comment on some of Caplan's concepts, and the introduction of a new model with special reference to the problem-solving phase in consultee-centered consultation.

What, precisely, is 'consultation'? To interpret 'consultation' merely as 'a professional activity, whereby one person gives advice to another one' (definition based upon Webster's seventh New Collegiate Dictionary, 1966) is to say nothing as to the mutuality of the relationship. An adequate definition, therefore, should also take the nature and the purpose of the consultation relationship into account. According to Caplan, 'consultation' is:

— an interactional process between two professionals, whereby the relationship is not static, but dynamic in character;

— a type of relationship with a need for explicitly defined role relations;

— a form of relationship, directed towards the improvement of the consultee's capacities to solve work problems;

— a method with long-term educational aspects.

Furthermore, Caplan stresses that the role relationship should preferably be on a voluntary basis.

Caplan's classification of consultation categories consists of four types:

(1) client-centered case consultation;

(2) consultee-centered case consultation;

(3) program-centered administrative consultation;

(4) consultee-centered administrative consultation.

It goes without saying that in practice mixed types will often occur. In consultee-centered case consultation — the type of consultation which forms the main subject of the book under discussion — the consultee's work problem relates to the management of a particular client, and the consultee invokes the consultant's help in order to improve his handling of the case. Caplan differentiates between four categories of difficulty on the part of the consultee:

(1) lack of understanding of the psychological factors in the case;

(2) lack of skill or resources for dealing with the problem;

(3) lack of professional objectivity;

(4) lack of self-confidence and self-esteem.

Since there is no such thing as a systematic consultation theory, the guidelines given in the literature for handling the consultation situation are more often than not based upon a mixture of values, principles, goals, impressions, etc. This evaluation ends, therefore, with some new suggestions in this respect, and with a discussion of the methods, reported in the literature, which have to prevent that the consultation relationship will turn into a psychotherapeutic contact.

The next two chapters were devoted to a description of the Mental Health Consultation experiment. In order to guarantee that the project would be more than just an interesting experience, the consultation situation as far as the consultant was concerned had to be clearly defined. The next step was the setup of the project: it was decided to make taperecordings of the consultation discussions, each session of 45 minutes being followed by 90 minutes of play-back and tapelisting. Furthermore, the consultant was to be assisted by

a colleague who already had some experience with the method. In addition, criteria for the selection of consultees and their organizations had to be formulated, one of the most important considerations being that the consultant should be more or less familiar with the consultees' organization. The Student Health Service and the Student Counselling Service of one of the Dutch universities met with all the requirements.

During the early consultation sessions it turned out that it was much easier to establish a new type of role relationship with the counsellors than with the medical officers, owing to the fact that the former had no previous role model. The medical officers, however, had to stop thinking in terms of the general practitioner — specialist type of relationship.

To give an idea of the problems with which the consultees were confronted four examples of consultation sessions were discussed in detail. The examples, chosen from a total number of 112 sessions, illustrate the organizational issues involved, the techniques used by the consultant, his method of analyzing the problems, and his contact with the consultees. For a classification of the consultee's categories of difficulty we adopted the classification given by Haylett and Rapoport (1964):

- (1) lack of special knowledge or skill;
- (2) administrative factors;
- (3) personal factors.

The last part of the book consists of comments on Caplan's concepts and on his directions for consultation. Particularly his mixing of two relational models, i.e. the interpersonal, socio-psychological model for building a role relationship, between consultant and consultee, and the intrapersonal, psycho-dynamic model developed by Freud, is thought inconsistent and confusing, since it may easily lead towards the changing of the consultant's role into a therapist's role. A fact of which Caplan is well aware, judging from his frequent warnings against this very situation. Generally speaking, there are at least four factors which may cause this role confusion:

- (1) the consultant, who will usually be trained in psychotherapeutics, may try to turn an unfamiliar situation into a familiar one;
- (2) he may classify a personal problem as an intrapersonal conflict;
- (3) the terminology used for labelling the consultee's professional problems has been derived from psychotherapy;

(4) Caplan's 'theme interference concept' comes very close to the hypothesis technique used in psychoanalysis.

Furthermore, by stating that the consultee remains fully responsible for his handling of the case Caplan ignores the fact that fellow-consultees, or colleagues, or society may hold the consultant responsible. His opinion, that a consultant should refrain from any comment as far as the consultee's behavior is concerned, is likewise open to question.

Although Caplan's directions for the building of a consultant-consultee relationship are suitable enough, his ideas with regard to the problem-solving phase (i.e. his theme interference reduction theory) are open to criticism. The present author has developed a model for the problem-solving phase, therefore, on the basis of two concepts, namely (1) K. Lewin's idea of the existence of an equilibrium of opposing forces, and (2) H. S. Sullivan's introduction of the 'Significant Other' as an important factor in the forming of the personality. Consultation is usually restricted to the professional role of the consultee, though his views regarding his work in the taskfield will be largely determined by the views held by Significant Others in that field (e.g. his colleagues, the supervisor, the employee, the employer, the client, or the mental health consultant). The consultee's work problems can be defined, therefore, as stemming from a disequilibrium between *his* views and expectations, and the views and expectations of Significant Others.

The book ends with an evaluation of the mental health consultation method as a means of narrowing the communication gap between mental health professionals and other first-line caregivers.

The hope is expressed that the present publication may contribute to the formulation of a theory of mental health consultation, and that it may serve as a basis for further research by well-trained professionals.

Literatuur

- Abramovits, A. B., Methods and techniques of consultation. *Amer. J. Orthopsychiat.* 28 (1958) 126
- Aldridge, C. K., *Persoonlijke mededeling*. 1968
- Altrocchi, J., Ch. D. Spielberger, and C. Eisdorfer, Mental health consultation with groups. In: P. E. Cook (ed.), *Community psychology and community mental health*. San Francisco, Holden Day, 1970, p. 119
- Argyris, Chr., *Het individu geïntegreerd in de organisatie*. Utrecht enz., Spectrum, 1967
- Bales, R. F., and F. L. Strodtbeck, Phases in group problem-solving. In: D. Cartwright and A. Zander (eds.), *Group dynamics research and theory*; 3rd ed. New York, Harper and Row, 1968, p. 389.
- Balint, M., *The doctor, his patient and the illness*. London, Pitman, 1957
- Bard, M., and B. Berkowitz, Training police as specialists in family crisis intervention: a community psychology action program. *Community ment. Hlth J.* 3 (1967) 315
- Bastiaans, J., *De betekenis van de medische psychologie voor de arts van vandaag*. Leiden, Universitaire voorlichtingsdienst, 1967
- Bel, R. H. de, Mededeling over een toepassing van mental health consultation bij een instelling voor kinderbescherming. *Ned. T. Geneesk.* 112 (1968) 439
- Bennis, W. G., and H. A. Shepard, A theory of group development. *Hum. Relat.* 9 (1956) 415
- Bennis, W. G., K. D. Benne, and R. Chin, *The planning of change*; 2nd ed. New York, Holt, Rinehart and Winston, 1969
- Bernard, V., *Persoonlijke mededeling*. 1968
- Beugen, M. van, *Sociale technologie*. Assen, van Gorcum, 1968
- Biddle, B. J., and E. J. Thomas (eds.), *Role theory: concepts and research*. New York etc., Wiley, 1966
- Bindman, A. J., Mental health consultation; theory and practice. *J. consult. Psychol.* 23 (1959) 473
- Bindman, A. J., The clinical psychologist as a mental health consultant. *Progr. clin. Psychol.* 7 (1966) 78

- Bion, W. R., *Experiences in groups*. New York, Basic Books, 1961
- Blake, R. R., Studying group action. In: L. P. Bradford, J. R. Gibb, and K. D. Benne (eds.), *T-group theory and laboratory method*. New York etc. Wiley, 1964, p. 336
- Boer, R. A. de, et al., An evaluation of longterm seminars in psychiatry for family physicians. *Psychiatry* 33 (1970) 468
- Bork, J. J. van, Tien jaar psychiater-adviseur van huisartsen-discussiegroepen medische psychologie. *Huisarts Wet.* 11 (1968) 366
- Bradford, L. P., J. R. Gibb, and K. D. Benne (eds.), *T-group theory and laboratory method; innovation in re-education*. New York etc., Wiley, 1964
- Caplan, G., *Principles of preventive psychiatry*. New York, Basic Books, 1964
- Caplan, G., *The theory and practice of mental health consultation*. New York, Basic-Books, 1970
- Devis, D., Teaching and administrative functions in supervision. *Social Work* 10 (1965) 83
- Doorn, J. A. A. van, en C. J. Lammers, *Moderne sociologie; systematiek en analyse*. Utrecht enz., Spectrum, 1959
- Driessen, A. C., Individuele hulpverlening aan jongeren. *Maandbl. geest. Volksgezondh.* 26 (1971) 158
- Dijk, W. H. van, Over de organisatie van de studentengezondheidszorg aan de Technische Hogeschool te Delft. *T. soc. Geneesk.* 46 (1968) 2
- Ekstein, R., and R. S. Wallerstein, *The teaching of psychotherapy*. New York, Basic Books, 1958
- Erikson, E. H., *Childhood and society*. New York, Norton, 1950
- Es, J. C. van, *Probleempatiënten; beschrijving van een samenwerking van huisarts en maatschappelijk werker*. Assen, van Gorcum, 1967
- Forstner, H. M., Consultation and mental health programs. *Amer. J. publ. Hlth* 51 (1961) 1280
- Frankenberg, W., Beschouwingen over de samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegster. In: *Samenzorgen*. Versl. Volksgezondh. (1969) 27: 70
- Gibb, J. R., The role of the consultant. *J. soc. Issues* 15 (1959) 1
- Gibb, J. R., Climate for trustformation. In: L. P. Bradford, J. R. Gibb, and K. D. Benne (eds.), *T-group theory and laboratory method*. New York etc., Wiley, 1964, p. 279
- Gilmore, H. M., *Consultation as a social work activity*. Cleveland (Ohio), Western Reserve University, School of Applied Social Sciences, 1962
- Glidewell, J. C., The entry problem in consultation. *J. soc. Issues* 15 (1959) 51
- Goddijn, H. P. M., *Het functionalisme in de sociologie*. Assen, van Gorcum, 1963
- Griffith, Ch. R., and L. M. Libo, *Mental health consultants, agents of community change*. San Francisco. Jossey Bass, 1968

- Harrison, R., Choosing the depth of organizational intervention. *J. appl. behav. Sci.* 6 (1970) 181
- Haylett, Cl. H., and L. Rapoport, Mental health consultation. In: L. Bellak (ed.), *Handbook of community psychiatry and community mental health*. New York etc., Grune and Stratton, 1964. p. 319
- Hollister, W. G., The psychiatrist as a consultant to the school. In: W. M. Mendel and Ph. Solomon, *The psychiatric consultation*. New York etc., Grune and Stratton, 1968. p. 86
- Hutte, H. A., *Sociatrie van de arbeid*. Assen, van Gorcum, 1966
- Kazanjan, V., Sh. Stein, and W. L. Weinberg, *An introduction to mental health consultation*. Washington, Government Printing Office, 1962. Public Health Monograph no. 69
- Klein, D. C., Consultation processes as a method for improving teaching. In: E. M. Bower, W. G. Hollister et al., *Behavioral science frontiers in education*. New York etc., Wiley, 1967. p. 401
- Kock van Leeuwen, J. A. C. de, Mental health consultation. *Maandbl. geest. Volksgezondh.* 20 (1965) 187
- Kock van Leeuwen, J. A. C. de, M. Schröder en R. van der Vegt, Vier jaren ervaring met training in tussenmenselijke verhoudingen in Nederland. *Mens en Ondern.* 18 (1964) 222
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, *Medische ethiek en gedragsleer*; 3e dr. Amsterdam, 1959
- Lewin, K., Group decision and social change. In: T. M. Newcomb, and E. Hartley (eds.), *Readings in social psychology*. New York, Holt, Rinehart and Winston, 1947, p. 459
- Lewin, K., *Resolving social conflicts; selected papers on group dynamics*. New York, Harper, 1948
- Lindemann, E., Symptomatology and management of acute grief. *Amer. J. Psychiat.* 101 (1944) 144
- Lippitt, R., Dimensions of the consultant's job. *J. soc. Issues* 15 (1959) 5
- Lippitt, R., J. Watson, and B. Westley, *The dynamics of planned change; a comparative study of principles and techniques*. New York, Harcourt, Brace and co., 1958
- Mayo, C., and D. C. Klein, Group dynamics as a basic process of community psychiatry. In: L. Bellak (ed.), *Handbook of community psychiatry and community mental health*. New York etc. Grune and Stratton, 1964. p. 47
- McGregor, D., *The human side of enterprise*. New York etc., McGraw-Hill, 1960
- Meurs, A. F. W. van, In: Nederlands Instituut voor Kinderstudie. *Jaarverslag 1966*. Den Haag, 1967
- Meurs, A. F. W. van, Konsultatie-ervaringen met huisartsen: een bijdrage tot de geestelijke gezondheidszorg voor het kind. *Huisarts Wet.* 11 (1968) 348

- Mulder, M., Machtsmotief, positieve en negatieve identificatie. In: M. Mulder, et. al., *Mensen, groepen, organisaties*. Assen, van Gorcum, 1963. Dl. I, p. 205
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie. In: *Mededelingenblad* (1970) nr. 14
- Nelson, Ch. L., and L. D. Baxter, *School consultation*. Commerce City (Colorado), Adams County Mental Health Center, z. j. (paper, gestencilled)
- Newman, R. G., *Psychological consultation in the schools; a catalyst for learning*. New York, Basic Books, 1967
- Nijkerk, K. J., De laboratoriummethode van training in menselijke verhoudingen (sensitivity training). *T. maatsch. Werk* 21 (1967) 152
- Parsons, T., R. F. Bales, and E. A. Shils, *Working papers in the theory of action*. Glencoe (Ill). Free press, 1953
- Ravenzwaaij, J. F. van, Ontwikkeling van de training in Nederland. *Dux* 36 (1969) 175
- Rhodes, W. C., *Training in community mental health consultation; paper read in the symposium on problems of mental health consultation in the schools*. Chicago, American Psychological Association, 1960
- Roberts, R. W., Some impressions of mental health consultation in a poverty area. *Soc. Casewk.* 49 (1968) 339
- Schein, E., *Process consultation*. Reading (Mass.), Addison-Wesley, 1969
- Schein, E., and W. G. Bennis, *Personal and organizational change through group methods; the laboratory approach*. New York etc., Wiley, 1965
- Schutz, W. C., *Firo: a three-dimensional theory of interpersonal behavior*. New York, Rinehart, 1958
- Schwarz, J. J., *Van concurrentie naar samenwerking; een poging om te komen tot 'planned change' in de grote zeevisserij*. Leiden, N.I.P.G./TNO, 1970
- Singh, R. K. J., *A study of the process and outcome of consultee centered case consultation*. Berkeley (Calif.), Center for Training in Community Psychiatry and Mental Health Administration, 1967
- Sullivan, H. S., *The interpersonal Theory of Psychiatry*. New York, 1953
- Tarachow, S., *An introduction to psychotherapy*. London, Hogarth, 1964
- Thibaut, J. W., and H. H. Kelley, *The social psychology of groups*. New York etc., Wiley, 1959
- Vegt, R. van der, Training in tussenmenselijke verhoudingen. *Dux* 36 (1969) 159
- Veldhuijzen van Zanten, R. C., *Historisch chronologisch rapport over de studiegroepen medische psychologie van, of in contact met, het Nederlands Huisartsen Instituut in de periode 1957 tot eind 1965*. Utrecht, Ned. Huisartsen Instituut, 1966
- Wetering de Rooij, J. van de, Verslag van het seminar over mental health consultation. *Maandbl. geest. Volksgezondh.* 21 (1966) 172

Stellingen

1

De opvatting van Caplan, dat de houding van de konsulent 'non-judgmental' dient te zijn is niet juist. Een belangrijke functie van de konsulent voor de konsultvrager kan zijn het geven van een oordeel, waaraan de konsultvrager de zijne kan toetsen.

(Caplan G.: *The theory and practice of mental health consultation*, 1970)

2

De opvatting van Kazanjian e.a., dat het konsultatieproces een ahistorische of 'hier en nu'-benadering zou zijn, is onjuist. Voor het goed begrijpen van de situatie waarin de konsultvrager verkeert, dient de konsulent gegevens over de vooropleiding, de loopbaan tot nu toe en de ambities voor de toekomst van de konsultvrager te verdiskontereren.

(Kazanjian V., Sh. Stein en W. L. Weinberg: *An introduction to mental health consultation*, 1962)

3

Indien de konsulent zich richt op het funktioneren van de konsultvrager in de werkrol, dan zal de konsulent zich ook actief moeten bezighouden met het funktioneren van de organisatie in het kader waarvan de konsultvrager zijn werkzaamheden verricht.

4

Het feit dat Caplan bij het beschrijven van zijn konsultatiemethode verzuimd heeft ekspliciet te maken dat zijn konsultatiemethode berust op drie verschillende modellen, te weten een relationeel model, een organisatiemodel en een probleemoplossend model, heeft belemmerend gewerkt voor degenen die de methode willen leren.

5

De konsulent en de konsultvrager dienen veel tijd en energie in hun onderlinge relatie te investeren, opdat de konsulent door de konsultvrager als een Belangrijke Andere wordt beleefd.

6

De laboratoriummethode van training, ook wel aangeduid als sensitivity training, is een trainingsmethode die van grote waarde is om artsen en tandartsen te leren samenwerken in groepspraktijken, staven en direktieteams.

7

Onze ziekenhuizen zijn nog steeds, zoals vóór 1900, georganiseerd rond bedden en niet rond zieken, daar ziekenhuisontwerpers waarschijnlijk nog steeds van mening zijn dat ziek zijn identiek is met 'in bed zijn' en 'in pyama lopen'.

(J. Dequeker, *Mozaiek* 3 (1971) 9, p. 6)

8

Als gevolg van het feit dat verpleegkundigen onvoldoende emotioneel worden gesteund bij hun werk, concentreren zij zich op de technisch-verpleegkundige taken waarvoor zij wel goed zijn opgeleid en steun ontvangen. Hierdoor krijgen de relationele taken ten aanzien van de patient minder aandacht dan wenselijk is.

(Cassée, E. Th., en C. J. Lammers: *Mensen in het ziekenhuis*, 1971)

9

Het is dringend noodzakelijk dat in de opleiding van de arts meer aandacht wordt geschonken aan de wijze waarop de arts in zijn werksituatie funktioneert en de invloed die dit heeft op de patienten en op het functioneren van medewerkers.

10

De vraagstukken die zich voordoen bij het management van ziekenhuizen zijn van een zó komplekse aard, dat slechts multi-

disciplinair samengestelde adviseursteams de vraagstukken in al hun facetten kunnen onderkennen en voorstellen kunnen uitwerken voor de oplossing daarvan.

11

Bij de behandeling van epilepsie met fenytoïne tijdens de graviditeit dient tevens foliumzuur te worden toegediend.

(Elshove J.: *Ned. T. v. Geneesk.*, 1972, no. 3, pag. 129)

12

De meest voor de hand liggende verklaring voor de zogenaamde transient global amnesia is een voorbijgaande disfunctie van de hippocampus formatie.

(Cantor F. K.: *Transient global amnesia and temporal lobe seizures*)

13

Het nagenoeg ontbreken van een preventieve geestelijke gezondheidszorg tijdens de ontwikkeling van het kind in de eerste levensjaren, komt zowel het individu als de maatschappij op hoge kosten te staan.

(Fryling Schreuder E. C. M.: *Ned. T. v. Geneesk.*, 1970, 114, pag. 1080)

14

Het is niet mogelijk nieuwe wegen te bewandelen, zonder ander-mans gras plat te trappen.

(spreuk aan de wand van het Kohnstamm Instituut, Universiteit van Amsterdam)

Stellingen behorende bij het proefschrift van J. F. van Ravenzwaaij, *Konsultatie in de geestelijke gezondheidszorg*, 1972