

Denken over veranderen van mensen en organisaties¹

Léon de Caluwé, Frans Que en Hans Vermaak

Hoewel ze elkaar wellicht niet zo vaak ontmoeten, leveren ontmoetingen tussen organisatieadviseurs (en dan met name die adviseurs die zich veel met veranderen bezig houden) en psychotherapeuten vaak een feest van herkenning op. De ontmoetingen lijken talrijker te worden. Organiseatieadviseurs veranderen therapeutische organisaties, en therapeuten spreiden hun vleugels uit buiten de wereld van de gezondheidszorg en bieden coaching aan binnen organisaties. Er is een erkenning dat organisaties mensen ziek kunnen maken en mensen organisaties kunnen verzieken. De vraag roept zich op wat de beroepsbeoefenaars van elkaar kunnen leren.

Wat maakt overeenkomstigheden waarschijnlijk tussen veranderaars en psychotherapeuten? Er zijn verschillende redenen waarom je overlap tussen de benaderingen van deze professionals zou verwachten:

- Beide beroepsgroepen richten zich op veranderingsprocessen. Veranderaars richten zich op veranderingen bij organisaties, therapeuten op veranderingen bij mensen. Beide beschikken over theorieën die pretenderen verandering te kunnen verklaren en voorspellen. Hoewel niet alle benaderingen daarin een gelijke mate van pretentie hebben, is de grondgedachte toch zoiets als: als je dit of dat doet of laat, gebeurt er dat of is de kans redelijk tot groot dat dat gebeurt. Er is het idee van causaliteit, van voorspellende waarde. De tegenstelling mens en organisatie is bovendien niet zo schril: veranderingen in organisaties gebeuren voor en door mensen en mensen veranderen in de context van hun omgeving.
- Beide beroepsgroepen proberen hun professionaliteit te verankeren. Dat geschiedt enerzijds in methodisch handelen gebaseerd op theorieën. Er is een 'body of knowledge' waarin aanpakken en procesgangen zijn beschreven en geprotocolleerd. Anderzijds accepteren beide beroepsgroepen dat de persoon van therapeut/veranderaar erg van invloed is en dat diens professionaliteit bevorderd en bewaakt moet worden met opleidingen, supervisie, gedragscodes en dergelijke
- Beide beroepsgroepen worstelen ondanks dit alles met de beperkingen in termen van de causaliteit in hun vak. Het is inmiddels aanvaard dat geplande of intentionele veranderingen maar in beperkte mate plaatsvinden. Sommigen zeggen dat 75-80 % van de veranderingen niet gepland of intentioneel zijn (Van de Ven, Academy of Management, 2000) Er is sprake van allerlei spontane veranderingen, zoals dialectische veranderingen, levenscyclusveranderingen, etcetera. Ook waar veranderingen gepland zijn, vinden we

¹ Dit artikel is ontstaan vanuit het vermoeden van de drie auteurs (waaronder twee organisatieveranderaars en één psychiater-psychotherapeut, werkzaam als organisatieadviseur) dat de overeenkomsten tussen organisatieverandering en psychotherapie wel eens groter zouden kunnen zijn dan men denkt. Zij nodigden collegae uit om over dit onderwerp te praten. Vanuit de organisatiehoek van de verandering: Ernst Marx, Jan Bas Loman, Hans de Sonnaville en Paul Jansen. Uit de hoek van de psychotherapie: Herman Groen, Olaf de Haas en Rick Pluut. In den viertal zeer geanimeerde bijeenkomsten is aan een ronde tafel de grondslag gelegd voor dit artikel. Wij danken hen zeer voor de discussiebijdragen. Onlangs is Ernst Marx overleden. Wij willen dit artikel aan hem opdragen, in dierbare herinnering aan zijn persoon en zijn buitengewoon kundige bijdrage aan ons vak.

aanwijzingen in beide disciplines dat we niet altijd weten wat de verandering veroorzaakt: situationele factoren (zoals aandacht, geduld, vertrouwen) lijken van doorslaggevend belang zijn dan de specifieke soort interventie die men pleegt (zie o.m. Mayo, 1933; Roethlisbergen, 1941).

- De bewijsbaarheid van effecten (of ontbrekende effecten) van geplande veranderingen is sowieso in beide disciplines een heikel punt. Effecten zijn moeilijk hard te maken. Verandering kan worden opgevat als een geobserveerd of observeerbaar verschil van iets (een mens, organisatie, stad) over een zekere tijdsperiode, ongeacht het feit dat de aard van de verandering allerlei hoedanigheden kan aannemen. Toch zijn effectmetingen moeizaam zodra objectiviteit van meting en vergelijkbaarheid van methoden verlangd wordt. Vooral naarmate verandering meer betrekking heeft op mensen dan materie. Hoe meet je of iemand gelukkiger is, of samenwerking beter is en of een organisatiecultuur is verschoven? 'Beauty is in the eye of the beholder?'

In elk geval geven bovenstaande redenen aan dat er alle aanleiding is om overeenkomsten te exploreren. We verkennen daartoe de clusters van theorieën en benaderingen van veranderaars (paragraaf 2) en therapeuten (paragraaf 3) en vergelijken deze onderling (paragraaf 4). Vervolgens gaan we in op de overeenkomsten en verschillen tussen het procesverloop van beide disciplines: welke fasen onderscheidt men en welke instrumenten hanteert men daarbij (paragraaf 5). Vervolgens gaan we in op de wijze waarop men professionalisering organiseert en borgt binnen het beroep (paragraaf 6). Op basis hiervan verkennen we in welke mate therapeuten en veranderaars van elkaar kunnen leren en of samenwerking tussen de disciplines onze cliëntsystemen kan helpen en de effectiviteit van ons vak kan vergroten (paragraaf 7). Een obstakel in het schrijven en lezen van dit artikel zijn taalverschillen tussen de beide disciplines. Hierop gaan we daarom eerst in.

1 Taal problemen

De wortels van de beide disciplines zouden niet verschillender kunnen zijn. Therapie heeft een honderdjarige traditie van theorievorming en overgeleverde reflectie op de praktijk. De bijdragen van Freud en Breuer rond 1900 (Freud, 1895) zijn een mooi markeringspunt voor de start van een traditie, die Germanistische wortels heeft, groot is geworden binnen de grenzen van de gezondheidszorg en waar de beoefenaars specifieke therapeutische en psychiatrische opleidingen achter de rug hebben. Veranderkunde is voortgekomen uit reflectie op het werk van managers en adviseurs en heeft op zijn best een theorievormende en overdrachtstraditie die half zo lang is. De bijdragen van Lewin, Benne, Bradford en Lippitt in de jaren '40 zijn hier een mooi markeringspunt van een traditie die zich steeds sterker in een Angelsaksische context wortelt, die groot is geworden in de 'gezonde wereld' en die mensen in zich opneemt met de meest uiteenlopende opleidingsachtergrond, variërend van bosbouw, bedrijfskunde tot informatietechnologie. De Nederlandse adviespraktijk is bijvoorbeeld geïnitieerd door boekhoudkundigen, ingenieurs en psychologen (Hellema en Marsman, 1997).

Als gevolg van de verschillende historie van therapeuten en veranderaars is er sprake van verschillende subculturen met een eigen taal, hetgeen onderlinge vergelijking en communicatie bemoeilijkt. Het ene probleem is dat veranderkundigen voor hetzelfde concept een ander woord of label hebben dan de psychotherapeuten. Een tweede probleem is dat ze hetzelfde woord gebruiken maar iets heel anders bedoelen. Een derde probleem, maar ook genot, is dat men leentje buur speelt: men gebruikt elkaars jargon als metafoor op het eigen vakgebied. We zullen het met een aantal voorbeelden illustreren.

Hetzelfde concept, maar andere woorden

Beide disciplines gebruiken een concept dat stelt dat er bij de meest betrokkenen noodzaak gevoeld moet worden, wil iemand of een organisatie kunnen veranderen. Er moet als het ware in de te veranderen entiteit een subjectieve beleving zijn dat iets ongewenst is of begerenswaardig. Ook gaan beiden na of de betrokkenen voldoende in staat zijn om een verandering te volbrengen. Men acht het nodig om in een vroeg stadium na te gaan (te diagnosticeren) of beide ingrediënten in voldoende mate en in een goede verhouding aanwezig zijn. Zo niet, dan zal de professionele veranderaar of therapeut er niet aan beginnen. Veranderaars praten bij noodzaak over belang en urgentie. Ze zoeken naar een 'sense of urgency'. Als het cliëntsysteem verder over voldoende vermogens of competenties beschikt, dan kan de verandering van start. Therapeuten spreken over draaglast als het gaat om het belang of de ernst van de zaak. Als deze de draagkracht (vergelijkbaar met vermogens) benadert of groter wordt dan de draagkracht, dan ontstaat lijdensdruk of lijdensnood. Een mooi voorbeeld van vergelijkbare concepten, met verschillende benamingen. Een ander voorbeeld is de gedachte dat in een vroeg stadium van de verandering de bestaande denkbeelden, waarden of gedrag moet worden afgezwakt. Het idee is dat dit een noodzakelijke voorwaarde is voordat de verandering kan worden aangepakt. Veranderaars noemen dat 'unfreezing'. Cummings and Worley (1993) definiëren dat als: 'a reduction in the strenght of old values, attitudes, or behaviors'. Psychotherapeuten hebben het over 'pre-therapie' of 'pre-contemplatie': een fase, voorafgaand aan de therapie, waarin vooral gewerkt wordt aan het vergroten van het ziektebesef en het vergroten van het ziekteinzicht. Het doel van deze fase is de patiënt verder te motiveren, 'rijp' te maken voor psychotherapie. Een laatste voorbeeld in dit eerste type taalprobleem is, wat psychotherapeuten 'tegenoverdracht' noemen. Zij bedoelen ermee het fenomeen dat de psychotherapeut vanuit eigen onverwerkte, vaak onbewuste, conflicten, zijn eigen gevoelens, waarden en beleving 'projecteert' op de cliënt en zijn eigen gevoelens verwart met die van de cliënt. Dit fenomeen komt heel dicht aan tegen adviseurscentrisme: een fenomeen waarin de adviseur zijn wensen en gevoelens laat leiden bij de advisering en hulp aan het cliëntsysteem. Of bij het fenomeen 'pigeon holing': een adviseur ziet alleen wat hij wenst te zien en waarvoor hij zichzelf gekwalificeerd acht. Als je een hamer hebt, zie je in je omgeving overal spijkers (Perrow, 1970)

Gebruik van metaforen

Men kan beelden of taal uit de ene discipline benutten als metaforen binnen een andere discipline. Zo kan een veranderaar een organisatie een typische borderline organisatie noemen, een dip in een groepsproces labelen als het doormaken van een depressie, en de cultuur als schizofreen typeren. Psychotherapeuten lijken minder vaak taal of beelden uit de veranderkunde te gebruiken, mogelijk mede omdat de (academische) status van het beroep er niet door verhoogd zou worden. Wat wel regelmatig voorkomt is dat veranderaars en psychotherapeuten dezelfde metaforen, taal en/of beelden gebruiken uit een derde wereld, b.v. de metafoor van de machine, de computer, etc.

Bovengenoemde drie taalproblemen maken de analyse niet makkelijker. In een eerder artikel (de Caluwé, 1998) hebben we er bovendien op gewezen dat al binnen de veranderkundige discipline de taal sterk is vervuild en ver is komen af te staan van de onderliggende concepten. Het beschrijven en (opnieuw) analyseren van die concepten levert de veranderaar de taal om helder en betekenisvol met elkaar en cliëntsysteem te communiceren. Vergelijkbare conclusies zijn getrokken in de therapeutische wereld (bv. Kuiper, 1984). Wij pogen hier een steentje bij te dragen. Enkele afspraken over terminologie zouden wij hier vast willen expliciteren. Wij gebruiken de term veranderaars voor organisatie-adviseurs en

managers, de term therapeuten voor de brede verzameling psychotherapeuten, psychiaters, klinisch psychologen, etc. We gebruiken het werkwoord 'veranderen' als kernactiviteit voor beide disciplines, zij het met een verschillend primair cliëntsysteem: bij therapeuten zijn dat toch vooral individuen, bij veranderaars vooral organisaties. Waar het gaat om de activiteiten, 'doen' veranderaars interventies en 'doen' therapeuten therapie.

2 Overzicht van veranderkundige theorieën

Eerder hebben we al geschreven over de families van theorieën over veranderen (de Caluwé, 1998 en de Caluwé en Vermaak, 1999). Daar zijn de families getypeerd als kleuren. We vatten hier de stromingen samen.

2.1 Geeldrukdenken

Geeldrukdenken is gebaseerd op socio-politieke opvattingen over organisaties, waarbij belangen, conflicten en macht een belangrijke rol spelen (zie onder andere Morgan, 1986, Greiner en Schein, 1988; Hanson, 1996; Ramont, 2000).

Het gaat ervan uit dat machtsvorming al een veranderingsproces op zich is. Beleid maken of een projectprogramma tot stand brengen is het bijeenbrengen van belangen, machtsvorming en het oplossen en uitonderhandelen van tegenstrijdigheden of conflicten. Als de macht eenmaal gevormd is, kunnen veranderingen worden afgedwongen, maar het steeds manoeuvreren met de machtsbalans blijft een constante opgave.

Doelen stellen, het beleid bepalen, het programma formuleren gebeurt door het creëren van draagvlak, door belangen te bundelen, door win-win situaties te maken en door politiek spel, macht en onderhandelen. De achterliggende gedachten hiervan zijn te vinden in de actietheorie (Astley & Van de Ven, 1983), die stelt dat een mens (elk mens) eigen belangen, doelen en strevingen heeft en dat hij die graag wil realiseren. Die moeten dus in ogenschouw worden genomen.

In een dergelijk proces opereren vereist van de veranderaar politieke vaardigheden en de competentie om om te gaan met een complex belangenveld. Onafhankelijkheid is hier een belangrijke 'eigenschap'. Communiceren, mediation, onderhandelen, werken met derde partijen zijn favoriete interventies in dit denken.

2.2 Blauwdrukdenken

Blauwdrukdenken is gebaseerd op het rationeel ontwerpen en implementeren van veranderingen. (zie Kluytmans, 1994, Keuning en Eppink, 2000). Projectmatig werken is een opvallende representant hiervan (Wijnen, 1998; Wijnen en Kor, 1996).

In deze denkrichting gaat het er om om de uitkomst of het resultaat zorgvuldig te omschrijven en te definiëren. De weg ernaartoe (wat er moet gebeuren om daar te komen) wordt zoveel mogelijk volgens rationele argumenten beredeneerd en gepland. Het gaat uit van een maximale voorspelbaarheid van de uitkomst. Onderweg kan worden bijgestuurd teneinde het resultaat te bereiken.

Eerst denken, dan doen is het motto. Denken en doen zijn volgtijdelijk aan elkaar.

De menselijke irrationaliteit wordt getracht uit te schakelen. Ze kunnen het eenduidig werken verstoren.

Favoriete interventies zijn doelen stellen en vastleggen, plannen, rationele analyses maken. De competenties van de veranderaar ligt in het aandragen van expertkennis, die de rationaliteit ondersteunt, in het plannen en in het vasthouden van de doelen.

2.3 Rooddrukdenken

Rooddrukdenken vindt zijn grondslag in de klassieke Hawthorne-experimenten (zie Mayo, 1933; Roethlisberger, 1941). Via human relations is een beweging ontstaan naar human resource management (zie o.a. Paauwe, 1995; Fruytier & Paauwe, 1996; Schoemaker, 1994; Jansen 1999).

Mensen veranderen onder invloed van lok- en strafmiddelen. Ze moeten worden verleid, gestimuleerd. Het moet aantrekkelijk worden gemaakt om te veranderen. Het wijgevoel en het gevoel te behoren tot een familie is sterk ontwikkeld in deze denkrichting. Het inzetten en adequaat gebruiken van HRM instrumenten, zoals belonen, beoordelen, carrières, structuur, assessment, werven, selecteren, outplacement, promotie, etcetera worden effectief geacht. Het gaat hierbij om de ontwikkeling van talenten, van het beste uitmensen halen, en een optimale combinatie creëren van mens en organisatie. Mensen doen iets als ze er iets anders (meestal immaterieel) voor terugkrijgen: het ruilprincipe.

De verandering laat zich moeilijk voorspellen en beheersen, omdat de uitkomst wordt gemaakt en gedefinieerd met de 'slachtoffers'. Om reden van ethiek, draagvlak of moraal zijn sturingsmogelijkheden beperkt.

Favoriete interventies zijn communicatie, samenwerken, overtuigen, teambuilding, motiveren, verlokken, en verleiden. Sfeer, teamspirit, je thuis voelen zijn erg belangrijk. De veranderaar moet zorgvuldig zijn, andersgericht en vertrouwenswekkend.

2.4 Groendrukdenken

Groendrukdenken vindt zijn oorsprong in de action-learning theorieën (zie o.a. Kolb et al, 1991; Argyris & Schön, 1978) De grote vlucht kwam eerst in de organisatie-ontwikkeling (French & Bell, 1999) en later via de lerende organisatie (Senge, 1990; Swieringa en Wierdsma, 1990) Veranderen en leren hebben in deze denkrichting conceptueel veel gemeen (zie de Caluwé, 1997).

Het achterliggend denken hier is: mensen veranderen of in beweging krijgen vindt plaats door ze te motiveren om te leren, door ze bewust onbekwaam te maken. Je brengt ze in leersituaties en tracht het lerend vermogen te vergroten. Door leren maken mensen zich andere manieren eigen (en ook door afleren en vallen en opstaan).

De uitkomst van de verandering laat zich moeilijk voorspellen, omdat een en ander afhankelijk is van hoeveel, hoe snel, en op welke wijze mensen leren. Dat is op zijn beurt weer afhankelijk van hun leervermogen, de effectiviteit van leerprocessen en dergelijke.

Motiveren, feedback geven, experimenteren, leren in de breedste zin van het woord, reflectie, zijn veelgebruikte interventies. Denken en doen worden bij voorkeur tegelijk en gekoppeld benaderd. De veranderaars zijn coaches en didactici. Ze coachen en geven feedback. Ze fungeren als voorbeeld en rolmodel.

2.5 Witdrukdenken

Witdrukdenken is ontstaan als reactie op het deterministisch, mechanistisch en lineair wereldbeeld dat is afgeleid van Newton. De chaostheorie of de theorie van de complexiteit

draait om levende complexe systemen met een zeer beperkte voorspelbaarheid. Een centraal begrip is zelforganisatie. Stacey (1996) definieert het als: het proces waarin men binnen een systeem met elkaar interacteert volgens de eigen gedragsregels zonder dat er een overall beeld is wat duidelijk maakt wat men moet doen of hoe men het moet doen. Het zelforganisatieproces omvat het ontstaan van nieuwe structuren en gedragswijzen door ontwikkelings-, leer-, vernieuwings-, en evolutieprocessen. Het systeem raakt soms uit evenwicht, maar hervindt zelf zijn optimale dynamische evenwicht (zie o.a. Bicker Caarten, 1998).

In dit denken vindt verandering veelal autonoom plaats. 'Panta rei' (alles stroomt, 'De weg is de herberg'; de fluxmetafoor van Morgan (1986) zijn uitdrukkingen van deze zienswijze. Mensen en organisaties veranderen zelf en voortdurend. De eigen betekenisgeving, wilsvorming en motivatie van zowel individu als groep zijn doorslaggevend. Beïnvloeding van buiten (d.m.v. een veranderaar of manager) is maar zeer beperkt mogelijk: eigenlijk alleen als het gewild wordt door degene die verandert, bij voorbeeld een vraag om hulp, ondersteuning of coaching.

De veranderaar kan iedereen zijn. Het is van belang om beweging of verandering (met name patronen) waar te nemen, dingen te laten gaan en te dynamiseren en blokkades te verwijderen. Crisis is kans is hier van toepassing.

3 Beknopt overzicht van stromingen in de therapie

In de loop van de vorige eeuw zijn vele psychotherapeutische stromingen ontstaan, elk met zijn eigen theorie en referentiekader. Moursund (1993) geeft aan dat er in de USA in de negentiger jaren meer dan 150 verschillende psychotherapeutische stromingen bekend waren. In Nederland is een beperkt aantal psychotherapeutische stromingen min of meer "officieel" erkend. Dit zijn de op de psychoanalytische theorieën gebaseerde psychotherapieën, de (cognitieve) gedragstherapie, de cliëntgerichte psychotherapie, de groepspsychotherapie en de partnerrelatie- en gezinspsychotherapie of te wel de systeem(psycho)therapie.

Diverse auteurs hebben indelingen gemaakt om de verschillende therapeutische stromingen te ordenen (zie o.a. Van Kalmthout, 1991). In dit artikel gebruiken we een indeling die gebaseerd is op Millon's boek over persoonlijkheidsstoornissen (1996). Millon onderscheidt vier niveaus waarop men de gegevens over een persoonlijkheid(sstoornis) kan verzamelen: gedrag, fenomenologie, intrapsychisch and biologisch-fysiologisch. Binnen deze niveaus maakt hij verder onderscheid tussen structurele en functionele domeinen. In de indeling die hij op deze niveaus en domeinen baseert, zijn de foci herkenbaar van de belangrijke referentiekaders van de psychotherapie en psychiatrie. (Zie figuur 1.)

Figuur 1. De functionele en structurele domeinen van Millon

Niveau	Functioneel domein	Structureel domein
Gedrag	- Expressieve handelingen: gedragstherapie - Interpersoonlijk gedrag: interactionele psychotherapie	
Fenomenologie	- Cognitieve stijl: cognitieve therapie	- Zelfbeeld: cliëntgerichte psychotherapie - Object representaties: analytische psychotherapie
Intrapsychisch	- Regulatie mechanismen:	- Morfologische organisatie:

	psychoanalyse	psychoanalyse
Biologisch-fysiologisch		- Stemming/ temperament: biologische psychiatrie

Millon stelt dat mensen door allerlei regulerende acties (zoals gedrag, sociaal gedrag, cognitieve processen en onbewuste mechanismen) het geven en nemen tussen binnen én buitenwereld managen: dit noemt hij het functioneel domein. Men is daar bezig met aanpassen, transformeren, coördineren, in balans brengen, ontladen en controleren. Deze regulerende acties komen in soorten en maten. Millon onderscheidt er een viertal: expressieve gedragingen, interpersoonlijk gedrag, cognitieve stijl en regulatie mechanismen.

Daarnaast definieert Millon het structureel domein. Het gaat dan om een diep ingebed en relatief duurzame mal van vastgelegde herinneringen, attitudes, behoeften, angsten, conflicten, etc. Deze mal leidt de ervaringen en (ver)vormt de voortgaande levensgebeurtenissen. In de wandelgang zeggen we dat het hier niet gaat om wat we doen, maar meer om wie we zijn. Het zit 'dieper'. Structurele domeinen kunnen opgevat worden als 'substraten and handelingdisposities, die quasi-permanent van karakter zijn'. De meeste mensen zijn zich er maar beperkt bewust van. Millon onderscheidt ook hier vier soorten.

Zoals al eerder geschreven kunnen we Millons schema gebruiken om therapeutische referentiekaders in te delen. Zo kan je gedragstherapie beschouwen als een stroming die zich in grote mate richt op expressieve handelingen: één van de vier functionele domeinen. Elk domein in de tabel lijkt dan te corresponderen met een therapeutische praktijk. Waar het de psycho-analytische praktijk betreft, raakt deze zowel aan een functioneel – als structureel domein. Dit is echter een uitzondering. Het biologisch-fysiologisch niveau laten we in de verdere bespreking weg. Het valt uit de boot wanneer we vooral kijken naar gespreksgerichte therapievormen die parallellen vertonen met stromingen in veranderkundige denken. Zo komen we op 6 uiteenlopende therapeutische stromingen die tezamen een redelijke landkaart lijken te bieden 'wat er te koop is'.

3.1 Gedragstherapiën

Basis voor deze therapiestromingen vormen het behaviorisme en de leertheorieën. Bekende namen zijn vooral Pavlov (1897!), maar ook Watson, Skinner, Eysenck, Bandura en Lazarus. De strikte volgers van deze theorieën gaan ervan uit dat alleen objectief observeerbare handelingen en gebeurtenissen het aangrijpingspunt voor behandeling moeten zijn. Dit observeerbare gedrag is aangeleerd, zo denkt men, door de beloning die men er in het verleden voor ontving. Veranderen is echter gewenst wanneer zulk gedrag disfunctioneel is. Er moet iets afgeleerd worden.

De therapeut is geschoold in het analyseren van het ongewenst gedrag en de relatie tussen dit ongewenst gedrag en de omgevingsfactoren die dit gedrag belonen (conditioneren). Hierop gebaseerd ontwerpt de therapeut leerprocedures waarin deze beloningen worden onthouden en er voor in de plaats nieuw functioneler gedrag wél wordt beloond. In dit (her)conditioneringsproces passen de therapeuten alleen interventies toe, waarvan experimenteel wetenschappelijk bewezen is dat ze werkzaam zijn. Men hecht aan deze empiri-

sche basis en het veronderstelt dat men zich op de hoogte houdt van experimenteel wetenschappelijk onderzoek op dit vlak. Critici menen soms dat gedragstherapeuten aan symptoombestrijding doen.

Meestal is zowel het eindresultaat als de weg erheen goed omschreven en geprotocolleerd. De interventies die in zo'n programma een plaats kunnen krijgen zijn vooral gebaseerd op exposure (hiermee wordt bedoeld dat de patiënt aan de voor hem beangstigende situatie/prikkel blootgesteld wordt), response preventie (de therapeut voorkomt dat de vermijdingsreactie niet plaatsvindt) en positieve bekrachtiging (belonen). De combinatie exposure en respons preventie kan op verschillende manier gebruikt worden. Een tamelijk 'harde' manier is flooding. Hierbij wordt de patiënt in de voor hem beangstigende situatie geplaatst en hij mag pas weg nadat de angst uitgedoofd, verdwenen is. Een mildere vorm is systematische desensitisatie. Dit is een stap voor stap benaderingen die langzaam het gedrag doen verschuiven. In het volgende casus geven we hiervan een voorbeeld. De behandeling van een spinnenfobie kan bij voorbeeld starten met een x aantal zittingen die aan ontspanningsoefeningen besteed worden. Hierna wordt de patiënt geleidelijk aan, in y stappen geconfronteerd wordt met spinnen. Zo kan de eerste stap in de behandeling zijn: op afstand kijken naar een spin in een jampot. De behandeling kan eindigen met een spin aanraken of over de hand laten lopen.

3.2 *Interactionele psychotherapieën*

De basis van deze therapiestromingen werd gelegd door Sullivan. Anderen, onder andere Leary (1957) en Kiesler (1982) hebben de gedachten van Sullivan verder uitgewerkt. In Nederland is Van Kessel te beschouwen als een vertegenwoordiger van deze stroming. Volgens deze stromingen hebben de essentiële problemen van een persoon hun basis in de terugkerende interacties die dat persoon met voor hem belangrijke anderen heeft. Een basale veronderstelling is dat elk persoon in het contact met een ander persoon de manier waarop die ander reageert beperkt. Hij doet dit door bij de ander die reacties uit te lokken die de ideeën die hij over zichzelf en de wereld heeft, bevestigen. Wanneer dit verstoorde communicatie en relaties oplevert, kan dit als een vicieuze cirkel werken: zelfcorrectie wordt juist door de verstoorde communicatie steeds moeilijker waardoor relaties verder verstoren. Therapie is dan mogelijk en gewenst. Gelukkig zie je in de therapierelatie dezelfde communicatiepatronen ontstaan als in de andere relaties.

De gedachte is dat als je die patronen binnen de therapeutische setting kunt doorbreken dat uitstraalt naar de rest van het leven. Voor de individuele therapie geldt dat de therapeut geschoold is in het herkennen van habituele gedragspatronen van een patiënt én het effect dat dit bij anderen oproept. Dit laatste leidt hij af van zijn eigen gevoelens, reflexen, e.d. Het doorbreken geschiedt op verschillende manieren. Zo kan de therapeut benoemen wat hij ziet en ervaart, hij kan als rolmodel anders communiceren (b.v. door self disclosure: het benoemen van eigen gevoelens). Sommige scholen hebben de interactiepatronen in schema's beschreven. Het doel van een behandeling is dat de patiënt zich bewust wordt van deze zich herhalende patronen en hun onderliggende oorzaken (angsten, wensen) en dat hij op basis hiervan zelf in staat nieuwe communicatiepatronen te scheppen. Een voorbeeld. In een therapie kan de therapeut merken dat hij snel de neiging heeft de patiënt te bekritisieren. Deze neiging kan opgeroepen worden door ingesleten gedragspatronen van de patiënt die aangeleerd zijn in een langdurige relatie met een erg kritische vader. Het gedrag naar de vader herhaalt zich in de therapeutische relatie: de patiënt verleidt de therapeut in zekere zin om de rol van zijn vader te spelen. In deze situatie is de therapeutische, a-sociale reactie á la Van Kessel: niet bekritisieren. Hij stapt hiermee buiten de patronen en helpt ze

zichtbaar maken.

De therapie situatie kan een 1-op-1 therapie zijn. Maar juist de interactionele benadering leent zich goed voor het betrekken van meer mensen. Zo kan het meer mogelijkheden bieden om interactiepatronen te zien en te oefenen. Dit kan ofwel met de werkelijke levenspartners: dan noemt men het systeemtherapie. Vaak zijn de (rigide) interactiepatronen in het oude gezin ontstaan. De systeemtherapeut pakt de problemen graag 'bij de bron aan' door rechtstreeks te interveniëren op die patronen met die betrokkenen. Waar nodig doet hij dit door in te grijpen op interactiepatronen van de familie met hem. Want die zullen 'meer van hetzelfde zijn'. Wanneer de therapie niet met familie maar met medepatiënten plaatsvindt, spreekt men van groepstherapie. Een voorbeeld daarvan: leden van een groep zullen snel doorhebben dat één van de groepsleden zich niet in de gesprekken mengt omdat hij denkt dat anderen hem oninteressant, niet belangrijk. Als deze ervaring op gepaste wijze aan het desbetreffende groepslid als feedback teruggegeven wordt en aangegeven wordt dat ze wel in hem, zijn mening geïnteresseerd zijn, kan dit groepslid hiervan leren om daarna te experimenteren met alternatief gedrag.

3.3 *De cognitieve therapieën*

Deze therapieën richten zich op 'foutieve', verstoorde manieren van denken. Al in het begin van de 20^e eeuw werd over deze vorm van therapie geschreven. De meer moderne vormen werden vanaf halverwege de 20^e eeuw beschreven door o.a vader en dochter Beck (o.m. 1990, 1995 en Beck en Freeman, 1990) en door Ellis (1962). Veel van deze vormen van therapie baseren zich ook op leertheorieën. De therapeut gaat er van uit dat de manier van denken van de cliënt grote invloed is op zijn leven. Terugkerende problemen zijn, in hun ogen, vaak ter herleiden op disfunctionele overtuigingen. En deze ontstaan vaak bij de gratie van vaste denkfouten en patronen. Denk hierbij aan: selectief abstraheren, dichotoom denken, arbitrair afleiden, overgeneraliseren, catastrofaal denken, etcetera. Er is een hele reeks. Een voorbeeld van een denkfout: Bij een klein incident kan de patiënt snel in een gedachtereeks terecht komen, die als volgt gaat: 'Oh een fout, wat ontzettend stom van me, ik doe ook altijd alles maar fout, ik doe nooit wat goed, ik ben nergens nuttig voor en iedereen tot last, waarom zou ik eigenlijk nog voortleven, ik kan er beter maar een eind aan maken, dan heeft niemand meer last van me.' Een sneeuwbal met steeds omvattender perspectiefloze cognities.

De aanname is dat andere cognities andere werkelijkheden schept: dus daar schuilen oplossingen. De therapeut gaat na welke problemen een cliënt mee worstelt en met welke cognities deze gepaard gaan. Hij stelt daarbij veel vragen. Hij analyseert en categoriseert denkfouten en patronen. De therapeut zal vervolgens pogen een cliënt hiervan te bevrijden. Dat is vaak confronterend: men houdt de analyse voor en test deze. Pas als de analyse landt, is de tijd rijp de cliënt te steunen alternatieve denklijnen te verkennen, hem uit te dagen. Soms ijkt de therapeut ze zelf aan. Met deze andere manieren van denken wordt geëxperimenteerd zowel 'binnenskamers' maar ook in het echt. De consequenties worden geëxploreerd en als die aanzienlijk zijn, helpt dit de verandering te bestendigen.

3.4 *De cliëntgerichte psychotherapieën*

Rogers, als oprichter van deze stroming, is de belangrijkste exponent en boegbeeld. De stroming legt veel nadruk op het zelfbeeld van de cliënt. Men veronderstelt dat een besef van zichzelf, een besef van 'ik' en 'mij' mensen een gevoel van stabiliteit kan geven, een anker in de veranderende wereld. Ze kunnen zichzelf (als het ware als object) beschouwen.

Men gaat er verder vanuit dat elke mens het vermogen tot groei in zich heeft. Instabiliteit of gebrek aan groei duidt op een verstoord zelfbeeld is de conclusie. Het natuurlijke vermogen tot groei impliceert echter ook dat een verstoord zelfbeeld niet met geweld moet of kan worden hersteld. Wat nodig is om blokkades op te heffen die leiden tot herwaardering van het eigen zelfbeeld en herstel van de intrinsieke groei en ontwikkeling.

De 'opdracht' van de psychotherapeut is om te zorgen voor de optimale procescondities en niet veel meer. Geen briljante analyses, harde protocollen of shockerende herkaderingen zijn aan de orde. De cliënt is zelf al briljant genoeg, zo meent de therapeut. Belangrijke procescondities zijn: respect, aanvaarding, transparantie, echtheid. Het gesprek gaat vaak over de (zelf)beleving van de cliënt. Vooral gevoelens worden geëxploreerd. De therapeut stelt zich veelal niet 'boven' de cliënt, maar stelt zich zo gelijkwaardig mogelijk op. Het bespreken van de therapeutische relatie wordt niet geschuwd als de cliënt hiertoe neigt of de cliënt in deze relatie iets kan belangrijks kan (her)beleven. Vertrouwen is een belangrijk thema bij de cliëntgerichte benadering: vertrouwen in zichzelf, maar in het eigen potentieel, vertrouwen in intrinsieke groei en de effectiviteit van het therapeutisch proces. Een belangrijke stroming is de existentiële richting. Daar staan de 'onvermijdelijke dilemma's' in het leven extra centraal, die elke mens moet leren accepteren. Over de (schijnbare) tegenstelling tussen onafhankelijkheid en intimiteit, tussen levensgenot en levensangst, tussen authenticiteit en veiligheid en dergelijke.

3.5 *Analytische psychotherapie*

Elk mens is een product van zijn verleden: hardnekkige problemen worden vaak veroorzaakt door onbewuste innerlijke conflicten die hun oorsprong vinden in iemands jeugd. Deze gedachten wordt dominanter in deze en de volgende stroming die hun wortels hebben in de theorieën van Freud. De analytische psychotherapie is niet met Freud begonnen maar er later op gebaseerd. De wijze waarop iemand een product van zijn verleden is, wordt hier gezocht in het begrip 'objectrelaties'. Echte belangrijke relaties uit het verleden (inclusief geassocieerde gebeurtenissen, mensen, belevingen, etc.) vormen een innerlijke, niet bewuste stempel op het heden. Dat geldt in het bijzonder voor vroegkinderlijke, intieme relaties. Deze indruk/ stempel, object representatie genoemd, zorgt ervoor dat gebeurtenissen en (belangrijke) personen in het heden, die in bepaalde opzichten vergelijkbaar zijn met de belangrijke personen uit het verleden niet neutraal tegemoet getreden kunnen worden. Er is a.h.w. een mal ontstaan, die de (attitude, emoties, etc. in) relaties met anderen kleurt en (ver)vormt.

I.t.t. de interactionele psychotherapeuten probeert men hier niet te 'sleutelen aan huidige relaties'. Veeleer probeert men huidige relaties, inclusief de therapeutische relatie, te begrijpen/verklaren m.b.v. de objectrelaties uit het verleden. De levensgeschiedenis wordt meestal in kaart gebracht om een beeld te krijgen van welke conflicten uit het verleden nog van belang zijn voor het heden en op welke wijze deze conflicten in het heden de realiteit verstoren. De therapeut zal trachten de onbewuste object representaties bewust te maken en zal trachten deze te bewerken, d.w.z. ze te 'ontdoen' van de niet realistische kanten. De therapeut is sturend: hij bevraagt, interpreteert, benoemt en confronteert. Niet dat er geen vertrouwen is in de groei van de cliënt, maar wel een geloof dat dit niet altijd spontaan geschiedt zoals bij Rogers: sturing en duiding van de therapeut is nodig. Indien de therapie slaagt dan is de patiënt vrijer van zijn verleden: er is een mogelijkheid nieuwe ervaringen op te doen in plaats van herbelevingen te doormaken. Er is een gevoel dat de wijze van omgaan met de wereld reëler is geworden. Daarnaast komt er ook energie vrij die nodig was om de onverwerkte zaken onderdrukt te houden. Dit draagt weer bij tot een veranderd

gevoel van controle over zichzelf.

3.6 *Psychoanalyse*

De psychoanalyse heeft als belangrijkste exponent Freud en Breuer. Velen hebben de gedachten verder uitgewerkt en velen zijn, ondanks hun scholing in de psychoanalyse, als therapeut thuis gaan horen in een van de eerdere stromingen. In deze stroming zoekt men wederom naar interne onbewuste conflicten, maar de duiding is niet zozeer in objectrelaties. Problemen in gedrag of denkwijzen worden beschouwd als 'oppervlakkige' uitingen van ver weggestopte (afgeweerde) emoties en daaraan geassocieerde defensie strategieën. Zelfs objectrelaties vindt men een tandje tekort schieten. Men gaat er van uit dat problemen ontstaan als mensen emotionele pijn niet konden verdragen en daarom, als overlevingsmechanisme, manieren hebben gevonden deze uit het bewustzijn te verdringen. In deze traditie onderscheidt men vele manieren waarop die verdringen kan plaatsvinden, onder meer de klassiek afweermechanismen (A. Freud, 1966; Kuiper, 1984), en manieren waarop deze zich vast kunnen zetten in de persoonlijkheidsstructuur.

Oplossing van dit alles is niet gemakkelijk. De gedachte is dat reconstructie van de persoonlijkheidsstructuur gewenst is, waardoor afweermechanismen overbodig worden en iemand weer vrij in het leven kan staan. Deze reconstructie veronderstelt echter het opsporen en verwerken van de heftige emoties, waar men juist niet bewust van is en die in het bewustzijn zo moeilijk verdragen kunnen worden. Kenmerkende interventies zijn onder andere: vrije associatie en droomanalyse. Met behulp van deze technieken hoopt de therapeut indirect de emoties en mechanismen op het spoor te komen, zicht te krijgen op de onbewuste conflicten, etcetera. Dit wordt door de cliënt ervaren als de mystieke wereld die geëxploreerd wordt. Pas als die boven tafel is kan ze geanalyseerd, geduid en begrepen worden. Therapeuten van deze stromingen hebben veel kennis over innerlijke structuren, regulatiemechanismen, persoonlijkheidsstructuren e.d. Er is veel en rijke theorie beschikbaar. Daarnaast zijn met name de therapeuten van deze stromingen geschoold in de analyse van de overdracht en de tegenoverdracht. De therapeut is, onder andere door een eigen leeranalyse, 'getraind' om hiervoor zichzelf als instrument te gebruiken. Hij heeft door zijn opleiding geleerd om dat wat in de therapeutische relatie, zowel bij de patiënt alsook bij hem zelf gebeurt, opgeroepen wordt te relateren aan de bij de patiënt afgeweerde en dus onbewuste emoties en defensie strategieën. Overigens zijn ook de therapeuten van de andere stromingen als deel van de opleiding verplicht in leertherapie te gaan en zijn ook zij meestal getraind om zichzelf als instrument te gebruiken. Het doel is bij de andere therapievormen echter niet het veranderen van de interne structuren en regulerende functies.

4 **Vergelijking van en trends in theoretische uitgangspunten**

4.1 *Vergelijking en overlap*

In deze paragraaf gaan we de in paragraaf 2 en 3 beschreven opvattingen verkennen naar hun overeenkomsten, overlap en verschillen. We zijn ons ervan bewust dat dit gecompliceerd is en we pretenderen dan ook zeker niet dat we precies de juiste punten zullen vinden of dat we compleet zijn. De poging hier moet eerder gezien worden als een eerste verkenning die een start geeft aan een proces van verdere dialoog en verdieping. Teneinde enige vergelijkbaarheid te vergemakkelijken hebben we een drietal tabellen opgesteld aan de hand van dezelfde criteria en vragen voor de veranderingstheorieën en de psychotherapeutische stromingen. Na telkens twee van de vergelijkbare tabellen zullen we door middel van een stukje tekst steeds op zoek gaan naar vergelijkingsmogelijkheden. We beginnen eerst

met de vooronderstellingen.

Tabel 1. Vooronderstellingen veranderingstheorieën

Benaderingen	Er verandert iets als je ...
Geeldruk	<ul style="list-style-type: none"> - belangen bij elkaar kunt brengen - kunt dwingen tot het innemen van (bepaalde) standpunten/meningen - win-win situaties kunt creëren/coalities vormen tussen machthebbers - de voordelen laat zien van bepaalde opvattingen (macht, status, invloed) - de neuzen kunt richten en nieuw beleid tot stand brengt
Blauwdruk	<ul style="list-style-type: none"> - van tevoren een duidelijk resultaat/doel formuleert op rationele gronden - een goed stappenplan maakt van A naar B - de stappen goed monitort en op basis daarvan bijstuurt - alles zoveel mogelijk stabiel houdt en beheerst - de complexiteit zoveel mogelijk reduceert
Rooddruk	<ul style="list-style-type: none"> - mensen op de juiste manier prikkelt en verleidt - het voor mensen aangenaam maakt - mensen (situationeel) beloont en straft - mensen iets teruggeeft voor wat zij jou geven - volgens zorgvuldige en afgesproken (HRM) procedures
Groendruk	<ul style="list-style-type: none"> - mensen bewust maakt van eigen tekortkomingen (bewust onbekwaam) - helpt om nieuwe dingen te zien en te kunnen - geschikte gezamenlijke leersituaties kunt creëren - mensen verandert
Witdruk	<ul style="list-style-type: none"> - uitgaat van de wil, de eigen energie, de 'natuurlijke weg' van mensen - de innerlijke zekerheid van mensen aanspreekt - dynamiek/complexiteit wilt zien, kunt duiden en versterken - eventuele blokkades wegneemt en conflicten optimaliseert - nieuwe betekenissen toevoegt en symbolen en rituelen gebruikt

Tabel 2. Vooronderstellingen psychotherapeutische stromingen

Benaderingen	Er verandert iets als je ...
Gedragstherapie	<ul style="list-style-type: none"> - uitgaat van observeerbaar gedrag - (omgevings)stimuli voor gewenst en ongewenst gedrag analyseert - gewenst, functioneel gedrag beloont - in een conditioneringsproces - met de hulp van wetenschappelijk bewezen protocollen
Interactionele psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> - mensen bewust maakt van disfunctionele interactiepatronen - door ze bewust te maken hoe die zich in het hier & nu herhalen - in het bijzonder in de microkosmos van de therapeutische relatie - waarbij je nieuwe interactiepatronen oefent in een veilige omgeving - en (eventueel) de onderliggende emotionele lading naar boven brengt
Cognitieve therapie	<ul style="list-style-type: none"> - mensen op een andere manier helpt denken - over terugkerende problemen in hun leven - door vaste denkfouten en -patronen in kaart te brengen - en door alternatieve denklijnen in de therapie te exploreren - en te laten ervaren welke effecten en consequenties deze hebben
Cliëntgerichte psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> - gelooft in het vermogen tot groei in mensen - gevoelens en beleving van de cliënt exploreert en accepteert - blokkades voor ontwikkeling opspoort en helpt overwinnen - door zelfvertrouwen te stimuleren richting een krachtig zelfbeeld - vanuit een authentieke, eerlijke en respectvolle therapeutische relatie
Analytische psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> - onbewuste innerlijke conflicten kunt opsporen - die zich historisch gevormd hebben in intieme relaties - die zich in het wereldbeeld 'hebben vastgezet' - en die in het heden realiteitsvervalsingen veroorzaken - doordat je door bewustwording en herbeleving de patronen doorbreekt
Psychoanalyse	<ul style="list-style-type: none"> - de heftige angstproeppende conflicten - en de mechanismen, die deze angstbeladen conflicten uit het bewustzijn houden - en die in iemands persoonsstructuur verankerd zijn, kunt opsporen - deze bewust kan maken en kan verwerken - zodat uiteindelijk de innerlijke persoonsstructuur wordt gereconstrueerd

In beide tabellen zien we op een aantal plaatsen soortgelijke vooronderstellingen. De blauwe gedachtewereld met gedachten zoals: observeerbaarheid, werken volgens plan, het schemakarakter, het analyseren en het sterk expertmatige zien we terug bij gedragstherapie, analytische psychotherapie en psychoanalyse. De rode gedachtewereld met een sterke nadruk op relatievorming, emoties, ruilen en interactie zien we terug bij interactionele psychotherapie en bij cliëntgerichte psychotherapie. Groene uitgangspunten zoals: feedback, denken en doen (opvattingen en gedrag) koppelen, veilige omgeving, werken met mentale modellen zien we terug bij de interactionele en de cognitieve therapie. Groei, blokkades wegnemen, zelfvertrouwen, authenticiteit zijn witte aspecten, die we vooral bij cliëntgericht therapie terugzien. De gele uitgangspunten zien we nauwelijks terug in de stromingen. Hoogstens op het niveau van persoonsaspecten die met elkaar in conflict staan (psychoanalyse). We denken overigens dat geldruk-denken wel van toepassing is op systeem- en groepstherapie, waarbij meerdere personen zijn betrokken. Geel is ook van toepassing bij de keuze, wie tot het cliëntsysteem hoort of niet (wat vaak al vroeg in de therapie door de therapeut kan worden beslist) en op de wijze van contracteren tussen cliënt en therapeut.

Tabel 3. Proces in veranderingstheorieën

Benaderingen	Interventies zoals...	Rol en focus professional
Geeldruk	<ul style="list-style-type: none"> - alliantievorming, conclaafmethoden - arbitrage en bemiddelen - topstructurering en beleidsvorming - protégéconstructies/wegpromoveren 	<ul style="list-style-type: none"> - procesbegeleider die gebruik maakt van de eigen machtspositie - Veranderaar richt zich vooral op posities en context
Blauwdruk	<ul style="list-style-type: none"> - rationeel plannen, ontwikkelen kengetallen, voortgangsmeting aan de hand van normen - projectmatig werken, business process redesign - strategische analyses en benchmarking - vergaderprocedures, time-management 	<ul style="list-style-type: none"> - expert die formulering én implementatie verzorgt indien gemandateerd - Veranderaar richt zich vooral op kennis en resultaten
Rooddruk	<ul style="list-style-type: none"> - HRM systemen zoals voor beoordeling en belonen - planning van diversiteit en mobiliteit, loopbanen en carrières - sociale activiteiten en zeepkistbijeenkomsten - taakverrijking, taakverbreding 	<ul style="list-style-type: none"> - procedure expert die soms inhoudelijke oplossingen suggereert - veranderaar richt zich vooral op procedures en sfeer
Groendruk	<ul style="list-style-type: none"> - feedback geven en spiegelen - leercirkels, gaming - coaching en intervisie - open systems planning - opleidingstrajecten en teambuilding 	<ul style="list-style-type: none"> - procesbegeleider die mensen steunt, empathisch is en verstand heeft van didactiek - veranderaar richt zich vooral op setting en communicatie
Witdruk	<ul style="list-style-type: none"> - patroonherkenning, feedforward en betekenisgeving - hanteren van machtsblokkades, dynamiseren - zelfsturende teams, zoekconferenties, open spacebijeenkomsten, persoonlijke groei 	<ul style="list-style-type: none"> - persoonlijkheid die zichzelf als instrument inzet - veranderaar richt zich vooral op patronen en personen

Tabel 4. Proces in psychotherapeutische stromingen

Benaderingen	Interventies zoals...	Rol en focus professional
Gedragstherapie	<ul style="list-style-type: none"> - exposure en respons preventie (zie 3.1) - flooding (zie 3.1) - ontspanningsoefeningen - systematische desensitisatie (zie 3.1) - positieve and negatieve bekrachtiging 	<ul style="list-style-type: none"> - Procedure expert (analyserend, instruerend, bewakend en bekrachtigend). - Therapeut richt zich vooral op cliëntgedrag en omgevingsstimuli
Interactionele psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> - stilstaan bij de eigen reactiepatronen en die relaterend aan het interactiepatroon van de cliënt - schematiseren van interactiepatronen - doorbreken van interactiepatronen in de therapierelatie 	<ul style="list-style-type: none"> - Mede onderzoeker en communicatief rolmodel (analyserend, spiegelen, a-sociaal reagerend, explorerend). - Therapeut richt zich vooral op de interactie binnen de therapeutische setting.
Cognitieve therapie	<ul style="list-style-type: none"> - vragen (socratische methode) - analyseren en categoriseren van denkpatronen en overtuigingen - expliciteren, feedback geven op patronen - denkpatronen uitdagen en onderbreken - alternatieve denkpatronen onderzoeken, herkaderen en helpen beleven 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyserende expert (bevragerend, categoriserend, herkaderend) die tevens rolmodel is van 'anders over dingen kunnen denken' - Therapeut richt zich vooral op cognities en hun consequenties.
Client centered therapie	<ul style="list-style-type: none"> - Setting/klimaat en interventie vallen samen: de weg is de herberg. - Horizontale communicatie en optimale procescondities. - Actief luisteren, focuseren, belevingsonderzoek, empathie - Self disclosure (zie 3.2) 	<ul style="list-style-type: none"> - Gesprekspartner (accepterend, een non-directief) en rolmodel in authenticiteit en vertrouwen - Therapeut richt zich op de zelfbeleving van de cliënt en diens 'human potential'
Analytische psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> - Op basis van de levensgeschiedenis zicht krijgen op object-representaties, 'wereldbeeld' van cliënt - Zicht krijgen hoe dit 'wereldbeeld' de realiteit verstoort, o.a. in de therapeutische relatie in de vorm van niet realistische, patronen - Vrije inval - Bewust worden en herbeleving van onderliggende conflicten 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyserende expert (sturend, bevragerend, benoemend, confronterend) - Therapeut richt zich op de het 'wereldbeeld' van de cliënt.
Psycho-analyse	<ul style="list-style-type: none"> - Vrij associaties, dromen. - Interpretaties, confrontaties en reconstructie van de persoonlijkheidsstructuur - Analyse van afweermechanismen, confrontatie en duiden - Analyse overdracht en tegenoverdracht 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyserende expert (praatpaal, duidend, confronterend) - Therapeut richt zich op het fantasieleven, het magisch denken van de cliënt

Blauwe aanpakken, die rationeel, analytisch en procedureel zijn en gericht op gedrag en planmatigheid zien we sterk bij gedragstherapie en wat minder, maar wel herkenbaar bij de

analytische psychotherapie en psycho-analyse. Rood zien we bij de gevoelens, de interactie, communicatie en empathie: interactieve - en cliëntgerichte psychotherapie; groen bij bevragen, expliciteren, feedback geven, herkaderen: de cognitieve therapie en cliëntgerichte psychotherapie. Wit is herkenbaar in de cliëntgerichte psychotherapie met de essentiële procescondities. Over geel willen we hier weer dezelfde opmerking maken als bij de vorige twee tabellen.

Met betrekking tot rol en focus van de professional zien we ook een aantal parallellen. De rationele, procedure expert, de analyserende expert zien we weer bij gedragstherapie en analytische therapie en psycho-analyse: blauw. De interactie binnen de therapeutische relatie en de zelfbeleving van de cliënt staan centraal in de interactionele therapie en de cliëntgerichte psychotherapie: rood. Rolmodel, mede onderzoeker, spiegelen, exploreren zijn in de cognitieve en de interactieve therapie sterk verankerd: groen. Vertrouwen, authenticiteit, acceptatie zijn belangrijke rolkenmerken van de therapeut bij cliëntgerichte psychotherapie: wit.

Tabel 5: Uitkomsten bij veranderingstheorieën

Benaderingen	Hardheid van het resultaat	Ideaal	Valkuil
Geeldruk	<ul style="list-style-type: none"> - Resultaat is groten-deels onbekend en verschuift - Weg is moeilijk voorspelbaar 	Nastreven van overkoe-pelende belangen. Het scheppen van de haalbare oplossing.	Luchtfietserij. Machtsstrijd (lose-lose)
Blauwdruk	<ul style="list-style-type: none"> - Resultaat is vooraf omschreven en gegarandeerd. - Weg is voorspelbaar 	Wereld is maakbaar en planbaar. Het scheppen van de 'beste' oplossing (vooral voor 'harde' organisatie-aspecten)	Over mensen heen walsen. Irrationele en externe aspecten negeren.
Rooddruk	<ul style="list-style-type: none"> - Resultaat is vooraf wel bedacht, maar niet gegarandeerd - Weg is redelijk voorspelbaar 	Juiste 'fit' tussen organisatiedoelen en individuele doelen. Een motiverende 'leuke' oplossing (vooral voor 'zachte' organisatie-aspecten)	Zachte heelmeesters, stinkende wonden. Negeren van het machtsspel en het verstikken van het bijzondere individu
Groendruk	<ul style="list-style-type: none"> - Resultaat is vooraf geschetst maar niet gegarandeerd - Weg is matig voorspelbaar 	Lerende organisatie: met iedereen, over alles, altijd. Een oplossing die mensen zelf bedenken en zichzelf eigen maken.	Ontkenning dat niet iedereen alles wil of kan leren. Gebrek aan prioritering en actie, overmaat aan empathie en navelstaren
Witdruk	<ul style="list-style-type: none"> - Resultaat is vooraf niet omschreven - Weg is onvoorspelbaar (weg is de herberg) 	Spontane evolutie. Benutten van toeval, conflict en crisis als kansen en stroming.	Onvoldoende inzicht in drijvende krachten. Laissez faire en medewerkers 'opzadelen' met zelfsturing. Modieus gewauwel.

Tabel 6. Uitkomsten bij psychotherapeutische stromingen

Benaderingen	Hardheid van het resultaat	Ideaal	Valkuil
Gedragstherapie	<ul style="list-style-type: none"> - Resultaat is goed te omschrijven en observeerbaar - Weg is goed voorspelbaar - Resultaat wordt snel bereikt (5-10 sessies) 	Alle gedrag is aan te leren of af te leren. Het eigen handelen is beheersbaar ongeacht de eigen historie.	Ontbreken van zelfinzicht en het verzanden in symptoombestrijding
Interactionele psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> - Resultaat is redelijk te omschrijven en observeerbaar - Weg is moeilijk te voorspellen - Resultaat wordt redelijk snel bereikt (15-25 sessies) 	Vervullende, bevredigende relaties. Volledig in het hier & nu met anderen samen kunnen zijn.	Verslaving aan de analyse van de interactie. Het vervallen in gezwets over betekenisloze details van de relatie.
Cognitieve therapie	<ul style="list-style-type: none"> - Resultaat is redelijk te omschrijven - Weg is redelijk te voorspellen - Resultaat wordt redelijk snel bereikt (15-20 sessies) 	Effectieve en reële manieren van denken, die mensen in staat stellen plezier te beleven aan hun leven. Vrij zijn van beperkende cognities.	Luchtfietsen of het worstelen met conflicterende overtuigingen.
Cliëntgerichte psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> - Resultaat is niet van te voren te omschrijven - Weg is nauwelijks te voorspellen - Resultaat kost aanzienlijke tijd (60-90 sessies) 	Zelfvertrouwen en energie. Diepgaande en voortgaande betekenisgeving en beleving van het eigen leven.	Grenzeloos en oeverloos empathisch meedeinen. Cliënt dwaalt rond in het woud van eigen ervaringen.
Analytische psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> - Resultaat is redelijk van te voren te omschrijven - Weg is redelijk te voorspellen - Resultaat kost aanzienlijke tijd (30-90 sessies) 	Reëel in de wereld staan. Een wereldbeeld ervaren dat veel méér is dan een herhaling van het verleden.	Alles begrijpen, terwijl er niets verandert. Begrip aanvoeren als excuus. Te cognitief en te weinig doorleefd.
Psychoanalyse	<ul style="list-style-type: none"> - Resultaat is redelijk van te voren te omschrijven - Weg is moeilijk te voorspellen - Resultaat kost erg veel tijd (600-2000 sessies) 	Groot en rijk inzicht in zichzelf en in de wereld.	Navelstaren. Verslaving aan de wekelijkse therapeutische aandacht. Begrip aanvoeren als excuus.

Ook hier zijn we interessante overeenkomsten. De notie over efficiëntie, over planbaarheid, beheersbaarheid en voorspelbaarheid (blauw) zien we terug bij gedragstherapie. In contrast met de vorige tabellen is de overeenstemming tussen blauwdruk-denken en analytische psychotherapie en psychoanalyse dit keer beperkt. Niet te omschrijven resultaat en een niet te voorspellen weg vinden we bij wit en bij cliëntgerichte psychotherapie. Rood en groen denken zijn matig planbaar en voorspelbaar, net als interactionele psychotherapie en cognitieve therapie.

Bij ideaal en valkuil herkennen we het maakbaarheidsideaal van blauw in de gedragstherapie. Vervullende, bevredigende relaties, plezier beleven (rood) zien we bij interactionele psychotherapie en cognitieve therapie. Effectieve manieren van denken, groot en rijk inzicht, een nieuw wereldbeeld, vrij van beperkende cognities (groen) zien we bij cognitieve therapie, analytische psychotherapie en psychoanalyse. Wit is weer erg herkenbaar bij de cliëntgerichte psychotherapie: zelfvertrouwen en energie; diepgaande beleving van het eigen leven. Bij de valkuilen zien we enkele parallellen. Een paar voorbeelden. Bij gedragstherapie kan er weinig worden geleerd (zoals bij blauw ook het geval is). Navelstaren, rondwalen in het woud van eigen ervaringen is een valkuil van wit en van cliëntgerichte psychotherapie.

Over het algemeen lijken er heldere relaties te leggen tussen verandertheorieën en psychotherapeutische stromingen. Deze relaties zijn redelijk constant dwars door alle tabellen heen. Het moeilijkst vergelijkbaar zijn de gele veranderingstheorieën. In mindere mate hebben de analytische psychotherapie en de psychoanalyse ook dit probleem. Gemeenschappelijk is dat elke theoretische school, ongeacht of die nu uit de veranderkundige of uit de therapeutische arena komt, de neiging heeft een samenhangend geheel te maken van diagnostische kijk, ontwerpprincipes en handelingspectrum. Elk heeft in die zin een eigen consistente wereld gevormd met eigen literatuur, eigen coryfeeën, eigen woordenschat, etc.

4.2 Trends

De landkaart van de therapeutische en veranderkunde wereld is niet constant, maar aan trends onderhevig. Ook hierin zijn parallellen aan te geven.

Objectief versus subjectief

Hunt (1991) heeft een zestal wetenschapsopvattingen geplaatst op een continuüm tussen de polen objectief en subjectief/constructivisme. Aan het ene uiterste staat het mechanisch wereldbeeld met de objectieve wetenschapsopvatting, waarin de sociale werkelijkheid als een concrete structuur wordt gezien. Aan het andere uiterste staat de transcendentale opvatting, waarbij de realiteit als een projectie van de menselijke verbeelding wordt beschouwd: de werkelijkheid zit in de hoofden van mensen.

Continuüm van objectieve naar subjectieve benadering van wetenschap

Metafoor	Machine	Orga- nisme	Hologram, cybernetica, hersenen	Theater, drama, discours	Taalspel, betekenis- geving	Transcend- entie
Aard van de werke- lijkheid	als concrete structuur	als con- creet proces	als context voor informatie	als domein voor (symbolische) dialogoog	als sociale construc- tie	als projectie van menselijke verbeelding
	← objectieve benadering ----->					subjectieve benadering

Er zijn sterke aanwijzingen (de Caluwé, 2001) dat het denken over veranderen op dit continuüm aan het schuiven is. Van het denken in de klassieke manier van rationele probleemoplossing door experts naar actoren die zelf betekenis geven en deelnemen aan processen en die hun eigen werkelijkheid creëren. Van het denken in sterk samenhangende doelen en organisaties naar een erkenning van ambiguïteit, complexiteit en chaos. Er lijkt de laatste decennia een eenzijdig geloof te zijn geweest in blauwe of rode veranderingstrajecten. Groen en wit krijgen nu meer aandacht. Mede onder invloed van het consumentisme zien we ook bij therapie de laatste decennia een overgang van de sterk expertmatige, inhoudelijke aanpak (de diagnose moet kloppen) naar de cliënt die met een duidelijke vraag voor een bepaalde vorm van therapie komt, zichzelf doelen wil stellen en zelf naar en in een veranderingsproces stapt. Maar natuurlijk roept dit ook weer tegenreacties op. Onder veranderaars is er de roep om "bijsluiters", objectieve beschrijvingen over indicaties en contra-indicaties en neveneffecten van interventies. Bij therapeuten is er de roep om protocollair en 'evidence-based' werken. In dit denken worden alleen die therapieën toegestaan waarvan bewezen is dat ze werken. Deze verschuivingen zijn onlosmakelijk verbonden met het tijdsgewricht.

In feite is er sprake van een oude discussie die ook al in de Griekse oudheid speelde en in de loop van de eeuwen oorzaak was van een slingerbeweging tussen objectieve en subjectieve benaderingen (zie o.m. Kendell, 1975).

Trend naar multiconceptualiteit: meervoudig kijken

Multiconceptualiteit is een uiting van de meer subjectieve benaderingen. Men gaat ervan uit dat er verschillende modellen zijn om de (ingewikkelde) werkelijkheid te beschrijven. Multiconceptualiteit verwijst naar het tegelijk gebruiken van meerdere concepten, zelf als die strijdig zijn (zie o.a. Millon, 1996). Dat is voor diagnose heel goed mogelijk en zelfs gewenst: door meerdere brillen kijken vergroot de rijkdom van de uitkomst van de diagnose. Je zou met betrekking tot de kleurconcepten van veranderen zelfs kunnen stellen, dat er sprake is van blinde vlekken als één van de kleuren bij de diagnose van de situatie ontbreekt (zie de Caluwé, 2001). Therapeuten en veranderaars ervaren dat juist tijdens een bespreking van een intake of eerste diagnose de verschillende invalshoeken kunnen bijdragen aan een rijker inzicht. De 'schoolvastheid', zoals geschetst aan het eind van 4.1., wordt daarmee tijdens de diagnosefase gerelativeerd. In lijn met de postmoderne mode verrijken de professionals hun diagnose door verschillende theorieën te benutten.

Trend tot integratie: metatheoretisch ontwerpen

Vooraf bij de behandeling van cliënten met zeer ingewikkelde problematiek speelt integratie een belangrijke rol. De reflex om vanuit de 'eigen school' te behandelen wordt dan

geremd door het bewustzijn dat andere benaderingen effectiever zouden kunnen zijn. Het meervoudig kijken levert de benodigde informatie op om hierin doordachte keuzes te kunnen maken en de betrokkenheid van meerdere therapeuten vergemakkelijkt het ontwerpproces. Het is mogelijk een samenhangende en doordacht behandelplan te maken, inclusief rollen, taken, acties, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de bij de behandeling betrokken therapeuten. Een analoge ontwikkeling zien we in de veranderkunde. In een interventieplan worden interventies gecombineerd, die ontleend kunnen zijn aan verschillende concepten (kleuren). Soms wordt een projectaanpak (blauw) voor een IT project in de ene kant van de organisatie gebruikt terwijl het management op een andere laag in een management development traject deel neemt (groen). En er kan al geanticipeerd worden op de afloop van het IT project door met veel communicatie mensen te verlokken het systeem te benutten zoals beoogd (rood). De afzonderlijke interventies vormen tezamen de veranderstrategie, uitgewerkt in een interventieplan waarin de rollen zijn verdeeld over verschillende actoren.

De keuze voor opeenvolgende en parallelle interventies vraagt om criteria. Een metatheorie helpt daarbij. De Haas (2000) heeft een ordeningsprincipe ontwikkeld voor integratieve therapie. Hij presenteert een model met vier factoren dat dienst doet als therapeutische metatheorie. De gedachte is dat waar één factor dominant naar voren komt uit de diagnose, ook de behandeling daar op zou moeten aansluiten. De vier factoren zijn:

- (1) persoonlijkheid: eigenschappen of kenmerken van een persoon; innerlijke drang of drijfveren en belangen. De behandeling zal vaak in de hoek van de psychoanalyse, analytische psychotherapie gezocht worden.
- (2) kwetsbaarheid verhogende omstandigheden: omstandigheden die mensen ertoe aanzetten of ze verleiden tot bepaald gedrag. De behandeling zal vaak in de interactieve psychotherapie gezocht worden.
- (3) maatschappelijke inbedding: in hoeverre maakt iemand deel uit van netwerken als gezin, familie, werksituatie, vriendenkring e.d.. Arbeid en carrières zijn cruciaal. Therapeuten maken dan weer vaak gebruik van een systeembenadering.
- (4) vaardigheden: algemeen dagelijkse levensfuncties, maar ook sociale vaardigheden, maatschappelijke vaardigheden en professionele vaardigheden. Behandeling kan gezocht worden in de hoek van de gedragstherapie.

Ook Groen beoogt met zijn Multi Conceptueel Behandelings- en Besturingsmodel, dat gebaseerd is op de DSM IV en de theorie van Millon, hetzelfde.

Er zijn interessante verbanden te leggen naar het kleurenmodel als veranderkundige metatheorie. De gedachte is dat organisaties mogelijk het 'gezondst' zijn als ze de verschillende kleuren 'in huis' hebben. Waar kleuren, als kwaliteiten, ondervertegenwoordigd zijn (hetgeen blijkt uit de diagnose) is juist het interveniëren in die kleur passend. Het aangrijpingspunt geeft zo een indicatie, maar ook de 'dominante kleur' van de organisatie, van de belangrijkste veranderaars en of 'meer van hetzelfde' nog wel een oplossing vormt. Soms, in verbetertrajecten, is dat het geval. Bij vernieuwing niet. Een ingenieursbureau (blauwe organisatie) dat met blauwe directie niet meer op dezelfde (blauwe) manier aan kwaliteitszorg wil doen (ISO9000 handboeken) zal mogelijk voor groene kwaliteitscirkels kiezen.

Er liggen ook verbanden tussen deze metatheorieën, bijvoorbeeld tussen factor (1): persoonlijkheid en de actietheorie, waarin strevingen en belangen van mensen worden benadrukt (geeldrukdenken). We zien een sterk verband tussen factor (2): omstandigheden en het rooddrukdenken: mensen worden verlost, verleid, gestraft: je kunt ze tot bepaald gedrag brengen door de omstandigheden te wijzigen. Een verband is zichtbaar tussen factor (3): maatschappelijke inbedding en blauwdrukdenken: carrières, werk, familie, als harde

systeemkenmerken van iemands positie. Tenslotte de factor (4): vaardigheden. Hier zien we een sterk verband met groendruk-denken en leren. Er zijn in bovenstaand overzicht nog vele onvolkomenheden en onopgeloste vragen, maar een neiging tot integratie is onmiskenbaar.

Trend naar autonomie: stijlvast handelen

Bij interventies ligt dat anders. Bij multiconceptueel handelen kunnen wij ons niet veel voorstellen. En integraal handelen lijkt ons erg moeilijk: veranderaars en therapeuten bestrijken slechts een reeks interventies en behandelingen van alle mogelijke: zij zijn ergens goed in, maar ook in bepaalde interventies of behandelingen niet zo effectief. Dus luistert de aansluiting tussen behandeling, de cliënt en de therapeut of tussen de interventie, het cliëntsysteem en de veranderaar wel nauw. In het handelen is er sprake van meestal één dominant concept of kleur. Dat betekent dat therapeuten en veranderaars voor zichzelf helder moeten hebben in welke concepten, benaderingen en kleuren zij wel en niet effectief kunnen handelen. Men bekent dan kleur (veranderaar) of bekent zich tot een school (therapeut). Het getuigt van een hoge mate van professionaliteit als je die situaties, waarin je niet effectief bent, identificeert. Deze zienswijze ondersteunt de visie en veelal ook de praktijk in de therapiewereld dat je diagnose en interventie (in termen van de geïndiceerde therapievorm, persoon van de veranderaar of therapeut) kunt ontkoppelen.

5 Procesverloop: overeenkomsten en verschillen

In de vorige paragraaf hebben we de overeenkomsten beschreven met betrekking tot de inhoudelijke kant: welke overlap zit er tussen de theorieën van beide beroepsgroepen over verandering. In deze paragraaf beschrijven we overeenkomsten in het procesverloop: hantieren veranderaars en therapeuten soortgelijke aanpakken, maken ze gebruik van vergelijkbare instrumenten en worden ze geconfronteerd met vergelijkbare dilemma's? Maar zien we ook kernachtige verschillen?

5.1 De intake/acquisitie

De hulp van een veranderaar of therapeut wordt vaak ingeroepen als de organisatie of het individu de verandering zelf niet aan kan of aan wil. Veelal heeft de cliënt/het cliëntsysteem al zelf dingen geprobeerd, maar is daar niet tevreden mee. Men heeft al een heel proces doorlopen dat tot beslissing leidde om (extern) deskundigheid in te roepen. Therapeuten houden een intake, adviseurs noemen dat vaak een acquisitiegesprek. Soms is er voor de cliënt veel tijd over heen gegaan en wordt de intake gekenmerkt door gevoelens van onzekerheid en verwachting, soms ook van schaamte en machteloosheid. De intake is een belangrijke gebeurtenis, waar de cliënt ontvankelijk is voor steun maar nog niet is gecommiteerd. Het eerste gesprek kan doorslaggevend zijn voor het verdere verloop.

De intake heeft twee kanten: enerzijds wil je een relatie bouwen met de ander, anderzijds wil je voldoende en relevante informatie hebben voor je eigen beslissingen. Bij relatiebouw hoort dat je de tijd neemt, dat het gesprek bindt en niet 'dood' bloedt, dat er 'chemie' is tussen professional en cliënt. Lukt dat niet dan kan alles bij de intake al stoppen. De cliënt moet over een brug. Therapeuten spreken over een noodzakelijk 'rapport', veranderaars over 'of het klikt'. Tegelijk moet je al in en op basis van zo'n eerste gesprek cruciale beslissingen nemen die het gesprek en het vervolg sterk beïnvloeden. En dat wil je zo professioneel mogelijk doen. De paradox is dat deze beslissingen al genomen moeten worden terwijl je soms verschrikkelijk weinig weet. Het gaat dan bijvoorbeeld over de systeemgrenzen: laat de therapeut het toe dat de echtgenoot erbij zit, of wil hij deze er juist bij hebben? Gaat

de veranderaar eerst met het managementteam aan de slag en laat hij de rest van het cliëntensysteem buiten beschouwing of wil hij juist een brede vertegenwoordiging in de organisatie? Een andere instantie beslissing betreft de soort van aanpak: een 'warm bad', helpend en ondersteunend of juist kritisch en confronterend? Confronteren kan tot leren maar ook tot weglopen leiden, steunen tot veiligheid maar ook tot inertie en kabbelen. Waar ligt de balans?

Tot zover zijn er overeenkomsten tussen veranderaars en therapeuten, zei het soms anders gelabeld. Maar er zijn ook verschillen. Bijvoorbeeld bij de soort aanpak: geen van beiden wil cliënten weggagen of de inertie in duwen, maar therapeuten zoeken vaak meer de confrontatie op dan veranderaars. De therapeut geeft a-sociale reacties (in de zin dat deze niet bij de reguliere gedragspatronen horen die een cliënt bij mensen oproept, c.q. waar een cliënt een ander in 'dwingt') om spanning in te brengen (Van Kessel, 1975), terwijl het dominante paradigma bij adviseurs-veranderaars veeleer 'superpleasing' is (Maister, 1993). Of zoals het in het ronde tafelgesprek werd verwoord bij een casebespreking: als adviseur wil je niet dat je klant 'pissig' van de intake weggaat, als therapeut zit je daar niet per definitie mee. Deels is dit te verklaren omdat de verwachtingen van cliënten over veranderaars vaak wat anders zijn dan over therapeuten. Beiden kunnen echter een intake niet terugdraaien, tenzij zich een kans voordoet om te hercontracteren. De vraag is echter of dit hen na een moeizaam eerste contact nog gegund wordt. De her-intake blijft bovendien altijd nog gekleurd door het eerste contact.

5.2 Oriëntatie of precontemplatie

Regelmatig is de therapeut of veranderaar niet meteen in staat om te diagnosticeren of te interveniëren. In zo'n geval wordt gekozen voor een (betaalde) oriëntatieperiode (veranderjargon) of precontemplatie (therapiejargon). Deze fase is bedoeld om te onderzoeken of hulp wel mogelijk is en om te onderzoeken of aan een aantal basisvoorwaarden is voldaan. De veranderaar aanvaardt in een dergelijke situatie (nog) geen opdracht; de therapeut belooft (nog) geen therapie. Zij kunnen tot de conclusie komen dat hulp niet mogelijk is en dat ze dus niet kunnen en zullen helpen. Dit wordt uiteraard aan de cliënt verteld. De concepten zijn vergelijkbaar en in dit geval zie je ook de taal recentelijk naar elkaar toe groeien. De veranderaars Weick en Quinn (1999) voegen voorafgaand aan de fasen 'voorbereiding, actie en onderhoud' de stappen precontemplatie en contemplatie toe die ze ontleen van het therapeutenduo Grimley & Prochaska (1994). Zij geven daarbij aan dat dit geen 'lege' fasen zijn waarin slechts gewacht wordt: nee, in het denken en voelen wordt veel belangrijk voorwerk verricht dat mensen 'rijp' maakt om de volgende stap te zetten. Te vergelijken met een roker die een jaar de moed bijeenraapt om er mee op te houden of de manager die een jaar de noodzaak van ingrijpende sanering overdenkt.

Zowel therapeuten als veranderaars wegen in deze fase motivatie en blokkades. Maar in de rondetafel gesprekken bleek een verschil zichtbaar. In veranderjargon is motivatie veelal sterk gelieerd aan het verhelderen van ambities: of de verandering nu reactief of pro-actief is, men wil resultaten, doelen of uitkomsten verhelderen en als richtinggevend beschouwen. Bij therapeuten leek de motivatie meer gelieerd aan de lijdensdruk en lijdensnood: is de last voor de cliënt echt zodanig dat men in beweging wenst te komen? "Als je echt last hebt van een fobie, dan wil je ergens vanaf niet ergens heen". Bij blokkades houden beide groepen rekening met de historie. Bijvoorbeeld een historie van mislukte veranderingen, variërend van eerdere pogingen rondom hetzelfde probleem of parallelle vergelijkbare processen. In het bijzonder geldt dit als er slechte ervaringen zijn met veranderaars of therapeut in het verleden. Mensen zullen er meer door op hun hoede zijn, wantrouwig zijn.

Een goede relatie zal moeilijker tot stand komen en het veranderingsproces kan er door gekleurd worden en minder soepel verlopen.

Het vervolg van de oriëntatie/precontemplatiefase is veelal de diagnose. Bij de meeste instellingen maken therapeuten een expliciete beslissing over de bemensing bij deze overgang: de intaker neemt afscheid en bespreekt met een team collegae wie het best met deze cliënt verder kan. Veranderaars doen dit uiterst zelden: de relatievorming die al heeft plaatsgevonden, koestert men. Als er al sprake moet zijn van een overdragen naar een collega, dan legt deze discipline liever de knip tussen diagnose en behandeling en beslist dat niet namens de cliënt, maar met de cliënt en noemt het dan 'makelen' of 'matching'.

5.3 *Diagnoseproces*

Therapeuten en veranderaars leggen veel nadruk op het diagnostisch proces. Hierbij spelen vergelijkbare aspecten een rol. Enerzijds gaat het er om dat er voldoende overeenstemming kan worden bereikt met de cliënt om een behandeling te kunnen starten en herkenbaarheid van de diagnose speelt daar een belangrijke rol in. Anderzijds gaat het er om dat er voldoende in den breedte en vooral in de diepte is geblikt om de kern te pakken te hebben. Hierbij speelt professionele verantwoordelijkheid een belangrijke rol. De balans die tussen deze twee aspecten gelegd wordt is echter verschillend.

Veranderaars leggen meer nadruk op het eerste aspect: de cliënt en professional moeten het eens worden over de diagnose, omdat dat het startpunt moet zijn voor een veranderingsproces. Bij voorkeur gaat dit niet in het jargon van de veranderaar, maar in een taal die beide partijen begrijpen en waar ze dezelfde betekenissen aan verbinden. Door een gedeelde diagnose kan men samen in gelijkwaardigheid op weg in het veranderingsproces. Daarbij is het belangrijk om belangrijkste verschijnselen of patronen te benoemen middels kernachtige uitdrukkingen, beelden of metaforen (zie diagnostische rasters). 'Afdelingen zijn eilanden', 'Je gedraagt je als een puber', 'De top is los van de werkvloer' zijn voorbeelden van dergelijke kernachtige uitdrukkingen die zeer beeldend zijn en beter blijven 'hangen' bij de betrokkenen. De herkenbaarheid, in ieder geval voor de kwaliteit van het gesprek over de diagnose, is belangrijker dan brilliantie van de diagnose. Menig veranderaar zal na de diagnose hebben gehoord: 'Dat wisten we al'. Dergelijke opmerkingen moeten eerder als compliment dan als kritiek worden opgevat. Het gaat er eerder om dat de veranderaar demonstreert dat hij het begrepen heeft, dat hij geluisterd heeft naar de cliënt, het cliënt-systeem. De diagnose is al een interventie met als doel dat er een gezamenlijk vertrekpunt is voor een veranderingsproces. Het vinden van de goede taal daarbij is vaak een kunst. Vormgeving, herkenbaarheid en consensus zijn ingrediënten om het cliëntensysteem in beweging te brengen.

Hoewel de laatste jaren sommige therapeuten het gesprek, de discussie over de diagnose als een belangrijke interventie zijn gaan beschouwen, zien therapeuten de diagnose in het algemeen meer als een onderzoeksmatige exercitie dan veranderaars. Diepgang en professionele verantwoordelijkheid en verantwoording staan voorop. Het missen van een diagnose of het stellen van een foute diagnose wordt als een ernstige kunstfout beschouwd. In de USA lopen professionals die bovengenoemde fouten maken een grote kans op en grote schadeclaim. De vastlegging van de diagnose is vooral bedoeld voor (overleg) met vakbroeders, niet zo zeer voor de cliënt. Dit is bij veranderaars andersom. Waar in de diagnose van de therapeuten sprake is van een geschiedenis (film) met belevenissen en lange zinnen, blinken veranderaars uit in momentopnames (foto's) met staccato teksten. Waar therapeuten in de overwegingen die leiden tot de diagnose ingaan op eigen dilemma's en zelfreflec-

tie ontbreekt dit veelal in de veranderkundige rapportages. Therapeuten zijn in hun opleiding expliciet geschoold om zichzelf (middels onder andere de zelfreflectie) als instrument te gebruiken. Dit betekent niet dat veranderkundigen oppervlakkiger zijn dan therapeuten, maar wel dat zij hun zelfreflecties, dilemma's en aanvullende diagnoses voor zichzelf houden en slechts aan het papier toevertrouwen als de tijd daar rijp voor is voor de cliënt. Mogelijk speelt hierin mee dat de cliënt/het cliëntsysteem van veranderaars vaak zelf weet of denkt te weten wat er mis is en wat er aan gedaan kan worden. De afhankelijkheid van cliënt van professional op dit gebied lijkt in veel gevallen groter in de therapeutische wereld: men verwacht meer begeleiding. Uiteraard zijn er binnen de beide beroepsgroepen ook allerlei verschillen. De expertbenadering van veranderaars (in de wandelgang wel getypeerd als 'het medische model') schroomt niet de diepgang te zoeken, eenzijdig aan het papier toe te vertrouwen en consensus met de cliënt op het tweede plan te plaatsen.

Diagnostische rasters

Therapeuten en veranderaars maken gebruik van soortgelijke diagnostische rasters. Dat zijn denkmodellen en visies op mens en organisatie. Zo maken zij beide gebruik van levensfase-theorieën. Dergelijke theorieën gaan ervan uit dat mensen en organisaties fasen in hun leven of bestaan doorlopen, die elk bepaalde karakteristieken, mogelijkheden of problemen veroorzaken. Mensen én organisaties hebben 'erfenissen', lijken 'genetisch bepaald'. Ook is er dan sprake van specifieke verschijnselen bij de overgang van de ene fase naar de andere. In de organisatieliteratuur is een bekende theorie die van Greiner (1972). Ook Zuyderhout (1992) spreekt over fasen in ontwikkeling. In de ontwikkelingspsychologie zijn dat onder meer Andriessen (1999), Erikson (1982), Levinson (1987) en Lievegoed (1981). In de therapeutische wereld komen we dit vooral in de psychoanalytische literatuur tegen (bv. Kuiper, 1984 of Mahler, 1975).

Een tweede groep vergelijkbare theorieën richt zich op gelaagdheden. In organisatie wereld onderscheidt men de formele en informele organisatie (zie o.m. French en Bell, 1999), men maakt onderscheid tussen de strategie, structuur en de 'onderliggende' waarden en normen of cultuur. In therapie maakt men onderscheid tussen bewust en onbewust (Kuiper, 1984), tussen kerngedachten en automatische gedachten (J.S. Beck, 1995). Een derde groep rasters gaat over de wijze waarop mensen en organisaties leren, hun competenties verhogen. Bij de therapieën zijn dat vooral de verschillende methoden en technieken die in de (cognitieve) gedragstherapie gebruikt worden. In de veranderkunde zijn dat de inzichten van onder meer Argyris & Schön (1978), Senge (1990) en Schön (1983).

Een laatste voorbeeld betreft de notie dat problemen ergens goed voor zijn, namelijk om bepaalde (ongewenste) ervaringen te vermijden. Therapeuten spreken over de functie van het probleem. Afweermechanismen en verijdingsgedrag leveren niet alleen problemen op, maar vermijden er ook allerlei. Veranderaars vertellen over hoe medewerkers bewust of onbewust sabotagegedrag vertonen. Men zegt ja tegen superieuren, maar doet nee omdat men het niet met de opvattingen van de baas eens is: het 'pocket veto' (Hanson, 1996). Dat levert heel wat vrijheid op voor de medewerker. Het pocket veto schept problemen (vooral voor bazen), maar lost ook problemen op (vooral voor medewerkers). In zowel de therapeutische- als de veranderkundige wereld worden problemen daarom vaak niet (alleen) als ongunstig toeval beschouwd, maar vaak ook als een (on)bewuste creatie van de betrokkenen: men leeft in de eigen 'selffulfilling prophesies'.

5.4 *Behandeling en interventies*

Op basis van de diagnose maken de professionals een plan. Therapeuten spreken over een behandelplan, veranderaars over een veranderstrategie (groe lijn) en een interventieplan. In beide gevallen zoekt men naar een aangrijpingspunt. Therapeuten nemen de klacht als

uitgangspunt en bepalen daarnaast een focus voor de behandeling en/of het interventieniveau. Cliëntgerichte psychotherapeuten lichten dat soms toe in termen dat daar de 'kiem' voor groei licht. Adviseurs spreken van een 'hefboom' of een 'critical path' (Beer, 1988). Hoewel het geven van hoop als een belangrijke non-specifieke factor is geïdentificeerd (o.m. Yalom, 1981), lijkt gemeenschappelijk de onthechting van de hoop op 'de éne ideale oplossing'. Zoals de therapeuten aan de ronde tafel verwoordden "er zijn meerdere rozen" (om raak te schieten. Meerdere wegen leiden naar Rome, zo bevestigden de veranderaars.

Het aangrijpingspunt werkt men uit in doelen, aanpak en voorwaarden. Juist daar zijn er accentverschillen. Zo is het behandelplan bij therapeuten summier (zeker op papier) ten opzichte van de diagnose. Bij veranderaars is dat veelal andersom: het interventieplan is omvangrijk. Ook de doelen verschillen van aard: bij therapeuten gaat hem vaak om 'van ziek naar gezond', bij organisaties even vaak over van 'gezond naar beter'. Ook de inhoud van de plannen verschillen. Traditioneel wordt in interventieplannen veel nadruk op een opsomming van allerlei activiteiten die samenhangend in stappen of fasen zijn opgedeeld. De interventies zijn vaak maatwerk en in het plan geschetst en voorspeld. In behandelplannen beschrijven de therapeuten hun activiteiten niet zeer nauwkeurig, maar vindt men een keuze voor een bepaalde 'benadering', bijvoorbeeld gedragstherapie voldoende. Behandelingstechnieken worden niet uitvoerig beschreven. Veel methoden en technieken staan als 'standaarden' in de beroepsliteratuur uitgebreid beschreven. Datzelfde geldt voor financiering en spelregels: verzekeraars en cliënten betalen volgens vaste afspraken, beroepscode formuleren standaarduitgangspunten als vertrouwelijkheid, vastlegging, etc. Dit in tegenstelling tot het verandervak waar standaardisering van interventies schaars is en de beschrijving van de beroeps 'toolkit' in de vakliteratuur summierder is. Bij veranderaars betaalt de cliënt alles zelf, waardoor het allemaal wat duurder wordt dan therapie waar de cliënt meebetaalt: dertig maal een therapie sessie (soms gedurende een aantal jaren) komt in hoogte van het bedrag overeen met één dagtarief van een veranderaar. De financieringsconstructies bij veranderaars lopen veel meer dan bij therapeuten uiteen evenals de spelregels (in de vorm van 'opdrachtvoorwaarden, rolverdelingen, randvoorwaarden e.d.) en zijn middels maatwerk voor iedere cliënt contractueel vastgelegd. Zijn veranderaars origineler? Of zijn therapeuten degelijker? En zijn therapeuten allergischer voor resultaatverplichtingen dan adviseurs? Of misschien weten therapeuten nog minder dan adviseurs hoe het traject zal verlopen?

Factorperspectief versus actorperspectief

De realiteit van veel veranderingsprocessen laat zien, dat voorspelbaarheid beperkter is dan de traditie van interventieplannen suggereert (zie ook paragraaf 2 voor de niet-blauwe veranderingen). Er is wat dat betreft bij veranderaars een verschuiving in het denken van 'statisch' naar 'dynamisch'. Statisch staat voor het denken in factoren: hoe is de situatie nu en waarom zijn de dingen zoals ze zijn ('ist') en hoe het zou moeten worden ('soll'). Dynamisch staat meer voor het doen met actoren: wat brengt beweging, waar schuilen krachten, wie gaat er iets aan doen? Men spreekt wel van een verschuiving richting het actorperspectief en handelingsperspectief (Boonstra, 2000; Hunt, 1991). Het actorperspectief vraagt ook extra aandacht bij veranderaars omdat het niet vanzelfsprekend is wie veranderingen trekt, sponsort, regisseert, uitvoert, etc. Het management is meestal initiatiefnemer, maar daarna liggen er verschillende wegen open: van middenmanagers of 'taskforce' op de werkvloer, tot 'interim of projectmanager'. Bij therapeuten is de actorbenadering vaak dominant en impliciet: de cliënt zal de verandering tot stand brengen en dat stond vanaf de start als paal boven water. De relatie tussen therapeut en cliënt (systeem) is als een microkosmos waar elke problematiek en verandering 'in het klein' aan de orde komt als spiegel van de boze buitenwereld. Is er bindingsangst, dan zal dit zich ook in de therapeutische situatie mani-

festeren en zal dit uiteindelijk ook onderwerp van gesprek moeten zijn. Van oudsher bemoeide de therapeut zich niet direct met de buitenwereld. De ideeën hierover zijn echter aan het veranderen, zeker in de constructies waar van therapeuten meer een resultaatverantwoordelijkheid wordt geëist. In deze situaties bemoeien sommige therapeuten zich ook rechtstreeks met de buitenwereld. Ook veranderaars bemoeien zich soms juist ook rechtstreeks met die buitenwereld, regelmatig zelfs zonder het oorspronkelijke (management)contact.

Interventieniveaus

De interventies van therapeuten en veranderaars zijn verschillend, maar wat overeenstemt is dat men interventieniveaus onderscheidt. In de discussies was er sprake van drie niveaus, door beide groepen professionals anders benoemd. Er lijkt conceptuele overlap, al durven wij niet zo ver te gaan om de niveaus als synoniemen te beschouwen. Andere niveau-indelingen zijn in beide beroepsgroepen bovendien ruim voorhanden. Zo maken veranderaars vaak gebruik van een tweedeling (Wijnen, Weggeman en Kor, 1999):

- niveau 1+2: verbeteren (ook wel single loop learning, stapsgewijze verandering, eerste orde oplossingen)
- niveau 3: vernieuwen (ook wel double loop learning, sprongsgewijze verandering, tweede orde oplossingen)

	Therapeuten	Veranderaars
Niveau 1	gedrag, interactie	probleem-oplossing
Niveau 2	patronen, sequenties	procedures, werkprocessen
Niveau 3	persoonlijkheid, denkramen	cultuur, paradigma's

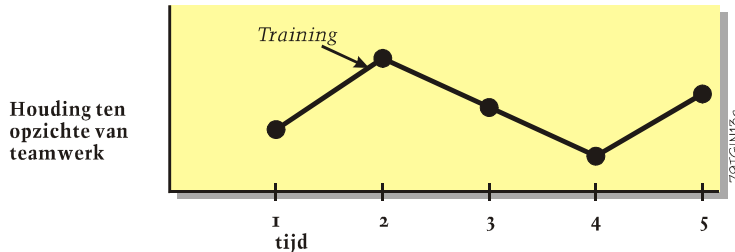
Expert versus helper

Zowel bij therapie als bij organisatieverandering kan de veranderaar of therapeut bij diens interventies uiteenlopende rollen aannemen. Het bekendste onderscheid ligt wel bij de polen expert versus helper (of counsellor). De expert therapeut en de expert veranderaar zijn inhoudelijk deskundige personen, die zelf (zonder veel interactie met de cliënt/het cliëntstelsel) de diagnose stellen en de cliënt/het cliëntstelsel vertellen wat ze moeten doen om uit de problematische situatie te geraken. Bij de therapeuten zien we deze vaak terug bij de klassieke psychoanalytici, gedragstherapeuten en psychiaters. Bij veranderaars bij specialistische advisering (strategie, ICT, milieu). De cliënt heeft vooraf vaak veel vertrouwen in de expert en volgt vaak het advies op. Een extreem tegenovergestelde rol is die van de helper/counsellor. De aanname daarbij is dat de cliënt/het cliëntstelsel zichzelf moet diagnosticeren en dat het diagnostisch proces op zich al helpend is. De kennis en de energie zit bij de cliënt zelf. De counsellor ondersteunt daarbij. De benadering is meer lerend: de cliënt leert om de eigen situatie te doorgronden.

5.5 *Procesdynamiek*

Onderzoek naar effecten laat opvallende parallellen zien. Bevindingen uit een cultuurveranderinginterventie laten de zogenaamde 'leercurve' zien (figuur 1). Geconstateerd werd (de Caluwé, 1997) dat na aanvankelijk succes, terugval plaatsvond en dat in veel gevallen herstel optrad na die terugval. Deze gegevens komen overeen met lange termijn effecten van kortdurende psychotherapeutische behandelingen. Daaruit blijkt dat een zekere terugval na een (aanvankelijk succesvolle) kortdurende therapie vrijwel altijd voorkomt. Herstel, na die terugval, lijkt het resultaat van continue pogingen van de patiënt om het in de therapie geleerde, met vallen en opstaan, in praktijk te brengen. Terugval is dan ook eerder een proceskenmerk dan een gebeurtenis (zie onder meer: Whisman, 1990; Thunissen, 1997;

Nicholson & Berman, 1983). Zogenaamde 'boostersessies' (oppepsessies) die een tijdje na de therapie worden gehouden om de terugval tegen te gaan of te beperken, zijn nauwelijks effectief. Ze stellen de terugval uit (Whisman, 1990). Blijkbaar hoort terugval bij verandings- en leerprocessen. Dergelijke patronen treffen we ook aan bij het leren van psychomotorische vaardigheden zoals tennissen, skiën of autorijden (Buijs, 1988) en bij de implementatie van nieuwe werkmethodes (Geschka, 1978).



Figuur 1. Effecten van een op leren gebaseerde interventie

6 Professionaliteit

In deze paragraaf gaan we na hoe veranderaars en therapeuten hun professionaliteit bevorderen en borgen. We zullen zien dat er (aanzienlijke) verschillen zijn, maar ook interessante overeenkomsten.

Formele bescherming van het beroep

Organisatie-adviseur is een pril en licht beroep. De titel is niet beschermd. Iedereen mag zich zo noemen. Dat gebeurt ook: de term consultant is aan hoge inflatie onderhevig. Er is een Orde van organisatiekundigen en -adviseurs (Ooa), maar daar zijn maar een zeer beperkt deel van de adviseurs lid van. Zij verschaft de leden de titel CMC (Certified Management Consultant) als zij dat willen en toetst en hertoetst op een lichte manier. De Raad van Organisatie-Adviesbureaus (ROA) kent ruim dertig leden; de meeste vooraanstaande bureaus zijn lid. Er is een vorm van tuchtrecht. Er zijn twee vooraanstaande 2-jarige postdoctorale opleidingen, die ervaren adviseurs verder bekwamen. Er is (nog) geen academische opleiding tot organisatieadviseur.

De titel psychotherapeut is momenteel nog een wettelijk (BIG²) beschermde titel. Er bestaat een register waarin de personen die aan de (opleidings)eisen voldaan hebben als psychotherapeut geregistreerd zijn. In deze regeling waren psychiaters q.q. psychotherapeut. In de nieuwe wet is psychotherapeut geen apart beroep meer, maar een deskundigheid, een specialisatie. De nieuwe wet maakt onderscheid tussen gezondheidszorgpsychologen, klinisch psychologen en artsen en psychiaters. Psychiaters en klinisch psychologen worden door de door hen gevolgde opleiding, geacht deskundig te zijn op het gebied van de psychotherapie. Overigens is voor de titel arts of gezondheidszorgpsycholoog een postdoctorale opleiding van ongeveer twee respectievelijk drie jaar vereist na het doctoralexamen geneeskunde respectievelijk psychologie. De opleidingen die leiden tot de BIG geregistreerde beroepen moeten voldoen aan een aantal wettelijk vastgelegde criteria en zijn dus redelijk goed met elkaar te vergelijken. Om als psychotherapeut geregistreerd te worden moet men onder andere een eigen leerpsychotherapie ondergaan hebben. Voor de opleidingen in de medische sector (doctoraal geneeskunde, arts, medisch specialist) is zeer kenmerkend de training-on-the-job in de klassieke meester-gezel-relatie. Ook de gezondheidszorg-

² Beroepen Individuele Gezondheidszorg

psycholoog en klinisch psycholoog worden grotendeels in de praktijk opgeleid, maar kennen niet de meester-gezel-relatie.

Body of knowledge

In een recent overzicht van de mate van professionalisering van organisatieadviseurs stelt van Aken (2000), dat het een prille en lichte professe is. Pril omdat het een grote diversiteit aan stromingen bevat, een weinig gevalideerde kennisbasis heeft en een zeer heterogene instroom kent. Het is een lichte professe, omdat er weinig kennis is die het oordeel goed of slecht kan genereren, de bijdrage van de organisatieadviseur niet makkelijk aantoonbaar is en er geen toelatingsdrempels zijn. De ambiguïteit rond het vak is de laatste jaren waarschijnlijk eerder toegenomen dan afgenomen (de Caluwé, 2001).

Momenteel zijn psychotherapeuten er nog in allerlei soorten en maten. Om in het register als psychotherapeut opgenomen te worden was het noodzakelijk om een opleiding gevolgd te hebben die aan een aantal wettelijk geformuleerde eisen voldeed. Tot deze opleiding werden tot voor kort psychologen, artsen en personen die andere (aan een) universitaire opleiding (gelijkgestelde) opleiding gevolgd hadden toegelaten. Aan de opleiding van deze personen werden een aantal aanvullende eisen gesteld. Zo zijn in het verleden maatschappelijk werkenden, nadat ze een VO-opleiding, juristen, neerlandici, etc. na aanvullende opleidingen gevolgd te hebben, tot psychotherapeut opgeleid. Momenteel is de opleiding tot arts of tot gezondheidszorgpsycholoog beperkt tot personen die in bezit zijn van het doctoraal examen geneeskunde of psychologie. Men wordt pas tot de opleiding tot klinisch psycholoog of psychiater toegelaten nadat men als gezondheidszorgpsycholoog of arts in het BIG register ingeschreven is.

De professionele praktijk en de professional

Afgezien van bovenstaande formele verschillen in de ontwikkeling van de professe, zien we ook een aantal interessante overeenkomsten. Leren in en van de praktijk is bij beide een belangrijk principe. Reflectie, intervisie en supervisie zijn sterk gepropageerde methoden voor leren in en van de praktijk. De therapeuten gaan zelfs zover dat je zelf in therapie moet zijn geweest. Veranderaars zijn vast wel slachtoffer geweest van veranderingstrajecten, maar dat is eigenlijk toch niet vergelijkbaar. Ook leggen therapeuten hun handelingen en (diagnostische) overwegingen vast, terwijl dit bij veranderaars eerder uitzondering dan regel is.

De professional als persoon is een gemeenschappelijke kern: de deskundigheid, de wijze van relatieleggen met de cliënt (systeem), de doelgerichtheid, de integriteit en authenticiteit wordt in beide beroepsgroepen gekoesterd. Men is zelf het instrument en maakt veelvuldig gebruik van het hier en nu (de microkosmos). Deze traditie is wellicht het stevigst geworteld bij de psychotherapeuten, maar beide beroepsgroepen kennen hun zwakke broeders.

Organisatorische omgeving en collegiale samenwerking

De veranderaars hebben daarnaast te maken met een context die commerciëler, meer 'sexy', ondernemend is. De organisatieadviesbureaus zitten in een wereld met relatief hoge tarieven, relatief vermogende klanten en een beetje glamour. Zij zijn eerder geneigd tot 'superpleasing': de klant een beetje verleiden, hem mooie dingen voorspiegelen, doen wat de klant vraagt. Therapeuten beginnen vaak met ongemak en pijn van hun cliënten, zitten in een minder commerciële context en werken voor standaard tarieven. Ze verkiezen soms uit professionele overwegingen 'a-sociaal' gedrag ten opzichte van hun cliënt.

Therapeuten werken vaak alleen. In klinische of dagklinische settings werken zij soms in multidisciplinair samengestelde teams. Maar meestal doet elk lid van dit team zijn onderdeel van de behandeling in zijn eentje, zelden werkt men tegelijkertijd samen in een onder-

deel van de behandeling. Veranderaars werken vaak in teams, met multidisciplinaire samenstelling en in bijzijn van de cliënt. Ze kunnen in zeer verschillende opdrachten participeren. “On-the-job” training is dan ook een krachtig onderdeel van de ontwikkeling van veranderaars: zij kunnen zich op deze wijze meerdere manieren van kijken eigen maken, overdragen, coachen en leren. Er zit ook een riskant aspect aan; een beetje van alles, maar nergens in de diepte. Therapeuten zitten vaak meer gevangen in hun eigen opleiding, beroepsethiek en discipline. De neiging tot jargon is groot en het problematiseren vanuit de eigen zienswijze ook. Een belangrijke kern is, zoals gezegd, de reflectie op de praktijk, de verantwoording die men kan afleggen aan collegae en cliënt (systeem) over de gemaakte keuzes en de eigen theoretische en praktische ontwikkeling. Daar zit een sterke overeenkomst.

7 Wat heb je aan elkaar?

Conclusies trekken aan het eind van zo’n omvangrijk verkennend artikel is lastig. Dat heeft te maken met dat verkennende karakter: we hebben al een heleboel parallellen getrokken en moeten we nu niet even ophouden ermee. Maar het heeft ook te maken met het feit dat we een en ander willen laten bezinken en willen doorleven: over een tijdje is het allemaal meer gerijpt dan op dit moment. Zeker is dat we op de gedachtegang in dit artikel op een later tijdstip zullen terugkomen. Daarom volstaan we hier met een aantal voorlopige conclusies.

In de aanpakken van veranderaars en therapeuten zitten verrassend veel parallellen. Dat geldt zowel de inhoud van hun gedachtewereld (de organisatieveranderingstheorieën en de stromingen in de therapie) (paragraaf 4.1), het procesverloop in de praktijk (paragraaf 5), als de trends (paragraaf 4.2). Ten aanzien van de professionalisering zien we wel overeenkomsten, maar ook grote verschillen. Het jargon verschilt vaak wel sterk, maar de concepten erachter zijn vaak soortgelijk. We hebben ook uit eigen ervaring gemerkt dat je elkaar veel te vertellen hebt en dat je veel van elkaar kunt leren.

Was er in de jaren zestig en zeventig, zeker bij de psychotherapeuten, nog een heftige methodestrijd over welke stroming het gelijk aan zijn kant had (het idee was dat er maar één gelijk kon hebben), nu zien we de teneur naar de integratieve psychotherapie. Ook bij de veranderaars was er strijd om de dominantie van richtingen, maar ook hier zien we een besef optreden, dat alle inzichten wel eens een beetje gelijk zouden kunnen hebben en dat geen van allen onzin verkoopt.

Daar komt dan een interessante professionaliseringsvraag om de hoek kijken: Ben je een (top-) professional als je alles kunt, als je het hele scala van stromingen en interventies bestrijkt en desgewenst kunt toepassen? Wij zijn geneigd deze vraag ontkennend te beantwoorden. We denken dat je alle stromingen en richtingen moet kennen, maar dat je in de toepassing per definitie niet in alle even goed zult zijn. Je zult niet alleen voorkeuren hebben, maar jouw disposities, ervaringen en kracht zullen je effectiever maken in de ene benadering en minder effectief in de andere. Dan komt een professionaliseringsbeeld naar voren, waarin een (top-) professional situaties herkent waar hij of zij beter wel of niet zelf kan interveniëren.

Therapeuten en veranderaars kunnen veel van elkaar leren; van professional naar professional. Maar er is nog een stap verder denkbaar, namelijk dat ze in voorkomende gevallen aanvullend op elkaar, parallel kunnen werken. Hier zit wat ons betreft een belofte én een noodzaak: veel organisatieveranderingstrajecten kunnen effectiever worden door inschakeling van een therapeut. Veel therapieën kunnen effectiever worden door ook het systeem te

beïnvloeden. Uiteraard kan en mag dit alleen in volstrekte transparantie en in overeenstemming met de cliënt (systeem).

Daar hoort ook wel een waarschuwing bij: de verleiding om zich op elkaars domein te begeven en methoden van elkaar toe te passen is aanwezig. Dat lijkt ons geen goede gedachte: er moet niet alleen respect zijn voor elkaars kennis, kunde en ervaring en de daarmee samenhangende rollen, codes en belangen, maar het wordt zeer riskant als de therapeut zijn/haar zorgende en belangeloze rol uit het oog verliest en gaat handelen vanuit functionele duidingen (bijv: is het goed voor de organisatie?). Anderzijds kan de organisatieveranderaar individuele belangen niet voor laten gaan op organisatiebelangen en zal hij/zij steeds het totaal in het oog moeten houden: gaat deze organisatie beter functioneren?

8 Literatuur

- Aken, J. van, De body of knowledge van de organisatieadviseur. M&O, 54^e jaargang, nr. 5 en 6
- Andriessen, H.C.I (1999), Volwassenheid in perspectief; Inleiding tot de psychologie van de volwassen levensloop. 5e druk. Assen: Van Gorcum.
- Argyris, Ch. en D.A. Schön, Organizational learning: a theory of action perspective. Reading, MA: Addison-Wesley (1978)
- Astley, W.G. en Bell, C., Central perspectives and debates in organizational theory. Administrative Science Quarterly, 28, 3
- Beck A.T., Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International University Press (1976)
- Beck, A.T. en Freeman, Cognitive therapy of personality disorders. New York: Guilford (1990)
- Beck, J.S., Basisboek Cognitieve Therapie. Baarn: Intro (1995)
- Beer, M., 'The critical path for change: keys to success and failure in six companies'. In: R.H. Kilmann, T.J. Covin (eds), Corporate transformation: revitalizing organizations for a competitive world. San Francisco: Jossey-Bass (1988)
- Bicker Caarten, A., Chaos en stress. Scriptie vakgroep Arbeids- en Organisationspsychologie, Amsterdam: Universiteit van Amsterdam (1998)
- Boonstra, J. (2000), Lopen over water. Over dynamiek van organiseren, vernieuwen en leren. Oratie Universiteit van Amsterdam, Vossiuspers UUP
- Caluwé, L. de, Veranderen moet je leren; een evaluatiestudie naar de opzet en effecten van een grootscheepse cultuurinterventie met behulp van een spelsimulatie. Den Haag: Delwel; Amersfoort: Twynstra Gudde (1997)
- Caluwé L. de, Denken over veranderingen in organisaties. M&O, 51^e jaargang, nr. 4
- Caluwé, L. de en H. Vermaak, Leren veranderen; een handboek voor de veranderkundige. Deventer: Kluwer. (1999)
- Caluwé, L. de, Organisatieadviesurs veranderen. Oratie, Vrije Universiteit Amsterdam. Alphen aan de Rijn: Samson
- Cummings, T.G. en C.G. Worley, Organization development and change. Minneapolis MN: West Publishing (1993)
- Ellis, A., Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lyle Stuart (1962)
- Erikson, E.H.(1982), The Life Cycle Completed, a Review. Londen: Norton
- French, W.L., C.H. Bell, Organizational Development, behavioral science interventions for organization improvement. 3rd edition. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall (1999)
- Freud, A., Het ik en de afweermechanismen. Bilthoven: Uitgeverij Ambo (1966)

- Freud, S., Studien über Hystrie (Gesammelte Werken 1. London: Imago (1895/1940)
- Fruytier, B. en J. Paauwe, 'Competentie-ontwikkeling in kennisintensieve organisaties'. M&O (1996) 6:424-529
- Greiner, L., 'Evolution and revolution as organizations grow'. Harvard Business Review (1972) 4:37-46
- Greiner, L. en V. Schein, Power and Organization Development: Mobilizing Power to Implement Change. Reading MA: Addison-Wesley (1988)
- Grenchka, H. Introduction and use of idea generating methods. Research Management (1978)
- Grimley, D., Prochaska, J.O., Velicer, W.F. en Diclemente, C.C., The transtheoretical model of change. In: Changing the self: Philosophies, Techniques and Experiences. Ed. M. Brinthaup. New York: State University NY Press
- Haas, O. de, Het 4-factorenmodel als ordeningsprincipe voor integratieve psychotherapie bij borderlinepatiënten. Interne notitie.
- Hanson, E.M., Educational administration and organizational behavior. Boston: Allyn and Bacon (1996)
- Hellema, P. en J. Marsman (1997), De organisatie adviseur: Opkomst en groei van een nieuw vak in Nederland 1920-1960, Amsterdam: Boom.
- Hunt, J., Leadership. A new synthesis. Newbury Park,, Ca: Sage Publications (1991)
- Jansen, P.G.W., Personeelsmanagement en HRM. Syllabus, derde versie. Vrije Universiteit Amsterdam (1999)
- Kalmthout, M. van, Psychotherapie, het bos en de bomen. Amersfoort: Acco (1991)
- Kendel, R.E., The role of Diagnosis in Psychiatry, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1975
- Kenning, D. en Epping, J., Management en organisatie. Theorie en toepassing. Houten: Educatieve Partners Nederland (2000)
- Kessel, W.J.H. van, Van reflectie tot interventie. Tijdschrift voor psychotherapie, 17, 179-197 (1975)
- Kessel, W.J.H. van en Linden, P. van der, De hier en nu relatie in de cliëntgerichte therapie; het interactionele gezichtspunt. In J.C.A.G. Swildens, O. de Haas, G. Litaer en R. van Balen: Leerboek gesprekstherapie (1991)
- Kiesler, D.J., The 1982 interpersonal circle: a taxonomy for for complementarity in human transactions. Psychological Review, 90, 185-214 (1983)
- Kluytmans, F., Organisatieopvattingen door de jaren heen. In: J. Gerrichhauzen, A. Kampermann, F. Kluytmans, Interventies bij organisatieveranderingen. Deventer: Kluwer bedrijfswetenschappen.
- Kolb, D., I.M. Rubbin en J.S. Osland, Organization behaviour, an experiential approach. Englewood Cliffs: Prentice Hall (1991)
- Kuiper, P.C., Nieuwe Neuroseleer. Deventer: Van Loghem Slaterus (1984)
- Leary, T. Interpersonal diagnosis of personality. New York: Ronald (1957)
- Levinson, D.J. e.a. (1978), The Seasons of a Man's Life, New York: Knopf.
- Lievegoed, B.C.J. (1981), De levensloop van de mens. Rotterdam: Lemniscaat.
- Maister, D. Managing the professional service firm. The Free Press, New York (1993)
- Mahler, M en Pine F., The psychological birth of the infant. London: Mansfield Library (1975)
- Mayo, E., The human problems of an industrial civilization. New York: Mac Millan (1933)
- Millon, T., Disorders of personality DSM IV and beyond. New York: John Wiley & Sons (1996)
- Morgan, G., Images of organizations. Beverly Hills CA: Sage Publications (1986)
- Moursund, J., The process of counseling and therapy. Englewood Cliffs: Prentice Hall

(1993)

- Nicholson, R. Berman, J., Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? *Psychological Bulletin*, 93
- Paauwe, J., 'Kernvraagstukken op het gebied van strategische HRM in Nederland'. *M&O* (1995) 5:369-389
- Pavlov, I.P., *Lectures on the Work of the principal Digestive Glands*. St. Petersburg: Kushnereff (1897)
- C. Perrow, *Organisational analysis: a sociological review*, Wadsworth Publications, Belmont (CA) 1970
- Ramondt, J., *Bedolven macht. De verankering van de machtsrol in hedendaagse organisaties*. *M&O* 54^e jaargang, nr. 4.
- Roethlisberger, F.J., *Management and morale*. Cambridge MA: Harvard University Press (1941)
- Rogers, C., *Counseling and psychotherapy: Newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin Company (1942)
- Rogers, C., *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin Company (1951)
- Schoemaker, M.J.R., *Managen van mensen en prestaties. Personeelsmanagement in moderne organisaties*. Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappen (1994)
- Senge, P.M., *The fifth discipline; the art & practice of the learning organization*. New York: Doubleday/Currency (1990)
- Schön, D.A., *The reflective practioner. How professionals think in action*. New York: Basic Books (1983)
- Skinner, B.F., *Science and behaviour*. New York: MacMillan (1953)
- Stacey, R.D., *Complexity and creativity in organizations*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers (1996)
- Sullivan, H.S., *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton (1953)
- Swieringa, J. en Wierdsma, A.F.M., *Op weg naar een lerende organisatie*. Groningen: Wolters Noordhoff (1990)
- Thunissen, M., *Ongepubliceerd manuscript* (1997)
- Weick, K en Quinn, R., *Organizational change and development*. *Annual review of psychology*, 50.
- Whisman, M. *The efficacy of booster maintenance sessions in behavior therapy; review and methodological critique*. *Clinical Psychological Review*
- Wijnen, G. en Kor, R., *Het managen van unieke opgaven. Samenwerken aan projecten en programma's*. Deventer: Kluwer bedrijfswetenschappen (1996)
- Wijnen G., Renes, W. en Kor, R., *Projectmatig werken*. Utrecht: Spectrum (1998)
- Wijnen, G., M. Weggeman R. Kor, *Verbeteren en vernieuwen van organisaties*. Deventer: Kluwer (1999)
- Yalom, I.D., *Groeptherapie in theorie en praktijk*. Deventer: Van Loghem Slaterus (1981)
- Zuijderhoudt, R.W.L., 'Principes van synergie en zelfordening: introductie van de chaostheorie binnen de organisatiekunde'. *M&O* (1992) 1:15-40