

Denken over veranderen van mensen en organisaties



Léon de Caluwé, Frans Que en Hans Vermaak

Prof. dr. L.I.A. de Caluwé is werkzaam bij Twynstra Gudde en deeltijdhoogleraar Advieskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam. Hij leidt daar het Center for Research on Consultancy. T.H. Que MBA is psychiater-psychotherapeut en werkt tevens als adviseur op het gebied van verander- en samenwerkingsvraagstukken. Drs. J.G. Vermaak is partner bij Twynstra Gudde. Daarnaast leidt hij het kenniscentrum Veranderkunde van de Twynstra Groep.

OVEREENKOMSTEN TUSSEN VERANDERAARS EN THERAPEUTEN

Hoewel ze elkaar niet zo vaak ontmoeten, leveren ontmoetingen tussen organisatieadviseurs (en dan met name die adviseurs die zich veel met veranderen bezighouden) en psychotherapeuten vaak een feest van herkenning op. De ontmoetingen lijken talrijker te worden. Organiseadviseurs veranderen therapeutische instellingen 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. Dat roept de vraag op wat de beroepsbeoefenaars van elkaar kunnen leren.

Inleiding¹

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

- beide beroepsgroepen richten zich op veranderingsprocessen. 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 zoets 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 (organisatorische) omgeving;
- beide beroepsgroepen proberen hun professionaliteit te verankeren. Dat gebeurt 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 procent van de veranderingen niet gepland of intentioneel is (Van de Ven, 2000). Er is sprake van allerlei spontane veranderingen, zoals dialectische veranderingen en levenscyclusveranderingen. Ook waar veranderingen gepland zijn, vinden we 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 onder meer 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, een organisatie, een stad) over een zekere tijdperiode, 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 worden. 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?*

Er zijn natuurlijk ook kernachtige verschillen. Het object waarop de therapeut zich richt, heeft maximaal de omvang van een gezin; de veranderaar richt zich op organisaties met honderden, soms nog meer mensen. De bekostiging en het tarief zijn zeer verschillend. Therapeuten worden meestal betaald door ziektekostenverzekeraars; bij veranderaars valt de probleemhebber en betaler samen en is de betaling wat hoger. Therapieën duren soms erg lang (soms jaren); veranderaars hebben meestal een kortere horizon. Je moet minstens ziek of gek zijn om de aandacht te krijgen van een therapeut; dat ligt bij veranderaars anders: de doelgroepen overlappen maar een stukje. Therapeuten zijn hierdoor vaak iets voorzichtiger dan veranderaars en zullen vaak degene zijn die, uiteraard in overleg met de cliënt, zeggen: 'Zo is het goed genoeg'. Bij veranderaars zegt de cliënt dat meestal.

Ondanks deze verschillen willen we in dit artikel juist de overeenkomsten exploreren van deze aanpalende beroepen. We verkennen daartoe of therapeuten en veranderaars in de recente historie al van elkaar leerden en met elkaar werkten (paragraaf 1). Een obstakel in het schrijven en lezen van dit artikel zijn taalverschillen tussen de beide disciplines. Hieraan besteden we daarom enige aandacht (paragraaf 2). Vervolgens brengen we de clusters van theorieën en benaderingen van veranderaars (paragraaf 3) en therapeuten (paragraaf 4) en vergelijken deze onderling (paragraaf 5). Op basis hiervan trekken we enkele conclusies (paragraaf 7).

1. Eerdere interacties tussen de beide disciplines

De wortels van de beide disciplines lijken niet meer verschillend te 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, die 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 overdrachtshistorie die half zo lang is. De bijdragen van Lewin, Benne, Bradford en Lippitt in de jaren veertig 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 boekhouders, ingenieurs en psychologen (Hellema en Marsman, 1997).

OVERSTAPPEN

Interacties tussen beide disciplines zijn eerder gezocht. Zoals gezegd is de achtergrond van organisatieadviseurs zeer divers. Het is dan ook niet verbazingwekkend dat ook psychotherapeuten de stap naar het organisatievak gemaakt hebben en in de manier waarop zij het vak bedrijven, expliciet gebruikmaken van het gedachtegoed dat in de therapeutische wereld ontwikkeld is. Het gaat dan in het bijzonder om psychoanalytische theorieën en om groepsdynamische theorieën. Bekende auteurs op dit gebied zijn onder andere Kets de Vries, Kernberg en Gabriel. We vatten ze hier kort samen.

Kets de Vries heeft vanaf de jaren zeventig van vorige eeuw diverse publicaties over dit onderwerp op zijn naam staan. In 1984 schreef hij (samen met Miller) in het boek *De neurotische organisatie* dat zij ernaar streven om 'verhulde psychologische processen aan het licht te brengen'. Kets de Vries, al dan niet samen met medeauteurs, richt zich op disfunctionele processen en neurotisch gedrag. De insteek is de persoon van de manager, de leider. Hij benadrukt de invloed die diens neurotische gedragsstijl op het functioneren van de organisatie kan hebben: het kan de organisatie 'vormen' en leiden tot irrationele, vaak tevens improductieve processen. Voor het doorgronden van de menselijke psyche gebruikt hij zijn kennis van de psychoanalytische en psychiatrische literatuur; voor de processen in de organisatie baseert hij zich mede op inzichten uit de groepsdynamica (onder andere Bion). Kernberg (1998), een bekend psychoanalyticus die ook gepubliceerd heeft over de behandeling van psychiatrische patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen (1984), gaat in zijn boek over *Ideology, Conflict and Leadership in Groups and Organizations* in op (irrationele en onbewuste) groepsprocessen. Hij behandelt thema's zoals: (het 'bezweren' van primitieve) angsten, regressie, verliezen van controle over grenzen. Ook hij put uit zijn psy-

choanalytische ervaring, maar tevens uit zijn ervaring als directeur van instellingen in de Geestelijke Gezondheidszorg en als organisatieadviseur. Kernberg komt tot een model waarin hij de psychodynamiek van individuen, groepen en organisaties integreert. Hij verwijst hierbij ook naar het Tavistock Institute of Group Relations. Dit instituut deed therapeutisch werk, maar daarnaast ontwikkelde het leerinterventies die pasten in de *Organizational Development*-traditie. Voor deze interventies werden tijdelijke 'organisaties' opgezet, in de vorm van groepsconferenties (T groups) die zonder opgelegde structuur maar mét de hulp van procesobservaties de deelnemers in de gelegenheid stelden om over zichzelf en over groepsprocessen te leren. De hier-en-nu-situatie werd gethematiseerd. De benadering benutte en leverde groepsdynamische theorieën die hun wortels deels vinden in de interactionele psychotherapie. Tot slot noemen we nog Gabriel. Hij en zijn medeauteurs analyseren *Organizations in Depth* (1999) en komen dan op zaken als het karakter van een individu in relatie tot dat van de organisatie, hoe werk (als passend) ervaren wordt, en leiders en (organisatie)cultuur. Zij baseren zich hierbij op psychoanalytische bronnen, in het bijzonder waar het individuen betreft. Zo komen de drifttheorieën van Freud nadrukkelijk aan bod.

SAMENWERKEN

Naast therapeuten die een 'overstap' maken, is er een historie van samenwerking. Eén terrein springt daarbij het meest in het oog: coaching. Coaching is vooral de laatste jaren aan groei onderhevig, maar de wortels zijn ouder. In de jaren veertig en vijftig groeide een aantal therapeutische stromingen die zich primair richten op de 'beleving' van de cliënt, later ook wel geclusterd als humanistische psychologie. Belangrijke namen zijn die van Rogers (1942) als grondlegger van de cliënt centered therapie en Perls (1976) als grondlegger van de gestalttherapie. (Ook Maslow (1976) met zijn motivatietheorieën hoort in dit rijtje.) Beiden maakten kennis met de dominante therapiestromingen in die tijd: de Freudiaanse psychoanalyse en de gedragstherapie. En dat beviel niet. De machtsafstand was ze te groot: de therapeut die als expert analyseert of oplossingen voorschrijft. Dergelijke therapeuten baseerden zich in hun ogen te veel gebaseerd op technieken en te weinig op menselijk contact. Ze leken uit te gaan van een model waarin je de menselijke natuur niet zomaar moet vertrouwen met al zijn driften en duistere impulsen, maar moest beheersen en controleren. Rogers en Perls meenden dat het tegenovergestelde waar was: zoals boomwortels zich een weg door asfalt banen, zo heeft ook de menselijke natuur de kracht om zijn weg te vinden. Ze onttrokken zich aan de gebruiken van de therapiewereld: een zware expertmatige diagnose vooraf vonden ze niet nodig, want je 'volgt' de cliënt. En opleidingen en technieken werden niet als belangrijkste borging gezien van het vak, maar de persoonlijke groei van de therapeut. Onderzoek leek verder aan te tonen dat leken met de juiste instelling en échte aandacht meer konden bereiken dan professionals met hun *toolkits*. Dit alles knaagde aan het establishment dat borging van kwaliteit (deels) zocht in diagnostiek en procedures en alleen degelijk opgeleide psychiaterpsychoanalytici in staat achtte psychoanalyse uit te voeren. Rogers distantieerde zich daarom van het therapeutische label en introduceerde de term

counseling om te benadrukken dat zijn benadering ook buiten de psychiatrie kon worden beoefend en veel mensen buiten deze wereld werden beoefenaars. De populariteit is zodanig dat inmiddels meer mensen zeggen gebruik te maken van Rogers' werk dan dat van Freud. Andere nieuwe labels volgden: coaching, gidsing en zo meer.

Deze nieuwe labeling sloot goed aan bij maatschappelijke ontwikkelingen. Een daarvan is de popularisering van therapie, onder meer door coachingsrechten voor terugkerende soldaten na de tweede wereldoorlog in de Verenigde Staten via de GI Bill of Rights. Het waren niet langer patiënten met abnormale ziektes die behandeld moesten worden, maar 'gewone mensen' met onontkoombare levensdilemma's. Zoals leven versus dood. Een andere ontwikkeling was de bloei van de *human potential movement* in de jaren zestig waarbij verzet tegen autoriteit gepaard ging met optimisme over menselijke vermogens en populariteit van persoonlijke groei. 'Therapie' kwam hier uit de wereld van 'ziekte' in de wereld van zelfontplooiing. De waaier aan labels is groot, maar hun methodologische wortels zijn moeilijk te scheiden. Therapeuten benutten het gedachtegoed van Rogers even gemakkelijk als counselors en coaches. Therapie is niet dieper dan coaching. En coaching niet ineffectiever. Wat wel verschilt, is hun positionering, waarbij 'coaching' hét label is waaronder veranderaars methoden uit de therapeutische wereld introduceren in organisaties. En het is ook hét label waaronder therapeuten bijklussen buiten de gezondheidszorg. In dit artikel gebruiken we het woord therapie als de verzamelnaam van de collectieve wortels ongeacht het label waaronder het in de markt gezet kan worden.

2. Taalproblemen

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 psychotherapeuten. Een tweede probleem is dat ze hetzelfde woord gebruiken maar iets heel anders bedoelen. Een derde probleem, maar ook genot, is dat men leentjebuurt 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 de meest betrokkenen noodzaak moeten voelen, willen ze of wil 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 beide na of de betrokkenen voldoende in staat zijn om een verandering te volbrengen. Ze vinden het nodig om in een vroeg stadium te bekijken (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 moeten 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 strength of old values, attitudes or behaviors*'. Psychotherapeuten hebben het over pre-therapie of precontemplatie: 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 er het fenomeen mee dat de psychotherapeut vanuit eigen onverwerkte, vaak onbewuste conflicten, zijn eigen gevoelens, waarden en beleving 'projecteert' op de cliënt en zijn eigen gevoelens verwacht 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).

HETZELFDE WOORD, MAAR VERSCHILLENDE CONCEPTEN

Het tweede type taalprobleem komt bijvoorbeeld voor bij het begrip systeembenadering. In de veranderkunde wordt dit beschouwd als een rationele of analytische methode waarin complexiteit inzichtelijk wordt gemaakt door interrelaties (tussen factoren en/of actoren) in kaart te brengen. Soms gaat dit zo ver dat het leidt tot wiskundige modellen en simulaties. Bij therapeuten richt de systeembenadering zich vooral op het verband tussen cliënt en diens directe omgeving: het (sociale) systeem waarin een cliënt leeft. Als die zwaar van invloed is op het functioneren van de cliënt, dan is verbetering alleen te verwachten als de omgeving (vader, partner, et cetera) participeert in de therapie. De systeembenadering is hier dus meer een manier van kijken, leidend tot het wel of niet betrekken van personen uit de directe omgeving van de cliënt in de therapie. Het is hier geenszins een rationele methode, laat staan een wiskundige exercitie. Een ander voorbeeld is het begrip interventie. Therapeuten beschouwen dit als singuliere doelbewuste ingrepen, variërend van een opmerking, een uitnodiging tot een vraag. Het is iets kleins in het kader van een behandelingsplan dat het gehele verandertraject schetst. Veranderkundigen gebruiken het woord interventie voor klein én groot: van een opmerking in een gesprek tot een reeks samenhangende meerjarige activiteiten. Een laatste voorbeeld van dit tweede type taalprobleem is

het begrip structuur. In therapieland verwijst structuur naar onderliggende eigenschappen, ingebakken disposities, veelal statisch van karakter, die tot allerlei psychische – of gedragsprocessen leiden. In de veranderkunde verwijst structuur juist naar het meest zichtbare inrichtingsaspect van organisaties: de ‘hark’ waarin taken en verantwoordelijkheden zijn verdeeld. Weliswaar is ook dit aspect statisch van karakter en van invloed op allerlei processen, maar het ligt juist aan de oppervlakte en is relatief gemakkelijk te veranderen.

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, bijvoorbeeld de metafoor van de machine, de computer, et cetera.

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 leveren de veranderaar de taal om helder en betekenisvol met elkaar en cliëntsystemen te communiceren. Vergelijkbare conclusies zijn getrokken in de therapeutische wereld (bijvoorbeeld Kuiper, 1984). Enkele afspraken over terminologie zouden wij hier vast willen expliciteren. Wij gebruiken de term veranderaars voor organisatieadviseurs en managers, de term therapeuten voor de brede verzameling psychotherapeuten, psychiaters, klinisch psychologen, et cetera. We gebruiken het werkwoord ‘veranderen’ als kernactiviteit voor beide disciplines, zij het met een verschillend primair cliëntstelsel: bij therapeuten zijn dat toch vooral individuen, bij veranderaars vooral organisaties. Waar het gaat om de activiteiten, ‘doen’ veranderaars interventies en ‘doen’ therapeuten therapie.

3. Overzicht van veranderkundige theorieën

Eerder hebben we al geschreven over de families van theorieën over veranderen (De Caluwé, 1998; De Caluwé en Vermaak, 1999). Daar zijn de families getypeerd als kleuren. We gebruiken hier dit model, omdat het – zeker in de praktijk – veel herkenning oproept en gemakkelijk bruikbaar is. Hieronder vatten we de families samen.

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; Ramondt, 2000). Het gaat ervan uit dat machtsvorming al een veranderingsproces op zich is. Beleid maken of een projectprogramma tot stand brengen zijn 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 gebeuren 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 en 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 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.

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, Renes en Kor, 1998; Wijnen en Kor, 1996). In deze denkrichting gaat het erom 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 volgen elkaar op. Geprobeerd wordt de menselijke irrationaliteit uit te schakelen. Ze kan het eenduidig werken verstoren. Favoriete interventies zijn doelen stellen en vastleggen, plannen, rationele analyses maken. De competenties van de veranderaar liggen in het aandragen van expertkennis die de rationaliteit ondersteunt, in het plannen en in het vasthouden van de doelen.

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 onder andere Paauwe, 1995; Fruytier en 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 zijn sterk ontwikkeld in deze denkrichting. Het inzetten en adequaat gebruiken van HRM-instrumenten, zoals belonen, beoordelen, carrières, structuur, assessment, werven, selecteren, outplacement, promotie worden effectief geacht. Het gaat hierbij om de ontwikkeling van talenten, van het beste uit mensen 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.

GROENDRUKDENKEN

Groendrukdenken vindt zijn oorsprong in de action-learning-theorieën (zie onder andere Kolb et al., 1991; Argyris en Schön, 1978) De grote vlucht kwam eerst in de organisatieontwikkeling (French en 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.

Dit vindt plaats door ze te motiveren om te leren, door ze bewust te maken van de eigen onbekwaamheden. Je brengt ze in leersituaties en probeert 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 veel gebruikte 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.

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 onder andere 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 (door middel van een veranderaar of manager) is maar zeer beperkt mogelijk: eigenlijk alleen als het gewild wordt door degene die verandert, bijvoorbeeld 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.

4. Beknopt overzicht van stromingen in de therapie

In de loop van de vorige eeuw zijn vele psychotherapeutische stromingen ontstaan, elk met hun eigen theorie en referentiekader. Moursund (1993) beweert dat er in de Verenigde Staten in de jaren negentig meer dan 150 verschillende psychotherapeutische stromingen bekend waren. In Nederland is een beperkt aantal psychotherapeutische stromingen min of meer 'officieel' erkend. Dit zijn de psychotherapieën die op de psychoanalytische theorieën zijn gebaseerd, de (cognitieve) gedragstherapie, de cliëntgerichte psychotherapie, de groepspsychotherapie en de partnerrelatie- en gezinspsychotherapie oftewel de systeem(psycho)therapie.

Diverse auteurs hebben indelingen gemaakt om de verschillende therapeutische stromingen te ordenen (zie onder andere Van Kalmthout, 1991). In dit artikel gebruiken we een indeling die gebaseerd is op Millons 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 focussen herkenbaar van de belangrijkste referentiekaders van de psychotherapie en psychiatrie (zie figuur 1).

Figuur 1.
De functionele en
structurele domeinen
van Millon

Niveau	Functioneel domein	Structureel domein
Gedrag	<ul style="list-style-type: none"> – expressieve handelingen: gedragstherapie – interpersoonlijk gedrag: interactionele psychotherapie 	
Fenomenologie	<ul style="list-style-type: none"> – cognitieve stijl: cognitieve therapie 	<ul style="list-style-type: none"> – zelfbeeld: cliëntgerichte psychotherapie – objectrepresentaties: analytische psychotherapie
Intrapsychisch	<ul style="list-style-type: none"> – regulatiemechanismen: psychoanalyse 	<ul style="list-style-type: none"> – morfologische organisatie: psychoanalyse
Biologisch-fysiologisch		<ul style="list-style-type: none"> – 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. Mensen zijn daar bezig met aanpassen, transformeren, coördineren, in balans brengen, ontladen en controleren. Deze regulerende acties komen in soorten en maten. Millon onderscheidt er vier: expressieve gedragingen, interpersoonlijk gedrag, cognitieve stijl en regulatiemechanismen.

Daarnaast definieert Millon het structureel domein. Het gaat dan om een diep ingebedde en relatief duurzame mal van vastgelegde herinneringen, attitudes, behoeften, angsten, conflicten, et cetera. Deze mal (ver)vormt de wijze waarop we ook in de toekomst geneigd zijn ons leven te ervaren en te leiden. 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 en handelingdisposities, die quasi-permanent van karakter zijn': bijna reflexmatige wijze van handelen die in ons 'ingebakken' zit. 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: een van de vier functionele domeinen. Elk domein in de tabel lijkt dan te corresponderen met een therapeutische praktijk. Waar het de psychoanalytische praktijk betreft, raakt deze zowel aan een functioneel als aan een 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 zes uiteenlopende therapeutische stromingen die tezamen een redelijke landkaart lijken te bieden 'wat er te koop is'.

GEDRAGSTHERAPIEËN

Basis voor deze therapiestroming 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 iemand 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 nieuw functioneler gedrag ervoor in de plaats wél wordt beloond. In dit (her)conditioneringsproces passen de therapeuten alleen interventies toe, waarvan experimenteel wetenschappelijk bewezen is dat ze werkzaam zijn. Ze hechten aan deze empirische basis, wat veronderstelt dat ze zich op de hoogte houden van experimenteel wetenschappelijk onderzoek op dit vlak. Critici menen 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 of prikkel blootgesteld wordt), responspreventie (de therapeut voorkomt dat de angstreactie plaatsvindt, bijvoorbeeld door op een cliënt in te praten, fysiek tegen te houden e.d.) en positieve bekrachtiging (belonen). De combinatie exposure en responspreventie kan op verschillende manier gebruikt worden. Een tamelijk 'harde' manier is *flooding*. Hierbij wordt de patiënt in de situatie die voor hem beangstigend is, geplaatst en hij mag pas weg nadat de angst uitgedoofd, verdwenen is. Een mildere vorm is systematische desensitisatie. Dit is een stap-voor-stapbenadering die langzaam het gedrag doet verschuiven.

In de volgende casus geven we hiervan een voorbeeld. De behandeling van een spinnenfobie kan bijvoorbeeld starten met een x aantal zittingen die aan ontspanningsoefeningen besteed worden. Hierna wordt de patiënt geleidelijk aan, in y stappen, geconfronteerd 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.

INTERACTIONELE PSYCHOTHERAPIEËN

De basis van deze therapiestromingen werd gelegd door Sullivan. Anderen, onder andere Leary (1957) en Kiesler (1983), 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 die persoon met voor

hem belangrijke anderen heeft. Een basale veronderstelling is dat elke persoon in het contact met een andere 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 verstoord raken. Therapie is dan mogelijk en gewenst. Gelukkig zie je in de therapierelatie dezelfde communicatiepatronen ontstaan als in de andere relaties. Als je die patronen binnen de therapeutische setting kunt doorbreken, straalt dat uit naar de rest van het leven, zo is de gedachte. Voor de individuele therapie geldt dat de therapeut geschoold is in het herkennen van habituele gedragspatronen van een patiënt én het effect dat die bij anderen oproept. Dit laatste leidt hij af van zijn eigen gevoelens, reflexen, en dergelijke. Het doorbreken geschiedt op verschillende manieren. Zo kan de therapeut benoemen wat hij ziet en ervaart, hij kan als rolmodel anders communiceren (bijvoorbeeld 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 is 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, asociale reactie à la Van Kessel: niet bekritisieren. Hij stapt hiermee buiten de patronen en helpt ze zichtbaar maken.

De therapiesituatie kan een één-op-één-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 'bij de bron' met de werkelijke levenspartners of gezinssituatie: de zogenaamde systeemtherapie. Omdat (oude) patronen geneigd zijn zich te herhalen, kan het ook met medepatiënten. Men spreekt dan van groepstherapie. Een voorbeeld daarvan: leden van een groep zullen snel doorhebben dat een van de groepsleden zich niet in de gesprekken mengt, omdat hij denkt dat anderen hem oninteressant, niet belangrijk vinden. Als deze ervaring op gepaste wijze aan het desbetreffende groepslid als feedback teruggeven 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.

DE COGNITIEVE THERAPIEËN

Deze therapieën richten zich op 'foutieve', verstoorde manieren van denken. Al in het begin van de twintigste eeuw werd over deze vorm van therapie geschreven. De meer moderne vormen werden vanaf halverwege de twintigste eeuw beschreven door onder andere vader en dochter Beck (onder meer 1990, 1995;

Beck en Freeman, 1990) en door Ellis (1962). Veel van deze vormen van therapie baseren zich ook op leertheorieën. De therapeut gaat ervan uit dat de manier van denken van de cliënt van grote invloed is op zijn leven. Terugkerende problemen zijn, in hun ogen, vaak te herleiden op disfunctionele overtuigingen. En deze ontstaan vaak bij de gratie van vaste denkfouten en -patronen. Denk hierbij aan: selectief abstraheren, denken in dichotomieën, arbitrair afleiden, overgeneraliseren, catastrofaal denken. 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 van perspectiefloze cognities, die steeds meeslepender en omvattender worden. De aanname is dat andere cognities andere werkelijkheden scheppen: dus daar schuilen oplossingen. De therapeut gaat na met welke problemen een cliënt 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 reikt de therapeut ze zelf aan. Met deze andere manieren van denken wordt zowel 'binnenskamers', maar ook in het echt geëxperimenteerd. De consequenties worden geëxploreerd en als die aanzienlijk zijn, helpt dit de verandering te bestendigen.

DE CLIËNTGERICHTE PSYCHOTHERAPIEËN

Rogers, als oprichter van deze stroming, is de belangrijkste exponent en het 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. De oplossingen heeft een mens in zich en leren gaat vanzelf. Wat nodig is dat de cliënt de ruimte en veiligheid heeft om op te sporen waar het leren blokkeert en deze blokkades alsnog te verwijderen. Vanzelf komt dan herwaardering van het eigen zelfbeeld en herstel van de intrinsieke groei en ontwikkeling tot stand.

De 'opdracht' van de psychotherapeut is 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 thera-

peutische relatie wordt niet geschuwd als de cliënt hiertoe neigt of de cliënt in deze relatie iets belangrijks kan (her)beleven. Vertrouwen is een belangrijk thema bij de cliëntgerichte benadering: vertrouwen in zichzelf, 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 elk mens moet leren accepteren. Over de (schijnbare) tegenstelling tussen onafhankelijkheid en intimiteit, tussen levensgenot en levensangst, tussen authenticiteit en veiligheid, en dergelijke.

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 worden dominanter in deze stroming en in de volgende stroming die we bespreken, de psychoanalyse. Beide stromingen hebben hun wortels 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'. Echt belangrijke relaties uit het verleden (inclusief geassocieerde gebeurtenissen, mensen, belevingen, et cetera) vormen een innerlijke, onbewuste stempel op het heden. Dat geldt in het bijzonder voor vroegkinderlijke, intieme relaties. Deze indruk of stempel, objectrepresentatie 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 als het ware een mal ontstaan die iemands ervaring van anderen vervormt, die tot repetitieve attitude, emoties leidt en zo het verleden soms in huidige relaties weer hercreëert.

In tegenstelling tot de interactionele psychotherapeuten proberen analytische psychotherapeuten hier niet te 'sleutelen aan huidige relaties'. Veeleer proberen ze huidige relaties, inclusief de therapeutische relatie, te begrijpen of te verklaren met behulp van 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 proberen de onbewuste objectrepresentaties bewust te maken en zal proberen deze te bewerken, dat wil zeggen, ze te 'ontdoen' van de onrealistische 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 gebeurt zoals bij Rogers: sturing en duiding van de therapeut zijn 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 door te maken. 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.

PSYCHOANALYSE

Freud en Breuer zijn de belangrijkste exponenten van de psychoanalyse. Velen hebben de gedachten verder uitgewerkt en velen zijn, ondanks hun scholing in de psychoanalyse, als therapeut gaan thuishoren in een van de eerdere stromingen. De therapeuten in de psychoanalytische stroming zoeken wederom naar interne onbewuste conflicten, maar de duiding is niet zozeer in objectrelaties. Problemen in gedrag of denkwijzen beschouwen ze als 'oppervlakkige' uitingen van ver weggestopte (afgeweerde) emoties en daaraan geassocieerde defensiestrategieën. Zelfs objectrelaties vinden ze een tandje tekortkomen. Therapeuten in deze stroming gaan ervan 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 kunnen plaatsvinden, onder meer de klassieke afweermechanismen (A. Freud, 1966; Kuiper, 1984), en manieren waarop deze zich kunnen vastzetten 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, waarvan de cliënt zich juist niet bewust is en die in het bewustzijn zo moeilijk kunnen worden verdragen. 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, et cetera. 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 stroming hebben veel kennis van innerlijke structuren, regulatiemechanismen, persoonlijkheidsstructuren, en dergelijke. Er is veel en rijke theorie beschikbaar. Daarnaast zijn met name de therapeuten van deze stroming geschoold in de analyse van de overdracht en de tegenoverdracht. De therapeut is, onder andere door een eigen leeraanlyse, '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 hemzelf opgeroepen wordt, te relateren aan de bij de patiënt afgeweerde en dus onbewuste emoties en defensiestrategieën.

5. Vergelijking van en trends in theoretische uitgangspunten

VERGELIJKING EN OVERLAP

In deze paragraaf gaan we de overeenkomsten, overlap en verschillen in de opvattingen die we in de twee voorgaande paragrafen hebben beschreven, verkennen. 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

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 of coalities kunt 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 rationale 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 bewustmaakt 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

die een start geeft aan een proces van verdere dialoog en verdieping. Om de vergelijkbaarheid te vergemakkelijken, hebben we aan de hand van dezelfde criteria en vragen drie tabellen opgesteld voor de veranderingstheorieën en drie voor de psychotherapeutische stromingen. We presenteren steeds twee tabellen en gaan aan de hand daarvan op zoek naar vergelijkingsmogelijkheden. We beginnen met de vooronderstellingen.

In tabel 1 en 2 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 wegneemen, zelfvertrouwen, authenticiteit zijn witte aspecten, die we vooral bij cliëntgerichte therapie terugzien. Gele uitgangspunten zien we nauwelijks terug in de

Tabel 2.
Vooronderstellingen
psychotherapeutische
stromingen

Benaderingen	Er verandert iets als je ...
Gedragstherapie	<ul style="list-style-type: none"> – uitgaat van observeerbaar gedrag van mensen – (omgevings)stimuli voor gewenst en ongewenst gedrag analyseert – gewenst, functioneel gedrag beloont in een conditioneringsproces – gebruikmaakt van wetenschappelijk bewezen protocollen
Interactionele psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> – mensen bewustmaakt van disfunctionele interactiepatronen – mensen spiegelt hoe interactiepatronen zich in het hier en nu herhalen – de microkosmos van de therapeutische relatie benut als leerarena – nieuwe interactiepatronen oefent in een veilige omgeving – (indien nodig) de onderliggende emotionele lading naar boven brengt
Cognitieve therapie	<ul style="list-style-type: none"> – terugkerende problemen van mensen opspoor – vaste denkfouten en -patronen in kaart brengt die aan die problemen ten grondslag liggen. – mensen op een andere manier laat denken door alternatieve denklijnen in de therapie te exploreren – mensen laat ervaren welke effecten en consequenties andere denklijnen hebben en een eigen keuze hierin ondersteunt.
Clïentgerichte psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> – gelooft in het vermogen tot spontane groei in mensen – gevoelens en beleving van de cliënt exploreert en accepteert – blokkades voor ontwikkeling opspoor en helpt overwinnen – zelfvertrouwen stimuleert richting een krachtig zelfbeeld – een authentieke, eerlijke en respectvolle relatie aangaat als therapeut met jezelf en je cliënt.
Analytische psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> – onbewuste innerlijke conflicten kunt opsporen – in kaart brengt hoe die zich historisch gevormd hebben in intieme relaties – de cliënt bewustmaakt dat zijn wereldbeeld past bij het verleden maar het heden vervormt. – de cliënt laat herbeleven hoe hij gevangen zat en afstand daarvan laat nemen waardoor hij vrijer in de wereld komt te staan.
Psychoanalyse	<ul style="list-style-type: none"> – op zoek gaat naar heftige angstproepende conflicten – de mechanismen opspoor waarmee de cliënt deze conflicten buiten het bewustzijn weet te houden – op basis van deze inzichten iemands persoonlijkheidsstructuur kunt duiden – iemand zijn verdrongen conflicten en wijze van verdringing helder maakt en laat verwerken. – iemands innerlijke persoonsstructuur reconstrueert nadat de oude structuurkenmerken hun functie hebben verloren.

stromingen. Hoogstens op het niveau van persoonsaspecten die met elkaar in conflict staan (psychoanalyse). We denken overigens dat geeldrukdenken 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 veranderings-
theorieën

Benaderingen	Interventies zoals...	Rol en focus professional
Geeldruk	<ul style="list-style-type: none"> – alliantievorming, conclaafmethoden – arbitrage en bemiddeling – topstructurering en beleidsvorming – protégéconstructies/wegpromoveren 	<ul style="list-style-type: none"> – procesbegeleider die gebruikmaakt van de eigen machtspositie – veranderaar richt zich vooral op posities en context
Blauwdruk	<ul style="list-style-type: none"> – rationeel plannen, ontwikkelen kengetallen, voortgangsmetingaan de hand van normen – projectmatig werken, business process redesign – strategische analyses en benchmarking – vergaderprocedures, timemanagement 	<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 space-, bijeenkomsten persoonlijke groei 	<ul style="list-style-type: none"> – persoonlijkheid die zichzelf als instrument inzet – veranderaar richt zich vooral op patronen en personen

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 psychoanalyse. 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 psychoanalyse: 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, medeonderzoeker, spiegelen, exploreren zijn in de cognitieve en de interactieve therapie sterk verankerd: groen. Vertrouwen, authenticiteit, acceptatie zijn belangrijke rollenmerken van de therapeut bij cliëntgerichte psychotherapie: wit.

Tabel 4.
Proces in
psycho-
therapeutische
stromingen

Benaderingen	Interventies zoals...	Rol en focus professional
Gedragstherapie	<ul style="list-style-type: none"> – exposure en responspreventie – flooding – ontspanningsoefeningen – systematische desensitisatie 	<ul style="list-style-type: none"> – positieve and negatieve bekrachtiging – 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"> – medeonderzoeker en communicatief rolmodel (analyserend, spiegelen, asociaal 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 (bevraged, categoriserend, herkaderend) die tevens rolmodel is van 'anders over dingen kunnen denken' – therapeut richt zich vooral op cognities en hun consequenties
Clïent 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 	<ul style="list-style-type: none"> – gesprekspartner (accepterend en 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, onder andere in de therapeutische relatie in de vorm van onrealistische patronen – vrije inval – bewust worden en herbeleving van onderliggende conflicten 	<ul style="list-style-type: none"> – analyserende expert (steunend, bevraged, benoemend, confronterend) – therapeut richt zich op het 'wereldbeeld' van de cliënt
Psychoanalyse	<ul style="list-style-type: none"> – vrije 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

Tabel 5.
Uitkomsten bij
veranderingstheorieën

Benaderingen	Hardheid van het resultaat	Ideaal	Valkuil
Geeldruk	<ul style="list-style-type: none"> – resultaat is grotendeels onbekend en verschuift – weg is moeilijk voorspelbaar 	<ul style="list-style-type: none"> – nastreven van overkoepelende belangen – het scheppen van de haalbare oplossing 	<ul style="list-style-type: none"> – luchtfietserij – machtsstrijd (lose-lose)
Blauwdruk	<ul style="list-style-type: none"> – resultaat is vooraf omschreven en gegarandeerd – weg is voorspelbaar 	<ul style="list-style-type: none"> – wereld is maakbaar en planbaar – het scheppen van de 'beste' oplossing (vooral voor 'harde' organisatieaspecten) 	<ul style="list-style-type: none"> – 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 	<ul style="list-style-type: none"> – juiste 'fit' tussen organisatie-doelen en individuele doelen – een motiverende 'leuke' oplossing (vooral voor 'zachte' organisatieaspecten) 	<ul style="list-style-type: none"> – zachte heemeesters, 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 	<ul style="list-style-type: none"> – lerende organisatie: met iedereen, over alles, altijd – een oplossing die mensen zelf bedenken en zichzelf eigen maken 	<ul style="list-style-type: none"> – 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) 	<ul style="list-style-type: none"> – spontane evolutie – benutten van toeval, conflict en crisis als kansen en stroming 	<ul style="list-style-type: none"> – onvoldoende inzicht in drijvende krachten – laissez faire en medewerkers – 'opzadelen' met zelfsturing – modieus gewauwel

Ook in tabellen 5 en 6 zien 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 blauwdrukdenken 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, rond dwalen 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 veranderings-theorieën. In mindere mate hebben de analytische psychotherapie en de psychoanalytische ook dit probleem. Gemeenschappelijk is dat elke theoretische school, ongeacht

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) 	<ul style="list-style-type: none"> – alle gedrag is aan te leren of af te leren – het eigen handelen is beheersbaar ongeacht de eigen historie 	<ul style="list-style-type: none"> – 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) 	<ul style="list-style-type: none"> – vervullende, bevredigende relaties – volledig in het hier en nu met anderen samen kunnen zijn 	<ul style="list-style-type: none"> – 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) 	<ul style="list-style-type: none"> effectieve en reële manieren van denken, die mensen in staat stellen plezier te beleven aan hun leven vrij zijn van beperkende cognities 	<ul style="list-style-type: none"> luchtfietsen of het worstelen met conflicterende overtuigingen
Clïëntgerichte psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> – resultaat is niet van tevoren te omschrijven – weg is nauwelijks te voorspellen – resultaat kost aanzienlijke tijd (60-90 sessies) 	<ul style="list-style-type: none"> zelfvertrouwen en energie diepgaande en voortgaande betekenisgeving en beleving van het eigen leven 	<ul style="list-style-type: none"> grenzeloos en oeverloos empathisch meedeinen clïënt dwaalt rond in het woud van eigen ervaringen
Analytische psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> – resultaat is redelijk van tevoren te omschrijven – weg is redelijk te voorspellen – resultaat kost aanzienlijke tijd (30-90 sessies) 	<ul style="list-style-type: none"> reëel in de wereld staan een wereldbeeld ervaren dat veel méér is dan een herhaling van het verleden 	<ul style="list-style-type: none"> alles begrijpen, terwijl er niets veranderbegrip aanvoeren als excuus te cognitief en te weinig doorleefd
Psychoanalyse	<ul style="list-style-type: none"> – resultaat is redelijk van tevoren te omschrijven – weg is moeilijk te voorspellen – resultaat kost erg veel tijd (600-2000 sessies) 	<ul style="list-style-type: none"> groot en rijk inzicht in zichzelf en in de wereld 	<ul style="list-style-type: none"> navelstaren verslaving aan de wekelijkse therapeutische aandacht begrip aanvoeren als excuus

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 handelingsspectrum. Elk heeft in die zin een eigen consistente wereld gevormd met eigen literatuur, eigen coryfeeën, eigen woordenschat, et cetera.

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 zes 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

Figuur 2.
Continuüm van
objectieve naar
subjectieve benadering
van wetenschap

Metafoor	Machine	Organisme	Hologram, cybernetica, hersenen	Theater, drama, discourse	Taalspel, betekenisgeving	Transcendentie
Aard van de werkelijkheid	als concrete structuur	als concreet proces	als context voor informatie	als domein voor (symbolische) dialoog	als sociale constructie	als projectie van menselijke verbeelding
objectieve benadering	←—————→					subjectieve benadering

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.

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 de laatste decennia ook bij therapie 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 onder meer 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 onder andere 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 een 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 die hierboven

werd geschetst, 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 een 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 samenhangend en doordacht behandelplan te maken, inclusief rollen, taken, acties, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de therapeuten die bij de behandeling zijn betrokken. Een analoge ontwikkeling zien we in de veranderingkunde. 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 aan een management development-traject deelneemt (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 (waarbij benutting van inzichten en aanpakken uit meerdere therapiestromingen wordt nagestreefd). 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 interactionele psychotherapie gezocht worden;
3. *maatschappelijke inbedding* – in hoeverre maakt iemand deel uit van netwerken als gezin, familie, werksituatie, vriendenkring en dergelijke. 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.

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, ondervetegenwoordigd zijn (hetgeen blijkt uit de diagnose), is juist het interverniëren in die kleur passend. Uiteraard is niet het enige criterium voor de keuze van een aanpak. Daarnaast kan ook de 'dominante kleur' van de organisatie en van de belangrijkste veranderaars een rol spelen (wat ze normaal vinden en goed aankunnen). En die dominante kleur kan een deel van het probleem zijn. Bij echte vernieuwing is dit veelal het geval. Een ingenieursbureau (blauwe organisatie) dat met een blauwe directie niet meer op dezelfde (blauwe) manier aan kwaliteitszorg wil doen (ISO9000 handboeken) omdat dat dat 'meer van hetzelfde is', zal mogelijk voor groene kwaliteitscirkels kiezen: een kleur die men nog niet veel heeft en daardoor extra moeite kost en extra meerwaarde heeft.

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 de 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. Ten slotte factor (4): vaardigheden. Hier zien we een sterk verband met groendrukdenken 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 de 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 één dominante 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.

6. 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 er is een tijd van ophouden. Maar het heeft ook te maken met het feit dat we een en ander willen laten bezinken en willen doorle-

ven: 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. Dat geldt in ieder geval voor de overeenkomsten in het procesverloop en in de wijze van professionalisering. We volstaan hier met enkele voorlopige conclusies over de theoretische kaders.

In de aanpakken van veranderaars en therapeuten zitten verrassend veel parallellen. 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 haar kant had (het idee was dat er maar één gelijk kon hebben), nu is de teneur om, ongeacht het label, gebruik te maken van vergelijkbare wortels en soms zelfs te streven naar een integratieve psychotherapie. Ook bij de veranderaars was er strijd om de dominantie van richtingen, maar ook hier groeit het besef, dat alle inzichten wel eens een beetje gelijk zouden kunnen hebben en dat geen van allen onzin verkoopt. Het is een tijd van convergentie.

Er komt bij dit alles ook 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.

Er is ook sprake van een convergentie tussen beide disciplines. Waar de veranderaars in het verleden gevoed zijn vanuit de therapeutische wereld, lijkt die voeding ook nu weer te intensiveren. Mogelijk heeft dit ook iets te maken met een groei in belangstelling voor vooral groen, rood en wit gedachtegoed. Er lijkt ook meer interesse andersom te zijn: therapeuten die zich laten inspireren door veranderaars. 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: veel veranderingstrajecten kunnen effectiever worden door inschakeling van een therapeut. Veel therapieën kunnen effectiever worden door ook het systeem te beïnvloeden. (Hierbij denken we met name aan de arbeidsgerelateerde behandelingen.) Dit soort samenwerking vindt nu vooral plaats op het gebied van coaching. Is er een trend om dit de komende jaren te verbreden? Uiteraard kan en mag dit soort samenwerking alleen in volstrekte transparantie en in overeenstemming met de cliënt (het systeem). Er hoort een waarschuwing bij: de verleiding is aanwezig om zich te gemakkelijk op elkaars domein te begeven en methoden van elkaar toe te passen. Dat lijkt ons geen goede gedachte. Niet alleen moet er respect zijn voor elkaars kennis, kunde en ervaring en de daarmee samenhangende rollen, codes en belangen; evenmin mag de therapeut zijn of haar zorgende en belangeloze rol uit het oog verliezen en gaan handelen

vanuit functionele duidingen (bijvoorbeeld is het goed voor de organisatie?). Anderzijds kan de organisatieveranderaar individuele belangen niet voor laten gaan op organisatiebelangen en zal hij of zij steeds het totaal in het oog moeten houden: gaat deze organisatie beter functioneren?

Noot

1. Dit artikel is ontstaan vanuit het vermoeden van de drie auteurs (waaronder twee organisatieveranderaars/coaches en een 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 vier 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 aan zijn buitengewoon kundige bijdrage aan ons vak.

Literatuur

- Argyris, Ch. en D.A. Schön (1978), *Organizational learning: a theory of action perspective*. – Reading, MA : Addison-Wesley
- Astley, W.G. en A.H. van de Ven (1983), 'Central perspectives and debates in organization theory'. – In: *Administrative Science Quarterly*, Vol. 28, No. 3 p. 345-273
- Beck A.T. (1976), *Cognitive therapy and the emotional disorders*. – New York : International University Press
- Beck, A.T. en Freeman (1990), *Cognitive therapy of personality disorders*. – New York : Guilford
- Bicker Caarten, A. (1998), *Chaos en stress*. – Amsterdam: Universiteit van Amsterdam. – (Scriptie vakgroep Arbeids- en Organisationspsychologie)
- Boonstra, J. (2000), *Lopen over water. Over dynamiek van organiseren, vernieuwen en leren*. – Amsterdam : Vossiuspers UUP. – (Oratie Universiteit van Amsterdam)
- Caluwé L. de (1997), 'Denken over veranderingen in organisaties'. – In: *M&O*, jrg. 51, nr. 4
- Caluwé L. de (2001), *Organisatieadviseurs veranderen*. – Alphen aan de Rijn : Samsom. – (oratie Vrije Universiteit Amsterdam)
- Caluwé, L. de en H. Vermaak (1999), *Leren veranderen; een handboek voor de veranderkundige*. – Deventer : Kluwer
- Cummings, T.G. en C.G. Worley (1993), *Organization development and change*. – Minneapolis MN : West Publishing

- Ellis, A. (1962), *Reason and emotion in psychotherapy*. – New York : Lyle Stuart
- French, W.L., C.H. Bell (1999), *Organizational Development, behavioral science interventions for organization improvement*. – Englewood Cliffs (NJ) : Prentice Hall (3rd edition)
- Freud, A. (1966), *Het ik en de afweermechanismen*. – Bilthoven : Uitgeverij Ambo
- Freud, S. (1895/1940), *Studien über Hysterie*. – Londen: Imago. – (Gesammelte Werken 1)
- Fruytier, B. en J. Paauwe (1996), ‘Competentie-ontwikkeling in kennisintensieve organisaties’. – In: *M&O* 6, p. 424-529
- Gabriel, Y. (1999), *Organizations in depth*. – Thousand Oaks (CA) : Sage Publications
- Greiner, L. en V. Schein (1988), *Power and Organization Development: Mobilizing Power to Implement Change*. – Reading MA : Addison-Wesley
- Haas, O. de (2000), *Het 4-factorenmodel als ordeningsprincipe voor integratieve psychotherapie bij borderlinepatiënten*. – (Interne notitie)
- Hanson, E.M.(1996), *Educational administration and organizational behavior*. – Boston : Allyn and Bacon
- Hellema, P. en J. Marsman (1997), *De organisatie adviseur: Opkomst en groei van een nieuw vak in Nederland 1920-1960*. – Amsterdam : Boom
- Hunt, J. (1991), *Leadership. A new synthesis*. – Newbury Park, Ca : Sage Publications
- Jansen, P.G.W. (1999), *Personeelsmanagement en HRM*. – Amsterdam : Vrije Universiteit. – (Syllabus, derde versie)
- Kalmthout, M. van (1991), *Psychotherapie, het bos en de bomen*. – Amersfoort : Acco
- Kendell, R.E. (1975), *The role of Diagnosis in Psychiatry*. – Oxford : Blackwell Scientific Publications
- Kenning, D. en Epping, J. (2000), *Management en organisatie. Theorie en toepassing*. – Houten : Educatieve Partners Nederland
- Kernberg, O.F. (1984), ‘Severe personality disorders, psychotherapeutic strategies’. – New Haven; Londen : Yale University Press
- Kernberg, O.F. (1998), *Ideology, Conflict, and Leadership in Groups and Organizations*. – New Haven; Londen : Yale University Press
- Kessel, W.J.H. van en Linden, P. van der (1991), ‘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 (red.), *Leerboek gesprekstherapie*, Amersfoort/Leuven : Acco
- Kets de Vries, M. en Miller, D. (1984), *De neurotische organisatie*. – Amsterdam; Brussel : De Management Bibliotheek
- Kets de Vries, M.(ed.) (1984), *The irrational executive, psychoanalytic explorations in management*. – Madison : International University Press, inc.
- Keuning, D. en Epping, J. (2000), *Management en organisatie. Theorie en toepassing*. – Houten : Educatieve Partners Nederland
- Kiesler, D.J. (1983), ‘The 1982 interpersonal circle: a taxonomy for complementarity in human transactions’. – In: *Psychological Review*, 90, p. 185-214

- Kluytmans, F. (1994), '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 (1991), *Organization behaviour, an experiential approach*. – Englewood Cliffs : Prentice Hall
- Kuiper, P.C. (1984), *Nieuwe Neuroseleer*. – Deventer : Van Loghem Slaterus
- Leary, T. (1957), *Interpersonal diagnosis of personality*. – New York : Ronald
- Maslov, A.H. (1976), *Motivatatie en Persoonlijkheid*. – Rotterdam : Lemniscaat
- Mayo, E. (1933), *The human problems of an industrial civilization*. – New York : Mac Millan
- Millon, T. (1996), *Disorders of personality DSM IV and beyond*. – New York : John Wiley & Sons
- Morgan, G. (1986), *Images of organizations*. – Beverly Hills CA : Sage Publications
- Moursund, J. (1993), *The process of counseling and therapy*. – Englewood Cliffs : Prentice Hall
- Paauwe, J. (1995), 'Kernvraagstukken op het gebied van strategische HRM in Nederland'. – In: *M&O*, nr. 5, p. 369-389
- Pavlov, I.P. (1897), *Lectures on the Work of the Principal Digestive Glands*. – St. Petersburg : Kushnereff
- F.S. Perls (1976), *The Gestalt approach and eye witness to therapy*. – New York : Bantam
- C. Perrow (1970), *Organisational analysis: a sociological review*. – Belmont (CA) : Wadsworth Publications
- Ramondt, J. (2000), 'Bedolven macht. De verankering van de machtsrol in hedendaagse organisaties'. – In: *M&O*, jrg. 54, nr. 4
- Roethlisberger, F.J. (1941), *Management and morale*. – Cambridge (MA) : Harvard University Press
- Rogers, C. (1942), *Counseling and psychotherapy : Newer concepts in practice*. – Boston : Houghton Mifflin Company
- Rogers, C. (1951), *Client-centered therapy : Its current practice, implications and theory*. – Boston : Houghton Mifflin Company
- Schoemaker, M.J.R. (1994), *Managen van mensen en prestaties. Personeelsmanagement in moderne organisaties*. – Deventer : Kluwer Bedrijfswetenschappen
- Senge, P.M., *The fifth discipline; the art & practice of the learning organization*. – New York : Doubleday/Currency (1990)
- Skinner, B.F. (1953), *Science and behaviour*. – New York : MacMillan
- Stacey, R.D. (1996), *Complexity and creativity in organizations*. – San Francisco : Berrett-Koehler Publishers
- Sullivan, H.S. (1953), *The interpersonal theory of psychiatry*. – New York : Norton
- Swieringa, J. en Wierdsma, A.F.M. (1990), *Op weg naar een lerende organisatie*. – Groningen : Wolters Noordhoff
- Ven, A van de (2000), Presidential Adress, Academy of Management Conference
- Wijnen, G. en Kor, R. (1996), *Het managen van unieke opgaven. Samenwerken aan projecten en programma's*. – Deventer : Kluwer bedrijfswetenschappen
- Wijnen G., Renes, W. en Kor, R. (1998), *Projectmatig werken*. – Utrecht : Spectrum