

INLEIDING

Tijdens een supervisie zal het soms gebeuren dat een supervisor geconfronteerd wordt met een student met psychiatrische problemen. Uit rondvraag onder supervisoren van de HBO-opleidingen en uit ervaringen in mijn eigen praktijk¹ lijkt het alsof dit met enige regelmaat voorkomt.

De situatie doet zich voor dat studenten in de mensgerichte opleidingen zoals bijvoorbeeld *HBO-Maatschappelijk Werk en Dienstverlening* en *HBO-Sociaal Pedagogische Hulpverlening*, vaak pas in het stagejaar en in de supervisiefase dermate tegen hun problemen aan lopen dat zij het risico lopen uit te vallen. Of wat mogelijk ook voor komt, dat studenten door de supervisie 'heenrollen' omdat zij hun problematiek camoufleren en de supervisor dit niet signaleert.

Het lijkt alsof er vóór de supervisie niet altijd een *natuurlijke selectie* plaatsvindt in de opleiding en supervisanten vaak pas in dit late stadium bewust raken van hun eigenlijke motivatie of hun eventuele problematiek. Het zou kunnen dat door het massaler worden van de opleidingen, studenten wat minder 'gezien' worden en daarom pas in de supervisiefase tegen zichzelf aanlopen. Of dat zij in deze fase door de professionalisering van de supervisiemethodiek en de daardoor steeds beter opgeleide supervisoren misschien juist eerder opgemerkt zullen worden, méér 'gezien' worden.

Uitgaande van deze signalen zijn bovenstaande mijn hypothesen; het wellicht ontbreken van een natuurlijke selectie in de eerste twee studiejaar en de met enige regelmaat zich plotseling voordoende situatie van een supervisant met psychiatrische problematiek in supervisie te hebben. Deze hypothesen worden onderschreven door mijn eigen ervaringen met adolescenten in mijn supervisiepraktijk. Het ligt niet in de bedoeling van dit werkstuk deze hypothesen te toetsen omdat deze materie meer tot het takenpakket van de onderwijsinstellingen behoort dan ligt op het terrein van een supervisor.

Hoewel geen onderzoek is gedaan naar deze signalen², neem ik deze signalen serieus en hanteer ik deze als uitgangspunt bij het schrijven van dit werkstuk.

Met deze hypothesen als uitgangspunt lijkt het alsof de supervisor misschien een te grote verantwoordelijkheid krijgt toebedeeld. De verantwoordelijkheid om de mogelijkheden of onmogelijkheden van een supervisie in te schatten en daar op professionele wijze mee om te gaan.

Wat te doen als vrij snel blijkt dat een supervisant worstelt met psychiatrische problemen en dit van invloed is op de supervisie en/of het groepsproces? Kan dit zonder het aantasten van de grondstructuur en doelstelling van de supervisie? Wanneer is een supervisant nog supervisabel? Welke kennis en kwaliteiten dragen bij tot het professioneel kunnen hanteren van een complex supervisieproces waarin psychiatrische problemen een rol spelen? Zou de supervisie per definitie moeten worden afgebroken of zou beter en anders ingespeeld kunnen worden op de leeropdracht van de supervisant?

1 Praktijk ADD Rem, Groningen.

2 Voor zover mij bekend.

Een belangrijke vraag hierbij is of het überhaupt terecht is dat de verantwoordelijkheid hiervoor bij de supervisor komt te liggen en of de supervisor de deskundigheid die hiervoor nodig is, in huis hoort te hebben. Ligt de verantwoordelijkheid niet ook bij de opleiding?

Een daarbij aansluitende vraag is, of die verantwoordelijkheid misschien toch kan worden genomen en de deskundigheid die hiervoor nodig is, een vereiste behoort te zijn voor supervisoren. Hiermee zou mogelijk voorkomen kunnen worden dat deze supervisanten niet vanwege hun eigen problematiek, maar vanwege het onvermogen of de eigen opvattingen van de supervisor, hun supervisie niet behalen. Ook zou voorkomen kunnen worden dat supervisanten 'door hun supervisie heen rollen' (vermoedelijk doet zich dit soms voor). Dit in het geval de problematiek dermate ernstig is dat zij waarschijnlijk nog niet op professionele wijze hun beroep kunnen uitoefenen. Ik pretendeer zeker niet alle, in deze inleiding genoemde, vragen te kunnen beantwoorden.

DOELSTELLING

De doelstelling in dit werkstuk is het signaleren, beschrijven, en verhelderen van de mogelijkheden en onmogelijkheden van supervisanten met psychiatrische problematiek en of en hoe een supervisor deze supervisanten zou kunnen begeleiden. Daarnaast probeer ik in dit werkstuk enkele handvaten hiervoor aan te reiken en wil ik graag dat het aankaarten van dit vraagstuk tot enige dialoog onder supervisoren zal leiden.

&

De vragen en hypotheses zoals ik die beschreef in de inleiding kwamen bij mij op toen ik in de supervisies enkele malen werd geconfronteerd met supervisanten bij wie een psychiatrische diagnose gesteld was, of met supervisanten bij wie sprake leek te zijn van niet onderkende psychiatrische problematiek. Deze supervisanten hadden een sterke invloed op het groepsproces en maakten het mij als supervisor soms moeilijk de grondstructuur van supervisie te handhaven. Vanuit mijn achtergrond als maatschappelijk werker en vanuit mijn ervaring in het werken met psychiatrische cliënten beleefde ik dit niet per definitie als een negatieve situatie. Wel was ik verbaasd dat sommigen van hen pas in de supervisiefase, het derde studiejaar, tegen zichzelf aanliepen, en dat enkele het zolang verborgen hadden kunnen houden en zich toch staande hadden kunnen houden. Tevens groeide het respect en de bewondering voor deze supervisanten. Ondanks hun problemen hadden zij de moed en de kracht om niet bij de pakken neer te zitten en bleken vaak toch in staat tot reflectie en ontwikkeling van hun beroepshouding.

Ervaring met psychiatrische cliënten en kennis van psychopathologie hielp mij om het leerproces van de supervisanten te kunnen hanteren binnen de context van supervisie. Wat tevens bijdroeg is mijn grondhouding dat mensen niet hun diagnose zijn, maar een diagnose hebben en desondanks zoals ieder ander mens kwaliteiten en talenten bezitten.

In het kort en ter verduidelijking beschrijf ik daarom de diagnoses die gesteld waren bij enkele van mijn supervisanten. Dit waren bipolaire stoornis(manische depressie), paniekstoornis, en ADHD. Het voert te ver om dit uitgebreid te doen in dit werkstuk. Een zoektocht in de vakliteratuur is zeker aan te raden. Zie hiervoor de literatuurlijst. Andere eventuele ziektebeelden laat ik buiten beschouwing. Ik concentreer mij op deze drie omdat dit de diagnoses zijn die ik tot dusver bij supervisanten tegenkwam en deze in hoofdstuk 3 met casu kan illustreren.

1.1. BIPOLAIRE STOORNIS

Een bipolaire stoornis, ofwel manische depressie, wordt gekenmerkt door extreme stemmingswisselingen, zodanig extreem dat het normale functioneren er door wordt gehinderd. Er zijn ook periodes waarin de stemming stabiel is. Tenzij de stoornis tijdig onderkent wordt en met medicatie gestart wordt, doen de afwisselende manische en depressieve fase zich steeds vaker en heviger voor, en herstelt men zich minder goed³.

De symptomen die gepaard gaan aan een bipolaire stoornis zijn in het kort:

In de manische fase	In de depressieve fase
Groothedsideeën Slapeloosheid Spreekdrang Gedachtevlucht Verhoogde afleidbaarheid Agitatie, ongeremd gedrag	Buitensporige gevoelens van minderwaardigheid Gewichtsvermindering Vermoeidheid Slapeloosheid of hypersomnia Agitatie of remming Vermindering interesse

³ Kragten, J., *Leven met een manisch-depressieve stoornis*, Reeks A-GGZ, 2000.

Zie ook hoofdstuk 3, paragraaf 1, waarin ik beschrijf hoe deze stoornis het doorlopen van een supervisie kan beïnvloeden.

1.2. ADHD

ADHD wordt gekenmerkt door aandachts- en motivatieproblemen, impulsiviteit, en hyperactiviteit (bij volwassenen doorgaans alleen innerlijke onrust). In het algemeen door een moeite het gedrag en de emoties te reguleren en indien nodig af te remmen. De symptomen zijn in het kort:

- Concentratieproblemen
- Snel afgeleid zijn
- Moeilijk kunnen luisteren
- Anderen onderbreken
- Details over het hoofd zien
- Moeite met structuur aanbrengen
- Snel overprikkeld, maar ook snel verveeld
- Vergeetachtigheid
- Innerlijke onrust of motorische onrust

Bij volwassenen doorgaans innerlijke onrust. Niet alle symptomen doen zich voor⁴. In hoofdstuk 3, paragraaf 2, zal ik de supervisie en het leerproces van de supervisant met ADHD beschrijven.

1.3. PANIEKSTOORNIS

De paniekstoornis wordt gekenmerkt door terugkerende onverwachte paniekaanvallen die gepaard gaan met symptomen als:

- Hartkloppingen
- Transpireren
- Trillen
- Ademnood
- Onaangenaam gevoel op de borst
- Misselijkheid
- Duizeligheid
- Tintelingen
- Opvliegers of koude rillingen
- Gevoelens van onwerkelijkheid
- Angst om de zelfbeheersing te verliezen
- Angst om gek te worden, of dood te gaan

⁴ Nadeau, K., *Aandacht, een kopzorg*, 2000.

Weiss, G., Trokenberg Hechtman, L.T., *Hyperactive children grown up, 2nd ed.*, 1993.

Kooij, S., *ADHD, Diagnose en behandeling*, 2003.

Niet alle symptomen doen zich voor. De paniekaanvallen hebben vaak een gedragsverandering tot gevolg. Bijvoorbeeld worden de plaatsen waar een paniekaanval zich heeft voorgedaan, gemeden en ontwikkelt zich een fobie. Dit beïnvloedt het normale functioneren⁵.

In de casus van de supervisant met een paniekstoornis in hoofdstuk 3, paragraaf 3, beschrijf ik hoe deze stoornis het doorlopen van een supervisie kan beïnvloeden.

Maar eerst zal ik in hoofdstuk 2 beschrijven wat de beginsituatie was van deze drie studenten en hoe deze supervisanten met betrekking tot hun problematiek aan hun supervisie begonnen.

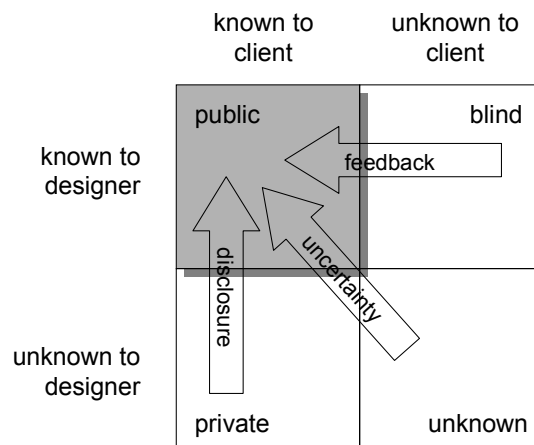
⁵ Molen, H.T. van der, Perreijn, S., Hout, M.A., van den, *Klinische psychologie*, 1997.
Cullberg, *Moderne psychiatrie*, 1994

HOOFDSTUK 2. BEGINSITUATIES EN HET JOHARI WINDOW

In de voorgaande paragraaf werden kort de diagnoses beschreven die ik bij enkele supervisanten tegenkwam. Maar bij de start van een supervisie is doorgaans niet bekend of en van welke psychiatrische problematiek er sprake is. Soms brengt een supervisant het meteen naar voren, soms wordt het verzwegen, en soms is men zich niet bewust van de eigen problematiek. Toch zullen de beginsituaties die in deze paragraaf beschreven zullen worden, menig supervisor niet onbekend voorkomen. In deze beginsituaties vind ik het voor mezelf verhelderend het model van het *Johari Window* toe te passen. De beginsituaties die ik zal beschrijven, kunnen allen in dit model geplaatst worden.

John Luft and Harry Ingham stelden dit model samen. Zij gebruikten een combinatie van hun voornamen om het model een naam te geven. Kern van het model vormt de aanname dat er aspecten in onze persoonlijkheid zijn waar wij open over zijn en andere aspecten die wij verborgen houden. Tegelijk dat er aspecten zijn die anderen in ons observeren maar waar wij onszelf niet bewust van zijn. Als laatste aspecten die noch aan onszelf als aan anderen bekend zijn⁶.

Luft en Harry omschreven deze als volgt:

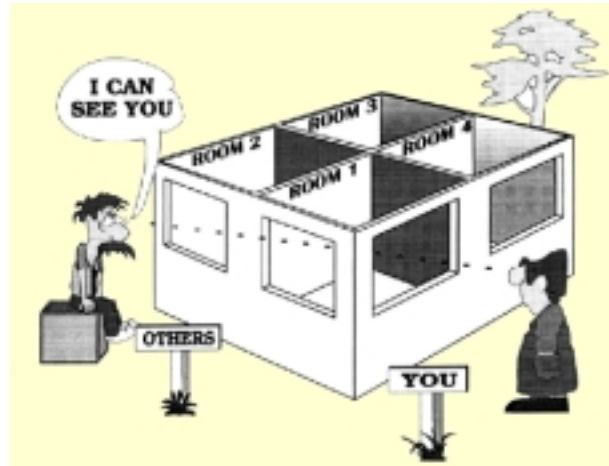


© Graham M Winch

1. *The public area* contains things that are openly known and talked about, and which may be seen as strengths or weaknesses. This is the self that we choose to share with others
2. *The hidden or blind area* contains things that others observe that we don't know about. Again, they could be positive or negative behaviours, and will affect the way that others act towards us.
3. *The unknown area* contains things that nobody knows about us, including ourselves. This may be because we've never exposed those areas of our personality, or because they're buried deep in the subconscious.
4. *The private area* contains aspects of our self that we know about and keep hidden from others.

⁶ Luft, J., Ingham, H., University of California, 1950's.
Bennink, H., Jagt, N., 2002.

Het doel van het *Johari Window* is *the public area* zo groot mogelijk te maken en de andere drie *area's* zo klein mogelijk. Dit is te bereiken door het vragen en ontvangen van feedback en een bereidheid de eigen emoties bespreekbaar te maken. Het beoogde gevolg zal zijn een verbeterde communicatie met de omgeving en meer begrip en steun in situaties waarin dit nodig is.



De volgende beginsituaties deden zich in mijn supervisies voor:

- ❑ Een supervisant met gediagnosticeerde, chronische problematiek, in dit geval de bipolaire stoornis (manische depressie), die geleerd heeft hiermee te leven en vanuit de eigen ervaring de motivatie vindt om professioneel hulpverlener te worden.

Deze supervisant vertelde meteen dat er sprake was van een psychiatrische diagnose. De supervisant bevindt zich in de meest optimale 'area' van het Johari Window, *the public area*, bekend aan zichzelf, bekend aan anderen.

- ❑ Een supervisant met gediagnosticeerde psychiatrische problematiek, in dit geval een paniekstoornis met agorafobie⁷, die kiest voor een mensgerichte opleiding vanuit de eigen onbewuste behoefte aan hulp. De supervisant lijkt de opleiding min of meer als therapie te beschouwen en verwacht de eigen emoties en behoeften, goedbedoeld, met empathie en zorg voor anderen.

Deze supervisant bevond zich bij aanvang van de supervisie in *the private area*, bekend aan zichzelf, onbekend aan anderen.

- ❑ Een supervisant met onderkende neuro-biologische problematiek, ADHD, (die psychiatrische problemen tot gevolg kan hebben), die tijdens de stage en op school problemen ervaart die inherent zijn aan de ADHD.

Deze supervisant vertelde dit bij aanvang van de supervisie. De supervisant bevond zich in *the public area*, bekend aan zichzelf, bekend aan anderen.

Uit de beginsituaties en het plaatsen van de supervisanten in het Johari Window, blijkt dat een supervisant met een ernstige diagnose zoals bijvoorbeeld de bipolaire stoornis, niet persé in het nadeel is vergeleken met andere supervisanten. Zou misschien niet de diagnose de bepalende factor zijn voor het wel of niet slagen van een supervisie? Zijn andere factoren wellicht van meer belang?

In de volgende hoofdstukken zal ik aan de hand van casu en verder onderzoek, proberen andere factoren te kristalliseren.

⁷ Agorafobie: in de volksmond pleinvrees geheten.

HOOFDSTUK 3. HOE UIT ZICH DE PROBLEMATIEK IN DE SUPERVISIE?

Voor ik inga op de specifieke gedragingen die zich voordoen bij supervisanten met de diagnoses die ik in voorgaande paragrafen beschreven heb, wil ik attenderen op onze neiging om 'etiketjes te plakken'. Niets menselijks is ons vreemd en soms is er niet aan te ontkomen. In het geval van gedragsproblematiek bij supervisanten kan zich dan ook het dreigend gevaar voordoen van supervisoren die zelf 'diagnoses' gaan stellen, mogelijk vanuit de eigen behoefte aan helderheid en houvast. We kennen allemaal de supervisanten die het moeilijk vinden medelijden te onderscheiden van medeleven, de supervisanten bij wie op de stageplek het eigen niet verwerkte verhaal meer op de voorgrond treedt dan het verhaal van de cliënt, en de supervisanten die zich heftig gekwetst voelen bij elke confrontatie. Hier hoeft echter geen pathologische oorzaak aan ten grondslag te liggen. Eventueel afwijkend gedrag is soms ook functioneel, of maakt onderdeel uit van een coping-strategie.

Een supervisant die bijvoorbeeld jarenlang teveel kritiek te verduren heeft gekregen, zal dit vroeg of laat niet meer kunnen verdragen. Om staande te blijven zal deze supervisant zichzelf in zijn jeugd gedrag hebben aangeleerd waarmee hij of zij zich verweert. Een verdedigingsmechanisme dat verschillende vormen kan aannemen en bekend staat als 'Coping'. In essentie is dit een gezonde poging om psychisch overeind te blijven. Hij of zij zal misschien fors in de aanval of in de verdediging gaan, of zal telkens de verantwoordelijkheid bij anderen neerleggen om maar niet weer 'bekritiseerd' te worden, of zal zich telkens aan de situatie proberen te onttrekken. Een dergelijk gedragspatroon is op den duur niet meer efficiënt, maar is wel lange tijd functioneel geweest. Deze supervisant maakt dan misschien een wat 'gestoorde' indruk, maar is dat in wezen niet. De supervisant had een gezond motief, wilde staande blijven, maar maakte op jonge leeftijd een onhandige keuze in de manier waarop. Hij of zij koos destijds voor een gedragspatroon dat enigszins leek te werken, maar uiteindelijk in het volwassen leven slechts nadelen kende. Maar gedragspatronen raken ingeslepen en zijn dan erg moeilijk te doorbreken. Men is zich van die gedragspatronen vaak ook niet bewust (*Johari Window, the Hidden Area, bekend aan anderen, onbekend aan onszelf*).

Wij allemaal hanteren in meerdere of mindere mate verdedigingsmechanismen. Wanneer deze echter niet meer functioneel zijn beginnen ze op te vallen en kan ons gedrag een belemmering vormen in onze communicatie met anderen. Voor supervisanten leidt dit tot een belemmering in het leren in de supervisie. Het zegt echter weinig tot niets over eventueel aanwezige psychiatrische problematiek. Daarom moeten we ervoor waken diagnoses te vermoeden waar deze niet terecht zijn, laat staan de door ons zelf gestelde diagnoses voor waar aan te nemen. Het is belangrijk dat supervisoren herkennen of er sprake is van coping-gedrag.

Een andere materie is het gevaar van generaliseren. Ook het hebben van vooroordelen en onze neiging om van daaruit te generaliseren is ons niet vreemd. Het is belangrijk eventuele vooroordelen t.a.v. supervisanten met een psychiatrische diagnose, bij onszelf onder de loep te nemen. Immers niet altijd zijn deze gerechtvaardigd en zeggen vaak meer over onszelf dan over de supervisant. De mens is meer dan zijn diagnose en is ook niet over één kam te scheren met anderen die dezelfde diagnose hebben. Ieder mens is uniek. In deze paragraaf waarin ik beschrijf welke gedragingen bij welke diagnose zou horen, schuilt dan ook het gevaar van generalisatie en etikettering (is dit laatste niet ook een coping-strategie? Helderheid en houvast creëren om op die manier de eigen verwarring en onzekerheid beter te kunnen hanteren?) Het is allerm minst mijn bedoeling om te generaliseren. Om wat duidelijkheid te verschaffen kan ik hier echter niet helemaal aan ontkomen, maar laten we niet

vergeten dat aanleg, karakter en de aanwezige kwaliteiten en talenten invloed hebben op hoe een mens in meerdere of mindere mate zijn problematiek uitspeelt, afreageert ofwel in staat is deze ten positieve aan te wenden.

Met bovenstaande in het achterhoofd beschrijf ik in de volgende paragrafen het gedrag dat zich kan voordoen bij al herkende en gestelde diagnoses. Ik ben van mening dat het belangrijk is deze te kunnen herkennen. Ik doe dit aan de hand van enkele casu.

3.1 BIPOLAIRE STOORNIS

In het geval van een supervisant met een bipolaire stoornis, kan het voorkomen dat tijdens de supervisie de angst om door te schieten naar een depressieve fase of manische fase op de voorgrond treedt. Wanneer de signalen niet herkend worden en/of de supervisant bijvoorbeeld geen medicatie slikt, kan deze stil en teruggetrokken worden of juist druk en spraakzaam. De supervisant gaat zichzelf opvallend onderschatten of juist opvallend overschatten. Dit kan extreme vormen aannemen. In mijn eigen praktijk stelde een supervisant (derdejaars student) die tegen een manische fase aanhing, voor om mij te helpen met dit werkstuk en het uitbreiden van mijn praktijk. Na instelling op medicatie, afspraken over te gebruiken strategieën, en individuele voortzetting van de supervisie kwam deze supervisant echter goed door het leerproces heen.

Aan de hand van de eindbeoordeling zal ik globaal het verloop van de supervisie weergeven. Met daaropvolgend enkele aanvullende opmerkingen.

In onderstaande casus zijn gegevens gewijzigd om elk risico van herkenning te voorkomen. Enige gelijkenis berust dus op toeval.

CASUS A.

EINDEVALUATIE

Schriftelijke aanvulling op de beoordeling van A.

A. heeft op de inhoudelijke criteria **een zeer ruime voldoende** behaald. Tevens is voldaan aan de formele beoordelingscriteria.

A. bleek in de beginfase niet zo goed te begrijpen wat supervisie is en wat van hem verwacht werd. Hij had extra uitleg nodig. Tevens was A. heftig in zijn reacties op feedback en trok al te snel conclusies en reageerde dan heel emotioneel. Al snel bleek dat de symptomen van zijn psychiatrische problematiek hierin een duidelijke rol speelden. A. was erg druk en moeilijk in zijn woordstroom te stuiten. Toen duidelijk werd dat de angst voor wederom een manische fase, sterk op de voorgrond trad, is besloten A. verder te laten gaan in een individuele supervisie.

Dit bleek een goed besluit te zijn. A. was toen in staat om binnen zijn eigen grenzen goed door zijn supervisie te komen. Het inzicht dat hij hierin toonde en de strategieën die hij aanwendde om een manische fase te voorkomen en intussen aan zijn leerdoelen werkte, hadden een positief resultaat.

Soms was het nodig een meer ondersteunende benadering te kiezen en A. toe te staan even niet aan de supervisie-eisen te voldoen. Hij maakte hier echter geen misbruik van. Wat opviel was dat als A. het weer aankon, hij meteen weer een lerende houding kon aannemen, en op geen enkel moment in een slachtofferrol schoot, of achterover ging leunen. Hij toonde zich vastberaden en moedig in zijn wil aan zichzelf te werken en aan de opleidingseisen te voldoen.

A. heeft zijn motivatie voor het beroep goed onderzocht. Hij kan heel duidelijk de grenzen zien tussen wat van hem is en wat van de ander. Wat dit betreft staat A. heel professioneel in zijn beroep en heeft hij een voorsprong op de gemiddelde hulpverlener. Hij heeft inmiddels begrepen wat supervisie is en wat reflecteren is, en heeft hierdoor goed kunnen werken aan zijn leerdoelen.

In deze supervisie hielp het de supervisant dat hij op eigen wijze door de supervisie mocht gaan. Daarvoor was het nodig om af en toe de grondstructuur te laten vallen en bijvoorbeeld tijdelijk geen reflectieverslagen te verwachten of om een pauze in te lassen. De beslissing om de supervisie individueel voort te zetten werd niet alleen in zijn belang genomen maar ook in het belang van de groep. De mede-supervisanten waren niet goed in staat met de symptomen van een manische periode om te gaan en zouden daarin overvraagd worden. Met name de waterval van woorden en de 'grootspraak' die hij hierin vervatte, werd niet begrepen en viel logischerwijs niet in goede aarde bij de mede-supervisanten.

Opvallend was dat ondanks de psycho-educatie die deze supervisant had gekregen, hij het toch in eerste instantie, tegen advies van de behandelend arts, op 'eigen kracht' wilde proberen, zonder medicatie. Te voorzien was dat dit niet zou lukken. Ik heb vrij snel de voorwaarde van medicijngebruik gesteld⁸, wilde de supervisant in supervisie blijven. De supervisant gaf hier gelukkig gevolg aan.

Tevens werden duidelijke afspraken gemaakt over het herkennen van alarmsignalen en de strategieën die dan gehanteerd zouden worden. De supervisant was al bekend hiermee en had hierover afspraken in zijn sociaal netwerk.

3.2. ADHD

In het geval van een supervisant met ADHD die hiervoor medicatie gebruikt doen de symptomen zich minder voor, maar indien geen medicatie wordt gebruikt kunnen de symptomen de communicatie met de supervisor en mede-supervisanten danig bemoeilijken. De supervisant vindt het vaak moeilijk om te luisteren, onderbreekt de ander vaak, reageert impulsief, begrijpt abstracte begrippen niet goed, vraagt veel om structuur, aanwijzingen en duidelijkheid, lijkt niet altijd te begrijpen wat verwacht wordt, reageert heftig, en stelt zich in de ogen van anderen soms afhankelijk op.

In onderstaande casus zijn gegevens gewijzigd om elk risico van herkenning te voorkomen. Enige gelijkenis berust dus op toeval.

CASUS B.

EINDEVALUATIE

Schriftelijke aanvulling op de beoordeling van B.

B. heeft op de inhoudelijke punten van de beoordeling een **voldoende** behaald. Tevens is voldaan aan de formele beoordelingscriteria.

B. gaf aan het begin van de supervisie aan dat zij hoge eisen aan zichzelf stelt en dit eigenlijk zou moeten veranderen. Zij wist echter slechts één leerdoel te formuleren namelijk integratie van

⁸ Uit empirische en wetenschappelijke gegevens blijkt dat als iemand meer dan één episode heeft door-
gemaakt, medicatie geïndiceerd is, ook omdat na elke periode men zich minder goed herstelt.

voelen, denken en handelen. Op zich komt dit rechtstreeks uit het boekje en is het geen persoonlijk leerdoel. B. kwam echter vooreerst niet tot het formuleren van concrete eigen leerdoelen. Reflectieverslagen kwamen vaak te laat binnen of helemaal niet. Toen zij eenmaal de voorbeelden van de leerdoelen van haar mede-supervisanten zag of hoorde, lukte het wel. B. bleek moeite te hebben met abstracte begrippen, zij kon er geen grip op krijgen. Zij wilde heel veel, maar wist hier regelmatig geen structuur in aan te brengen. Zij had veel uitleg\voorbeelden en aanwijzingen nodig.

B. stond vooreerst niet open voor feedback en voelde feedback als aanvallende kritiek. B. reageerde dan regelmatig offensief of defensief en kwam niet echt tot reflecteren op haar eigen denken, voelen en handelen. Duidelijk werd dat zij in het verleden teveel kritiek over zich heen had gekregen omdat destijds de ADHD niet onderkend werd en te hoge eisen aan haar gesteld werden. Hier is wel beweging in gekomen. Door het bieden van structuur en het buiten de supervisie om, uitleg te geven en voorbeelden aan te reiken, begon B. een beetje te begrijpen wat verwacht wordt van reflecteren. Een mede-supervisant speelde hierin een belangrijke rol. In haar tussenevaluatieverslag bleek echter dat deze ontwikkeling zich nog niet doorzette. Omdat dit verslag ook niet volledig was en niet op niveau, kreeg zij de kans deze aan te vullen. In de tweede versie laat B. vooruitgang zien. Zij benoemde dat de accepterende houding van haar mede-supervisanten en van mij, tot gevolg had dat zij haar defensieve houding kon laten varen en houvast ervoer.

Sindsdien liet B. gelukkig een duidelijke omslag zien in haar gedrag en in haar reflecties. Het was verrassend hoe B. plotseling inzicht verwierf en een grotere bereidheid toonde om te kijken naar haar persoonlijk functioneren. Feedback kon zij makkelijker verdragen. Zij schoot niet meer in de aanval of in de verdediging. Informatie en/of opmerkingen werden niet meer verkeerd begrepen. Ook kon zij in deze fase ervaren dat haar nieuwe houding geen 'bedreiging' voor haar vormde en dat zij juist waardering, bemoediging, en erkenning hiervoor ontving. Wel benoemde B. heel eerlijk, bijna meedogenloos, haar neiging om te kiezen voor de makkelijkste weg. Zij noemde dit zelf onwil of luiheid. Hieruit bleek dat zij niet voldoende psycho-educatie had gekregen omtrent haar diagnose. Concentratieverlies en motivatieverlies vanwege een neurobiologische oorzaak kunnen moeilijk onwil of luiheid genoemd worden.

De psycho-educatie heeft zij van mij, buiten de supervisie om, alsnog ontvangen.

B. bleek in staat de essentie van reflecteren te bevatten en een lerende houding aan te nemen. Echter kwam dit door alle hobbels en weerstanden wel wat laat tot stand en heeft zij nog weinig kunnen werken aan haar beroepshouding. B. heeft wel voldaan aan de formele beoordelingscriteria. Ze hield zich ook goed aan de tijden van de gesprekken. Zij kwam uit angst om te laat te komen vaak veel te vroeg. Het eindevaluatieverslag kwam op tijd binnen. Afgesproken is dat in het komend studiejaar zij binnen de opleiding intensiever begeleid zal worden, dit vanwege haar behoefte aan meer structuur en aanwijzingen.

Deze supervisant kon doordat zij zich geaccepteerd voelde op een nieuwe manier door de leercirkel van voelen, denken, en handelen, gaan en daarin experimenteren met nieuw gedrag. Het nieuwe gedrag bleek beter te werken dan haar oude coping-gedrag en zij leerde feedback te ervaren als steun.

Extra uitleg, het aanreiken van voorbeelden en door haar vele vragen niet te beschouwen als afhankelijkheid, maar als richtingvragend en het zoeken naar duidelijkheid, gaven haar de structuur die zijzelf niet kon aanbrengen. Voor haar bleek vragen stellen juist de manier om beter om te gaan met de ADHD-symptomen. Mensen met ADHD zoeken vaak aanwijzingen in de omgeving om structuur te kunnen aanbrengen. Door de innerlijke onrust en de chaos in het hoofd kunnen zij deze zelf niet 'zien'. Het is dan alleen maar wijs dat zij er om vragen.

3.3 PANIEKSTOORNIS

In onderstaande casus zijn enkele gegevens gewijzigd om elk risico van herkenning te voorkomen. Enige gelijkenis berust dus op toeval.

CASUS C.

EINDEVALUATIE

Schriftelijke aanvulling op de beoordeling van C.

C. heeft op de inhoudelijke criteria een onvoldoende behaald. Aan de formele beoordelingscriteria is wel voldaan.

C. begreep in de eerste fase van de supervisie snel wat supervisie is en was opvallend goed in staat op zichzelf te reflecteren. Wel viel op dat zij bij binnenkomst veel tijd nodig had om tot rust te komen en zich te concentreren op de supervisie. In deze fase heeft zij echter toch kunnen aantonen dat zij op een prima manier aan haar leerdoelen werkte en een goed leerproces doormaakte. Haar inzet was groot.

In de tweede fase had C., vanwege persoonlijke problematiek en omdat de supervisie 'dichtbij' kwam, meer ruimte nodig voor zichzelf. Zij kon toen weinig aandacht opbrengen voor zichzelf als werker of voor de supervisie. Met dit laatste is C. het niet eens. De verantwoordelijkheid van het zelf grenzen mogen aangeven en dat deze gerespecteerd werden, maar dat wél feedback wordt gegeven op het ontbreken van reflecties op de beroepshouding, vindt C. moeilijk te verwerken. Zij verwijt het de supervisor en vindt dat deze had moeten aangeven waarop gereflecteerd had moeten worden.

C. verwachtte in deze fase veel zorg en sturing van de supervisor. Zij had dit erg nodig. Indien zij deze kreeg, toonde zij zich blij en opgelucht. Indien ze geen zorg en sturing kreeg, traden heftige emoties op de voorgrond en waren haar reacties en reflecties navenant. De overgang van de rol van student naar de rol van werker was in deze voor haar moeilijk te maken en C. had vaak moeite therapie en supervisie van elkaar te onderscheiden.

Gezien haar problematiek ligt het voor de hand dat zij momenteel niet genoeg ruimte heeft voor anderen. Hiervoor heeft C. meer tijd nodig. Ik kan dan ook haar besluit om na de opleiding voor eerst niet in de zorgsector te gaan werken, waarden als een professionele en wijze beslissing. Wat wel verbaast, is dat C. haar therapie nu heeft stopgezet.

Na een aantal bijeenkomsten vertelde deze supervisant fobische klachten te hebben. In haar geval agorafobie (pleinvrees), waarvoor zij in therapie was. Na verloop van een aantal bijeenkomsten wist zij deze klachten steeds moeilijker te verhullen. Uiteindelijk werd soms de helft van de tijd besteed aan haar angsten en het haar kalmeren. Natuurlijk waren zowel ik als haar mede-supervisanten hiertoe bereid, maar toen eenmaal ter sprake kwam dat het op deze manier geen supervisie was, was zij hierop niet aanspreekbaar en wilde zij geen oplossingen bedenken. Zij vond dat het moest kunnen. Het werd haar niet duidelijk dat er een verschil is tussen therapie en supervisie. Daarnaast bleek dat zij een aantal reddersfantasieën had die zo sterk in haar leefden dat daaruit alleen maar frustraties en teleurstellingen konden voortkomen. Hieruit vloeide een werkhouding voort gebaseerd op meelijden met cliënten in plaats van medeleven. Zij ervoer de meeste mensen als hard en kwetsend.

In hoofdstuk 2 werd duidelijk dat een student met een psychiatrische diagnose in de beginsituatie niet persé meteen in het nadeel is. Uit de casu in dit hoofdstuk blijkt voor mij dat niet zozeer het wel of niet hebben van een psychiatrische diagnose doorslaggevend is voor het wel of niet supervisabel zijn. Eerder is het vermogen van de supervisant met de diagnose en de daaraan gepaard gaande symptomen om te gaan, doorslaggevend. De supervisanten die in staat waren aan de slag te gaan met integratie van voelen, denken en handelen en op meta-niveau hun beroepshouding onder de loep konden nemen, hadden een voorsprong ten opzichte van supervisanten die hiertoe nog niet in staat waren.

In hoofdstuk 4 zal ik de criteria die nodig zijn voor de supervisant om dit vermogen op te brengen en een leerproces te kunnen doorlopen, proberen te concretiseren. Tevens kom ik in hoofdstuk 4 toe aan de rol van de supervisor in het begeleiden van studenten met psychiatrische problematiek

Aan de supervisor wordt op dit vlak, het kunnen inschatten of een supervisant supervisabel is of niet, specifieke eisen gesteld. Niet altijd is meteen aan het begin van een supervisieroom bekend of men te maken heeft met een supervisant met psychiatrische problematiek. De eenvoudigste situatie is die zoals bijvoorbeeld in de casus van de supervisant met de bipolaire stoornis. Er konden meteen afspraken gemaakt worden. Maar vaker zal het voorkomen dat pas na een aantal sessies de supervisor het gevoel bekruipt dat er meer aan de hand is dan voorzien was. Niet iedere supervisant bevindt zich bij aanvang van de supervisie in *The Public Area* van het *Johari Window*. Dit zijn moeilijke situaties waarin zowel de supervisor als de supervisant hun grenzen en hun mogelijkheden moeten aftasten. Voor beiden een uitdaging die echter ook een te grote belasting kan vormen. Van belang is te kunnen inschatten of de supervisie de geëigende begeleidingsvorm is, mogelijk moet worden stopgezet, tijdelijk onderbroken, of beter individueel kan worden voortgezet. Het zou uiteraard gunstig zijn als dit in een zo vroeg mogelijk stadium gebeurt.

Omdat in deze situaties veel factoren meespelen is het moeilijk in te schatten of een supervisor deze supervisant kan superviseren of dat de supervisant überhaupt supervisabel is. Ook dreigt het gevaar dat men supervisanten over één kam scheert, dat de supervisor door de eventuele eigen angst, de onbekendheid met de problematiek, en daarbij mogelijk eigen onvermogen, een supervisant afwijst die in principe wél supervisabel is. Of dat de supervisor de supervisant door de supervisie 'sleept' vanuit een eigen behoefte, niet 'moeilijk' wil doen naar de opdrachtgever, of moeite heeft met de confrontatie van het eigen falen.

Omgaan met gedragsproblematiek vereist van een supervisor meer kennis en ervaring én een arsenaal aan interventiemogelijkheden. In paragrafen 4.1. en 4.2. probeer ik een aantal criteria vast te stellen die wellicht een handvat kunnen vormen om de inschatting of een supervisant supervisabel is, te vergemakkelijken.

Zelf heb ik hierbij ik steun gehad aan verschillende modellen van Kolb en Van Kessel e.a. Echter waren deze voor mij in eerste instantie ook verwarrend en in die zin voor mij niet behulpzaam om integratie in mijn eigen leerproces te bewerkstelligen. Supervisanten bleken doorgaans met hetzelfde probleem te kampen hebben. Elk model leek zich van een eigen terminologie te bedienen, ieder leek het wiel opnieuw uit te vinden i.p.v. op andere modellen aan te sluiten. Mijn verwarring zette mij aan tot verdieping en na bestudering van de modellen drong langzaam tot me door wat de kern was en dat dit eigenlijk in elk model dezelfde kern was. Alsof ik ze op overtrekpapier op elkaar legde en ze daardoor eindelijk transparant maakte. Zowel letterlijk als figuurlijk. Op die manier kon ik de modellen voor mezelf tot een geïntegreerd geheel te maken en als hulpmiddel gaan gebruiken. In hoofdstuk 5, paragraaf 5.4 probeer ik de gebruikte modellen in zowel tekst als beeld dan ook over elkaar heen te leggen en niet meer te beschouwen als aparte leerschema's/cirkels.

4.1. CRITERIA T.A.V. DE SUPERVISANT

Of de supervisant in supervisie kan leren is niet alleen afhankelijk van de ernst van de problematiek. Ook het inzicht in de eigen diagnose, het wel of niet onderkennen en accepteren van de diagnose, is minstens zo belangrijk. Daarnaast het vermogen op tijd grenzen aan te geven, in staat te zijn strategieën te bedenken om een eventuele crisis af te wenden, en op tijd om hulp te vragen.

Om de beoordelen of een supervisant kan leren in de supervisie heb ik een aantal vragen opgesteld die ik in dit werkstuk aanhoud als criteria:

- Heeft de supervisant blijk gegeven, ondanks de problemen voldoende kwaliteiten in huis te hebben om zich verder te kunnen ontwikkelen en om een goede hulpverlener te worden.
Docenten van de opleiding, de begeleider op de stageplek en de supervisant zelf, kunnen hier meer duidelijkheid over geven.
- Kan de supervisant de eigen problemen onderscheiden van de problemen van cliënten en mede-supervisanten.
- Heeft de supervisant inzicht in de eigen diagnose. Heeft de supervisant bijvoorbeeld psycho-educatie gehad, accepteert de supervisant de diagnose en eventuele noodzakelijke medicatie.
- Is het risico op een psychose in principe uitgesloten. Is bv. de supervisant lang geleden psychotisch geweest en daarna niet weer, of is de supervisant nooit psychotisch geweest.
- Gebruikt de supervisant gezonde strategieën om overeind te blijven.
- Herkent de supervisant de alarmsignalen van oplevende symptomen of van een dreigende crisis. Zijn daarover afspraken gemaakt met de omgeving.
- Andere factoren die bepalend zijn, zijn de wil, het doorzettingsvermogen en het wel of niet aanwezig zijn van een sociaal netwerk.

Kan op de vragen positief geantwoord worden, dan lijkt mij de supervisant in principe supervisabel. In principe want ook aan de supervisor worden verwachtingen gesteld.

4.2. CRITERIA T.A.V. DE SUPERVISOR

Om te kunnen beoordelen of een supervisant supervisabel is en tijdig de aard van de problematiek te kunnen signaleren, is voor de supervisor kennis van psychopathologie wenselijk, alsmede ook specifieke kwaliteiten en vaardigheden. Ik besef dat dit niet strookt met het profiel van de LVSB, maar omdat toch wel bekend is dat studenten soms kiezen voor een mensgerichte opleiding vanuit de eigen problematiek, is het ontbreken van deze kennis mijns inziens nadelig voor de leerkansen van de supervisant. Tevens is duidelijk dat deze studenten vaak zonder serieuze 'confrontatie' door docenten of studiegenoten, door de opleiding rollen. Vaak lopen zij pas tegen de muur als eenmaal de supervisiefase is aangebroken. Supervisoren lijken niet altijd voorbereid te zijn op deze studenten.

Realiteit is wel dat de supervisor soms met deze situatie geconfronteerd wordt. Dit vormt een grote verantwoordelijkheid voor de supervisor. Het afbreken van een supervisie vanwege psychiatrische problematiek of vanwege het onvermogen van de supervisor, kan voor beide een ernstige belasting vormen. Voor de supervisant kan het een ernstige miskening of in het uiterste geval secundaire traumatisering tot gevolg hebben. Voor de supervisor kan een eventuele negatieve tegenoverdracht, een moeilijk te hanteren belasting vormen.

Criteria t.a.v. de supervisor:

- ❑ De supervisor heeft voldoende kennis en inzicht betreffende psychopathologie. De supervisor kan inschatten wanneer de druk te hoog wordt en kan het leerproces zodanig reguleren dat de draaglast de draagkracht van de supervisant niet overstijgt.
- ❑ De supervisor is flexibel en kan i.g.v. een crisis de methodiek even laten vallen en met de supervisant en andere betrokkenen, zoals de mede-supervisanten, de stagedocent en de praktijkbegeleider, overleggen wat op dat moment nodig is.
- ❑ De supervisor kent zijn eigen beperkingen/grenzen en consulteert tijdig collega's en/of andere deskundigen.

4.3. CRITERIA T.A.V. HET SUPERVISIELEREN

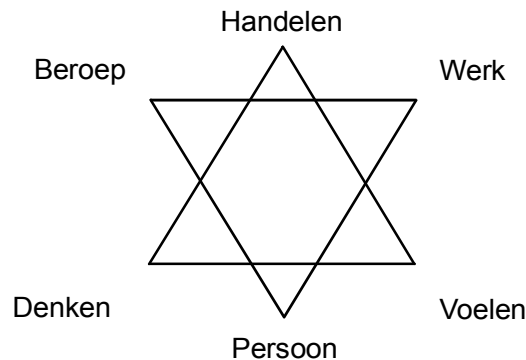
Frans Siegers⁹ beschrijft het doel van supervisie als het leren en dan specifiek het leren van werk. Tegelijkertijd leert de supervisant hoe na de supervisie blijvend geleerd kan worden van de eigen werkervaringen, maar dan zonder hulp van de supervisor. De beroepsbeoefenaar leert door de aangeboden methodiek zichzelf te superviseren. Indien zowel supervisant als supervisor lijken te voldoen aan de beschreven criteria in paragraaf 4.1. en 4.2. dan is aannemelijk dat de supervisant in staat zal zijn om in de supervisie te leren.

In hoofdstuk 5 zal ik de onderdelen van de supervisiemethodiek die ik het belangrijkste vind, beschrijven en mijn visie hierop met betrekking tot het onderwerp van dit werkstuk.

9 Siegers; Instellingsupervisie, 1995, pag.14 en verder

5.1. DE INTEGRATIENIVEAU'S¹⁰ VAN SIEGERS EN HAAN

Supervisie helpt zicht te krijgen op het eigen gedrag in samenhang met het denken en voelen. Het doel is integratie van denken, voelen en handelen. Dit is het eerste niveau. Het tweede niveau is het niveau van de persoon in dit beroep en deze werksituatie.



Het onderscheid dat hier gemaakt werd tussen twee niveaus was voor mij erg verwarrend. Tevens dat deze als niveaus werden benoemd. Niveau verwijst naar een statische, op zichzelf staande situatie, in elk geval het los staan van, en onderscheiden worden van een ander niveau. Niveau duidt ook op een aanwezig zijnde rangorde, een hiërarchie. Het waarom van de termen van 1e en 2e niveau ontging mij vooral in relatie tot het doorlopen van een dynamisch leerproces zoals in de leercirkel van Kolb. De integratieniveaus hielden verband met de leercirkel, maar werden niet verweven met elkaar. Dat ook nog de cirkel van Kolb andere benamingen kreeg toebedeeld, maakte het voor mij niet overzichtelijker. Alsof het een niet aan de ander wilde. Alsof de een of de ander, ik weet niet wie, het wiel opnieuw probeerde uit te vinden.

Hetzelfde lijkt op te gaan voor het model Ik, Wij, Het, dat ongeveer overeenkomt met de twee integratieniveaus.

5.2. IK, WIJ, HET

De supervisant mag niet alleen opgaan in het eigen persoonlijk leerproces. Hij of zij dient in staat te zijn in wisselwerking te staan tussen het innerlijk beleven en de sociale (beroeps-)werkelijkheid. Ofwel de supervisant kan de leervraag, het leerdoel verbinden aan¹¹ :

Het persoonlijk beleven	IK
Het gezamenlijk beleven	WIJ
De taak die het beroep van ons vraagt	HET

¹⁰ Siegers, F., Haan, D., Handboek Supervisie, 2e druk, 1999.

¹¹ Cohn, R.C., Van psychoanalyse naar Themagecentreerde interactie, Baarn, H. Nelissen, 1983.
Hanekamp, H., Themagecentreerde groepssupervisie. In Supervisie en Beroep 1, 1984.

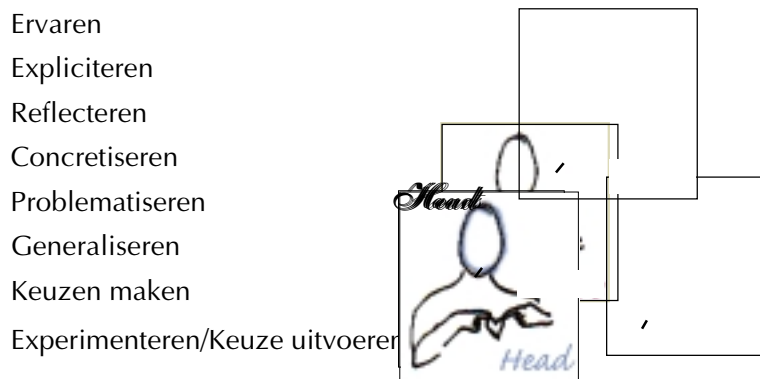
Dit komt overeen met de integratieniveaus en komt tevens terug in de leercirkel. (zie de leercirkels in paragraaf 5.4.)

Aansluitend op paragraaf 4.1., criteria t.a.v. de supervisor, vormt het vermogen van de supervisor om overstijgend de aandacht wisselend te kunnen verleggen op *ik*, *wij*, en *het*, de basis om de vragen die als criteria gehanteerd kunnen worden, positief te kunnen beantwoorden. Tevens is belangrijk dat de supervisor ondanks de problematiek en m.b.v. de supervisor, open kan staan voor het supervisie-leren, in staat is een leerproces aan te gaan.

Bij de supervisors die ik in de casu beschreven heb, was de moeite dat het accent zwaar lag op het persoonlijk beleven waardoor bij tijden het gezamenlijk beleven en het functioneren in het beroep te weinig aandacht kreeg. Ofwel volgens de leercirkel van Kolb, zij hadden moeite uit het denken en voelen te komen en over te gaan naar willen en handelen. Hierbij hadden zij meer ondersteuning nodig dan andere supervisors.

5.3. DE LEERWEG VAN LOUIS VAN KESSEL

De leerweg beschrijft hoe de supervisor het leerproces zo optimaal mogelijk kan doorlopen¹²:



Ook dit model is te plaatsen in de leercirkel van Kolb (zie de leercirkels in paragraaf 5.4.). Bezwaar tegen de modellen is dat deze de indruk wekken een statische situatie, werkwijze te beschrijven en zou je bovenaan moeten beginnen en onderaan moeten eindigen of zouden er niveaus te onderscheiden zijn. Niet alleen bij mij deed zich dit misverstand voor en maar ook merkbaar bij supervisors bij de aanvang van de supervisie.

Opvallend vaak zien supervisors de leercirkel daardoor als een statische situatie. Regelmatig hoor ik supervisors zeggen, 'ik ben een denker', 'ik ben een doener'. Alsof ze niet anders zouden kunnen, er in vastgeroest zitten. Niet begrijpend dat ze bij elke ervaring min of meer door alle fasen van de leercirkel gaan, maar niet in alle fasen even optimaal.

5.4. DE LEERCIRKEL VAN KOLB E.A.

Omdat ik in eerste instantie een leerstijl van overdenking en theorievorming (assimilerende leerstijl) heb, met pas daarna de behoefte de kennis in mijn werkwijze te integreren en toe te passen (convergerende leerstijl), deed tijdens de opleiding de verwarring mij stokken in mijn leerproces. Ik beschouwde de verschillende referentiekaders niet meer als

¹² Kessel, L. van., Lezing LVSB, 11 nov. 1994, pag. 19.

een eventueel handvat, maar als een handicap. Voor mij was het een brei van ingewikkelde, maar vooral onnodige en te complexe bewoordingen. In supervisieland wordt wat afgeschreven. Soms meer voor de vorm dan voor de inhoud leek het wel. En met meer het accent op methodische discussies dan op het werk zelf. Omdat ik toch vooral een pragmaticus ben stoorde mij dit in mijn leren. Maar ik moest er wel iets mee. Dus probeerde ik verband te leggen tussen de verschillende modellen en ze tot één, voor mij werkzaam, model te maken. Dit lukte eigenlijk door de verschillende variaties van de leercirkel van Kolb zelf grafisch vorm te geven. Eerst één voor één, daarna als transparanten op elkaar. Kolb bleek eigenlijk de essentie weer te geven van een dynamisch leerproces. De andere modellen of nieuw uitgevonden termen bleken, naar mijn inzicht, eigenlijk variaties of toevoegingen op zijn leercirkel te zijn. Wat mij betreft niet erg nuttige, maar de één zal zich meer aangesproken door termen als convergerend, divergerend, assimilerend, en accommoderend. De ander meer door termen als denken, voelen, willen, en handelen. Ik vanzelfsprekend door de laatste termen. Waarom moeilijk als het makkelijk kan.

Ik heb de modellen voor mijzelf en voor mijn supervisanten op volgorde van oplopende complexiteit verdeeld op vijf transparanten. Van eenvoudig naar complex. Hier bedoel ik natuurlijk op transparante folie dat door een printer kan, en verwijs ik niet naar de term transparantie, hoewel die vorm van transparantie wel het gevolg was. Op die wijze kon ik zelf eindelijk duidelijkheid verkrijgen en het blijkt dat dit voor de meeste van mijn supervisanten ook zo werkt.

leercirkel 1: In de eerste leercirkel beperk ik het leerproces tot de essentie: Voelen, denken, willen, en handelen. Ofwel ervaren, reflecteren, kennis en inzicht verwerven, en experimenteren. Zie pagina 20

Leercirkel 2: In de tweede leercirkel voeg ik de leer- en werkstijlen toe. Zie pagina 21.

Leercirkel 3: In deze leercirkel voeg ik de typering van de leer/werkstijl toe waar de supervisor naar neigt. Activist, denker, theoreticus, pragmaticus. Zie pagina 22.

Leercirkel 4: Een mooie aanvulling is de leerweg van Van Kessel. Zie pagina 23.

Leercirkel 5: En als laatste de leercirkel die ik heb gemaakt ter volledigheid, maar niet erg werkzaam vind, met termen als convergerend, divergerend, assimilerend, accommoderend, en bevatten via apprehentie, comprehensie, extensie en intentie. Zie pagina 24.

De leercirkels 1 t/m 4 ervaar ik als bruikbaar. Vooral de eerste twee leercirkels hanteer ik regelmatig in mijn supervisies.

Leercirkel volgens Kolb e.a./Probl

Ervaren

Handelen

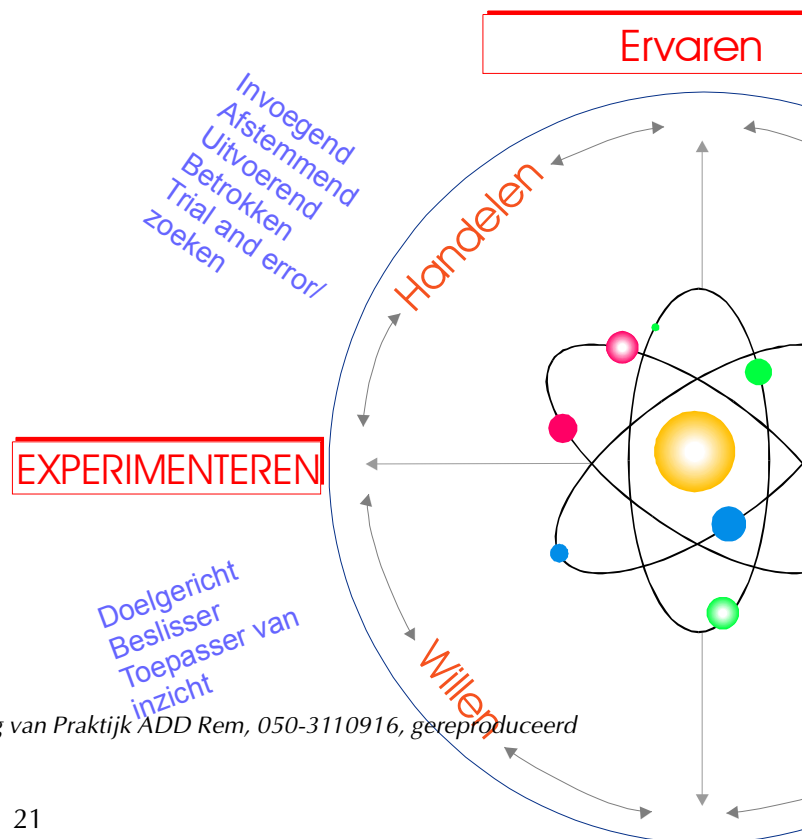
EXPERIMENTEREN

Willen



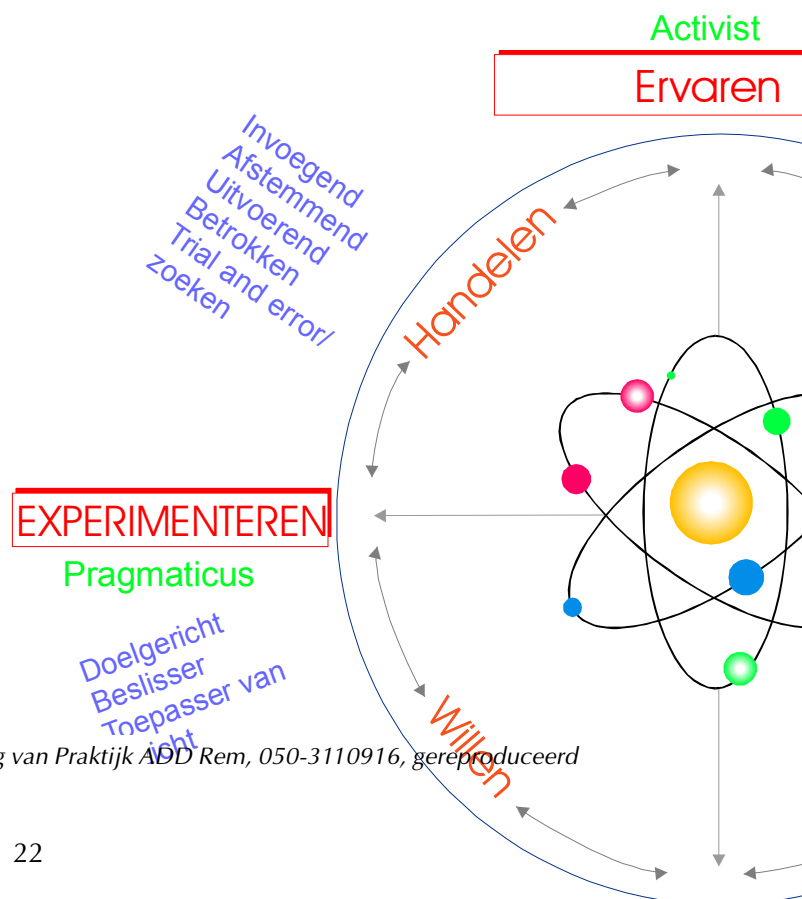
Niets uit deze publicatie mag zonder toestemming van Praktijk ADD Rem, 050-3110916, gereproduceerd worden, of anderszins gebruikt worden.

Leercirkel volgens Kolb e.a./Proble



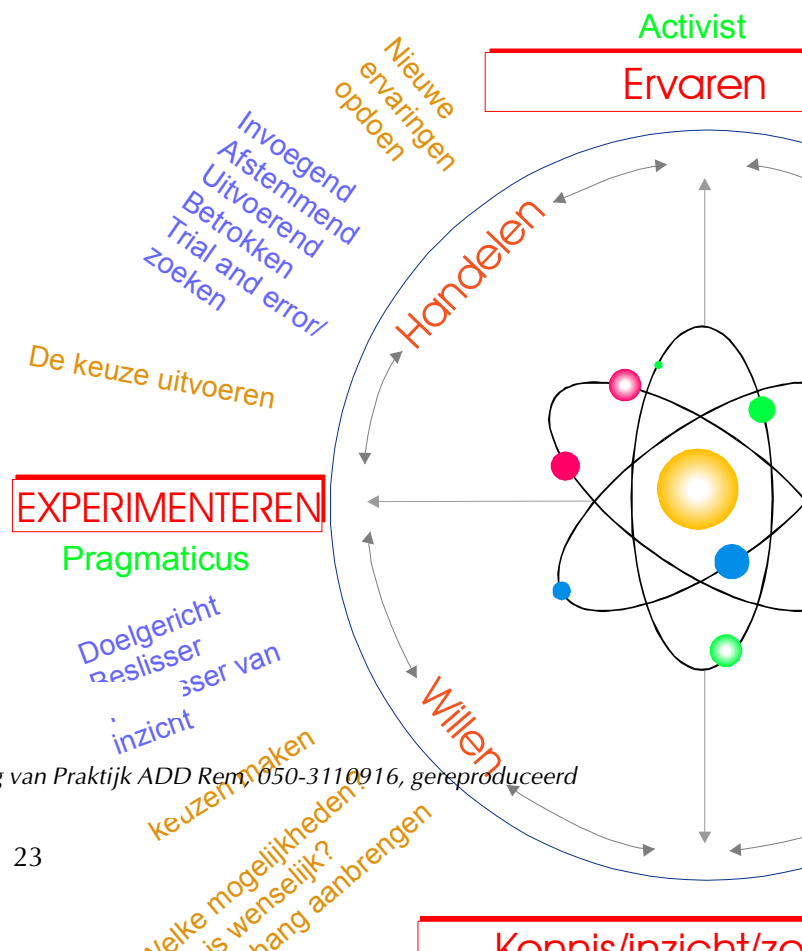
Niets uit deze publicatie mag zonder toestemming van Praktijk ADD Rem, 050-3110916, gereproduceerd worden, of anderszins gebruikt worden.

Leercirkel volgens Kolb e.a./Probleem



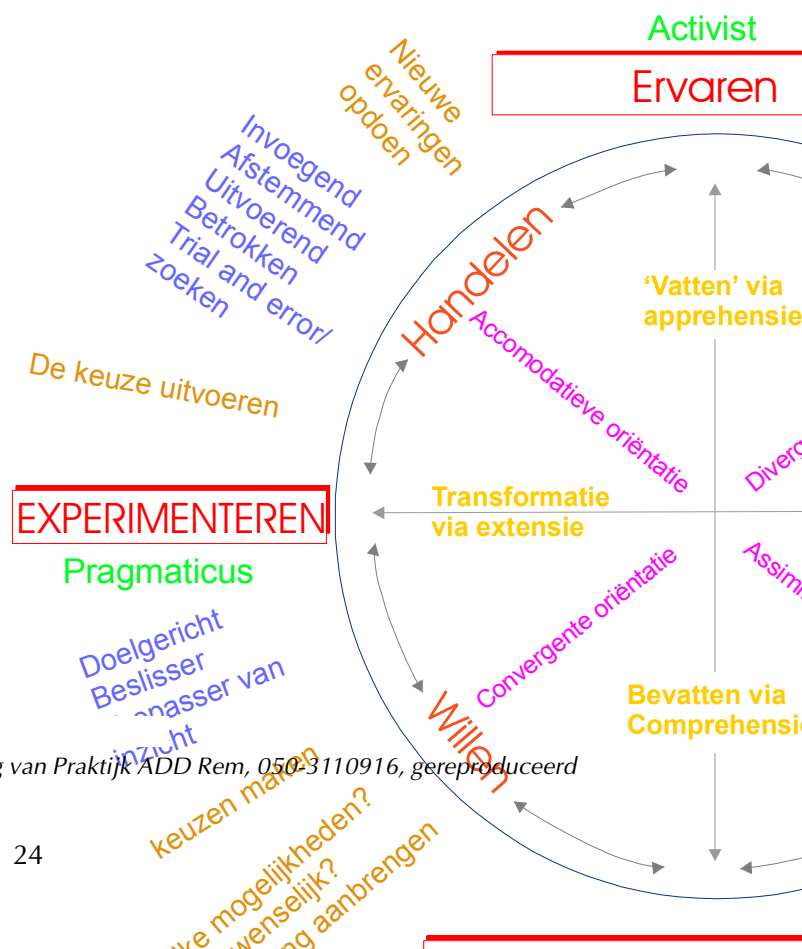
Niets uit deze publicatie mag zonder toestemming van Praktijk ADD Rem, 050-3110916, gereproduceerd worden, of anderszins gebruikt worden.

Leercirkel volgens Kolb e.a./Proble



Niets uit deze publicatie mag zonder toestemming van Praktijk ADD Rem, 050-3110916, gereproduceerd worden, of anderszins gebruikt worden.

Leercirkel volgens Kolb e.a./Proble...



Niets uit deze publicatie mag zonder toestemming van Praktijk ADD Rem, 050-3110916, gereproduceerd worden, of anderszins gebruikt worden.

HOOFDSTUK 6. WELKE PROBLEMEN EN KANSEN DOEN ZICH VOOR IN HET GROEPSPROCES?

In de vorige hoofdstukken maakte ik geen onderscheid tussen groepssupervisie en individuele supervisie. In dit hoofdstuk zal ik de invloed van een supervisant met psychiatrische problemen op het groepsproces belichten.

Of een supervisant in staat is op een vruchtbare wijze deel te nemen aan het groepsproces of dat het meer voor de hand ligt om voor individuele supervisie te kiezen, is afhankelijk van de ernst van de problematiek en of er bv. sprake is van een crisis, of een telkens dreigende crisis. Het laatste hoeft niet altijd het geval te zijn, het risico daarop ook niet. Ondanks een psychiatrische diagnose, en zelfs in sommige gevallen dankzij een psychiatrische diagnose, kan een dergelijke supervisant een aanwinst zijn in de groep. Ik doel op het thema *het leren aan en met de groep*¹³. Het samen ervaren leidt tot de kans van ervaringsleren in de supervisie. Op deze wijze doen zich dus niet alleen problemen voor in het groepsproces, maar doen zich ook kansen voor. Om deze kansen te kunnen benutten is het echter belangrijk de problemen te onderkennen, daar oog voor te hebben, en professioneel mee om te gaan. In de volgende paragrafen benoem ik de eventuele problemen die zich kunnen voordoen bij de supervisant, de supervisor, en de mede-supervisanten.

6.1. BIJ DE SUPERVISANT

- De problematiek vergt teveel energie en aandacht. Bij vlagen is het niet mogelijk een superviseerbare houding aan te nemen en aandacht op te brengen voor de mede-supervisanten.
- De supervisant therapeutiseert, vraagt om zorg, niet om supervisie.
- De supervisant verzandt, heeft meer structuur en aanwijzingen nodig dan doorgaans gebruikelijk is in een supervisie.
- De supervisant komt moeilijk op metaniveau en tot reflectie vanwege te grote angst, emotionaliteit, en verwarring.

6.2. BIJ DE SUPERVISOR

- De supervisor onderkent de psychiatrische problematiek niet. Ziet deze aan voor onwil of onvermogen.
- De supervisor ziet de kwaliteiten van de supervisant niet, ziet alleen het probleem.
- Door het gebrek aan kennis treedt bij de supervisor een onvermogen tot flexibiliteit op. De supervisor neemt een rigide houding aan. De supervisant moet en zal voldoen aan de eisen.
- De supervisor schiet in een negatieve tegenoverdracht of een positieve tegenoverdracht.

¹³ Siegers, F., Haan, D., Handboek Supervisie, 2e druk, 1999

In de driehoek *Ik, Wij, Het* gaat het teveel om *Wij* en *Ik* en er gaat te weinig aandacht uit naar *Het*.

- De supervisor gaat 'zorgen', stelt te lage eisen aan de supervisant.
- De supervisor blijft niet 'buiten' het groepsproces, wordt zelf onderdeel van de problematiek door het eigen onverwerkte verhaal.

6.3. BIJ DE MEDE-SUPERVISANTEN.

- De mede-supervisanten gaan 'zorgen', stellen hun verwachtingen laag en doen zichzelf tekort.
- Er treden heftige emoties op zoals ergernis, ongeduld.
- De mede-supervisanten kunnen geen begrip opbrengen.
- De mede-supervisanten vragen te weinig aandacht voor zichzelf
- De mede-supervisanten beschouwen de supervisant als cliënt en niet langer als mede-supervisant.

HOOFDSTUK 7. VOORWAARDEN VOOR GROEPSSUPERVISIE

In hoofdstuk 4 zijn een aantal criteria beschreven aan de hand waarvan vastgesteld zou kunnen worden of een supervisant die een psychiatrische diagnose heeft, in staat is een supervisietraject te doorlopen. Naast het onderzoeken of een supervisant hiertoe in staat is, is het ook belangrijk te kunnen inschatten of de supervisant goed zal kunnen functioneren binnen een groepssupervisie. Alsmede of de mede-supervisanten en de supervisor een groeps-supervisie met deze supervisant kunnen hanteren.

Om de eventueel optredende problemen zoals beschreven in hoofdstuk 5, te kunnen hantieren binnen een supervisie en groepssupervisie mogelijk te maken, zijn naast de criteria in hoofdstuk 4, nog een aantal extra voorwaarden relevant met betrekking tot het groepsproces.

7.1. VOORWAARDEN T.A.V. DE SUPERVISANT M.B.T. GROEPSSUPERVISIE

- De supervisant kan een rol spelen in het groepsproces en empathie opbrengen voor de mede-supervisanten, kan er zijn voor de ander.
- Is in staat de 'eigen behoefte' uit te stellen indien dit nodig is voor de groep.

Zie ook de criteria in par. 4.1.

Dit kan het geval zijn als de supervisant geleerd heeft met de diagnose en de daarbij horende problematiek om te gaan. In dat geval is het voldoende wanneer de symptomen onderkend worden, begrepen worden en de supervisant hierin geaccepteerd wordt.

7.2. VOORWAARDEN SUPERVISOR/MEDE-SUPERVISANTEN M.B.T. GROEPSSUPERVISIE

- De supervisor kan de problemen in het groepsproces lerend maken. De problematiek van de supervisant gaat niet ten koste van het leerproces van de mede-supervisanten.
- De supervisor kan de problemen gemeenschappelijk maken, het *Iedereen heeft wel wat*-gevoel.
- De supervisor is in staat het groepsproces zodanig te reguleren dat de mede-supervisanten begrip kunnen opbrengen voor de eventuele aanpassingen, vertrouwen kunnen opbrengen dat de supervisant net als zij aan de opleidings-eisen zal voldoen, maar indien nodig op een wat minder vloeiende wijze dan in hun geval.
- De supervisor kan in geval van een crisis de methodiek even laten vallen en met de supervisant en mede-supervisanten overleggen wat deze op dat moment nodig heeft.
- De mede-supervisanten kunnen begrip opbrengen voor de aanpassingen, kunnen vertrouwen opbrengen dat de supervisant net als zij zal moeten voldoen aan de opleidings-eisen, maar misschien op een wat minder vloeiende wijze.

- ❑ De problematiek moet niet ten koste gaan van het leerproces van de andere supervisanten. Optimaal zou zijn als ook de supervisanten het lerend kunnen maken en zij daar assertief in kunnen zijn.

Kunnen de supervisor en de medesanten voldoen aan bovenstaande criteria dan is de supervisant waarschijnlijk in staat aan groepssupervisie deel te nemen.

Indien de optredende problemen in het groepsproces de overhand krijgen kan overwogen worden de supervisie individueel voort te zetten. Tenminste als de supervisant voldoet aan de criteria zoals beschreven in hoofdstuk 4.1. Individuele supervisie kan rust en ruimte geven voor zowel de supervisant als voor de supervisor.

HOOFDSTUK 8. CONCLUSIES.

Uit de casu blijkt dat niet zozeer de ernst van de diagnose bepalend is voor het slagen van de supervisie, maar eerder het vermogen tot reflectie, het vermogen feedback te ontvangen, acceptatie van de diagnose, en zelfinzicht.

De supervisant zou dan tot integratie kunnen komen van denken, voelen, willen, handelen, en van persoon in functie en beroep. De leerweg waarlangs dit bereikt kan worden en inzet van de methodiek vraagt specifiek inzicht en vaardigheid van de supervisor.

Het zal duidelijk zijn dat de grondstructuur van de supervisiemethodiek af en toe aangetast zal worden. Een supervisant die zich tijdelijk of gedeeltelijk niet kan inpassen in de grondstructuur, hoeft echter niet persé ongeschikt te zijn voor supervisie en het hoeft niet te betekenen dat de supervisant niet zou kunnen voldoen aan de opleidings-, c.q. supervisie-eisen. Pauzes, extra aandacht, of individuele voortzetting of tijdelijk stopzetten van de supervisie zullen wellicht voorkomen.

Logischerwijs volgt hieruit dat de supervisant en diens leerproces centraal horen te staan. Een supervisant dient niet 'opgeofferd' te worden aan de methodiek.

Tevens heb ik duidelijk proberen te maken dat de supervisor er vanuit dient te gaan dat mensen die een psychiatrische diagnose hebben niet hun problematiek 'zijn', maar kwaliteiten en talenten hebben zoals ieder ander en zij het waard zijn een methodiek tijdelijk aan 'op te offeren', zonder de doelstelling uit het oog te verliezen, en hen de ruimte te bieden op eigen wijze te leren.

Kennis van psychopathologie zal deze grondhouding bevorderen.

Naast deze attitude en ervaring vormt kennis van psychopathologie mijns inziens de basis om professioneel om te kunnen gaan met deze supervisanten. Immers wat wij niet kennen, 'zien' wij ook niet.

Omdat het mogelijk een niet op te lossen probleem is om van de opleiding te verwachten dat zij deze studenten eerder signaleren en begeleiden is het aan te bevelen dat het LVSB profiel hieromtrent een aanvulling krijgt.

Wel zouden de mensgerichte opleidingen wellicht in een eerdere fase van de opleiding deze studenten kunnen signaleren. Eventueel zou de schoolpsycholoog daarin een rol kunnen spelen.

Daarop aansluitend ben ik van mening dat de supervisie-opleidingen hogere vooropleidings-eisen zouden kunnen stellen als het om deze kennis gaat, en/of in het leerplan meer aandacht te geven aan psychopathologie.

Mogelijk zou de LVSB een verklaring kunnen vragen van aanvullende scholing en training aan sio's uit de niet-agogische/mensgerichte beroepen, zoals ook een verklaring van voor-supervisie wordt gevraagd voor de registratie.

One must feel chaos within
to give birth to a dancing star.

Nietzsche. *Thus spoke Zarathustra*.

In dit werkstuk heb ik geprobeerd de mogelijkheden en de onmogelijkheden van een supervisant met psychiatrische problematiek in opleidings supervisie, te verduidelijken. Aan de hand van een aantal criteria heb ik handvaten aangereikt om te kunnen bepalen of de supervisant in supervisie kan, en zo ja, hoe deze supervisant op een professionele wijze in zijn supervisie begeleid kan worden, welke problemen zich kunnen voordoen en de methodiek beschreven die hierbij bruikbaar is.

Voor mij had dit werkstuk de functie nog eens de theorie, en hoe ik deze inmiddels al in de praktijk bracht, intensief te onderzoeken en daarna goed te verwoorden. Dit heeft mij duidelijkheid verschaft. Tevens heeft mij dit over de weerstand getild die ik in eerste instantie ontwikkeld had tegen alle verschillende, en voor mijn gevoel nodeloos ingewikkelde modellen. Het was voor mij positief dat ik deze voor mezelf en inmiddels ook voor supervisanten heb kunnen integreren en kon zien hoe zij als transparanten op elkaar pasten en daarmee de verwarring omtrent de vele terminologieën en variaties op één en dezelfde leercirkel, kon doorbreken.

Ik wil mijn dochter Esmee bedanken voor haar geduld. We moesten, door omstandigheden, samen één laptop delen. Dit stuitte vaak op problemen want zij zit vlak voor haar eindexamens, maar we hebben het gered.

Ook bedank ik mijn begeleidster Rina Tervoort-Kuin voor haar goede feedback en last but not least bedank ik Ellen voor haar peptalks, etentjes en haar opbeurende telefoontjes.

Januari 2005

Corna Dirks



LITERATUUR

- Boswijk-Hummel, R., *Liefde in wonderland*, De Toorts, Haarlem, 2000.
- Cohn, R.C., *Van psychoanalyse naar Themagecentreerde interactie*, Baarn, H. Nelissen, 1983.
In *Supervisie en Beroep* 1, 1984, 1, Hanekamp, H., *Themagecentreerde groeps-supervisie*
- Cullberg, *Moderne psychiatrie*, 1994.
- Jagt, N., Leufkens, N., Rombout, R., *Supervisie praktisch gezien, kritisch bekeken.*, 1994.
- Kessel, L., *Ervaringsleren en supervisie*, In *Supervisie en Beroep*, 5, 1988.
- Kolb, D.A.,e,a, *Learning and problem solving*, in: *Organizational Psychology*, Englewood cliffs, Prentice Hall 1971.
- Kooij, S. *ADHD, Diagnose en behandeling*, 2003.
- Kragten, J., *Leven met een manisch-depressieve stoornis*, Reeks A-GGZ, 2000.
- Luft, J., Ingham, *Johari Window*, University of California, 1950's.
- Molen, H.T. van der, Perreijn, S., Hout, M.A., van den, *Klinische psychologie*, 1997.
- Nadeau, K., *Aandacht, een kopzorg*.
- Siegers, F., Haan, D., *Handboek Supervisie, 2^e druk*, 1999.
- Vries, N.K. van der, Pligt, J. van der, *Cognitieve Psychologie*, 1997.
- Weiss, G., Trokenberg Hechtman, L.T., *Hyperactive children grown up, 2nd ed.*, 1993.

<http://www.supervisie.pagina.nl>

<http://supervisie.startkabel.nl/k/supervisie>

INHOUDSOPGAVE

Inleiding	1
Hoofdstuk 1. Korte beschrijving van de psychiatrische problematiek	3
1.1. Bipolaire stoornis	3
1.2. ADHD	4
1.3. Paniekstoornis	4
Hoofdstuk 2. Beginsituaties en het Johari Window.	6
Hoofdstuk 3. Hoe uit zich de problematiek in de supervisie?	8
3.1. Bipolaire stoornis	9
3.2. ADHD	10
3.3. Paniekstoornis	12
Hoofdstuk 4. Wel of niet supervisabel?	14
4.1. Criteria t.a.v. de supervisant	14
4.2. Criteria t.a.v. de supervisor	15
4.3. Criteria t.a.v. het supervisieleren	16
Hoofdstuk 5. Methodiek	17
5.1. De integratieniveau's van Siegers en Haan	17
5.2. Ik, Wij, Het	17
5.3. De leerweg van Louis van Kessel	18
5.4. De leercirkel van Kolb, e.a.	18
Hoofdstuk 6. Welke problemen en kansen doen zich voor in het groepsproces?	25
6.1. Bij de supervisant	25
6.2. Bij de supervisor	25
6.3. Bij de mede-supervisanten	26
Hoofdstuk 7. Voorwaarden voor groepssupervisie	27
7.1. Voorwaarden t.a.v. de supervisant m.b.t. groepssupervisie	27
7.2. Voorwaarden supervisor/mede-supervisanten m.b.t. groepssupervisie	27
Hoofdstuk 8. Conclusies	29
Tot slot	30
Literatuur	31

COLOFON

Praktijk ADD Rem

C.H. Dirks
Groningen

Supervisie
(ADHD)Coaching
Maatschappelijk Werk

050-3110916/050-3603114
addrem@xs4all.nl
<http://www.adhdcoach.nl>

*Niets uit deze publicatie mag
zonder toestemming van Prak-
tijk ADD Rem, gereprodu-
ceerd, of anderszins gebruikt
worden.*

Sup
psychiatrisc
in ople

