



Mw. Dr. M.L.I. Coelho werd geboren in Goa, destijds Portugees, nu deel van India.

Zij studeerde Paedagogiek met daarbij ook geschiedenis en filosofie in Lissabon en psychologie met onder meer counseling aan de University of New Mexico, Texas Technological University en de University of Wisconsin. Zij werkte als 'student-counselor' bij de University of Wisconsin en de University of New Mexico.

Zij was studentenadviseur bij de medische faculteit van de Erasmus Universiteit te Rotterdam van 1972 tot 1991.

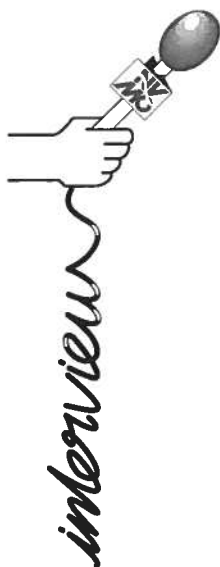
Titel van haar dissertatie, 1970, University of

Wisconsin : Cross-cultural counseling, a study of some process variables in the counseling of students.

Na 19 jaar studentenadviseur te zijn geweest bij de Rotterdamse medische faculteit legt

Mw. Dr. M.L.I. Coelho haar functie neer. Naar aanleiding hiervan voerden J. Moll (decaan van de Rotterdamse medische faculteit ten tijde van de aanstelling van Mw. Coelho) en

K.P.M. van Spaendonck (psycholoog, Academisch Ziekenhuis Nijmegen) een vraaggesprek met haar over haar ervaringen en opvattingen op het terrein van haar functie.



Je functie heette studentenadviseur en je hechtte aan deze benaming. Studieadviseur vond je onjuist.

Dat klopt. Studieadviseur en ook studentenpsycholoog, dat waren benamingen die ik bepaald niet wilde. Ik heb steeds opnieuw ervaren dat studentenadviseur de juiste naam was voor deze functie, zoals ik die zag. Mijn functie was gericht op personen, op studenten. Daarom moest het geen studieadviseur zijn, maar een studentenadviseur. Studentenpsycholoog, dat wilde ik ook niet, al ben ik psycholoog. Studentenpsycholoog, dat houdt voor studenten in: ik heb psychische problemen en dat betekent een drempel. Ik wilde geen drempels. Waarmee men kwam, dat mocht van alles zijn. Gewoon struikelen, vastlopen. Mijn standpunt is altijd geweest: niets is te eenvoudig; er is niets wat er niet bijhoort. Ik wilde geen functie in de tweede lijn, iemand waar anderen naar verwijzen. Ik wilde zelf de aard van het probleem vaststellen. Dit beslissen waar het over gaat, beschouw ik als een essentieel deel van deze functie, als iets

dat specifieke deskundigheid vraagt. Men denkt wel dat zo ongeveer iedereen dat kan: beslissen waar het over gaat, maar om effectieve hulp te kunnen bieden, moet je heel precies kunnen vaststellen waar het bij iemand om gaat, en daarvoor is gespecialiseerde deskundigheid nodig.

Een lage drempel?

Dat de drempel voor contacten met mij inderdaad laag was, hebben studenten mij in gesprekken ook ettelijke malen bevestigd. Ik heb altijd een spreekuur gehad. De studentenpsychologen, die op universitair niveau werken, niet faculteitsgebonden, hadden geen spreekuur, maar een spreekuur verlaagt de drempel. Wat ook drempelverlagend werkt, daar ben ik van overtuigd, is dat ik alleen voor de medische faculteit werkte. Zo wisten de studenten dat ik vertrouwd was met hun studiesituatie, met het specifieke karakter van de medische opleiding. Daar kwam dan nog bij dat de studenten mij konden vinden in een

omgeving die voor hen vertrouwd was: in hetzelfde gebouw als al hun onderwijs.

De medische opleiding onderscheidt zich wezenlijk van andere studierichtingen, vooral door de aanwezigheid van de klinische fase, die de studenten confronteert met de levensgrote problemen van ziekte en dood. Ja, daarom is voor de medische studenten gespecialiseerde opvang nodig. Je moet weten waar het in de medische studie om gaat; wat zich allemaal afspeelt in de medische opleiding. Ik was daarin thuis. Instellingen zoals het RIAGG (Regionaal Instituut voor de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg) kunnen zo iets niet bieden.

Wat hield je werk in?

Advisering, therapieën, studievaardigheidstrainingen. Ook had ik een adviserende rol bij examencommissies bij aangelegenheden als uitstel van een examen of tentamen, en bij aanpassingen van het studietempo voor individuele studenten. Ik heb het vaak ontzettend druk gehad. Er is een periode geweest dat ik 32 therapieën tegelijk had en 19 individuele studiebegeleidingen. Per maand had ik zo'n 150 à 200 gesprekken met studenten. Qua inhoud varieerde dat van eenmalige advisering tot therapieën over perioden van soms drie jaar.

Docenten dachten wel dat ik mij inspande voor elke student die bij mij kwam met tegenslag in de studie. Dat klopt niet: al in mijn eerste jaren waren er ettelijke studenten die ik weigerde te steunen bij een verzoek voor bijvoorbeeld uitstel van een examen of een afwijkende examenregeling.

Zochten studenten je vooral op in bepaalde fasen van de studie?

Heel duidelijk. Er zijn natuurlijk studenten met psychische problemen van huis uit, maar er zijn twee fasen in de studie die heel duidelijk problemen geven. Dat is de propaedeuse en het begin van de klinische fase.

Bij de propaedeuse ligt het accent op de studie in engere zin.

Hoe moet je je leven organiseren rond de studie?

Hoe moet je je studie organiseren rond je leven?

Het gaat in de periode van de propaedeuse om het hanteren van de grotere zelfstandigheid die je krijgt als je gaat studeren, om problemen van psychische groei. Over de propaedeuse kan ik ook nog zeggen dat we elk jaar alle studenten met slechte resultaten hebben opgeroepen voor een gesprek. Ze mochten dan kiezen voor een gesprek met één van de studentendecanen of met mij. De grote meerderheid kwam ook en we bespraken dan wat er gedaan zou kunnen worden, bijvoorbeeld studievaardigheidstraining.

Bij het begin van de klinische fase is het totaal anders. Dan is het de confrontatie met het beroep die problemen creëert en de studievoortgang vaak bemoeilijkt. Dat wordt nog versterkt doordat het studieprogramma geen mogelijkheden kent voor een adempauze. Er is daarvoor geen ruimte in de tijd en ook geen emotionele ruimte. Daarom heb ik voor individuele studenten met problemen bij hun intrede in de kliniek vaak zo'n adempauze moeten bepleiten, omdat het curriculum structureel niet de mogelijkheid kent een adempauze in te lassen.

Daar komt bij de huidige studiefinanciering nog bij dat studenten die al enige vertraging hebben ondervonden, bij verdere vertraging voor de vraag komen te staan: kan ik het wel afmaken?

Wat voor problemen zag je bij het begin van de klinische fase?

Bij het bespreken van de levensgeschiedenis van de student blijken de problemen soms, niet vaak, voort te komen uit ver weggestopte, onverwerkte ervaringen met ziekte en dood, een vader of moeder, broer of zuster die naar het ziekenhuis vertrok en nooit meer terugkwam.

Veel vaker gaat het om andere problemen: de arts-patiënt relatie, pijn, dood, de verantwoordelijkheid van de arts voor zijn patiënten, de ervaring dat dat wat je weet niet altijd

hulp voor de patiënt betekent. De studie houdt bij het begin van de klinische fase in dat er opeens een beroep gedaan wordt op heel andere aspecten van je karakter en persoonlijkheid dan in het voorgaande overwegend theoretische deel van de studie. Ineens gaat het niet meer en veel studenten begrijpen niet, *waarom* het ineens niet meer gaat.

Het verschil tussen problemen hebben en problemen ervaren?

Veel studenten herkennen hun problemen niet, problemen, zoals ik die noemde. Ze kunnen er daarom ook niet met anderen over praten. Zij richten er zich vooral op om overleefd te blijven, te overleven.

Daarbij is heel belangrijk dat zij in een heel hiërarchisch systeem terecht zijn gekomen. Zij zoeken dan een eigen plaats in dat systeem. In witte jas naar de cafetaria om te eten, dat hoort daarbij. Een student vertelde mij eens: "Ik heb grote moeite met dat autoritaire gedrag tegen ons co-assistenten van veel assistenten. Wat ik me zal blijven herinneren, is dat ik me een keer heel autoritair gedroeg tegenover een wat later begonnen co-assistent, precies zo als de assistent, onder wie ik werkte, zich tegenover mij gedroeg. Al even later vroeg ik me af: hoe kon ik dit doen?"

Identificatie met de patiënt, de graad van identificatie met de patiënt speelt een grote rol bij beginnende co-assistenten. Identificatie kan een goede ontwikkeling zijn, maar het kan ook gebeuren dat dit te ver gaat. De student kan daar niet meer overheen stappen en compenseert dit soms door steeds meer de witte jas te gebruiken, letterlijk en figuurlijk. Je komt ook studenten tegen met heel beperkte sociale vaardigheden. Eerst heb ik gedacht: hoe kun je nu arts willen worden met zo beperkte sociale vaardigheden. Nu denk ik: zulke studenten willen arts worden niet ondanks deze deficiëntie, maar juist vanwege die deficiëntie. Ze maken niet makkelijk vrienden en vriendinnen, maar als arts kun je de mensen naar je toe laten komen.

Een andere speciale groep zijn de studenten die bij een eerste contact al zeggen: "Ik heb altijd al arts willen worden". Bij mij brandde dan altijd onmiddellijk een grote rode lamp. Ik hoorde dan wat zich vele jaren geleden in het gezin afgespeeld had: "Mam, ik wil dokter worden". Alom enthousiasme; het medisch beroep staat immers bij velen nog in hoog

aanzien. Binnen een uur werd dan oma gebeld. Het kind kan hierop nooit meer terugkomen, het is in de val gelokt en komt er nooit meer uit. Wat hier een rol speelt is het sociale aanzien van het artsberoep, niet bij de student in de eerste plaats, maar bij de familie. Sommige studenten kun je helpen door hun duidelijk te maken dat de studie, het vak en het beroep drie dingen zijn, weliswaar overlappend, maar toch ook te onderscheiden; studenten hebben dat vaak onvoldoende in de gaten en dat kan tot problemen leiden. Het beroep is voor bijna iedereen het uitgangspunt. Daarvoor kiest men.

Er zijn allerlei onderwijsvernieuwingen gaande, waarmee men beoogt de overgang naar de klinische fase van het onderwijs, de overgang van theorie naar praktijk, minder abrupt te maken, bij voorbeeld door het lichamelijk onderzoek te oefenen met instructiepersonen, medische leken die voelen voor een dergelijke functie en daarvoor een korte opleiding krijgen, onder meer gericht op het geven van feedback aan de studenten over hun handelen en hun attitude daarbij.

Heb je de indruk dat dit problemen van studenten bij hun intrede in de kliniek reduceert?

Misschien. Het helpt natuurlijk alleen als er ruimte is, als er de tijd voor is om over ervaringen te praten. Zo wordt bloot vaak als bedreigend ervaren. Als er over zoiets niet gepraat wordt, omdat er onmiddellijk aansluitend weer een andere cursus, een college of een practicum is, dan leidt dergelijk onderwijs er alleen maar toe dat de problemen een graad dieper ontkend worden. Dat kan natuurlijk ook.

'Terugkomdagen' na kortere of langere perioden van contacten met patiënten, met daarbij zowel gesprekken van studenten onder elkaar als met begeleiding, ja dat kan zinvol zijn.

Je noemde als delen van je werk advisering en therapie. Hoe grens je dit af?

Die grens is niet zo duidelijk. Daarom vond ik het gunstig dat bij mij advisering - soms heel simpele adviezen over heel simpele zaken - en therapie in één hand waren. Zo kunnen counseling en therapie in elkaar overgaan. Ik begon altijd met de studie, iets aan de studie

doen, de weg wijzen naar betere studie-methodiek. Dat kun je counseling noemen, maar het moet passen bij de individuele student. Daarom kan het alleen gebeuren door iemand met een therapeutische achtergrond. Een heel eenvoudig voorbeeld.

Als je merkt dat een student heel bepaald studeert voor een zes, dan moet je duidelijk maken dat dat risico's inhoudt, en dat die risico's faalangst kunnen oproepen.

Vaak heb ik dicht bij de grens tussen advisering en therapie gewerkt, met wat 'minimum-change therapy' genoemd wordt: zo min mogelijk aan de persoonlijkheidsstructuur komen; zo mogelijk alleen een klein hoekje open maken, maar dat moet dan wel het juiste hoekje zijn. Dit wijkt af van de Nederlandse traditie, die nog sterk bepaald is door de psycho-analyse. Therapieën waren bij mij heel uiteenlopend van aard en ook wat betreft duur, soms heel kort, soms jarenlang.

Heb je veel naar anderen verwezen?

Vrij zelden. Studenten willen liever niet verwezen worden. Ze beschouwen dat min of meer als een vonnis. Wat ook een reden was om liever niet verwezen te worden, was dat ik rekening hield met het onderwijsprogramma, bijvoorbeeld door 's avonds en in de weekends te werken en de therapie op een laag pitje te zetten tijdens een periode voor een zwaar tentamen.

In hoeverre heb je naar jouw indruk vanuit je functie invloed uitgeoefend op het onderwijs?

Ik geloof niet dat ik invloed heb gehad op de structuur van het onderwijs. Dat werd me ook niet makkelijk gemaakt. Bij elk voorstel in die richting eiste men een sluitende bewijsvoering, gegevens, en daar had ik geen tijd voor. Wel heeft men in de periode van mijn werkzaamheid er meer begrip voor gekregen dat voor een student, op grond van zijn of haar persoonlijke omstandigheden, een pauze in de studie nodig kan zijn. De docenten hebben ook aanvaard dat als ik in zo'n situatie pleitte voor afwijking van het normale studieprogramma, voor verschuiving van examens of tentamens, ze zo'n voorstel alleen mochten afwijzen op grond van argumenten, contra-argumenten dus. Deze werkwijze is een vast onderdeel van de onderwijspraktijk geworden.

Je wordt niet opgevolgd. Blijft er toch iets van je functie over?

Er blijft bepaald wat over van mijn functie. De psychotherapie komt in handen van de studentenpsychologen, die er op universitair niveau - niet faculteitsgebonden, zoals ik - ook voor mijn komst al waren. Hun werk-belasting wordt dus groter, en misschien te groot; er komt voor hen een grote faculteit bij. De advisering gaat naar een docent, die daarvoor een tweetiende aanstelling krijgt. Verder heeft de faculteit onder de docenten drie vrijwilligers gevonden die in overleg met deze docente een deel van het advieswerk zullen doen. Ik ken deze docente, die dus wat betreft de advisering mijn taak gedeeltelijk overneemt. Ik denk dat zij heel capabel is, maar, principieel gezien, denk ik dat het zo niet kan. Er moet een instantie zijn die onafhankelijk is van het onderwijs, echt onafhankelijk van het onderwijs, en door de studenten ook zo gezien wordt. Ik herinner mij een studente die grote bezwaren had tegen een bepaalde afdeling. We hebben toen besproken dat zij die afdeling niet kon veranderen en ik ook niet. Als zij het tentamen van die afdeling wilde halen, dan moest zij zich over haar bezwaren heen zetten, of het met die bezwaren nu klopte of niet. Later heeft zij mij gezegd dat zij dit ervaren had als een heel nuttige correctie op haar kijk op de studie. Zoiets kon ik, onafhankelijk van het onderwijs, doen. Een studentenadviseur die tevens docent is, kan zoiets niet overtuigend doen. Studenten zullen met zo'n probleem ook niet naar een docent-studentenadviseur gaan. Die zal zich toch altijd - zo zullen zij dat voelen - laten leiden door loyaliteit ten opzichte van de bekritiseerde afdeling. En, zoals ik al gezegd heb, ik vind advisering en therapie in één hand beter dan van elkaar gescheiden. Bij een docent-studentenadviseur kan dat niet.

En hoe zal het gaan met de studievastheidscursussen die ik gaf? De faculteit weet dat nog niet, maar zoekt wel naar een formule om dit voort te zetten, misschien door inschakeling van iemand verbonden aan een andere universiteit.

Verdwijnen ook elders functies als de jouwe? Als dat zo is, dan is de volgende vraag: waarom is er een tendens tot terugdraaien van functies als de jouwe?

Ik zie een duidelijke teruggang van functies als de mijne. Een aantal factoren speelt daarbij volgens mij een rol. Bezuiniging natuurlijk. Ook de no-nonsense mentaliteit. Er is een houding: we hebben te veel artsen en genoeg medische studenten. Waarom moeten wij iets doen voor de kneusjes. Maar je kunt niet zeggen: dit is een goeie student die een goeie arts zal worden; dat is een kneusje, er is niets aan verloren als hij of zij geen arts wordt en afvalt. Soms zeggen docenten dat al bij de propaedeuse. Zoiets kun je niet zeggen. Je kunt in een vroeg stadium van de studie niet zeggen, wie wel of niet een goeie arts zal worden. Ik heb contacten gehad met studenten die eerst geen enkele voldoende konden halen, maar daarna, zonder vertraging, met hoge cijfers verder studeerden en, dat hoor ik dan, bijzonder goede artsen zijn geworden. Studenten met problematiek, voortvloeiend uit ervaringen als beginnend co-assistent met ziekte, pijn en dood, die worden naar mijn indruk vaak 'volledigere' artsen.

Er is tegenwoordig ook minder aandacht voor persoonlijke vorming en persoonlijke groei van de studenten. Dat beïnvloedt ongetwijfeld de waardering die men heeft voor een functie als de mijne. Ook ziet men mensen als ik als vertegenwoordigers van 'de zachte sector' en die ervaart men in een medische faculteit nog steeds als bedreigend. De keuze om een deel van mijn werk over te dragen aan een docent beschouwt men ook als een veilig overdragen aan 'één van de onzen'.

Er is momenteel een sterke pressie op de faculteiten om onderzoeksprestaties te leveren. De faculteiten en de individuele faculteitsmedewerkers zien onderzoeksprestaties als noodzakelijk om te overleven. Leidt dit niet tot minder belangstelling voor het onderwijs en tot minder belangstelling en waardering voor functies als de jouwe?

Neen hoor, dat denk ik niet. Voor Rotterdam is dat zeker niet zo. Men heeft hier echt hart voor het onderwijs. Wel wordt het onderwijs vaak te veel als iets op zich gezien, als iets buiten de student. Men richt zich erop dat men een goed verhaal moet brengen, goed als

zodanig, en vraagt zich vaak niet af of het ook een verhaal is dat de recipiënt, de student, kan gebruiken.

Het is misschien tijd voor een slotopmerking. Heb je een slotopmerking?

Ik heb in mijn studie Calvin en het Calvinisme bestudeerd. Maar pas na mijn komst naar Nederland ben ik gaan begrijpen: predestinatie, maar daarnaast toch ook een rol voor goede werken tijdens het aardse leven. Dat beleeft men dan als volgt: de gedachte: succes in het aardse leven geeft een bewijs van toegang tot het eeuwige leven. Dit voel ik ook in het denken, en het doen en laten van docenten en studenten van een medische faculteit.