

Boom

19e editie

PSYCHOLOGISCHE GESPREKSVOERING

Een basis voor hulpverlening

Gerrit Lang, Henk T. van der Molen,
Saskia Hofman, Femke Truijens,
Özgül Uysal-Bozkir



PSYCHOLOGISCHE GESPREKSVOERING

Een basis voor hulpverlening

Gerrit Lang, Henk T. van der Molen, Saskia Hofman, Femke Truijens, Özgül Uysal-Bozkir

Boom

Inhoud

Woord vooraf	5
1 Inleiding	9
1.1 Doel van dit boek	9
1.2 Opbouw van dit boek	10
1.3 Terreinafbakening	11
1.4 Geraadpleegde literatuur	13
2 De gezindheid van de hulpverlener	17
2.1 Inleiding	17
2.2 De gezindheid van de naaste	18
2.3 De gezindheid van de hulpverlener	22
2.4 De geraffineerde hulpverlener	29
2.5 Geraadpleegde literatuur	32
3 De cliëntgerichte benadering	35
3.1 Inleiding	35
3.2 De theorie van Rogers	36
3.3 De methode van Rogers	39
3.4 Kritiek op Rogers	43
3.5 Een cognitieve theorie over het beleven	46
3.6 Geraadpleegde literatuur	53
4 De sociaal-leertheoretische benadering	57
4.1 Inleiding	57
4.2 Kijk op de persoon	57
4.3 Het leren van gedrag	62
4.4 Regulerende invloeden op het gedrag	67
4.5 Zelfregulering	71
4.6 De tirannie van het ideaalbeeld	74
4.7 Geraadpleegde literatuur	80

5	De hulpverlener aan het werk	83
5.1	Inleiding	83
5.2	Duidelijkheid in doelen	83
5.3	De rollen van de hulpverlener	86
5.4	Een gespreksmodel	96
5.5	Het model in de praktijk	101
5.6	De hulpverlener als persoon	105
5.7	Terugblik en overzicht	111
5.8	Geraadpleegde literatuur	114
6	Basisvaardigheden	117
6.1	Inleiding	117
6.2	Opening van het gesprek en begincontract	122
6.3	'Niet'-selectieve luistervaardigheden, aandachtgevend gedrag	125
6.4	Selectieve luistervaardigheden	135
6.5	Regulerende vaardigheden	152
6.6	Geraadpleegde literatuur	166
7	Nuancerende vaardigheden	169
7.1	Inleiding	169
7.2	Verbanden leggen	171
7.3	Nuancerende vaardigheden	178
7.4	Geraadpleegde literatuur	193
8	Strategie bij probleembehandeling	197
8.1	Van samenwerking naar zelfsturing	197
8.2	De meerstemmigheid van de persoon	198
8.3	Stappen in een actieplan	201
8.4	De hulpverlener als trainer	212
8.5	Afronding van de hulp	216
8.6	Geraadpleegde literatuur	223
	Over de auteurs	225
	Index	227

Woord vooraf

'... neither the whole of truth nor the whole of good is revealed to any single observer, although each observer gains a partial superiority of insight from the peculiar position in which he stands.' (William James, 1899)



Het doel van dit boek is de lezer inzichten en vaardigheden te bieden die de basis vormen voor professionele hulpverlening aan mensen met persoonlijke problemen. De inhoud is voortgekomen uit onze behoefte aan een boek waarin theorie en praktijk in samenhang met elkaar worden besproken, in heldere taal en met weinig vakjargon.

Onderwijs en training, gericht op beroepsbeoefening, vragen leerstof waarin kennis en vaardigheden overzichtelijk, geïntegreerd en praktijkgericht worden aangeboden. Daarom staan er veel praktijkvoorbeelden in het boek.

Er wordt gebruikgemaakt van blended learning. Alle vaardigheden die behandeld worden in dit boek, worden met concrete praktijkvoorbeelden stap voor stap toegelicht en zijn voorzien van videofragmenten die het onderwerp toelichten. De video's en opdrachten, die ViPs (Vaardigheden in Psychodiagnostiek) worden genoemd, zijn te vinden op Boom Academie, zodat je de gesprekken ook stapsgewijs zelf kunt analyseren. De opdrachten zijn aangeduid met een laptopicoon in de marge. Na het maken van de opdracht kun je jezelf beoordelen aan de hand van een voorbeeldantwoord. *Psychologische gespreksvoering* levert zo de basiscompetenties voor professionele communicatie in brede zin.

Het boek mag zich nog steeds verheugen in een grote belangstelling. In deze negentiende druk is het taalgebruik op verschillende plaatsen aangepast aan dat van de huidige generatie studenten, waarbij er in het bijzonder ook aandacht is geweest voor inclusief taalgebruik. Daarnaast is de oorspronkelijke tekst geactualiseerd door op diverse plekken de tekst te koppelen aan recente wetenschappelijke ontwikkelingen en inzichten in herstel. Aan deze druk is meegewerkt door dr. Marike Polak, universitair hoofddocent bij de opleiding Psychologie aan de Erasmus Universiteit, die met haar scherpe blik en organisatorisch talent de revisie in goede banen heeft geleid.

In 2026 verschijnt tevens de derde druk van de Engelse vertaling van dit boek, met de titel *Psychological Communication. Theories, Roles and Skills for Counsellors* (Van der Molen et al., 2026). Ook bij die uitgave zijn video's en opdrachten te vinden op Boom Academie.

Het boek heeft zijn weg gevonden naar een breed scala van opleidingen in het wetenschappelijk onderwijs en hoger beroepsonderwijs. Daarnaast wordt het gebruikt in veel trainingen en nascholingscursussen voor hulpverleners en coaches. Ook voor mensen met een algemene belangstelling voor psychologie en communicatie kan het verhelderend en instructief zijn.

Tot onze grote droefheid zijn de oorspronkelijke auteurs van dit boek, Gerrit Lang en Henk van der Molen, ooit respectievelijk promotor en promovendus en in de jaren daarna vooral collega's en goede vrienden, in respectievelijk juli 2018 en mei 2024 overleden. Hun standaardwerk *Psychologische gespreksvoering* voortzetten in de geest van deze auteurs is een taak die met zorg is belegd bij de huidige coauteurs. De nalatenschap van Henk van der Molen bestaat naast dit boek en andere publicaties onder andere uit het opzetten van een vaardigheidsteam binnen het Department of Psychology, Education and Child Studies van de Erasmus School of Social and Behavioural Sciences van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Dit team hield zich bezig met het ontwerpen en innoveren van vaardigheidsonderwijs binnen de opleiding Psychologie, onder andere in de (door)ontwikkeling van digitale leermaterialen. Tegenwoordig is dit vaardigheidsteam onderdeel van het Methods & Skills-team waartoe ook de coauteurs behoren of hebben behoord. Wij zijn trots om vanuit de visie van de oorspronkelijke auteurs een bijdrage te hebben kunnen leveren aan de negentiende druk van dit invloedrijke boek op het gebied van gespreksvoering.

Saskia Hofman (s.hofman@essb.eur.nl)
Femke Truijens (truijens@essb.eur.nl)
Özgül Uysal-Bozkir (o.uysal@essb.eur.nl)

Verantwoording

Ter ondersteuning van het onderwijs en aansluitend bij het noodzakelijke inzicht in de theorie en het gespreksmodel die zijn beschreven in module 1 t/m 5 van het boek *Psychologische gespreksvoering*, zijn oefeningen ontwikkeld, de zogenoemde ViPs. Deze sluiten aan bij de gespreksvaardigheden die in module 6 en 7 worden behandeld.

ViP 1 Basisvaardigheden (bij module 6)

In een samenwerkingsverband tussen de Rijksuniversiteit Groningen en de Open Universiteit Nederland is het Zelfinstructieprogramma Gespreksvaardigheidstraining (Gevat) (Schönrock-Adema, 2002) ontwikkeld. Met Gevat kunnen studenten individueel of in kleine groepjes, na bestudering van de desbetreffende gespreksvaardigheden in module 6, gedeeltelijk zonder begeleiding van de docent oefenen met de toepassing van die vaardigheden. Dit programma is door het Department of Psychology, Education and Child Studies van de Erasmus School of Social and Behavioural Sciences van de Erasmus Universiteit Rotterdam in samenwerking met de faculteit Psychologie van de Open

Universiteit Nederland geactualiseerd.

VIP-gevat is ontwikkeld door Jeroen Kuntze, Mark Hommes, Henk van der Molen, Eveline Osseweijer en Lianne Keemink.

VIP 2 Nuancerende vaardigheden (bij module 7)

In een samenwerkingsverband tussen de Erasmus Universiteit Rotterdam, de Open Universiteit Nederland en de Universiteit Twente is in het door de Stichting SURF gefinancierde project Vaardigheden in Psychodiagnostiek (ViPs) het interactieve programma Geavanceerde communicatieve vaardigheden ontwikkeld over de nuancerende vaardigheden die zijn beschreven in module 7.

VIP 2 is ontwikkeld door Marleen Soppe, Mark Hommes, Henk van der Molen, Eveline Osseweijer en Lianne Keemink.

De ViPs bij dit boek sluiten aan bij een serie andere ViPs die van belang zijn voor psychodiagnostiek. Deze staan beschreven in het boekje *Vaardigheden in psychodiagnostiek* (Van der Molen, Schmidt, De Jong et al., 2019); zie ook www.vaardighedeninpsychodiagnostiek.nl. Evenals van *Psychologische gespreksvoering* is er een vertaling van dit boek: *Skills in Psychodiagnosics* (Van der Molen et al., 2019) met bijbehorende website: www.diskitpsy.com.

Inleiding

1

1.1 Doel van dit boek

Samenleven met mensen betekent dat we onszelf soms voor de taak zien gesteld om een ander met een persoonlijk probleem te helpen. Hoe kunnen we dat zo goed mogelijk doen? Op deze vraag is geen eenvoudig antwoord te geven. Het helpen van medemensen is een kwestie van tasten en zoeken en het lukt de een beter dan de ander. Bovendien is het soms niet mogelijk. En als we al denken dat we weten wat goed voor de ander is, komen we tot de ontdekking dat die medemens zich van onze 'verstandige' opmerkingen niets aantrekt. Er is dan ook reden voor berusting en enig pessimisme, maar als we het daarbij zouden laten, hoefden we dit boek niet te schrijven. Het fundamentele uitgangspunt voor dit boek is juist dat helpen in veel gevallen wél mogelijk is en vooral dat er op dit gebied veel te leren valt.

Het *eerste doel* van dit boek is een bijdrage te leveren aan het *inzicht* in de processen die een rol spelen bij het voeren van hulpverleningsgesprekken. Daarbij richten we ons op verschillende aspecten. Inzicht in de bedoelingen die de hulpverlener in een gesprek nastreeft: Wat wil de hulpverlener bereiken en waarom? Welke opvattingen heeft de hulpverlener over de manier waarop mensen functioneren? Hoe denkt die de bedoelingen het best te kunnen realiseren? Inzicht in deze achtergronden is de eerste voorwaarde om je eigen opvattingen en het daaruit voortkomende gedrag doelbewust te kunnen kiezen en zo nodig te wijzigen.

Een ander aspect van inzicht is dat je als hulpverlener leert zien welke invloed je eigen gedrag heeft op de cliënt. Maar *weten* wat je als hulpverlener met mensen wilt bereiken, biedt nog niet voldoende garantie om het in de praktijk ook zo te kunnen doen.

Het *tweede doel* van dit boek is daarom de *concrete vaardigheden* die je nodig hebt om iemand met een persoonlijk probleem te helpen zo nauwkeurig mogelijk te beschrijven. Beheersing van deze vaardigheden is een tweede voorwaarde voor het voeren van hulpverleningsgesprekken. Professioneel hulpverlenen leer je niet alleen door het lezen van boeken. We hopen dat onze uitwerking van goed hulpverlenersgedrag in concrete vaardigheden, samen met de illustraties daarvan op Boom Academie, de praktische oefening in het voeren van gesprekken vergemakkelijkt.

1.2 Opbouw van dit boek

De contouren voor de opbouw van het boek tekenen zich in het voorafgaande al af. Module 2 gaat over onze uitgangspunten voor het werken met mensen aan het oplossen of verminderen van hun problemen. Vanuit welke gezindheid benader je je gesprekspartner? Wij beperken ons hier tot onze eigen voorkeur. Zo'n keuze is niet volledig te verantwoorden. Het is een persoonlijke voorkeur, nodig om te kunnen beginnen. We vinden het nuttig om daar aandacht aan te besteden, want die keuze kleurt ons handelen als hulpverlener. Ook de wetenschappelijke literatuur die we in de tekst aanhalen ter ondersteuning van de methodiek, heeft ermee te maken. Zo weet je als lezer ook waar je met ons aan toe bent.

In modules 3 en 4 bespreken we enkele belangrijke theoretische gezichtspunten op het gebied van de persoonlijkheidspsychologie. Deze vormen het fundament voor het handelen bij professionele hulpverlening en begeleiding.

In module 3 besteden we aandacht aan opvattingen uit de humanistische psychologie, vooral aan de theorie en de methoden van de cliëntgerichte benadering (Rogers, 1951; Swildens, 1999). Als aanscherping van de rogeriaanse visie gebruiken we een aantal hoofdzaken uit de cognitieve psychologie van Wexler (1974). Deze geeft een heldere aanvulling op de denkbeelden van Rogers.

In module 4 bespreken we enkele aspecten van theorieën over het sociaal leren (Mischel, 1973; Bandura, 1977, 1997). Die zijn van belang voor onze visie op het functioneren van mensen in het algemeen en voor het leren oplossen van problemen.

In module 5 besteden we aandacht aan een viertal verschillende 'rollen' van de hulpverlener en aan een gespreksmodel. De vier onderscheiden rollen zijn: vertrouwensfiguur, mededeelzame detective, docent en coach. In het gespreksmodel, dat ontleend is aan Egan (1994, 2005), wordt systematisch aangegeven welke fasen je in een gesprek of reeks gesprekken kunt onderscheiden. Voordat een hulpverlener aan een hulpverleningsgesprek kan beginnen, moet deze niet alleen theoretisch inzicht hebben in het psychisch functioneren van mensen, maar is ook een praktisch gespreksmodel nodig. Een professioneel hulpverleningsgesprek heeft immers meestal tot doel de problemen van de cliënt te verminderen of hanteerbaar te maken. Om het doel stapsgewijs en systematisch te bereiken en te weten hoe ver je daarmee als hulpverlener bent gevorderd, is overzicht nodig over het verloop van het gesprek. Ook moet de hulpverlener zelf kunnen bepalen welk gedrag het meest wenselijk is in de verschillende fasen van het gesprek. Egan geeft per fase aan welke doelen erbij passen en welke concrete gespreksvaardigheden bijdragen aan het bereiken van die doelen. Aan het eind van module 5 richten we de schijnwerper nadrukkelijk op de persoon van de hulpverlener. We wijden enkele passages aan de netelige vraag: wie is een geschikte hulpverlener?

Modules 6, 7 en 8 bevatten de beschrijving van praktische (deel)vaardigheden en complexere gedragsvormen die de hulpverlener nodig heeft in de diverse fasen van het hulpverleningsgesprek. Dit is in overeenstemming met de doelstelling van het boek: als we *weten* hoe we met iemand een probleem willen bespreken, moeten we dat ook *kunnen* om het te doen in de praktijk. De theorie van de professionele gespreksvoering is namelijk

niet zo gecompliceerd, maar het is verbluffend moeilijk om opvattingen waar je vierkant achterstaat in praktijk te brengen. Juist om dat *doen* in de praktijk te faciliteren, zijn er in aansluiting op module 6 en 7 oefeningen ontwikkeld.

Module 6 bevat de beschrijving van de functie en de inhoud van een groot aantal basisvaardigheden (Ivey, 1971) die nodig zijn om een gesprek te voeren, vooral in de fase waarin de hulpverlener luistert en ordent, en nog terughoudend is in het presenteren van een andere opvatting dan de hulpvrager. Dit zijn de vaardigheden voor de fase van probleemverheldering.

In module 7 voegen we complexere vaardigheden toe aan de vaardigheden uit module 6, om zo bij te dragen aan een nieuwe kijk op het probleem van de cliënt, die tot oplossingen kan leiden. Hier gaat het om gespreksvaardigheden voor de fase van probleemnuancering. In module 8 beantwoorden we de vraag hoe een cliënt diens nieuw verkregen inzichten in praktijk kan brengen. De hulpverlener wordt hier *coach*. De samenwerking met de hulpverlener gaat over in zelfsturing door de cliënt, met ondersteuning van de coach, zodat de cliënt leert zelfstandig verder te opereren. In het algemeen gaat deze module over de strategie van de hulpverlener in de fase van probleembehandeling.

1.3 Terreinafbakening

1.3.1 Voor welke hulpverleners is dit boek geschreven?

Het boek is oorspronkelijk geschreven voor hulpverleners in opleiding. De ervaring met practica professionele gespreksvoering voor psychologiestudenten van de Rijksuniversiteit Groningen vormde de basis (Lang & Van der Molen, 2004). In de loop der jaren bleek het boek ook zeer bruikbaar in veel andere opleidingen en trainingen voor her- en bijscholing waarin hulpverlening, begeleiding, advisering, coaching, voorlichting en dienstverlening van belang zijn. Zo wordt het ook gebruikt voor (aanstaande) pedagogen, sociaal werkers, (school)decanen, studieadviseurs, verpleegkundigen, artsen, tandartsen, politiefunctionarissen, theologen, arbeidsbemiddelaars, voorlichters, enzovoort; 'hulpverleners' in zeer brede zin dus.

Door de combinatie van theoretische kennis en praktische vaardigheden sluit de inhoud van het boek met Boom Academie goed aan bij moderne inzichten in het onderwijs over competentieleren. Verder is in allerlei organisaties een ontwikkeling op gang gekomen waarbij leidinggevendenden hun medewerkers stimuleren tot zelfsturing bij het oplossen van problemen. Voor dat proces van 'coaching' zijn de in dit boek behandelde theorie, rollen en vaardigheden ook een goede basis.

Bovendien gaat het over hulpverlening door mensen aan mensen. Dit betekent dat het boek nuttige inzichten en vaardigheden kan bieden voor iedereen die zich weleens afvraagt hoe je een medemens met een probleem kan helpen.

In dit boek zul je het woord 'therapie' weinig aantreffen. Dit begrip moet volgens ons worden gereserveerd voor de specialistisch-professionele hulp bij ernstige en langdurige geestelijke nood of voor complexere persoonlijke problemen.

1.3.2 Voor welke hulpvragers is dit boek geschreven?

De behandelde inzichten kunnen van nut zijn bij het helpen van ‘gewone’ mensen met vragen en problemen, van ‘aanspreekbare’ personen. Dat wil zeggen: mensen die nog verantwoordelijkheid kunnen dragen voor hun handelen. Ze kunnen nog enige afstand nemen van hun problematiek. Problemen, voor een buitenstaander misschien uiterst eenvoudig, waar iemand (even) geen gat in ziet; stemmingen die vragen om enige rust en veiligheid. Het gaat ons om het normale verschijnsel van mensen die wel zelf, maar niet in hun eentje hun problemen de baas kunnen worden. In veel gevallen gaat het ook om tijdelijke problemen.

In eerste instantie zal de aanspreekbaarheid misschien heel beperkt zijn wanneer de opwinding, de overspoeling door emoties als gevolg van het probleem erg groot is. Vermindert in een gesprek de opwinding door een rustige aanpak vrij snel, dan kan de persoon misschien alweer aanspreekbaar zijn. Vanaf dat moment is de benadering die wij bespreken weer van toepassing.

Het is niet eenvoudig de grens aan te geven tussen aanspreekbaar en niet-aanspreekbaar. Zolang je de indruk hebt dat je met de ander nog begrijpelijk van gedachten kunt wisselen en afspraken kunt maken, is er een basis om verder te praten. Of die basis er is, moet blijken in het contact.

Soms wordt beweerd dat hulpverlening via gesprekken vooral nuttig is voor cliënten met een theoretisch opleidingsniveau, die goed in staat zijn hun problemen onder woorden te brengen. Het door ons uitgewerkte model voor het hulpverleningsgesprek biedt de mogelijkheid om minder nadruk te leggen op het alleen maar ‘praten over’ en meer aan te sluiten bij de noodzaak om aan het probleem of de problemen iets te doen. De hulpverlener ondersteunt en instrueert (zo nodig) de cliënt bij het verwerven van effectief gedrag, waarmee de cliënt zelf het eigen probleem tot een oplossing kan brengen. Ook mensen die hun problemen minder goed onder woorden kunnen brengen, kunnen daarvan profiteren.

In dit boek beperken we ons tot hulpverleningsgesprekken die veelal gangbaar zijn in West-Europese communicatievormen en de daarbij globaal geldende normen en waarden. Vaak vindt dit plaats in de vorm van individugerichte hulp, waarbij je als cliënt zelf meewerkt aan de oplossing of vermindering van je problemen. Maar we moeten ons goed realiseren dat in een samenleving met diverse culturele achtergronden verwachtingen van hulpverlening kunnen verschillen. Extra aandacht en aanvullende studie voor verschillende omgangsvormen is daarom nodig om de in dit boek behandelde aanpak beter te laten aansluiten (Oomkes, 1995; Shadid, 1998; Nunez Mahdi et al., 2019).

1.3.3 Voor welke situatie?

Dit boek gaat over tweegesprekken, in het bijzonder over een situatie waarin de hulpvrager eens met de hulpverlener wil praten over wat er dwarszit. We gaan dus uit van een minimale bereidheid van de hulpvrager om over diens problemen te praten. Dit hoeft niet te betekenen dat het gesprek ook vlot verloopt, want willen praten en dat op zo'n moment ook kunnen en durven, zijn heel verschillende dingen. Ook geeft de hulpvrager door zelf initiatief te nemen aan dat die de hulpgever voldoende vertrouwt om een persoonlijk gesprek te beginnen. Hoe diepgaand het gesprek in werkelijkheid wordt, hangt af van de ontwikkeling van dit vertrouwen tijdens de relatie. Toch is wederzijds vertrouwen een noodzakelijke voorwaarde voor de gesprekken waarover we het in dit boek voornamelijk hebben. Een hulpverleningsgesprek is niet of slechts gedeeltelijk mogelijk wanneer de hulpvrager of de hulpverlener denkt: 'Wij kunnen geen vertrouwelijk gesprek voeren, want er zijn storende andere belangen tussen ons of met derden in het spel.'

Onze nadruk op het tweegesprek en onze inspanning om de cliënt zelf iets aan diens problemen te laten doen, betekenen niet dat we vinden dat dit de enige weg is om problemen aan te pakken. Vaak zal het ook nuttig of beter zijn anderen in het contact met de cliënt te betrekken of veranderingen aan te (laten) brengen in zijn levens- of werkomstandigheden. We menen echter dat er een belangrijke emanciperende werking uitgaat van meer inzicht in de eigen problemen en van meer vaardigheid in het zelf aanpakken van die problemen of van de omgeving waardoor ze veroorzaakt worden. Deze aanpak past in een samenleving waar individualisering en zelfsturing positief worden gewaardeerd.

1.4 Geraadpleegde literatuur

- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy. The Exercise of Control*. Freeman and Company.
- Egan, G. (1994). *The Skilled Helper: A Problem-Management Approach to Helping*. Brooks/Cole Publishing Company.
- Egan, G. (2005). *Essentials of Skilled Helping: Managing Problems, Developing Opportunities*. Independence, Cengage Inc.
- Ivey, A.E. (1971). *Microcounseling. Innovations in Interviewing Training*. Charles C. Thomas.
- James, R., & Gilliland, B.E. (2016). *Crisis Intervention Strategies*. Cengage Learning, Inc.
- Lang, G., & Molen, H.T. van der (2004). *Methodiek van gespreksttraining*. H. Nelissen.
- Mischel, W. (1973). Toward a Cognitive Social Learning Reconceptualization of Personality. *Psychological Review*, 80, 252-283.
- Molen, H.T. van der, Schmidt, H.G., Jong, M. de, Osseweijer, E.M., & Oostrom, J.K. (2019). *Vaardigheden in psychodiagnostiek*. 2e druk. Boom.
- Molen, H.T. van der, Schmidt, H.G., Osseweijer, E.M., Oostrom, J.K., Boer, B.J. de, & Jong, M. de (2019). *Skills in Psychodiagnostics*. 2nd edition. Boom.

- Nunez Mahdi, R., Obihara, C., Maarse, D., Nunez, C., & Hagenbeek, E. (2019). *Interculturele communicatie in de zorg. Kennis, vaardigheden en houding voor zorgprofessionals*. Van Gorcum.
- Oomkes, F.R. (1995). *Training als beroep: sociale en interculturele vaardigheid*. Boom
- Rogers, C.R. (1951). *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. Constable and Cy. Ltd.
- Schönrock-Adema, J. (2002). *De ontwikkeling en evaluatie van een zelfinstructieprogramma voor een training in basisgespreksvaardigheden*. Dissertatie. Rijksuniversiteit Groningen.
- Shadid, W.A. (1998). *Grondslagen van interculturele communicatie. Studieveld en werkerrein*. Bohn Stafleu Van Loghum.
- Swildens, H. (1999). Cliëntgerichte psychotherapie. In: Smeets, G., Bögels, S.M., Molen, H.T. van der & Arntz, A. (Red.). *Klinische psychologie. Diagnostiek en therapie*. Wolters Noordhoff/Open Universiteit.

De gezondheid van de hulpverlener

2

2.1 Inleiding

Wanneer we ons bezighouden met methoden van gespreksvoering, bedoeld om mensen met een persoonlijk probleem te helpen, doemen er lastige vragen op. In welke richting moet de oplossing worden gezocht en wat wil de hulpverlener bereiken? De antwoorden op deze vragen hangen vooral af van het concrete probleem. We moeten ons echter realiseren dat er voor persoonlijke problemen allerlei 'oplossingen' zijn, die sterk worden gekleurd door de normen en waarden van de betrokkenen.

Ten eerste moeten we ons afvragen hoe we – in het algemeen – met de ander willen omgaan. *Ten tweede* welke methoden van werken, welke technieken, we willen kiezen. *Ten derde*, ook in verband met het voorafgaande, in welke situatie hulpverlener en cliënt zich bevinden ten opzichte van elkaar: Welke belangen beïnvloeden het gesprek? Hoe zien ze elkaars rol? Wat verwachten ze van elkaar?

Om deze vragen te beantwoorden, moet de hulpverlener een standpunt innemen. Dat standpunt laat zich niet objectief bepalen; het gaat om een persoonlijke keuze. Die keuze wordt in belangrijke mate beïnvloed door opvattingen of overtuigingen rond de vraag hoe je met mensen hoort om te gaan. Daarom kiezen we voor dit algemene uitgangspunt het begrip *gezindheid*. Om dit begrip te verduidelijken, bespreken we het aan de hand van enkele gespreksfragmenten. Ook vergelijken we de gezondheid van de 'naasten' van de cliënt, familie en vrienden, met die van professionele hulpverleners, om een beter beeld te krijgen van de verschillen.

Als hulpmiddel kiezen we de casus van Michiel, die met een probleem tobt en er op verschillende plaatsen gehoor voor zoekt. Wat is er met Michiel aan de hand? Laten we eens kijken wat er in hem omgaat:

Gezindheid

Gezindheid in de context van hulpverlening is een term die Gerrit Lang en Henk van der Molen (1984) in de eerste druk van dit boek hebben geïntroduceerd. Met deze term duiden zij de positionaliteit van de hulpverlener, waarin deze reflecteert op hoe de eigen achtergrond een rol speelt bij het vormgeven van de relatie met de cliënt. Deze reflectie betreft niet alleen de opvattingen en overtuigingen van de hulpverlener, zoals Lang en Van der Molen al benadrukten, maar ook het bewustzijn van diens maatschappelijke positie



(zoals de eigen cultuur, opleiding, sociaal-economische achtergrond en levensbeschouwing) en de invloed hiervan op de relatie tussen hulpverlener en cliënt. Dit bewustzijn vormt een kernaspect van professioneel handelen. De term *gezindheid* is binnen de hulpverleningspraktijk echter niet overal een gangbare manier van spreken over deze positionaliteit. De termen (*professionele*) *houding of beroepshouding* sluiten mogelijk beter aan bij de taal in de diverse praktijken waarbinnen hulpverleners werkzaam zijn. In de geest van de oorspronkelijke auteurs zullen we in dit boek de term *gezindheid* hanteren.



Voorbeeld

'Nou studeer ik een paar maanden, maar ik voel me beroerd. Ik kan me niet concentreren op m'n werk. Eerst leek het allemaal wel leuk. Maar daarna ging het mis. Of nee, soms lukte het ook wel om te studeren, maar sommige vakken vallen me tegen; is dat nou psychologie? Misschien moet ik me eroverheen zetten; ik stel me aan, of misschien kan ik het gewoon niet. Hoe is dat bij anderen, wat zou het beste zijn? Ach, gewoon doorzetten; iedereen zal het wel hebben. Maar toch, ik kan misschien beter meteen wat anders gaan doen. O, wat ben ik toch stom bezig ...'

Zo piekert Michiel over zijn recent gekozen studie. Hij wil er weleens over praten, maar hoe?

2.2 De gezondheid van de naaste

Michiel begint aarzelend aan een gesprekje met een nieuwe vriend:

Michiel: 'Het gaat wel goed met me hoor, maar ik zit wat met m'n studie ... Het wil niet, een paar onvoldoendes voor de vakken waarvoor je goed moet zijn in wiskunde, enne ... m'n concentratie; misschien moet ik maar wat anders gaan doen ...'

Zijn uitingen getuigen niet van beslistheid; de aarzeling zit zowel in de inhoud als in de toon. Zo beginnen mensen vaak als ze zich onzeker voelen en eigenlijk niet goed weten of ze een ander ermee lastig zullen vallen. De vriend reageert:

Vriend: 'Ach man, niet zo somber, in het begin heb je dat veel. Vooral een eerste jaar is vervelend. Die statistische onderwerpen, daar zakken er veel voor; gewoon laten bezinken en nog een keer ertegenaan. Je moet er eens even uit. Laten we vanavond naar de film gaan en daarna nog een biertje pakken. Ik heb dat ook, we zijn net bezig, kop op!'

Er zijn natuurlijk nog veel meer reacties te bedenken. Misschien weet je betere, maar de paar zinnen van de vriend bevatten wel iets waar Michiel wat aan kan hebben: troost, bemoediging, verbondenheid, goedbedoeld advies en een aanbod om samen te stappen. Dat kan helpen om eens lekker uit te waaien en de volgende morgen fris, nou ja fris, opnieuw te beginnen.

Wat kunnen we van de reactie van de vriend leren in verband met de vragen die we in de inleiding tot deze module stelden? Zo op het eerste gezicht spreekt er een duidelijke overtuiging uit bij de vriend: neem de problemen niet te zwaar, doe maar net als anderen en als ik, dan kom je er wel uit. In zijn manier van doen tegen Michiel heeft de vriend ook een heel directe, duidelijke aanpak. Hij hoort het probleem aan en biedt zonder omwegen de beste oplossing naar zijn eigen inzicht. Hij neemt zijn vriend bijna onder de arm: mee eruit, biertje drinken!

Welke belangen spelen in deze dialoog een rol? Michiel heeft belang bij het bespreken van zijn probleem, maar wil ook niet als een toebler worden gezien door een nieuwe vriend. Vandaar zijn oppervlakkige en vage formuleringen. Hij wil zo eens aftasten hoe de vriend zal reageren. Bovendien weet Michiel zelf misschien maar half hoe zijn probleem eigenlijk in elkaar zit.

Wat zijn de belangen van de vriend? Hij wil het probleem niet te dichtbij halen. Zelf ziet hij ook de dreiging van het mislukken van de studie en hij wil daar nu net eens even los van komen. Hij draagt – zeer luid – oplossingen aan, maar misschien is zijn overtuiging niet zo groot of heeft hij geen echte oplossingen, en die verwacht een vriend toch als hij je een probleem voorlegt? De vriend heeft gekozen voor een luchtiger aanpak en het is zijn belang om die te handhaven.

De dialoog kan nu op vele manieren verdergaan. Michiel kan zo met zijn probleem zitten dat hij inhaakt op het 'Ik heb dat ook' van de vriend en zo op bespreking van het gezamenlijke probleem aandringen. Hij kan ook toegeven aan het aantrekkelijke voorstel van de vriend om een biertje te gaan drinken. We houden het op het laatste.

Dit fragment laat zien hoe vaak mensen in het dagelijks leven problemen bagatelliseren in hun eigen belang; misschien denken ze ook wel dat het in het belang van de ander is. En gelukkig maar, want we willen niet suggereren dat je altijd diep op de zomaar even genoemde problemen van je naasten moet ingaan.

Het biertje met de vriend was lekker, maar heeft Michiel uiteindelijk niet veel verder geholpen. Hij komt er niet uit en neemt zich voor om er eens met zijn ouders over te praten.

Tijdens een weekend thuis, na het eten, begint hij:

- Michiel: 'Uh ... ja, ik wou jullie ... uh ... wat zeggen. Ik, uh ... het lukt maar niet met de studie. Misschien kan ik beter, maar uh ... wat anders gaan doen of zo, nou ja ...'
- Moeder: 'Nou jongen, wat is er, het ging toch zo goed?!'
- Vader: 'Wat is dat nou, iets anders gaan doen ... Je bent net begonnen, hoe zit dat nou?'
- Michiel: 'Ik kan me niet concentreren, ik heb bijna allemaal onvoldoendes voor die exacte vakken. 't Is misschien beter als ik overstap naar een andere studie.'

Michiel zegt nog meer, maar voelt dat het helemaal niet goed valt bij zijn ouders. Hij wordt nog onduidelijker en onzekerder. Zijn vader, die weg moet, zegt tot slot:

- Vader: 'Tja, je moet er zelf nog maar eens goed over denken, maar zo gauw stoppen vind ik niks. Het is vroeger op school allemaal makkelijk gegaan. Nu valt het tegen en moet je een beetje harder werken, en dan wil je al meteen overstappen. Nee hoor, hou maar een jaartje vol en dan kijken we wel verder. We hebben het allemaal soms moeilijk, dat moet je ook leren; even doorbijten ...'

We geven het gesprek wat kort weer, maar de stemming is duidelijk. Er is een begin van begrip en belangstelling bij de ouders, maar dit wordt overspoeld door andere overwegingen. De vader neemt duidelijk stelling over de beste manier van leven: niet te veel terugkomen op genomen beslissingen, volhouden, leren om tegenslagen te verwerken. Over de manier waarop hij omgaat met zijn zoon, valt veel te veronderstellen. Hij doet een beroep op de eigen verantwoordelijkheid van zijn zoon: 'Je moet er zelf nog maar eens goed over denken.' Maar hij gaat direct verder met een stevig betoog: hij noemt de voorschriften voor het komende jaar, met goedbedoelde argumenten. Is dit een slechte vader, is zijn aanpak verkeerd? Ja en nee!

Ja, als je zou verwachten dat Michiel wat meer ruimte en vertrouwen zou krijgen om zijn verhaal te vertellen en ook zijn twijfel te uiten. Hij zegt wel: 'Ik kan misschien beter wat anders gaan doen of zo', maar hij zegt nog veel meer. Een beetje onhandig drukt hij ook zijn schuldgevoel uit: beter nu nog overstappen dan een jaar wachten en kosten maken voor zijn ouders. Waarschijnlijk pikt de vader in eerste instantie de inhoud van Michiels verhaal niet op. Waarom niet? Hier komen we op de belangen, maar ook op de liefde voor een kind. Het belang van de vader is een zoon die goed studeert en iets bereikt, die voldoet aan verplichtingen en gemaakte afspraken. We kunnen dit zien als eigenbelang.

De aanpak van de vader is niet verkeerd, want die is ook in het belang van zijn zoon, van wie hij houdt en die hij wil stimuleren om niet te gauw op te geven. Uit zijn reacties – zeker

als we ons voorstellen dat hij die met emotie brengt – spreken in ieder geval betrokkenheid en een gevoel van medeverantwoordelijkheid. Een onverschillig 'Nou jongen, je moet maar zien wat je doet', zou ook niet zo positief zijn. Kortom, in zijn betrokkenheid is hij een goede vader.

In de ouderrol van de vader zit ook een dilemma dat verwoord wordt in: 'Je moet er zelf nog maar eens goed over denken', dat een begin van vrijheid laat om naar eigen opvatting te handelen, en: 'Nee hoor, hou maar een jaartje vol', waarin de beperking van vrijheid zit.

Om dit dilemma te doorzien, moeten we beseffen dat in de westerse cultuur grote waarde wordt gehecht aan de opvatting dat een individu het recht heeft in vrijheid en vanuit eigen verantwoordelijkheid beslissingen te nemen en de eigen toekomst vorm te geven. Volgens die opvatting moeten beslissingen worden genomen op grond van eigen motieven, zeker bij het oplossen van persoonlijke problemen. Bij het wege van die eigen motieven moeten algemene, 'goede' leefregels, waarden en normen wat gerelativeerd worden. Wie zal uitmaken wat de beste manier van leven is voor iemand anders? Binnen ruime grenzen is het antwoord: niemand.

Nu wordt het dilemma wel duidelijker: wat te doen als iemand volgens ons onwijs, onverstandig of onverantwoordelijk handelt, zeker als we nauw met deze persoon verbonden zijn en we ons medeverantwoordelijk voelen? Het kan voor ouders bijvoorbeeld moeilijk in te schatten zijn wanneer zij hun kind de vrijheid moeten geven om zelf keuzes te maken en in welke mate zij de verantwoordelijkheid moeten nemen om in te grijpen als het mis dreigt te gaan.

We leggen om verschillende redenen de nadruk op dit aspect. Juist voor naasten, in de letterlijke zin van het woord, is het soms moeilijk om te helpen bij persoonlijke problemen. Grote nabijheid, vriendschap en liefde kunnen leiden tot grote belangen bij het gedrag van de ander en zo een handicap zijn bij het helpen van een dierbare naaste. Ook personen met problemen blijven rekening houden met hun naasten, en kunnen daarom soms niet vrijuit praten. Autoritair gedrag komt niet altijd voort uit machtswellust en eigenwijsheid, maar ook uit verantwoordelijkheidsbesef en zorg voor de persoon.

Uit dit alles hoeft je niet te concluderen dat het bespreken van persoonlijke problemen met een goede bekende vermeden moet worden! Zou het beter gaan als professionele hulpverleners zich ermee bemoeien?

2.3 De gezondheid van de hulpverlener

Het is wat simpel om over *de* gezondheid te spreken, want er zijn net zo veel gezindheden als hulpverleners. Om je eigen gezondheid onder de loep te kunnen nemen en te vergelijken, bespreken we twee typen hulpverleners. We nemen steeds de volgende vragen als richtlijn:

- Hoe wil de hulpverlener dat mensen leven en welk doel wil de hulpverlener met hen bereiken?
- Hoe wil de hulpverlener dat doel bereiken?
- Wat zijn de belangen die op het spel staan bij hulpverlener en cliënt?

Om concreet te blijven, koppelen we de bespreking ook nu aan korte gespreksfragmenten zoals die tussen Michiel en een professionele hulpverlener zouden kunnen plaatsvinden.

2.3.1 Het diagnose-receptgesprek

Door de gesprekken met zijn vriend en zijn ouders is Michiel nog niet veel verder gekomen. Hij weet dat zijn vriend ook weleens problemen met de studie heeft en hoe deze daarmee omspringt. Hij heeft ook gemerkt dat zijn ouders voorlopig niet veel van overstappen moeten hebben. De eerste reacties hebben Michiel in zijn onzekerheid en twijfel niet aangemoedigd om duidelijk aandacht voor zijn problemen te durven vragen. Voor hemzelf is op dit moment de vraag 'Kan ik deze studie wel aan?' bepalend. Daarom besluit hij naar een beroepskeuzebureau te gaan en daar om raad te vragen. Hij belt op en maakt een afspraak.

Op de dag van het gesprek meldt Michiel zich bij de balie van het bureau, waar hij wordt verwezen naar de wachtkamer. Michiel gaat zitten en wacht af: wat zou er gaan gebeuren? Hij hoopt op goede hulp. Zélf komt hij er niet meer uit, maar nu komt hij gelukkig bij een deskundige.

Er komt een vriendelijke vrouw binnen die hem uitnodigt mee te gaan naar haar werkkamer. Ze gaat achter haar werktafel zitten en nodigt Michiel uit tegenover haar plaats te nemen. Ze legt het dagprogramma kort uit: eerst drie kwartier praten, dan een aantal tests maken, aan het eind van de dag napraten; daarna krijgt hij een rapport thuisgestuurd. Dan zegt ze:

(De cijfers achter de tekstfragmenten in het voorbeeld verwijzen naar de verklarende tekst na het voorbeeld.)

Zij: 'In dit gesprek wil ik eens wat meer te weten komen over je reden om ons advies te vragen. Kun je daar wat meer over vertellen?' [1]

Michiel: 'Ja, weet je, het gaat slecht met m'n studie en ik dacht, uh ... misschien is het wel niks voor mij. Daarom, ja, wilde ik daar graag advies over.' (hij stopt en kijkt verwachtingsvol en een tikje hulpeloos naar haar)

Zij: 'Juist ja, hmm.' (ze kijkt nadenkend; Michiel wacht dus af)

- Zij: 'Vertel eens, hoeveel tijd studeer je zo per dag?' [2]
- Michiel: 'Nou, ja, buiten de colleges zo'n uur of twee, als het lukt.' [3]
- Zij: 'Het lukt je niet zo goed soms, omdat je je niet kunt concentreren?' [4]
- Michiel: 'Ja.'
- Zij: 'Juist, ja.' (nadenkend) 'Je vraagt je af of dat gebrek aan concentratie komt doordat dit misschien niet de goede richting voor je is?' [5]
- Michiel: 'Ja.'

Het gesprek houdt daarna de inmiddels ontstane vorm: de psycholoog stelt vragen, cliënt Michiel geeft – meestal kort – antwoord en wacht op de volgende vraag, waarover de psycholoog nadent.

Na dit gesprek werkt Michiel het verdere programma af. Aan het eind van de dag heeft hij een kort gesprek met de psycholoog, die nog enkele aanvullende vragen stelt en meedeelt dat ze haar advies in een schriftelijk rapport zal toesturen. Michiel gaat tevreden en met enige hoop naar huis.

Er is in deze situatie veel gebeurd, waar het gaat om de drie vragen die we hiervoor noemden. Laten we eerst de schijnwerper eens op de psycholoog richten.

De *eerste vraag* was: hoe wil de psycholoog dat mensen leven, en welk doel wil ze bereiken met Michiel? Dat is niet helemaal duidelijk, omdat er op dit punt veel onbesproken blijft. Hoewel ze begint Michiel uit te nodigen om iets over zijn problemen te vertellen [1], neemt ze vrij spoedig het initiatief over [2]. Haar aanpak is zo dat er steeds minder ruimte komt voor de eigen ideeën van Michiel. Haar benadering van Michiel impliceert de stilzwijgende overeenkomst dat er een algemene norm is voor verstandig handelen. Die norm geldt dan ook voor Michiel, en als psycholoog baseert ze er haar uitspraken op. De voorkeur van Michiel zelf krijgt voorlopig weinig kans. We zeggen 'voorlopig', want er is nog van alles mogelijk; we komen daar straks op terug.

De *tweede vraag* was: hoe wil de hulpverlener het gestelde doel bereiken? Hier komt, meer dan in gesprekken met naasten, het belang van de rolopvatting van de psycholoog naar voren. Door haar stellingname dat ze weet wat in het algemeen het beste gedrag is, heeft ze de cliënt minder nodig om een indruk te krijgen van zijn individuele wensen en opvattingen. 'Het beste' betekent dan: dié opleiding kiezen waarin de cliënt meer dan een gemiddelde kans van slagen heeft en die past bij zijn capaciteiten en algemene belangstelling. Een 'meer dan gemiddelde kans' is 'in het algemeen' ook genoeg. Ook heeft ze de middelen om gegevens voor een gefundeerd oordeel te verzamelen: het psychologisch onderzoek. De psycholoog is de veelwetende deskundige die de onwetende cliënt onderzoekt. De cliënt schikt zich en richt zich naar wat de 'onderzoeker' wil. Wat hier gebeurt in het gesprek is dat Michiel zeer snel van een persoon, een subject met

wie de psycholoog een gesprek voert, verandert in een 'object van onderzoek' (Hofstee, 1981). Dat klinkt nogal kil, maar Michiel en velen met hem merken het misschien nauwelijks. Bovendien vindt hij het niet onaangenaam: daar komt hij immers voor. Hij wil van de deskundige horen wat 'het beste' voor hem is.

Dit proces vindt in het gesprek pijlsnel plaats. De psycholoog zegt: '... wil ik eens wat meer te weten komen ...' Michiel vertelt iets, zegt dat hij advies wil en kijkt verwachtingsvol en een tikje hulpeloos; hij verwacht steun en actie van de psycholoog. Zij had misschien meer verwacht van Michiel, maar ze voelt zich als deskundige aangesproken door zijn hulpeloosheid en denkt zichtbaar na hoe verder te gaan. Michiel zegt nu helemaal niets meer. Anders zou hij onbeleefd zijn: de deskundige denkt na! Er komt een nieuwe vraag. Het antwoord van Michiel is al korter [3]. De psycholoog interpreteert: gebrek aan concentratie [4] door verkeerde keuze, een mogelijkheid die zij met een volgende vraag gaat toetsen bij de cliënt [5]. Zo zijn de rollen binnen een minuut verdeeld. De psycholoog ontwikkelt een eigen visie op het probleem van Michiel. Die visie komt tot stand op grond van haar ervaring met soortgelijke gevallen, haar referentiekader. Dit kader wordt voor dit individuele geval verfijnd en toegespitst door een aantal controlerende vragen. De psycholoog vraagt, wikt en weegt, en is zeer actief in het zoeken van de oplossing voor Michiels probleem. Michiel doet wat hem wordt gevraagd: antwoord geven. Zo komt na het stellen van de *diagnose* door de psycholoog het *recept* voor de oplossing van de problemen tot stand (Vrolijk, 1991). Toch is de kans groot dat het individuele normen-en-waardenpatroon van Michiel en zijn persoonlijke voorkeuren niet tot hun recht zijn gekomen.

Hoewel de psycholoog in het dagelijks leven misschien een voorstander is van de zelfstandigheid en de vrijheid van mensen bij het nemen van beslissingen, kiest ze in haar professionele manier van werken een rol die weinig aan de ander overlaat. Is het nu erg dat de psycholoog deze rol kiest? Deze vraag is niet zonder meer met ja of nee te beantwoorden.

Een cliënt kiest in alle vrijheid voor een manier om zijn probleem op te lossen: een deskundige raadplegen. De deskundige doet wat hij vraagt: ze onderzoekt hem en brengt advies uit. Michiel krijgt zijn rapport thuisgestuurd. Wat Michiel met het advies doet, is zijn zaak. Zoals bij veel zakelijke adviezen kan hij er in vrijheid gebruik van maken bij zijn verdere besluitvorming. Hij moet dan wel inzien dat hij te maken heeft met slechts één mening van één deskundige, gebaseerd op een algemene norm en op min of meer verantwoorde uitspraken op basis van een psychologisch onderzoek.

Bij deze manier van werken kunnen we toch een aantal kanttekeningen plaatsen.

De *derde vraag* was: wat zijn de belangen die op het spel staan bij hulpverlener en cliënt? Michiels belang is duidelijk. Hij hoopt nog steeds een oplossing in handen te krijgen voor zijn probleem: moet ik wel of niet doorgaan met deze studie? Omdat hij zelf de oplossing niet wist, toonde hij zijn afhankelijkheid van de deskundige. Een goede indruk maken of rekening houden met andere factoren in de relatie, is tegenover deze 'vreemde' hulpverlener niet zo nodig als bij naasten.

Wat betreft de persoonlijke belangen bestaan er ook tussen de psycholoog en de naasten grote verschillen. De naasten, ouders en vriend, zijn directer betrokken. Michiels probleem is verbonden met hun eigen belangen. De oplossing die hij kiest, heeft ook voor hen consequenties. Op dit punt is de psycholoog in het voordeel. Zij kan Michiels vragen en problemen neutraler beschouwen. Wat zijn toekomstige handel en wandel betreft, is de psycholoog tamelijk belangeloos. Ze kan daardoor objectiever oordelen.

De psycholoog heeft wel andere belangen. Als deskundige onderzoeker moet ze een goed advies geven en de situatie tijdens het gesprek onder controle houden. Hoe dient ze haar belangen? We hebben in het voorbeeld van Michiel met opzet een beroepskeuze probleem gekozen, want dat heeft verschillende kanten. Het bevat de persoonlijke vraag 'Wat wil ik worden, hoe wil ik leven, gegeven een groot aantal mogelijkheden?' en het heeft een meer feitelijk aspect: 'Wat kan ik worden, gezien mijn capaciteiten?' Binnen ruime grenzen kunnen mensen bepalen welke opleiding ze met meer of minder kans op succes kunnen volgen. Richt de psycholoog zich alleen op de laatste vraag, dan doet ze haar werk goed. Maar de kans is levensgroot dat Michiel – in zijn onzekerheid – het antwoord op de vraag 'Wat kan ik het beste?' ook als het antwoord beschouwt op de vraag 'Wat wil ik?' Het eenrichtingsverkeer in het gesprek tussen psycholoog en cliënt heeft een bezwaar: hun opvattingen over hoe om te gaan met het advies en eventuele complicerende gedachten van Michiel komen niet tot hun recht.

Wat is het gevaar van deze diagnose-receptmethode? Het belang van de psycholoog om deskundig te lijken, leidt tot een te doelgerichte en eenvoudige aanpak van problemen. Door het gesprek zelf in de hand te houden en de cliënt weinig ruimte te laten, loopt de 'deskundige' weinig gevaar terecht te komen op zijsporen of bij andere problemen waar ze zich geen raad mee weet. Anders zou dat gezichtsverlies en verlies van controle over de situatie betekenen. We benadrukken dit aspect van de belangen van de deskundige in het werken met cliënten. De angst voor de onzekerheid van een open, zoekende werkwijze leidt vaak tot het afhouden van persoonlijke onderwerpen of tot een voorbarige definiëring van problemen en oplossingen. Het is een veelgehoorde klacht van cliënten: de hulpverlener leek al zo gauw te weten wat er aan de hand was en gaf adviezen die niet bevielen.

De beperkte openheid en duidelijkheid van de psycholoog tegenover Michiel tijdens het zoeken naar mogelijke oplossingen voor zijn probleem heeft nog andere bezwaren, die betrekking hebben op het hanteren van normen en op de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek.

In onze westerse cultuur moeten uitspraken over een individu 'waargemaakt' worden. Van de cliënt wordt verwacht dat hij zelf zijn leven vormgeeft. Hij wil ook meepraten en meebeslissen. Het woord van de deskundige is geen wet meer, maar misschien wel de moeite van het overwegen waard, zeker als hij zijn argumenten duidelijk kan uitleggen. Onduidelijkheid en geslotenheid kunnen leiden tot onbegrip en wantrouwen bij de cliënt, vooral als het gaat om oplossingen voor persoonlijke problemen.

Vrije communicatie is een groot goed, ook op individueel niveau in de relatie tussen

hulpverlener en cliënt. Het gaat er niet primair om de ‘deskundigen’ via geslotenheid in hoog aanzien te houden, maar mensen maximaal te helpen hun eigen leven vorm te geven.

Ook op grond van wetenschappelijk onderzoek zijn er bezwaren tegen de gesloten werkwijze bij het geven van adviezen op grond van algemene normen. Het *shared decision-making model* (SDM) benadrukt juist het belang om als hulpverlener in gesprek te gaan met de cliënt om samen tot een oplossing te komen (Slade, 2009). Uit onderzoek bleek ook: adviezen die duidelijker, openlijker en met meer overleg waren ontstaan, werden veel vaker opgevolgd.

We hebben nu argumenten aangevoerd waarom de sterk directieve en objectiverende benadering van de cliënt niet de voorkeur heeft bij het behandelen van persoonlijke problemen. Hoe kunnen we, mét gebruikmaking van onze deskundigheid, aan het werk gaan, zodat we de cliënt meer als subject inschakelen, zónder hem erg te beïnvloeden op het normatieve vlak?

2.3.2 Het samenwerkingsmodel

Laten we de draad weer eens oppakken bij Michiel, die wacht op een nu anders werkende deskundige. De psycholoog, een vriendelijke vrouw, gaat hem voor naar haar werkkamer. Ze verzoekt hem plaats te nemen in een van de fauteuils van haar zitje, terwijl ze zelf schuin tegenover hem gaat zitten:

Zij: ‘Ja, Michiel, je hebt ons gebeld, je wilde eens komen praten over moeilijkheden in verband met je studie. Ik zou het prettig vinden je eerst iets te vertellen over onze manier van werken. Het is de bedoeling dat we in dit eerste gesprek, waar we ongeveer drie kwartier voor hebben, proberen om samen meer kijk te krijgen op je vragen en wat daaraan vastzit. Daarna zullen we bespreken hoe we het beste verder kunnen gaan. Is dat oké wat jou betreft?’

Michiel: (knikt)

Zij: ‘Goed, dan wil ik je vragen wat je er zo toe gebracht heeft om hiernaartoe te komen.’

Michiel: ‘Ja, weet je, het gaat slecht met m’n studie en ik dacht, uh ... misschien is het wel niks voor mij. Daarom ja, wilde ik daar graag advies over.’ (hij stopt en kijkt verwachtingsvol en een tikje hulpeloos naar haar) [1]

Zij: ‘Je weet niet goed wat je ermee aan moet ... Zou je nog eens wat meer willen vertellen over wat er voor jou allemaal aan vastzit?’ [2]

Een lastige vraag voor Michiel; er zit zo veel aan vast. Hij denkt na. Nu kijkt de psycholoog hem vriendelijk, aandachtig en verwachtingsvol aan. Michiel vertelt wat meer over zijn studie; ook komen zijn gesprekken met vriend en ouders aan de orde. Langzamerhand

wordt Michiel er wat vrijer in om zijn twijfel, zorgen, overtuigingen, indrukken en plannen naar voren te brengen, als hij merkt dat de psycholoog aandacht heeft voor zijn gedachten en gevoelens. Soms geeft ze in een paar zinnen de grote lijn in zijn verhaal aan. Daardoor krijgt hij meer overzicht en heeft hij niet meer het gevoel dat zijn probleem belachelijk is of eenvoudig is op te lossen.

We laten het bij deze korte schets van het begin van het gesprek. Er zitten enkele duidelijke verschillen in met de gespreksfragmenten volgens het diagnose-receptmodel uit de vorige paragraaf. We bespreken die weer aan de hand van de eerder gestelde vragen (begin 2.3).

De eerste vraag was: hoe wil deze psycholoog dat mensen leven en welk doel wil ze met haar cliënten bereiken?

Ze schrijft niet voor hoe iemand moet leven of wat de beste inhoud van iemands activiteiten is. Over de *manier* waarop iemand zijn leven vorm moet geven, heeft ze wel haar ideeën. Die sluiten aan bij de opvattingen zoals verwoord in 2.2: eigen verantwoordelijkheid, vrijheid en inzicht. Dat betekent dat Michiel *zelf een oplossing* voor zijn problemen moet *kies*en. Dat is ook een norm, maar meer een norm over de vorm, de manier van leven – hóé te kiezen – dan over de inhoud: wát te kiezen.

De tweede vraag luidde: hoe wil de hulpverlener dat doel bereiken?

Ze wil de *zelfstandigheid* bij het vinden van een oplossing bevorderen. Daarom streeft ze ernaar dat mensen zich ook zelf verantwoordelijk blijven voelen voor hun vragen, problemen en oplossingen. Bij Michiel gebeurt er iets essentieels wanneer hij na zijn eerste zin ‘... wilde ik daar graag advies over’ stopt en verwachtingsvol en een tikje hulpeloos kijkt [1]. De psycholoog toont begrip: ‘Je weet niet goed wat je ermee aan moet ...’ Maar ze neemt het probleem niet van Michiel over, want ze zegt alleen: ‘Zou je nog eens wat meer willen vertellen ...’ [2] Het gevolg is dat *Michiel zelf gaat nadenken* over zijn probleem. In het diagnose-receptmodel is het de psycholoog die nadenkt, terwijl Michiel afwacht. Dat wil niet zeggen dat de psycholoog in dit tweede voorbeeld niets doet. Nee, zij is uiterst attent bezig om mee te denken met Michiel, maar in eerste instantie is haar methode erop gericht om Michiel ‘bij de les’ te krijgen en te houden. De situatie ‘Michiel in gesprek met de psycholoog’ is ook een stukje leven van Michiel. Ze wil hem ook wat dat betreft actief en verantwoordelijk laten meewerken, vooral omdat het gaat over vragen die consequenties voor zijn verdere leven hebben.

Een belangrijk aspect van deze werkmethode is dat de psycholoog zich zeer bewust als doel stelt een *beter inzicht in de gevoels-, denk- en leefwereld* van de cliënt te vormen. Ook wil ze een goed beeld krijgen van de manier waarop Michiel zelf al bezig is geweest om zijn probleem op te lossen. Kortom, ze probeert zich te verplaatsen in zijn *belevingswereld* om daarin zelf een goed inzicht te krijgen. Zo kan ze de cliënt helpen bij de verheldering en verfijning van zijn eigen visie op zijn eigen vragen. Om mee te denken binnen het eigen normensysteem van de cliënt of dat tot ontwikkeling te brengen, moet de psycholoog zich sterk op die ander instellen. Wat ze dus schijnt te doen, is dat ze de cliënt niet tot ‘object van onderzoek’ maakt, maar zo veel mogelijk tot partner in het gesprek. Psycholoog en

cliënt werken samen aan de verheldering, nuancering en behandeling van zijn vragen; we spreken daarom van het samenwerkingsmodel (Lang, 1997).

De psycholoog heeft bij haar werkwijze nog een doel voor ogen. Ook dat doel zal ze aan de cliënt meedelen, al is het misschien nog niet meteen aan het begin van het gesprek. Met het *actief betrekken van de cliënt* bij het proces van probleem oplossen, probeert ze hem ook iets te leren over de manier waarop zo'n proces verloopt. Zo wordt de kans groter dat de cliënt bij volgende problemen of vragen beter in staat is zelf een oplossing te vinden en niet opnieuw advies van een deskundige nodig heeft. Ook dit is in lijn met de opvatting: bevorderen dat mensen zo veel mogelijk vrij hun eigen weg moeten kiezen. Vrij betekent in dit verband: met meer inzicht in wat zich in en om hen heen afspeelt, met meer vaardigheid om die processen te beïnvloeden, en dus met meer beheersing van hun levenspad.

Dan nog de *derde vraag*: wat zijn de belangen die op het spel staan bij hulpverlener en cliënt?

De belangen van de cliënt worden in het samenwerkingsmodel op verschillende manieren gediend. Net als in het diagnose-receptmodel kan de cliënt open kaart spelen tegenover de hulpverlener zonder zich zorgen te maken over de gevolgen voor verdere contacten in andere situaties. We bespraken al dat de samenwerkingsbenadering niet voor alle cliënten positief hoeft te zijn. Toch is deze vorm in veel gevallen precies wat cliënten zoeken bij persoonlijke problemen. Ze hebben vragen, voelen zich onzeker, maar willen toch niet meteen als een afhankelijk persoon worden behandeld. De samenwerking sluit dan beter aan bij wat ze eigenlijk willen: als mondig mens behandeld worden.

Maar er zijn ook cliënten die zich blijven 'verzetten' tegen het samenwerkingsmodel. Dat kan openlijk, door aan te geven dat ze slechts een advies willen, voor zover het gaat om het feitelijke deel van de persoonlijke vraag. Bijvoorbeeld: de cliënt wil alleen een uitspraak over zijn kansen in zijn studie. De hulpverlener beschouwt de cliënt in zo'n geval als mondig, geeft naar beste vermogen een zakelijk advies en noemt het percentage studenten met een vergelijkbare vooropleiding dat uiteindelijk de studie succesvol voltooit. Gaat het om persoonlijke vragen, bijvoorbeeld moeilijkheden in persoonlijke relaties, dan ligt de situatie voor de hulpverlener anders. Zij wil dan *samenwerken* op de beschreven manier, terwijl de cliënt wil horen wat het beste voor hem is. Dit verschil in opvatting moet dan apart besproken worden. Er ontstaat dan als het ware een onderhandelings situatie. Daarin staat niet alleen de wens van de cliënt voorop. Ook de wensen en mogelijkheden van de hulpverlener spelen een rol, misschien wel een doorslaggevende. De hulpverlener heeft ook het recht en de plicht om eigen grenzen te bepalen, en moet nagaan waarin hij de cliënt tegemoet kan komen.

Tot slot: hoe staat het met *de belangen van de hulpverlener* in het samenwerkingsmodel? Net als in het diagnose-receptmodel staat de hulpverlener hier belangelozer tegenover de problemen van de cliënt dan de naasten. Deze psycholoog kan met meer afstand oordelen over consequenties en mogelijkheden. Misschien is er wat betreft de betrokkenheid bij de cliënt iets minder belangeloosheid dan bij de diagnose-recepthulpverlener. Door

een gezindheid van zich willen verplaatsen in de belevingswereld van de cliënt, kan er een sterkere identificatie met de cliënt ontstaan. Op de consequenties hiervan gaan we verder door in module 5.

Een ander belang heeft betrekking op de deskundigheid die de hulpverlener wil tonen. We bespreken al hoe dat in het diagnose-receptmodel wordt opgevat. Ook in het samenwerkingsmodel zit deskundigheid, die waargemaakt moet worden. Daarbij gaat het vooral om methoden waarmee de cliënt zelf betere oplossingen kan vinden. De psycholoog in ons voorbeeld probeert de cliënt te helpen zijn probleem zo ordelijk mogelijk te ontrafelen en op basis daarvan te zoeken naar oplossingen. Zo gebruikt ze haar kennis van menselijk functioneren om consequenties van bepaalde denkwijzen en gedragingen aan de cliënt voor te leggen. Als dat leidt tot oplossing of vermindering van problemen, is ze een goede psycholoog en daar heeft ze belang bij!

2.4 De geraffineerde hulpverlener

Het lijkt nu wel of we de hulpverlener die het diagnose-receptmodel gebruikt, geruisloos opzij hebben geschoven. En dat we dus kiezen voor de hulpverlener die de cliënt niet als onderzoeksobject behandelt, maar hem erbij betreft als gesprekspartner en dus als subject. Maar is dat wel zo? Is die hulpverlener wel zo menselijk of doet ze maar alsof? In 2.3.2 schreven we: 'Wat de psycholoog dus schijnt te doen, is dat ze de cliënt niet tot object van onderzoek maakt.' Inderdaad, 'schijnt'. Is deze psycholoog geen geraffineerde deskundige die kiest voor vriendelijke samenwerking, wetend hoe ze mensen het meest succesvol naar haar hand kan zetten? Samen in de fauteuils van het zitje doen alsof we gewoon mensen onder elkaar zijn? Maar wat gaat er zoal om in het hoofd van dit type hulpverleners? Hebben ze alleen maar aandacht voor de cliënt of gebeurt er meer?

Ja, er gebeurt natuurlijk veel meer. Als het goed is, probeert deze psycholoog de feiten en gevoelens die de cliënt uit te ordenen, in hun samenhang te plaatsen en aan te voelen zoals de cliënt ze beleeft. Ze probeert een beeld te krijgen van zijn denk-, leef- en gevoelswereld, oftewel zijn referentiekader. Ze ordent zo nodig ook de feiten en omstandigheden in zijn leven als hij zijn verhaal warrig vertelt. Wanneer ze op dit alles wat meer zicht heeft gekregen, zoekt ze naar nieuwe gezichtspunten, andere samenhangen of conclusies, om die zo nodig voor te leggen aan de cliënt.

Verder probeert ze de relatie met de cliënt en haar eigen gevoelens tegenover hem in te schatten en te bewaken. Nauw in verband hiermee staat het bedenken van maatregelen om zo nodig regulerend te kunnen optreden in het gesprek. Dit betekent dat ze zoekt naar wegen om zó te handelen dat de cliënt zich op zijn gemak voelt en werkt aan zijn problemen. Maar als dat nuttig lijkt, zal ze op basis van een goede relatie ook niet aarzelen dingen te zeggen die soms pijnlijk en moeilijk voor hem zijn. Kortom, de hulpverlener is actief en geconcentreerd bezig op allerlei fronten, maar lijkt aan de buitenkant zo 'rustig' dat de cliënt er weinig van merkt.

Is de hulpverlener in het diagnose-receptmodel dan niet veel duidelijker? Ze presenteert zich als onderzoeker en speelt die rol ook openlijk. De hulpverlener in het samenwerkingsmodel is de deskundige die haar psychologische kennis maximaal benut

en dus ook probeert een stimulerende situatie voor de cliënt te creëren. Het betekent inderdaad dat de echte spontaniteit daarbij ver te zoeken is. Daarom wordt haar soms verweten een geraffineerde manipulator te zijn. Wij zijn het daar niet mee eens. Hulpverleners zijn erop uit hun kennis te gebruiken om problemen van een cliënt te verminderen. Om terug te komen op de titel van deze paragraaf: voor al die merkbare en onmerkbare activiteiten van de hulpverlener mag wat ons betreft het adjectief 'geraffineerd' blijven staan. Wij proberen in dit boek bij te dragen aan het raffinement van de hulpverlener, maar dan in de betekenis van zuiverheid en verfijning in de beroepsuitoefening ten gunste van de cliënt.



Visie op herstel

In recente jaren is er steeds meer nadruk komen te liggen op het zogenoemde *Herstelparadigma* (Anthony, 1993; Castelein et al., 2021; Leamy et al., 2011; Slade, 2009; Slade et al., 2012). Het uitgangspunt van deze benadering is dat verandering of herstel een *proces* is, dat mensen op hun eigen manier ervaren en vormgeven en waarin de hulpverlener zich ondersteunend opstelt. De nadruk in dit paradigma ligt op *persoonlijk herstel*, en minder op bijvoorbeeld klinisch herstel van gespecificeerde symptomen, wat juist het uitgangspunt is in een biomedisch ziektemodel. In het herstell perspectief ligt de focus niet op 'beter worden' maar op 'je beter voelen'. Dit lijkt een kleine nuance, maar is een wereld van verschil. Zo wordt in de biomedische benadering langs formele maatstaven, bijvoorbeeld op basis van meetbare diagnostische criteria, door de hulpverlener bepaald of iemand hersteld is of dat er nog sprake is van een ziekte of stoornis. De hulpverlener is daarbij sterk gericht op het verminderen van formeel gedefinieerde symptomen, bijvoorbeeld het laten verdwijnen van depressiesymptomen zoals somberheid en gebrek aan eetlust. In de praktijk blijken mensen symptomen echter vaak verschillend te beleven, of bijvoorbeeld andere ervaringen aan te wijzen als reden waardoor ze zich in de knel voelen. Zo kan iemand die formeel een depressiediagnose heeft vooral interpersoonlijke moeilijkheden ervaren als wortel van de somberheid, of wakker liggen van klimaatverandering. Dat zijn dan misschien geen formele symptomen, maar wel functioneel beperkende of ontregelende ervaringen of kwetsbaarheden. In het herstelparadigma ligt de focus op een zinvol, betekenisvol en hoopvol leven. Daarvoor kan het fijn zijn als symptomen en kwetsbaarheden niet (meer) aan de orde zijn, maar het is ook goed mogelijk om een zinvol en betekenisvol leven te leven mét kwetsbaarheden. Bijvoorbeeld door angst of somberheid vanwege klimaatverandering te leren zien als betrokkenheid: dan is de ervaring niet weg, maar wordt deze mogelijk wel meer betekenisvol en minder hinderend. De focus in het herstelparadigma ligt dus op de *ervaring* van zich beter voelen, ongeacht of iemand formeel 'beter' genoemd kan worden.

De modellen die in deze module aan de orde waren, behoren tot een eerdere generatie modellen, maar zijn nog steeds relevant: veel van de uitgangspunten komen overeen met de herstelbenadering. Zo bespraken we in de casus van Michiel dat de psycholoog 'zich zeer bewust als doel stelt een *beter inzicht in de gevoels-, denk- en leefwereld* van de cliënt te vormen'. Ook het herstelparadigma ziet de *eigen betekenis* van de persoon altijd als het uitgangspunt. De psycholoog kan naar die eigen betekenis luisteren, deze uitvragen zodat ze begrijpt wat de persoon bedoelt en ervaart, en ze kan vanuit haar professionele betekeniskader sommige ideeën van de persoon uitdagen of bevragen. Maar wat ze *niet* doet, is haar eigen betekeniskader belangrijker maken dan dat van de persoon zelf. Stel je voor dat iemand een eigenschap toont die de psycholoog als problematisch ziet, maar de persoon zelf helemaal niet. Dan kan de psycholoog de persoon wel uitdagen om die eigenschap eens tegen het licht te houden, maar ze kan niet zomaar tegen de persoon zeggen: 'Wat jij doet of voelt, is fout.' Een persoon ondersteunen in een herstelproces kan alleen maar door verandering *binnen* iemands eigen kader te faciliteren, in iemands eigen taal, leefomgeving, bevattingsniveau en persoonlijke geschiedenis.

Een voorbeeld: als iemand met een traumageschiedenis andere mensen stelselmatig als onveilig ervaart omdat dat in haar jeugd ook realiteit was, heeft het niet zo veel zin als de psycholoog simpelweg zegt dat mensen wél veilig zijn en de cliënt gewoon deze denkfout moet oplossen. Beter zou zijn als de psycholoog de cliënt laat *voelen* dat het contact met de psycholoog veilig is, om vanuit die veilige omgeving te gaan verkennen hoe veiligheid werkt in relaties met mensen buiten de behandelkamer. In dit voorbeeld verplaatst de psycholoog zich in de belevingswereld van de cliënt, en zoekt ze binnen diens eigen betekeniskader mee naar manieren om te veranderen.

Dit voorbeeld laat zowel zien hoe verandering bij cliënten wordt begrepen, als de rol die de professional daarbij kan spelen. Het herstelparadigma gaat uit van minimaal vier pijlers die nodig zijn voor herstel of betekenisvolle verandering: het ervaren van *hoop*, het werken vanuit en aansluiten bij het eigen *betekeniskader* van de cliënt, aandacht voor de *identiteit* van de persoon die veel verder gaat dan een diagnose, en de eigen *regie* of autonomie van de persoon in diens herstelproces respecteren en bevorderen.

Er zijn verschillende modellen voor herstel geformuleerd (zie Slade et al., 2012), waarbij steeds contextueel wordt gekeken: een persoon kan niet los gezien worden van diens omgeving, dus het is ook heel belangrijk om in de behandeling de context van de persoon mee te nemen. Dat vraagt van de behandelaar om zich als *partner* op te stellen, in lijn met het *samenwerkingsmodel* dat in deze module al werd besproken. Dit sluit aan bij de brede beweging in de medische en geestelijke gezondheidszorg die zich richt op *shared decision-making*, oftewel: beslissingen worden altijd genomen in samenspraak tussen

hulpverlener en cliënt, en worden dus niet vóór de cliënt genomen. Een inmiddels gevleugeld motto is: 'niets over mij zonder mij'. De cliënt houdt dus principieel de regie over diens eigen herstelproces, en wordt daarin waar mogelijk ondersteund door de hulpverlener. Later in dit boek zullen we dieper ingaan op hoe de hulpverlener kan handelen vanuit een herstelbenadering.

2.5 Geraadpleegde literatuur

- Anthony, W.A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Castelein, S., Timmerman, M.E., Gaag, M. van der, & Visser, E. (2021). Clinical, Societal and Personal Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders Across Time: States and Annual Transitions. *The British Journal of Psychiatry*, 219(1), 401-408. doi: 10.1192/bjp.2021.48
- Hofstee, W.K.B. (1981). *Psychologische uitspraken over personen. Beoordeling/voorspelling/advies/test*. Van Loghum Slaterus.
- Lang, G. (1997). Een flexibel gespreksmodel voor loopbaanadvisering. In: Spijkerman, R.M.H., Vincken, A.J.R. & Wekenborg, M.J.M. (Red.). *Handboek Studie- en Beroepskeuzebegeleiding*, 8550-1-45. Samsom H.D. Tjeenk Willink.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade M. (2011). A Conceptual Framework for Personal Recovery in Mental Health: Systematic Review and Narrative Synthesis. *British Journal for Psychiatry*, 199, 445-52. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733
- Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge University Press.
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Boutillier, C.L., Williams, J., & Bird, V. (2012). International Differences in Understanding Recovery: Systematic Review. *Epidemiology And Psychiatric Sciences*, 21(4), 353-364. <https://doi>
- Vrolijk, A. (1991). *Gesprekstechniek*. Bohn, Stafleu, Van Loghum.

Over de auteurs

Henk van der Molen was hoogleraar psychologie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, Nederland.

Gerrit Lang was emeritus hoogleraar toegepaste psychologie aan de Universiteit Groningen, Nederland. Dit boek is gebaseerd op hun uitgebreide onderwijs- en praktijkervaring op het gebied van communicatietraining.

Saskia Hofman is docent bij de vakgroep Psychologie, Pedagogiek en Kinderstudies aan de Erasmus School of Social and Behavioural Sciences van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Femke Truijens is universitair docent klinische psychologie, methodologie en wetenschapsfilosofie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam en lector Wetenschappelijke Ontwikkeling en Innovatie bij de RINO Groep Utrecht. Ze is oprichter en voorzitter van het Kwalitatief Onderzoekscollectief GGZ (KOG) en eigenaar van PsyHB, psychotherapie voor hoogbegaafde (jong)volwassenen.

Özgül Uysal-Bozkir is universitair docent klinische psychologie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam en lector Wetenschappelijke Ontwikkeling en Innovatie bij de RINO Groep Utrecht. Ze is lid van de NIP-commissie voor culturele diversiteit en psychologie, die tot doel heeft diversiteit en inclusie binnen de organisatie te bevorderen.

Psychologische gespreksvoering is hét standaardwerk in Nederland en België over professionele gespreksvoering bij hulpverlening aan mensen met psychische problemen.

Dit boek combineert een toegankelijk geschreven overzicht van relevante theorieën met concrete gespreksvaardigheden, die worden verduidelijkt met vele praktijkvoorbeelden. Na een bespreking van de algemene gezindheid van de hulpverlener tegenover de cliënt worden aspecten van de cliëntgerichte, de cognitief-psychologische en de sociaal-leertheoretische benadering van de persoon belicht. Vervolgens worden vier rollen voor de hulpverlener uitgewerkt: vertrouwensfiguur, mededeelzame detective, docent en coach. In de meer praktijkgerichte hoofdstukken worden deze rollen geplaatst in een duidelijk gespreksmodel met drie fasen: (1) probleemverheldering, (2) probleemnuancering en (3) probleembehandeling. Daarna volgen de voor iedere fase kenmerkende gespreksvaardigheden. In het laatste hoofdstuk ligt de nadruk op strategieën die de acties en de zelfsturing van de cliënt bevorderen.

Op het online platform Boom Academie vind je de theorie uit dit boek, aangevuld met tal van oefeningen die helpen om het inzicht in de theorie te verdiepen en de vaardigheden te leren beheersen. Dit gebeurt onder andere door demonstratie van gespreksfragmenten met goed (en verkeerd!) gebruik van de afzonderlijke vaardigheden. Dit helpt je om de kennis goed te verwerken en toe te passen. In het voortgangsoverzicht zie je je resultaten. Activeer je toegang op www.boomstudent.nl.

In deze 19e herziene editie is de leesbaarheid van de tekst verbeterd, zijn het boek en online leëromgeving beter geïntegreerd, en is de oorspronkelijke tekst geactualiseerd door op diverse plekken een koppeling te maken met recente wetenschappelijke ontwikkelingen en inzichten in herstel.

Psychologische gespreksvoering heeft zijn weg gevonden naar vele opleidingen in het wetenschappelijk en hoger beroepsonderwijs. Daarnaast wordt het gebruikt in trainingen en nascholingscursussen. Ook voor mensen met algemene belangstelling voor psychologie en communicatie is het verhelderend en instructief.

Prof. dr. Gerrit Lang was emeritus hoogleraar individueel toegepaste psychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. **Prof. dr. Henk T. van der Molen** was emeritus hoogleraar psychologie bij het Department Psychology, Education and Child Studies van de Erasmus School of Social and Behavioural Sciences van de Erasmus Universiteit Rotterdam en bij de Faculteit Psychologie van de Open Universiteit Nederland. **Saskia Hofman**, MSc. is wetenschappelijk docent bij het Department of Psychology, Education and Child Studies van de Erasmus Universiteit Rotterdam. **Dr. Femke Truijens** is assistant professor klinische psychologie, methodologie en wetenschapsfilosofie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, en docent Wetenschappelijke Vorming en Innovatie aan de RINO Utrecht. **Dr. Özgül Uysal-Bozkir** is assistant professor klinische psychologie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, en docent Wetenschappelijke Vorming en Innovatie aan de RINO Utrecht.

