

Het hulpverlenend gesprek



Noordhoff Uitgevers

Dr. Jan Verhulst

3^e druk

Het hulpverlenend gesprek

Theorie en praktijk

Dr. Jan Verhulst

Derde druk

Noordhoff Uitgevers Groningen | Utrecht

Ontwerp omslag: Michiel Uilen

Omslagillustratie: iStock

Eventuele op- en aanmerkingen over deze of andere uitgaven kunt u richten aan:
Noordhoff Uitgevers bv, Afdeling Hoger Onderwijs, Antwoordnummer 13, 9700 VB
Groningen of via het contactformulier op www.mijnnoordhoff.nl.

De informatie in deze uitgave is uitsluitend bedoeld als algemene informatie. Aan deze informatie kunt u geen rechten of aansprakelijkheid van de auteur(s), redactie of uitgever ontleenen.



0 / 20

© 2020 Noordhoff Uitgevers bv, Groningen/Utrecht, Nederland.

Deze uitgave is beschermd op grond van het auteursrecht. Wanneer u (her)gebruik wilt maken van de informatie in deze uitgave, dient u vooraf schriftelijke toestemming te verkrijgen van Noordhoff Uitgevers bv. Meer informatie over collectieve regelingen voor het onderwijs is te vinden op www.onderwijsenauteursrecht.nl.

This publication is protected by copyright. Prior written permission of Noordhoff Uitgevers bv is required to (re)use the information in this publication.

ISBN (ebook) 978-90-01-89180-0

ISBN 978-90-01-89179-4

NUR 770

Woord vooraf

'Zinvol bezig zijn' klinkt in theorie zo eenvoudig, maar blijkt in de praktijk toch vaak moeilijker dan je denkt. Gelukkig zijn er in Nederland nog steeds veel jonge mensen die de uitdrukking willen vertalen in: *helpend* bezig zijn. En inderdaad: een ander helpen is een zinvolle bezigheid. Maar helpend bezig zijn blijkt vaak ook weer moeilijker dan je op het eerste gezicht zou denken. Er zijn zoveel factoren waarop je moet letten, zoveel valkuilen en hindernissen. Want je moet niet alleen op alle signalen van de hulpvrager attent zijn, je moet ook nog eens heel goed letten op wat er ondertussen met jou als hulpverlener gebeurt.

Toen ik jaren geleden besloot stagiair(e)s te begeleiden bij het opdoen van ervaring in de hulpverlening, bleek al gauw dat hun behoefte aan *concrete* handvatten erg groot was. De wil en de motivatie waren vrijwel altijd ruimschoots aanwezig, maar praktijkgerichte vaardigheden waren – logischerwijze – vaak niet in voldoende mate ontwikkeld. Opleidingen kunnen daarin nu eenmaal bij gebrek aan tijd en geld niet voorzien. Dus kreeg ik meer en meer vragen als: 'Hoe doe je dat dan, een gesprek openen en op gang houden?' 'Wat moet ik aan met de stiltes in een gesprek?' 'Wat moet ik doen als ik het idee heb dat ik een cliënt niet kan helpen?' En vooral ook: 'Hoe leer ik dat, "naar mezelf kijken"?'

Ook gedurende mijn tijd als docent op de afdeling Toegepaste Psychologie van Fontys Hogescholen te Eindhoven viel me de enorme leergierigheid van de studenten op, vooral als het ging om *de praktijk* van de hulpverlening. Ook zij hielden me vaak voor dat de theorie één ding is, maar de praktijk toch vaak iets heel anders. En ik kon en kan niet anders dan ze daar volledig gelijk in geven.

In de supervisiegesprekken met de stagiair(e)s en studenten heb ik geprobeerd zo goed mogelijk antwoord te geven op hun vragen. Deze vragen hebben de uitgangspunten geleverd voor het schrijven van dit boek. Naar hen gaat dan ook mijn dank uit.

Dank ook aan mijn beide dochters Laura en Claudette, die hun internetactiviteiten vaak moesten staken omdat papa zo nodig weer eens alle computers en laptops meende nodig te hebben, en daar dan ook nog eens geen verstand van bleek te hebben, zodat ze voortdurend moesten bijspringen.

Eerlijk is eerlijk: naarmate ik met het schrijven van dit boek vorderde, sloeg de angst mij meer en meer om het hart. Want waar haalde ik de pretentie vandaan om algemeen geldende handvatten op papier te zetten voor zaken als persoonlijke communicatie en professionele hulpverlening, die in elk individueel geval weer anders kunnen verlopen? En hoe kun je op een zinnige en relatief algemeen geldende manier aan beginnende hulpverleners

richtlijnen geven die hen in staat stellen met meer zelfvertrouwen een gesprek in te gaan? Grote bescheidenheid is hier gewenst.

Ik heb ervoor gekozen om twee methoden – de non-directieve en de directieve – met elkaar te verzoenen. Maar al te vaak worden deze twee benaderingswijzen als elkaars tegenpolen gepresenteerd. Mijs inziens zeer ten onrechte, omdat beide – het moge in dit boek duidelijk worden – prima als aanvullingen op elkaar kunnen worden toegepast.

Aan deze keuze ligt een bepaalde assumptie ten grondslag: al schrijvende ben ik erachter gekomen dat ik in het voorbeeldmateriaal een bepaalde systematiek heb toegepast. Vrijwel steeds wanneer het gaat om de exploratie van gevoelens van cliënten, heb ik de non-directieve aanpak aanbevolen. Gaat het daarentegen om de exploratie van feiten, dan leek de directieve methode aangewezen. Het lijkt er dus op dat ik ervan uit ben gegaan dat Rogers' methodiek zich vooral richt op gevoelens en Ellis de man van daden is.

Welnu, laat ik duidelijk zijn: deze polarisatie is natuurlijk slechts in schijn geldig. Ook Rogers streefde feitelijke, gedragsmatige veranderingen na, zoals Ellis zich jarenlang heeft beklagd over het feit dat veel mensen zijn Rationeel Emotieve Therapie (RET) een 'ongevoelige' vorm van therapie hebben genoemd. De tweedeling die ik in dit boek heb aangebracht, is zuiver uit illustratieve motieven ontstaan. Ik wil er slechts accenten mee aangeven. Ik hoop dat de 'student hulpverlening' dit niet uit het oog zal verliezen.

Tot slot nog dit: in deze totaal herziene versie van *Het hulpverlenend gesprek* is het praktische 'oefenboek' *Hoezo lastig!?* (over problematisch verlopende hulpverlening) voor een groot deel geïntegreerd. Ik heb dit gedaan op verzoeken 'uit het veld'. Kennelijk vinden studenten en docenten het prettiger om alles in één te hebben. En gelijk hebben ze.

Eindhoven, 2019
Jan Verhulst

Inhoud

Inleiding 7

1 Hulpverleners, wat is dat eigenlijk? 11

- 1.1 Verschil tussen professionele en niet-professionele hulpverlening 12
 - 1.2 Relatie tussen mensvisie en hulpverlening: Freud, Skinner, Rogers, Ellis 14
 - 1.3 Nogmaals: professioneel hulpverleners, wat is dat eigenlijk? 19
 - 1.4 Voetangels en valkuilen bij de hulpverlening: de persoon van de hulpverlener 20
 - 1.5 Afweermechanismen 26
 - 1.6 Beoordelingseffecten 28
 - 1.7 Weerstand 31
 - 1.8 Een laatste keer: professioneel hulpverleners, wat is dat eigenlijk? 53
- Samenvatting 54
Vragen en opdrachten 55

2 Wat is het probleem? 59

- 2.1 Wat verstaan we onder menselijk contact? 60
 - 2.2 Soorten communicatie: verbaal en non-verbaal 61
 - 2.3 Het inhouds- en betrekkingaspect van de communicatie: wat zeg je en hoe zeg je dat? 64
 - 2.4 Het feedbackprincipe 65
 - 2.5 Ruis in de communicatie 68
 - 2.6 Stellen van vragen 75
 - 2.7 Doorvragen 76
 - 2.8 Eén probleem of meerdere problemen? 78
 - 2.9 Praten met elkaar: nog enkele aandachtspunten 79
 - 2.10 De persoon van de hulpvrager: mogelijke versturende invloeden 81
- Samenvatting 96
Vragen en opdrachten 97

3 Non-directieve en directieve gespreksvoering: Rogers en Ellis 101

- 3.1 De fenomenologische theorie van Rogers 102
 - 3.2 De Rationeel Emotieve Theorie (RET) van Ellis 106
- Samenvatting 116
Vragen en opdrachten 117

4 Non-directieve en directieve gespreksvoering in de praktijk 121

- 4.1 De intake: het eerste contact 123
 - 4.2 De vervolggesprekken: proces- en productdoelen 126
 - 4.3 Transparantie: een persoonlijke ontmoeting 126
 - 4.4 Non-directief en/of directief hulpverleners: enkele richtlijnen 128
 - 4.5 De basisvaardigheden van de hulpverlener nog eens op een rij 131
 - 4.6 Basisgesprekstechnieken 139
- Samenvatting 144
Vragen en opdrachten 145

5 Omgaan met de gevolgen van een problematisch verlopende hulpverlening 147

- 5.1 Een niet goed verlopend contact 148
 - 5.2 Teleurstelling over het hulpverleningscontact 149
 - 5.3 Verstoorde communicatie en ruzie 152
 - 5.4 Depressie als gevolg van een niet goed verlopend contact 158
 - 5.5 Suïcide 161
 - 5.6 Agressie 168
 - 5.7 Acute crisissituaties 182
- Samenvatting 190
Vragen en opdrachten 191

6 Gespreksmodellen in de praktijk 195

- 6.1 Casus 1: stoppen met blowen 196
 - 6.2 Casus 2: mijn partner gaat vreemd 202
 - 6.3 Casus 3: word ik dement? 206
 - 6.4 Casus 4: vader en moeder maken steeds ruzie 211
 - 6.5 Casus 5: verslaafd aan social media 214
- Samenvatting 219
Opdrachten 220

Begrippenlijst 221

Aanbevolen literatuur 228

Illustratieverantwoording 229

Over de auteur 230

Register 231

Inleiding

Dit boek is het resultaat van een jarenlange ervaring, opgedaan tijdens de begeleiding van enerzijds stagiair(e)s die in mijn praktijk werkzaam zijn geweest, en van studenten Toegepaste Psychologie en studenten hbo-V anderzijds. Zo'n studie- en stageperiode was voor de meesten, zeker in het begin, een spannende tijd vol twijfels en onzekerheden: Ben ik wel geschikt voor het beroep van hulpverlener? Heb ik mijn cliënten wel voldoende te bieden? Weet ik wel genoeg? Heb ik wel genoeg levenservaring? En vooral ook: hoe moet ik in 's hemelsnaam een zinvol gesprek op gang brengen en gaande houden? Dit boek gaat met name over het antwoord op de laatste vraag: het is bedoeld om beginnende hulpverleners te leren hoe je het beste een hulpverlenend gesprek kunt voeren. Met een hulpverlenend gesprek bedoelen we hier het gesprek dat je als (toekomstige) professional voert met een cliënt die in de problemen zit. Het doel van dat gesprek is de cliënt op weg te helpen naar de oplossing van zijn problemen.

In het eerste hoofdstuk richten we de aandacht op het proces van de hulpverlening. We gaan de verschillen in kaart brengen tussen de professionele en niet-professionele vormen van hulpverlening. Daarna laten we enkele veelvoorkomende voetangels en valkuilen de revue passeren. Vervolgens gaan we meer de diepte in: we staan stil bij de werking van afweermechanismen, we kijken naar de vaak zeer schadelijke werking van vooroordelen, en we behandelen de in de regel nog meer verborgen effecten van verschijnselen als overdracht en tegenoverdracht. Zoals we steeds zullen zien, kunnen dergelijke versturende zaken zowel bij de hulpverlener als bij de hulpvrager actief zijn. Een goede hulpverlener dient zich daar voortdurend van bewust te zijn: hij is geen helderziende, laat staan een alwetende 'zielkundige'. In het eerste hoofdstuk kijken we dus vooral naar de rol van de hulpverlener.

In het tweede hoofdstuk staat de *probleemidentificatie* centraal. Hulpverleners kun je zoals gezegd op verschillende manieren doen. Maar welke manier je ook kiest, het zal in alle gevallen eerst duidelijk moeten worden wat precies het probleem van de cliënt is. Dat lijkt eenvoudig, maar dat is vaak niet het geval. Zo zijn er mensen die heel goed weten waar de schoen wringt en die dat ook heel goed weten aan te geven en onder woorden te brengen. Andere mensen hebben niet zo'n erg goede kijk op zichzelf – bijvoorbeeld omdat ze de waarheid niet onder ogen kunnen of willen zien – en die moet je dus helpen om zicht te krijgen op de werkelijke achtergrond van hun problemen. De kans is hierbij overigens aanwezig dat je inspanningen je niet in dank zullen worden afgenomen of dat je er volkomen naast zit. In dit tweede hoofdstuk gaat onze aandacht dus vooral uit naar de persoon van de hulpvrager.

In het derde hoofdstuk staan we stil bij de twee hoofdrichtingen van gespreksvoering die we in dit boek behandelen: de non-directieve methode van Carl Rogers en de directieve methode die is afgeleid van de RET, de Rationeel Emotieve Theorie van Albert Ellis. Beide theorieën en de belangrijkste daaruit resulterende technieken zullen in dit hoofdstuk beknopt aan de orde komen. Nogmaals, het gaat er mij niet om een van beide benaderingen als 'de beste' te presenteren. Daarover vallen namelijk in algemene zin geen uitspraken te doen. Veeleer is het de bedoeling een *integratieve* aanpak voor te stellen, waarbij de hulpverlener zich laat leiden door de behoeften en doelstellingen van het specifieke moment in het proces van de hulpverlening.

Het vierde hoofdstuk gaat uitgebreid in op de factoren aan de hand waarvan je een keuze zou kunnen maken tussen de twee behandelde benaderingen. Dit hoofdstuk is primair bedoeld om de beginnende hulpverlener concrete handvatten aan te reiken. Het voorgestelde systeem is uiteraard niet bindend bedoeld, maar moet worden opgevat als een globale richtlijn.

In het vijfde hoofdstuk gaan we zien wat er allemaal kan misgaan in de hulpverlening en meer precies: wat de gevolgen kunnen zijn van een (om welke reden dan ook) falende hulpverlening. Deze gevolgen kunnen uiteraard mild zijn (drop-out), maar ook veel serieuzere vormen aannemen, zoals regelrechte agressie jegens de hulpverlener of een (poging tot) suïcide. Waar mogelijk geef ik aanwijzingen om dergelijke zware gevolgen te voorkomen, alsook handvatten om ermee om te gaan, mochten ze zich onverhoopt toch voordoen.

Het zesde en laatste hoofdstuk gaat helemaal over de praktijk van de hulpverlening. Ik heb ervoor gekozen om aan de hand van uitgebreide casuïstiek te demonstreren hoe een hulpverlenend gesprek eruit kan zien, uitgaande van een bepaald gespreksmodel. Elke casus behandel ik daarom steeds op drie manieren: vanuit een directieve en een non-directieve aanpak, en vanuit een aanpak waarbij beide benaderingen worden afgewisseld.

Tot slot nog dit. Hulpverlenen is een kwestie van kennis, kunde en vaardigheden. Kennis kun je je eigen maken door lessen of colleges te volgen en boeken te lezen. Kunde is vaak een kwestie van oefening, evenals het ontwikkelen van vaardigheden. Bij hulpverlenen spelen echter ook andere zaken een rol: empathie (het vermogen je in te leven in de positie van de hulpvrager) en introspectie (kijken naar de achtergronden van je eigen emoties en gedrag) zijn minstens even belangrijk. Dit boek is enerzijds bedoeld om je te helpen de diverse vaardigheden (verder) te ontwikkelen, maar zeker ook om je te laten zien welke rol empathie en introspectie kunnen en moeten spelen. Om je daar enig inzicht in te geven, zijn in dit boek diverse tests opgenomen die je kunnen helpen een inschatting te maken van je eigen functioneren als hulpverlener. Het boek is daarmee ook een leidraad om valkuilen en kunstfouten te vermijden.

Dit boek is bedoeld voor alle studenten en toekomstige professionals in het sociaal-maatschappelijk werkveld. Voor iedere professional die in de toekomst een hulpverlenend gesprek moet voeren. Het sluit nauw aan bij de opleidingen Sociaal Werk, Maatschappelijk Werk en Dienstverlening,

Sociaal Pedagogische Hulpverlening, Toegepaste Psychologie, Pedagogiek, hbo-V en SPD.

In deze herziene versie zijn verschillende veranderingen doorgevoerd. Zo zijn hoofdstukken 5 en 6 van plaats verwisseld, dat leek logischer, gezien de opbouw van het boek. Ook tekstueel zijn er de nodige veranderingen aangebracht. Minder relevante passages zijn verwijderd, actuelere onderwerpen zijn toegevoegd: de rol van verzekeringsmaatschappijen, de invloed van sociale media, het misbruik van middelen en afweermechanismen, om er maar enkele te noemen.

Nota bene: Bij een uitroepteken in de kantlijn wordt een mogelijke aanpak van een situatie beschreven.





1

Hulpverleners, wat is dat eigenlijk?

- 1.1 Verschil tussen professionele en niet-professionele hulpverlening
- 1.2 Relatie tussen mensvisie en hulpverlening: Freud, Skinner, Rogers, Ellis
- 1.3 Nogmaals: professioneel hulpverleners, wat is dat eigenlijk?
- 1.4 Voetangels en valkuilen bij de hulpverlening: de persoon van de hulpverlener
- 1.5 Afweermechanismen
- 1.6 Beoordelingseffecten
- 1.7 Weerstand
- 1.8 Een laatste keer: professioneel hulpverleners, wat is dat eigenlijk?

Openingscasus: Hulpvraag

Kees (19) zit met een groot probleem. Hij heeft gedurende zijn hele leven gedaan alsof hij een 'normale gezonde Hollandse' jongen was. Hij deed aan ruige sporten (waar hij in feite niks aan vond), heeft verschillende vriendinnen gehad (terwijl hij zich daar seksueel helemaal niet toe voelde aangetrokken). Eigenlijk weet hij al heel lang dat hij homo is, maar hij komt uit een gelovig en traditioneel gezin, waarin homoseksualiteit wordt opgevat als 'zondig'. Maar sinds hij Eugène ontmoet heeft, houdt hij het niet meer uit: hij is smoorverliefd op deze jongen en deze verliefdheid is wederzijds. Eugène heeft een heel andere achtergrond dan Kees. Zijn ouders zijn, zoals dat heet, ruimdenkend en maken geen enkel probleem van Eugènes seksuele geaardheid. Als hij maar gelukkig is. Probleem is overigens wel dat Eugène er totaal geen behoefte aan heeft zich anders voor te doen dan hij is en hij verwacht van Kees hetzelfde. Daardoor zit Kees zoals gezegd met een groot probleem: moet hij het zijn ouders gaan vertellen of niet? Hij weet bij voorbaat dat ze totaal van de kaart zullen zijn en hij wil hen geen pijn of verdriet bezorgen. Hij weet niet wat hij moet doen en lijdt daar erg onder. Hij voelt zich een bedrieger, lafbek en hypocriet. Hij gaat bij zijn andere vrienden te rade.

Een hulpvraag als in de openingscasus kan iedereen die vrienden heeft krijgen. En het is de gewoonste zaak van de wereld dat je er bent als je vrienden je nodig hebben. Maar toch kan het in bepaalde gevallen beter zijn als je je mening, of een door jou bedacht advies juist *niet* geeft. Zelfs niet aan je beste vriend. Of liever: *juist* niet aan je beste vriend. Want sommige keuzes zijn zo persoonlijk, dat elk advies in principe verkeerd is. Daar kom je wel achter als het door jouw gegeven advies blijkt te leiden tot nog meer ellende. Je helpt je vriend in dit geval het best door hem te adviseren zélf tot een keuze te komen, al dan niet onder begeleiding van een professional. In andere gevallen, wanneer het bijvoorbeeld gaat over iets minder zwaarwichtigs als de aanschaf van een auto, kunnen je adviezen waarschijnlijk niet zoveel kwaad en helpen ze de ander inderdaad om beter een keuze te kunnen maken (als je tenminste verstand hebt van auto's). In beide gevallen gaat het om 'hulpverlening', maar op een totaal andere manier. Dit boek gaat over die verschillende manieren van hulpverlening.

1.1 Verschil tussen professionele en niet-professionele hulpverlening

Beroepsmatig helpen

Als je dit boek leest, is de kans groot dat je dat doet binnen het kader van je studie. Dat betekent dan dat je ervoor hebt gekozen om er een beroep van te maken om andere mensen op de een of andere manier te helpen. *Beroepsmatig* (lees: *professioneel*) helpen dus. Dat betekent dat je volgens bepaalde regels en gebruikmakend van bepaalde methoden hulp verleent. Beroepsmatig helpen ziet er in veel gevallen dus heel anders uit dan de 'hulpverlenende' gesprekken die je bijvoorbeeld met vrienden of familie zult hebben.

Hierna zetten we enkele mogelijke verschillen tussen een professionele en een niet-professionele vorm van hulpverlening op een rij. We doen dat aan de hand van de volgende begrippen:

- 1 verantwoordelijkheid
- 2 ethiek
- 3 vertrouwelijkheid, belangenverstrengeling
- 4 morele overwegingen
- 5 zelfreflectie

Ad 1 Verantwoordelijkheid

Als je met vrienden over hun problemen praat, dan gebeurt dat meestal op een informele, niet-officiële manier. Het zal in de regel niet zo zijn dat je vrienden je verantwoordelijk maken voor de oplossing van een probleem. Hoewel... het is altijd oppassen geblazen. Maar meestal willen ze alleen maar hun hart luchten en van jou horen hoe jij met zo'n probleem zou omgaan. In een professionele relatie gaat het er heel anders aan toe. Nu wordt expliciet van jou verwacht dat je met zinnige antwoorden komt op de gestelde vragen. *Jij* bent de expert, degene die het beter moet weten. Dat legt dus een enorme verantwoordelijkheid op je schouders.

Ad 2 Ethiek

Uiteraard moet je je in het dagelijks leven eigenlijk altijd houden aan ethische regels (zeg maar: fatsoensnormen), maar in een professionele hulp-

verleningsrelatie moet je dat nog strenger doen dan in andere relaties. In een niet-professionele relatie kun je je het nog weleens permitteren om bijvoorbeeld gebruik te maken van informatie die je via derden hebt gekregen, in een professionele relatie mag dat allemaal niet zomaar. Vrijwel elke beroepsgroep heeft wel een boekje dat handelt over de *beroepsethiek* van een bepaalde discipline, vaak ook nog eens met een klachtencommissie, een tuchtrecht en eventuele disciplinaire maatregelen. In een niet-professionele hulpverleningsrelatie krijg je hooguit een flinke ruzie als je het in de ogen van de hulpvrager fout hebt gedaan (verkeerde adviezen hebt gegeven), in een professionele relatie kan zo'n onenigheid je letterlijk en figuurlijk duur komen te staan.

Ad 3 Vertrouwelijkheid, belangenverstremgeling

In feite gaat het hier ook om ethische principes. Als professionele hulpverlener moet je je rol zo zuiver en onafhankelijk mogelijk houden. Kun je dat niet, bijvoorbeeld omdat je gewild of ongewild partij bent in een bepaalde problematiek of in een bepaald conflict, dan doe je er goed aan je terug te trekken als hulpverlener. Mocht later namelijk uitkomen dat je een belang had of dat je over informatie beschikte die strikt vertrouwelijk was, dan heb je een groot probleem.

Ad 4 Morele overwegingen

Als professioneel hulpverlener moet je je eigen morele overwegingen, politieke overtuigingen en/of geloofsovertuigingen zo veel mogelijk buiten beeld laten. Je kunt je voorstellen dat dat soms heel moeilijk kan zijn. Zeker als je geconfronteerd wordt met incestdaders, verkrachters, daders van geweldsdelicten, leden van extreemrechtse groeperingen enzovoort. Hoe verwerpelijk je dergelijke gedragingen ook vindt, jij moet je te allen tijde realiseren wat er van je verwacht wordt: hulp bieden. Kun je dat in zo'n situatie niet, dan doe je er beter aan de casus over te dragen.

Ad 5 Zelfreflectie

Van een professionele hulpverlener wordt verwacht dat hij zich altijd bewust is van zijn woorden en daden. In een niet-professioneel contact kun je nog eens gezellig voor de vuist weg met allerlei antwoorden, oplossingen en voorstellen komen. In een professioneel contact moet je je steeds realiseren wat de mogelijke gevolgen van je opmerkingen en adviezen kunnen zijn. Er is, met andere woorden, in een professionele relatie *veel minder vrijblijvendheid*: je moet je voortdurend bewust zijn van je eigen functioneren. Vragen die je je daarbij kunt stellen zijn onder andere: *Waarom reageer ik zo op deze cliënt? Wat heeft mijn eigen persoonlijkheid en persoonlijke geschiedenis daarmee te maken?*

We hebben zojuist gezien dat de professionele hulpverlening in verschillende opzichten anders verloopt dan de niet-professionele hulpverlening. Maar er zijn ook verschillen te vinden binnen de professionele hulpverlening. Die komen vaak voort uit de verschillende visies die hulpverleners hebben op 'het verschijnsel mens'. We gaan ze hier nader bekijken en we zullen zien welke gevolgen een bepaalde mensvisie heeft op de werkwijze van de hulpverlener.

1.2 Relatie tussen mensvisie en hulpverlening: Freud, Skinner, Rogers, Ellis

1

Mensvisie

De manier waarop je als hulpverlener adviezen geeft, wordt vaak beïnvloed door de mensvisie die je erop nahoudt. Met 'mensvisie' bedoelen we hier de visie die je hebt op 'het wezen' van de mens: Hoe zitten mensen in elkaar? Wat beweegt hen? Waarom gedragen ze zich op een bepaalde manier? Zo kun je de mens bijvoorbeeld opvatten als een speelbal van zijn – vaak onbewuste – conflicten, drijfveren en verlangens (zoals de psychoanalytische theorie van Freud veronderstelt). Of als een wezen dat door allerlei min of meer toevallige omstandigheden geleerd heeft zich op een bepaalde manier te gedragen (volgens de leertheorie van Skinner). Of als een in principe goedwillend individu dat er eigenlijk alleen maar op uit is zich zo volledig mogelijk te ontwikkelen (de zogenoemde *client-centered-theorie* van Rogers). Of, ten slotte, als een vaak irrationeel – onverstandig – denkend wezen dat geleerd moet worden rationeel – verstandig – na te denken over zichzelf en de wereld waarin hij leeft (de cognitieve theorie van Ellis).

Psychoanalytische theorie

Leertheorie

Client-centered-theorie

Cognitieve theorie

Afhankelijk van je mensvisie zul je ook een visie hebben op het ontstaan van problemen. Denk je freudiaans, dan zul je geneigd zijn de oorzaak van eventuele problemen te zoeken in onopgeloste, onbewuste conflicten in iemands geest. Vaak liggen die conflicten dan op het terrein van de seksualiteit of komen ze voort uit een verdrongen agressie. Voel je meer affiniteit met het denken van Skinner, dan zul je problemen opvatten als het gevolg van iemands verkeerde leerervaringen. Voel je je aangetrokken tot Rogers' visie, dan zal je aandacht ongetwijfeld vooral uitgaan naar de geblokkeerde pogingen van het individu om zich te ontplooien tot zijn 'ware zelf'. Als je geneigd bent tot een meer cognitieve oriëntatie, dan zul je de oorzaken van problemen vooral zoeken in de – vaak irrationele – manier van denken die veel mensen erop nahouden. Het is vooral deze laatste visie die tegenwoordig in de hulpverlening erg sterk is vertegenwoordigd. Men spreekt dan van 'cognitieve herstructurering of cognitieve gedragstherapie'.

Cognitieve herstructurering

In dit boek over gespreksvaardigheid zullen we ons, zoals in de inleiding van dit boek al is gezegd, vooral richten op de rogeriaanse en ellisiaanse aanpak. Waarbij het trouwens geen kwaad kan er hier alvast op te wijzen dat zowel Rogers als Ellis hun carrière als hulpverlener zijn begonnen als psychoanalyticus...

Eclectische benadering

Overigens zal het zelden zo zijn dat je in de hulpverlening kunt beperken tot één bepaalde aanpak, vanuit één bepaalde visie. Want elke visie heeft waarde en waarheden, zodat een zogenoemde *eclectische benadering* (vanuit verschillende visies tegelijk) vaak meer oplevert dan een meestal beperkende oriëntatie op één richting. Kijk voor een praktische verduidelijking eens naar het voorbeeld over Hans (voorbeeld 1.1). Je zult zien hoe elke oriëntatie tot een totaal verschillend advies kan leiden, terwijl met een gecombineerde visie veel meer inzicht te behalen valt.

VOORBEELD 1.1**Hans**

Hans drinkt de laatste tijd meer dan goed voor hem is. Zelf vindt hij het natuurlijk allemaal wel meevallen, maar dat zegt niet zoveel: Hans heeft altijd erg slecht tegen kritiek op zijn persoon en gedrag gekund. Hij vindt 'een glaasje bier' gewoon erg lekker en als er dat de laatste tijd meer zijn dan anders (zes flesjes trappistenbier per dag), dan is dat hooguit een kwestie van toeval. De wereld warmt ten slotte op, dus is het niet meer dan normaal dat hij ook wat meer moet drinken. Water kan natuurlijk ook, dat weet hij wel, maar bier vindt hij nu eenmaal lekkerder, vooral Belgisch bier. En echt dronken wordt hij nooit. Hooguit wat moe, laat op de avond en dan valt hij voor de tv in slaap. En ook dat vindt hij heel normaal, want hij heeft een zware baan als huisarts.

Als Hans op zeker moment tussen de middag begint met drinken, grijpt zijn vrouw in. Ze stelt hem voor de keuze: óf hij stopt met dit drinkgedrag óf hij stelt zich ergens onder behandeling. Hans kiest ervoor om voor beide opties tegelijk te gaan: stoppen met drinken, maar dan onder begeleiding van een deskundige hulpverlener. En zo begint zijn rondgang door het Nederlandse behandelcircuit.

In eerste instantie besluit Hans de zaken drastisch aan te pakken: hij meldt zich aan voor een op de psychoanalyse georiënteerde vorm van therapie. Tweemaal per week ondergaat hij sessies bij een psychoanalytica. Deze vraagt hem uitgebreid naar zijn eerste seksuele ervaringen als kind en naar zijn agressieve aandriften. Wat wil Hans heimelijk? Waar fantaseert hij over? Met wie zou hij eigenlijk willen vrijen? Zou hij vreemd willen gaan? Heeft hij weleens homoseksuele neigingen bij zichzelf ontdekt? Heeft hij weleens iemand willen vermoorden? Zijn vader bijvoorbeeld? Want volgens deze therapeute had Hans veel last van allerlei verdrongen angsten en frustraties. De spanningen die daarvan het resultaat waren probeerde hij volgens haar met drank onder controle te houden. Met drank probeerde hij zich volgens haar veilig te voelen, zoals hij zich als baby veilig had gevoeld. Hans doet volgens eigen zeggen enkele weken flink zijn best, maar ziet eigenlijk niet in hoe al dat gegraaf in zijn geest en verleden hem verder zou kunnen helpen.

'Dat is een vorm van normale weerstand,' zegt zijn therapeute, 'daar moet je doorheen, daarna begint het echte werk pas.'

'Dat kan wel zo zijn,' zegt Hans, 'maar daar ga ik dus niet op wachten. Ik vertrek, ik ga mijn heil elders zoeken.'

En zo kwam Hans op advies van een vriend terecht bij een klassieke gedragstherapeut. Deze man werkte volgens de ideeën van Skinner en moest dus principieel niets hebben van al dat gewroet in het verleden. Het enige wat hij van Hans wilde weten, was onder welke omstandigheden hij dronk en welke prikkels daar steeds aan voorafgingen. Vervolgens maakte hij samen met Hans een analyse van de voordelen van het drinkgedrag (prettig voelen, ontspannen gevoel, geen zorgen aan het hoofd, lekker even vluchten voor de realiteit). En hij legde Hans uit dat, wilde hij van dat drinken afkomen, hij ervoor moest zorgen dat het drinken voortaan niet meer 'lonend' was. Dat kon op verschillende manieren: Hans kon aan zijn huisarts om een misselijkmakend middel vragen. Elke keer als hij wilde drinken, moest hij dan zo'n pil innemen. Als hij dan tóch dronk, zou hij hondsberoerd worden. Maar er waren ook minder drastische maatregelen mogelijk: hij kon ook met zijn vrouw af-

spreken dat ze het 's avonds gezellig zouden maken als hij niet dronk. Op die manier werd het niet-drinken bekrachtigd, en dat werkt net zo goed als, zo niet beter dan het bestraffen van het drinken, zei de gedragstherapeut.

Maar ook nu weer had Hans bezwaren: 'Ik ben toch geen machine, ik ben toch geen robot?'

'Zo moet u dat niet zien', probeerde de therapeut nog.

'Ik zie het ook niet zo, maar u wél, en daarom stap ik op. Er moet nog een andere, meer menselijke manier zijn en daar ga ik naar op zoek.'

Die meer menselijke manier vond Hans bij een aardige, zorgzame en erg goed luisterende 'empathische' (invoelende) rogeriaanse therapeut. Hans voelde zich bij deze man enorm geaccepteerd en begrepen. Deze man liet hem elke sessie vertellen wat hij wilde, alles was goed, van de hak op de tak, over vroeger en later, het maakte allemaal niets uit. Alles was goed, en Hans was ook goed. Daar geloofde deze therapeut heilig in. Het enige wat Hans nodig had, was voldoende ondersteuning en een volledige acceptatie door zijn omgeving in plaats van al die kritiek en verwijten die hij nu kreeg. Dan zou Hans vanuit zichzelf wel doorgroeien naar een stadium waarin hij geen drank meer nodig zou hebben om zichzelf prettig te voelen. Hans zou dan zichzelf zijn geworden. Puur en zonder hulp van middelen. Deze benadering beviel Hans aanvankelijk goed. Hij kreeg immers nooit kritiek van zijn therapeut en hij kon steeds zelf bepalen waar hij over sprak. De therapeut liet hem helemaal zijn eigen gang gaan en gaf op geen enkele manier sturing en richting aan het gesprek. Een verademing.

Maar Hans zou Hans niet zijn als hij niet na enige tijd ook van deze benadering de buik vol kreeg. Want dat overdreven non-directieve gedoe begon hem zo zoetjes aan toch ook wel een beetje de keel uit te hangen. Hij wilde zo onderhand wel eens wat duidelijke adviezen, over hoe hij zijn leven het best kon aanpakken. Maar zo werkt dat niet bij non-directieve therapeuten. Dus telkens als Hans om een bepaald advies vroeg of de mening van de therapeut over iets wilde horen, kreeg hij steevast hetzelfde antwoord: 'Wat had je er zelf van gedacht, Hans?'

'Ja,' zei Hans dan, 'wat ik er zélf van denk dat weet ik natuurlijk wel. Maar ik wil nu onderhand wel eens weten wat u er allemaal van denkt.'

'Waarom wil je dat weten?' vroeg de therapeut dan.

'Omdat ik wil communiceren, tweerichtingsverkeer, begrijpt u wel?'

'Maar het gaat hier alleen maar om jou, Hans, niet om mij.'

'Maar dat doet zo onnatuurlijk aan. Ik krijg nooit op mijn donder, alles wat ik zeg is goed, al ga ik op mijn kop staan, u vindt het allemaal prima. Dat kan toch niet kloppen zo?'

'Waarom denk je dat, Hans?'

'Waarom geeft u niet gewoon antwoord op mijn vragen?'

'Waarom wil je dat zo graag?'

En Hans vertrok.

Daarna kwam Hans terecht in de armen van een RET-therapeut. Deze man werkte volgens de Rationeel Emotieve Therapie van Albert Ellis. In deze benadering staat iemands manier van denken centraal. Vaak houden mensen er namelijk de meest vreemde (lees: irrationele) ideeën op na en maken ze zichzelf gek doordat ze allerlei onredelijke eisen aan zichzelf en hun omgeving stellen. Een RET-therapeut probeert samen met de cliënt deze irrationele ideeën op het spoor te komen en deze vervolgens te vervangen door rationele alternatieven. Een veelvoorkomend voorbeeld van

een irrationele gedachte is: ik mag nooit een fout maken, want dan ben ik als mens een totale mislukking. Een rationeel alternatief voor zo'n dwang-gedachte zou kunnen zijn: ik hoop dat ik geen fouten maak, maar garanderen kan ik dat niet want ik ben ook maar een mens. Deze manier van denken haalt de druk van de ketel en dat sprak Hans natuurlijk wel aan. Door anders te gaan denken, zou hij zich ook anders gaan voelen, hield deze therapeut hem steeds voor.

Alleen, dat anders denken zou aanvankelijk erg veel zelfdiscipline en doorzettingsvermogen van hem vragen, en dat waren nu juist niet Hans' sterkste punten.

'Niets mee te maken', zei de RET-therapeut. 'Waar een wil is, is een weg. In feite is het eigenlijk altijd een kwestie van kiezen: óf je gaat met jezelf aan de slag, óf je kiest ervoor je leven lang een sukkel te blijven. Dus wat ga je doen?'

Hans is er nog niet uit... hij voelt allerlei *weerstand*en in zich opborrelen. Eigenlijk vindt hij al die therapeuten erg beperkt in hun denken. Ze lijken er allemaal van overtuigd te zijn dat er maar één waarheid is en dat is die van henzelf.

Weerstand

Hans stoort zich aan hun kortzichtigheid. Want volgens hem spelen vrijwel alle genoemde factoren een rol bij het ontstaan en het blijven voortbestaan van zijn drankprobleem. Hij zal best wel last hebben van zijn vader en van verborgen angsten. Zoals hij beslist ook verkeerde ervaringen zal hebben opgedaan. En natuurlijk heeft hij zich niet kunnen ontplooien zoals hij wilde (hij wilde namelijk eigenlijk chirurg worden) en houdt hij er bepaalde irrationele ideeën op na (als ik maar rijk genoeg ben, zal ik gelukkig zijn). Naar zijn overtuiging kan hij zijn probleem alleen maar aanpakken als hij alle invalshoeken combineert. Navraag leerde hem dat zo'n gecombineerde aanpak tegenwoordig door met name de eerstelijnspsychologen wordt gehanteerd.

We zetten de verschillende visies hier nog even op een rij:

- Als je vanuit een freudiaanse visie werkt, dan zul je je vooral richten op allerlei onbewuste processen in de hulpvrager.
- Werk je vooral vanuit een leertheoretische visie, dan zul je vooral aandacht hebben voor het systeem van beloningen en straffen waarmee de hulpvrager zich bepaalde gedragingen heeft eigengemaakt.
- Rogeriaans georiënteerde hulpverleners hebben met name aandacht voor de mogelijkheden tot persoonlijke groei van de cliënt.
- RET-hulpverleners zullen zich vooral richten op de manier van denken en de irrationele ideeën die hun cliënt erop nahoudt.

Nota bene: het hiervoor genoemde zeer beknopte overzicht van enkele van de meest toegepaste vormen van therapie is in theorie wel aardig, maar in de praktijk valt dit strikte onderscheid vaak weg. Bovendien zijn er ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg die het 'vrije' werken van de hulpverlener inperken. We staan er even bij stil.

Protocollaire hulpverlening

Als we zojuist spraken over de verschillende methodieken van hulpverlening, dan deden we dat vanuit de veronderstelling dat een hulpverlener vrij

is om een bepaalde vorm van hulpverlening toe te passen. Dat is tegenwoordig maar zeer de vraag. Meer en meer gaan andere 'partijen', zoals verzekeraars en andere uitkerende instanties, – gesteund door de politiek – zich bemoeien met de soort hulpverlening die mag worden toegepast. Instellingen en vrijgevestigde hulpverleners worden op deze manier ertoe verplicht om een bepaalde vorm van hulpverlening of methodiek toe te passen, omdat deze het minst tijdrovend en het meest effectief (lees:

Verzekeraars

goedkoop) zou zijn. Men spreekt in dit verband van een zogenaemde *protocollaire aanpak*. Alsof alle vormen van bijvoorbeeld depressie, angsten en fobieën hetzelfde zouden zijn. Je hoeft geen doctor in de psychologie te zijn om in te zien dat dat natuurlijk onzin is: elk mens beleeft zijn depressie, angst of fobie op zijn eigen unieke individuele manier.

Protocollaire aanpak

Er valt veel voor te zeggen om deze visie op hulpverlening op zijn minst wat kort door de bocht te noemen, aangezien de meeste effectstudies de wetenschappelijke toets der kritiek niet kunnen doorstaan. Studies naar de werkzaamheid van een bepaalde aanpak laten vaak veel te wensen over, dus wat wil *evidence-based* dan zeggen? Maar de betaler bepaalt, en dus hebben verzekeraars steeds meer macht gekregen. En dat allemaal met als doel de kosten in de geestelijke gezondheidszorg terug te dringen. In dit kader wordt ook de behandeling van steeds meer klachten niet meer vergoed door de ziektekostenverzekeringen: problemen in de werksituatie, relationele problemen en 'aanpassingsstoornissen' vallen tegenwoordig buiten de boot. Men gaat ervan uit dat er in deze gevallen sprake is van een 'probleem', en niet van een 'ziekte', zodat een ziektekostenverzekering dan ook niet in beeld komt. Een knapperd overigens die het verschil tussen een probleem en een ziekte precies weet aan te geven.

Het zal duidelijk zijn dat de weerstand tegen deze protocollaire opvatting vrij groot is, zowel vanuit de maatschappij (de cliënten of patiënten) als vanuit de hulpverlenende partijen. Toch lijkt het er anno 2019 naar uit te zien dat de behandelende instanties vaak niet anders kunnen dan zich voegen naar de uitkerende instanties, hoewel er ook veel (vaak zelfstandig werkende) hulpverleners zijn die weigeren contracten met verzekeringsmaatschappijen af te sluiten. Het gevolg daarvan is overigens wel dat de hulpvrager dan in veel gevallen minder vergoed krijgt.

Rol verzekeringsmaatschappij

Een ander probleem is dat op het moment dat dit boek geschreven wordt, er nog steeds geruzied wordt over de vraag hoeveel informatie een verzekeringsmaatschappij mag krijgen van de hulpverlener. Verzekeraars willen vaak veel meer weten (de diagnose bijvoorbeeld) dan de wet op de privacy toelaat. En neem van mij aan dat de meeste cliënten er ook niet op zitten te wachten dat hun privé-informatie bekend wordt bij de verzekeraar.

E-health

Als we het hebben over de rol van de verzekeraars in deze tijd, dan mag een bespreking van de door hen voorgestelde en vaak zelfs deels verplicht gestelde *E-health* niet ontbreken. Verplicht in die zin, dat hulpverleners geacht worden ten minste tien procent van hun hulpverlening per computer af te werken. Met E-health worden dan bedoeld al die vormen van hulpverlening waarbij de computer, tablet of smartphone een centrale rol speelt. Denk daarbij aan moderne communicatiemiddelen als Skype, apps en Twitter. Kennelijk gaan verzekeraars ervan uit dat psychologische hulpverlening in veel, zo niet alle gevallen ook prima mogelijk is via de moderne sociale media: lekker snel, en vooral: veel goedkoper. Want waarom zouden hulpverlener en hulpvrager een persoonlijk, fysiek contact met elkaar moeten heb-

E-health

ben? Als je elkaar via internet ziet en/of hoort, dan is dat toch net zo effectief?

Nee, dat is dus niet net zo effectief. Ontelbare onderzoeken hebben duidelijk aangetoond dat juist de persoonlijke verstandhouding, de persoonlijke, fysieke nabijheid, de 'klik' van cruciaal belang is voor het welslagen van een hulpverlening. Men spreekt in dit verband van het doorslaggevend belang van de *niet-specifieke factoren van een therapie*, waarmee het menselijke contact, de klik, de sympathie (of antipathie) wordt aangeduid. Inderdaad, allemaal zeer moeilijk meetbare factoren waar geen enkele test of computer toe in staat is. Ik ken dan ook geen enkele hulpverlener, behalve de ontwikkelaars/eigenaars van deze computerhulpverleningsprogramma's, die deze ontwikkelingen toejuicht.

Het kan niet vaak genoeg gezegd worden dat de ene oriëntatie of visie niet beter of slechter is dan de andere, ook al beweren ze zonder uitzondering allemaal dat ze de beste zijn, al dan niet ondersteund door onderzoek: *evidence-based*. Het soort hulpverlener, in combinatie met het soort hulpvrager, in combinatie met de soort problematiek, het zijn allemaal factoren die bepalen wat in een gegeven situatie de beste aanpak zal zijn. Vaak zal een combinatie van methodieken de beste resultaten opleveren.

Niet-specifieke factoren van een therapie

Evidence-based

1

1.3 Nogmaals: professioneel hulpverleners, wat is dat eigenlijk?

We keren nu terug naar de vraag in de titel van dit hoofdstuk: 'hulpverleners', wat is dat eigenlijk? Waarbij we in ons antwoord uitgaan van de *professionele* vormen van hulpverlening. We kunnen daar nu al een wat genuanceerder antwoord op geven:

Professioneel hulpverleners is vanuit een min of meer omschreven visie de hulpvrager helpen bij het vinden van een passende oplossing voor zijn problemen.

Professioneel hulpverleners

Daarmee is in feite al één belangrijk verschil aangegeven tussen professionele en niet-professionele vormen van hulpverleners. Want bij een professionele vorm van hulpverleners dien je je dus steeds bewust te zijn van je rol en handelen als hulpverlener. Wat doe ik? Wat zeg ik? Druk ik mij uit op het begripsniveau van de hulpvrager? Hoe reageer ik? Hoe kom ik over? Ben ik consequent? Ben ik integer? Wat zijn de consequenties van mijn adviezen? Dit zijn nog maar enkele van de vele vragen die voortdurend door je hoofd moeten spoken. Je moet als hulpverlener voortdurend *reflecteren* op je eigen gedrag: Wat zeg ik, en waarom zeg ik dat? Kloppen mijn veronderstellingen en conclusies? Hoe kom ik over? Welke gevoelens roept deze cliënt bij mij op en waarom is dat zo?

Reflecteren

Vooraf in het begin van je carrière als hulpverlener is dat een heel vermoeiende – en soms wanhopig makende – bezigheid. In een niet-professionele situatie van hulpverleners hoeft je in de meeste gevallen niet zo streng voor jezelf te zijn en je voortdurend bewust te zijn van je handelen.

In het navolgende gaan we nog meer mogelijke problemen bekijken die zich kunnen voordoen bij elke vorm van gespreksvoering, en dus zeker bij een hulpverlenend gesprek.

1.4 Voetangels en valkuilen bij de hulpverlening: de persoon van de hulpverlener

We gaan de aandacht nu specifiek richten op allerlei belemmerende factoren die werkzaam kunnen zijn *in de persoon van de hulpverlener*. We doen dat – we zeggen het nog maar eens – om de toekomstig professional meer en meer (zelf)bewust te maken van de complexiteit van de menselijke interactie. Vaak laten we ons gedrag, ook als hulpverlener, bepalen door zaken, overtuigingen, vooroordelen, frustraties en eerdere ervaringen waar we ons mogelijk niet, of maar heel weinig van bewust zijn. Het is dan ook niet voor niets dat het in veel opleidingen, bijvoorbeeld tot psychotherapeut, verplicht is in ‘leertherapie’ te gaan om zicht te krijgen op dergelijke, vaak onbewuste, processen in jezelf.

We beginnen met enkele veelvoorkomende valkuilen die meestal goed herkenbaar zullen zijn. Wanneer we het gaan hebben over de werking van afweermechanismen (paragraaf 1.5), beoordelingseffecten (paragraaf 1.6) en de verschijnselen van weerstand, overdracht en tegenoverdracht (paragraaf 1.7), wordt het allemaal veel ingewikkelder.

In een professionele gespreksrelatie (een relatie tussen een hulpvrager en een hulpverlener) gelden over het algemeen andere regels, waarden en normen dan in een ‘gewoon’ gesprek. Zo zagen we zojuist al dat je je in een professioneel gesprek altijd heel goed bewust moet zijn van wat je precies zegt en wat voor consequenties daaruit kunnen voortvloeien. Er zijn echter nog meer zaken waar je alert op moet zijn. We noemen de belangrijkste aspecten:

- je eigen mening
- moralisme
- ‘de’ waarheid
- een te grote betrokkenheid

1.4.1 Het gevaar van je eigen mening

Eigen mening

Niets is zo verleidelijk als het geven van je eigen mening, zeker wanneer iemand je om raad en/of hulp vraagt. Soms wordt daar zelfs expliciet naar gevraagd: ‘Wat zou u doen in mijn situatie? Vindt u ook niet dat ik zus of zo zou moeten doen?’

Inderdaad, in veel gevallen zul je de neiging om je eigen mening te geven nauwelijks kunnen bedwingen. En toch moet je dat in vrijwel alle gevallen doen. Om een heel simpele reden: jij bent de ander niet. En naarmate de problematiek persoonlijker is, wordt het geven van jouw mening gevaarlijker. Maar al te vaak blijken zaken toch *nét* iets anders te zijn dan jij had gedacht en blijkt het gevoelsleven van de hulpvrager *nét* iets anders in elkaar te zitten dan jij dacht.

Toch is juist jouw mening iets wat heel veel cliënten erg belangrijk vinden. Maar hoe belangrijker ze dat lijken te vinden, des te voorzichtiger jij moet zijn. Kennelijk wil men jouw mening in die gevallen gebruiken om zichzelf sterker te voelen, om bevestiging te krijgen. Die bevestiging moet de hulpvrager in zichzelf leren vinden, niet in jou. Jij mag hem daar alleen maar bij helpen. In voorbeeld 1.2 wordt om bevestiging gevraagd.

VOORBEELD 1.2**Idealen najagen**

Gemma is niet gelukkig. Ze heeft voortdurend het gevoel dat ze 'iets' mist. Haar huwelijk is op de een of andere manier niet bevredigend, het hele leven staat haar op de een of andere manier tegen, zonder dat ze precies kan aangeven waarom. Ze droomt letterlijk en figuurlijk van de prins op het witte paard en van een leven vol gelukzaligheid. 'Er moet meer zijn', zegt ze al jaren tegen zichzelf. Het gevolg van al deze onvervulde dromen en verlangens is dat ze steeds depressiever wordt en in haar wanhoop haar geluk elders (bij een andere man) probeert te zoeken. Dat werd dus een grote desillusie: de man was een spirituele mooiprater, maar bleek alleen uit te zijn op seks. Gemma gaf toe (trapte erin) en knapte helemaal af. De seks met die mooiprater was nog slechter dan met haar eigen man. Ten einde raad zocht ze hulp, totaal in de war.

Dat nogal wat 'spirituele leiders', of goeroes, het met de seksuele moraal en beroepsethiek niet zo nauw nemen, is de laatste jaren wel duidelijk geworden. Lees er de kranten of het internet maar op na. Veel van dit soort figuren maken misbruik van de vrouwen die ze met allerlei mooie verhalen en beloften van 'verlichting' en 'eeuwig geluk' totaal afhankelijk van hen hebben gemaakt. Maar goed, wat zeg je tegen zo'n wanhopige vrouw (die als kind al heel veel nare ervaringen heeft opgedaan)?

Een foute reactie van de hulpverlener zou in dit geval zijn om de vrouw verwijten te gaan maken over haar naïviteit en haar ontrouw jegens haar man. Je hebt dan geen oog voor haar wanhoop en eenzaamheid. Een goede reactie zou kunnen zijn als je tegen Gemma zegt dat elk mens natuurlijk gelukkig wil zijn of worden, maar dat een dergelijk geluk nooit afhankelijk kan zijn van een ander persoon, en al helemaal niet van een persoon die alleen maar uit is op seks. Toon begrip voor haar wanhoop en eenzaamheid, en bespreek reële alternatieven waarmee ze een prettiger leven kan krijgen.

1.4.2 Het gevaar van moralisme

Ook het gevaar van moralisme is in de praktijk van de hulpverlening een moeilijke zaak. Niet zelden zul je geconfronteerd worden met zaken die tegen je gevoel indruisen en die totaal tegen je rechtvaardigheidsgevoel ingaan, zoals in voorbeeld 1.3.

Moralisme

VOORBEELD 1.3**Discutabel gedrag**

Meneer Van Riel, 37 jaar oud, IT-specialist, goede baan, leuk gezin, mooie auto, meldt zich bij jou voor een intakegesprek. Hij geeft aan zich in toeneemende mate gespannen te voelen en last te krijgen van paniekaanvallen. Hij heeft daarbij de neiging te gaan hyperventileren, iets waar hij letterlijk en figuurlijk doodsbenuwd voor is.

Al snel komt de aap uit de mouw. Meneer Van Riel blijkt er een buitenechtelijke relatie op na te houden en de dame in kwestie zet hem de laatste tijd steeds sterker onder druk om zijn gezin in de steek te laten en met haar een nieuw leven te beginnen. Meneer Van Riel is als de dood dat zijn vriendin een keer op de koffie zal gaan bij zijn echtgenote...

Wat zeg je in het geval van voorbeeld 1.3? Er zijn natuurlijk ontelbaar veel mogelijke reacties. Maar wat je reactie ook mag zijn, het is in ieder geval (vrijwel) nooit de bedoeling dat je je moralistisch opstelt en meneer Van Riel gaat vertellen dat hij zich moet schamen omdat hij zijn lieve vrouw en bloedjes van kinderen bedriegt en in de steek dreigt te laten voor een ongetwijfeld goedkope en geldbeluste snol.

In feite gaat het hier om een van de grote problemen in de hulpverlening: waardevrijheid. Kan een hulpverlener goed functioneren als hij daarbij zijn eigen stelsel van normen en waarden geweld moet aandoen? De meningen zijn daarover – niet verwonderlijk natuurlijk – verdeeld. Aan de ene kant heb je de mensen die het een uiting van professionaliteit vinden als de hulpverlener in staat is zich altijd 'klinisch', afstandelijk en totaal onpartijdig weet op te stellen. Die dus – als hij de verhalen en details aanhoort over de gevallen van incest, verkrachtingen en andere wreedheden – in staat is zijn systeem van normen en waarden, en niet te vergeten: zijn emoties, buiten zijn beoordelingsvermogen te houden.

Aan de andere kant heb je de groep die juist van mening is dat de eigen emoties een rol mogen spelen, aangezien hulpverlening in hun ogen gebaseerd moet zijn op 'echtheid' en waarachtigheid. Carl Rogers, bijvoorbeeld, was van mening dat deze echtheid bij de hulpverlener een noodzakelijke voorwaarde is, wil een groeiproces bij de cliënt op gang kunnen komen. *Onvoorwaardelijke acceptatie van de cliënt* hoort daar evenzeer bij, zoals we nog zullen zien. Maar hoe kun je iemand onvoorwaardelijk accepteren als die gedrag vertoont of heeft vertoond dat jij als persoon verafschuwt?

Onvoorwaardelijke acceptatie

!

Ga voor jezelf steeds na wat jij kunt hebben als je hulp moet verlenen aan iemand wiens gedrag je absoluut niet kunt goedkeuren. Als je jezelf enorm moet forceren om met een bepaalde cliënt te werken, draag deze dan over aan iemand anders. Soms doen mensen dingen die zo'n diepe indruk op je maken, dat je als hulpverlener niet meer goed kunt functioneren. Dat is natuurlijk geen schande. Als je bijvoorbeeld zélf het slachtoffer bent geweest van een geweldsdelict en seksueel misbruik, dan is het heel invoelbaar dat je beter niet met dergelijke daders kunt werken. Van de andere kant: doordat je een 'ervaringsdeskundige' bent, zal je inlevingsvermogen (empathie) veel groter kunnen zijn. Maar dan is het wel een voorwaarde dat je je eigen narigheid voldoende hebt verwerkt. Daarvoor is een grondige zelfkennis nodig.

Een ingewikkelde kwestie dus, maar in zijn algemeenheid kunnen we stellen dat het niet de bedoeling is dat je je als een moraalridder opstelt en cliënten te pas en te onpas vertelt wat ze in jouw ogen allemaal wel en niet mogen doen. Veel mensen hebben nu eenmaal de neiging om bij tijd en wijle de waarheid geweld (soms zelfs onbewust) aan te doen of, wanneer dat zo uitkomt, de kluit in meer of mindere mate te belazeren. Iedereen verzwijgt weleens wat voor de belasting of rijdt weleens door rood, of is iets vriendelijker dan strikt nodig is tegen een aantrekkelijke collega. Bij dergelijke 'mindere' vergrijpen moet je je cliënten in hun waarde laten en je volstrekt neutraal opstellen. Dat is in veel gevallen makkelijker gezegd dan gedaan. Vaak verraad je je mening door een bepaalde mimiek of lichaamshouding. We komen daar nog op terug in paragraaf 2.2 over verbale en non-verbale communicatie.

Het is duidelijk dat je houding tegenover cliënten voor een deel ook bepaald wordt door de manier waarop je tegen mensen – de mensheid – in het alge-

meen aankijkt. Zo kun je van mening zijn dat mensen 'van nature' goed zijn en alleen maar slechte dingen doen als ze daartoe door de omstandigheden worden gedwongen. Rogers had zo'n positief mensbeeld. Freud daarentegen niet. Volgens hem waren mensen in de grond van de zaak onverbeterlijke egoïsten, die in principe maar op één ding uit zijn, en dat is de bevrediging van hun biologische, seksuele en agressieve behoeften. Hulpverleners doen er goed aan zich af te vragen hoe hún mensbeeld in elkaar steekt. Vul daarom zelftest 1 eens in.

ZELFTEST 1: NEGATIEF BEELD VAN ANDEREN

In de tabel staan zes uitspraken genoteerd. Onder elke uitspraak staan de cijfers 1 tot en met 5. Je kunt, door een bepaald cijfer te omcirkelen, aangeven in welke mate je het met de betreffende uitspraak eens bent. Een 1 wil zeggen: 'helemaal niet mee eens'. Een 2 wil zeggen: 'tamelijk mee eens'. Een 3 wil zeggen: 'geen mening'. Een 4 wil zeggen: 'tamelijk mee eens'. Een 5 wil zeggen: 'helemaal mee eens'.

ZELFTEST 1 Negatief beeld van anderen

- 1 Als mensen onaardig tegen me doen, dan is dat voor mij het zoveelste bewijs voor het feit dat ze eigenlijk niet deugen.

<i>Oneens</i>	?	<i>Eens</i>		
1	2	3	4	5

- 2 Als mensen aardig tegen je zijn, dan hebben ze iets van je nodig.

<i>Oneens</i>	?	<i>Eens</i>		
1	2	3	4	5

- 3 Mensen veranderen niet: 'eens een dief, altijd een dief'.

<i>Oneens</i>	?	<i>Eens</i>		
1	2	3	4	5

- 4 Ik ga er maar van uit dat ik belazerd word.

<i>Oneens</i>	?	<i>Eens</i>		
1	2	3	4	5

- 5 Ik ga ervan uit dat alle mensen enorme egoïsten zijn.

<i>Oneens</i>	?	<i>Eens</i>		
1	2	3	4	5

6 Als het eropaan komt, is niemand te vertrouwen.

Oneens		?		Eens
1	2	3	4	5

Totaal =

Bron: Verhulst, 2012

Vrouwen scoorden op deze test gemiddeld 10,7 punten en mannen gemiddeld 11,5.

Het mag duidelijk zijn dat als je op deze test hoog scoort (> 20), het niet bijster goed gesteld is met je vertrouwen in de medemens. Je zult er vaak van uitgaan dat mensen – dus ook je cliënten – erop uit zijn je te belazeren. Uiteraard is het goed om altijd rekening te houden met de *mogelijkheid* dat mensen – dus ook cliënten – de waarheid geweld aandoen of bij je komen uit egoïstische motieven, maar in jouw werk als hulpverlener past het om mensen altijd het voordeel van de twijfel te gunnen. Cliënten verdienen hoe dan ook een eerlijke kans, en je kunt de ene cliënt niet verantwoordelijk maken voor de oneerlijkheid van de andere(n).

!

Als je erg hoog scoort op zelftest 1, ga dan voor jezelf na hoe dat komt. Heb je zelf veel negatieve ervaringen meegemaakt? Ben je vaak belazerd of bedrogen door iemand? Heb je van huis uit een negatief mensbeeld meegekregen? Als dat allemaal het geval is, dan is het natuurlijk begrijpelijk dat je daardoor op een negatieve manier wordt beïnvloed. Probeer echter een onderscheid te maken tussen *voorzichtigheid* en *achterdocht*. Je mag als hulpverlener voorzichtig zijn, in veel gevallen doe je er zelfs goed aan voorzichtig te zijn. Voorzichtigheid is vaak verstandig, *rationeel*. Achterdocht is meestal onverstandig, *irrationeel*.

!

Wees bedacht op *moralisme* als je hoog scoort op deze test. Want een negatief mensbeeld leidt heel gemakkelijk tot de neiging mensen te gaan veranderen in een richting die jij als de enige juiste ziet.

1.4.3 Het gevaar van 'de' waarheid

Waarheid

Het volgende probleem heeft te maken met de waarheid. Het probleem met de waarheid is namelijk dat elk mens zijn of haar eigen waarheid en waarheden heeft. 'De' waarheid bestaat dus helemaal niet. Dit lijkt een open deur, maar je zult er in de praktijk al heel snel achter komen hoe vaak hulpvragers en hulpverleners deze waarheid als een koe vergeten. Met de waarheid is het hetzelfde gesteld als met de werkelijkheid. Er zijn namelijk net zoveel werkelijkheden als er mensen zijn. Want elk mens creëert in zijn hoofd zijn eigen werkelijkheid.

Het is dus van belang als je met anderen in gesprek bent en je merkt dat ze heel anders tegen (oor)zaken aankijken, dat hun waarheid voor hen net zo waar is als jouw waarheid voor jou.

In je werk als hulpverlener zul je regelmatig te maken krijgen met conflictsituaties. Als je verstandig bent, zul je met alle partijen in gesprek gaan om hun visie op de problematiek te achterhalen. Het is vervolgens heel goed mogelijk dat de visie van de ene partij je veel meer aanspreekt dan die van de andere partij. En natuurlijk heb je dan de neiging om die ene partij gelijk te geven en de andere niet. Toch zou dat een kunstfout zijn, want net als je eigen mening (zie subparagraaf 1.4.1) doet jouw visie op de waarheid er in zo'n geval niet toe. Laat mensen hun eigen waarheden vinden en stel je niet op als scheidsrechter. Dat kan soms heel erg moeilijk zijn, zeker in schrijnende gevallen.

Je zult verderop in dit boek overigens zien dat hulpverleners heel verschillend omgaan met deze kwestie. Rogeriaanse hulpverleners stellen zich in de regel non-directief op en zullen er veel minder moeite mee hebben dat hulpvragers uitgaan van hun eigen visie op de werkelijkheid. Terwijl hulpverleners die werken volgens de RET vaak veel confronterender en uitdagender met hun cliënten omgaan. Daarbij kunnen zich dan ook heel gemakkelijk aanvaringen voordoen. Kern van de RET is juist vaak dat de visie die de cliënt op de werkelijkheid heeft, min of meer wordt onderuitgehaald. Ellis was in zijn sessies beslist geen lieverdje en gebruikte vaak erg onorthodoxe taal om zijn standpunt duidelijk te maken.

1.4.4 Het gevaar van een te grote betrokkenheid

Een effectieve hulpverlener weet de juiste afstand te bewaren tegenover de hulpvrager. Dat betekent dat hij in principe probeert het midden te houden tussen objectiviteit en empathie. In gewoon Nederlands: als hulpverlener moet je proberen je hoofd erbij te houden, terwijl je tegelijkertijd oog moet hebben voor de gevoelens van zowel de hulpvrager als van jezelf.

Dat kan soms heel moeilijk zijn, zeker wanneer het verhaal van de hulpvrager erg aangrijpend is of je bijvoorbeeld doet denken aan dingen die je zélf hebt meegemaakt. In dat laatste geval kan het gebeuren dat je té betrokken raakt bij een bepaalde cliënt. Je loopt dan het risico dat je oordeel niet meer objectief is en dat kan weer een effectieve vorm van hulpverlening in de weg staan.

Te grote
betrokkenheid

Als je merkt dat het verhaal van je cliënt je – om wat voor reden dan ook – erg aangrijpt (je kunt het niet meer loslaten), praat daar dan over met je supervisor of begeleider. Blijf er in ieder geval niet mee rondlopen, want daarmee help je noch je cliënt, noch jezelf. Als blijkt dat je emotionele betrokkenheid inderdaad te groot is geworden om effectief te functioneren, draag je cliënt dan over. Betrokkenheid kan ook overgaan in verliefdheid.

Soms kan het gebeuren dat je cliënt verliefd wordt op jou ('eindelijk iemand die echt naar me luistert en die me begrijpt'), maar het omgekeerde is ook mogelijk: dat jij verliefd wordt op je cliënt. Als dergelijke emoties gaan spelen, verbreek dan het contact. Als je dat niet doet, raak je emotioneel, professioneel en ethisch zwaar in de problemen. De regels in de hulpverlening zijn op dit gebied heel streng, en terecht. Vergeet niet dat er altijd sprake is van een ongelijkwaardige relatie tussen een hulpvrager en een hulpverlener. En de truck om in geval van verliefdheid je cliënt snel door te verwijzen naar een andere hulpverlener zodat je je gang kunt gaan, gaat ook niet (meer) op. Dergelijke kwesties zijn in de praktijk best ingewikkeld. Want stel dat je elkaar na een jaar of zo tegenkomt en er is sprake van wederzijdse gevoelens? Heeft bijvoorbeeld een beroepsvereniging dan nog het recht om een liefdesrelatie tussen twee volwassen mensen te verbieden? Hoeveel tijd

Verliefdheid

moet er dan tussen zitten? Dergelijke voorvallen zijn veel voorgekomen en de regelgeving is vaak toch onduidelijk. Voorbeeld 1.4 is een praktijkvoorbeeld van een verliefd geworden hulpvrager en de reactie daarop.

VOORBEELD 1.4

Verliefd worden

Lies is een 24-jarige stagiaire. Ze heeft sinds enkele maanden wekelijks gesprekken met meneer Van Vugt (getrouwd, drie volwassen kinderen). De gesprekken verlopen prettig, meneer geeft aan er veel baat bij te hebben. Wanneer de klachten zover lijken te zijn afgenomen dat er gedacht kan worden aan het afsluiten van de begeleiding, ontvangt Lies opeens een brief van meneer Van Vugt. Daarin 'biecht' hij op dat hij Lies steeds minder als hulpverleenster is gaan beschouwen en steeds meer als een aantrekkelijke jonge vrouw. Hij verzoekt haar in dezelfde brief met klem dat ze er niets achter moet zoeken, maar zou ze een keer met hem op stap willen gaan, of gezellig uit eten?

Lies verwachtte een dergelijke brief niet. Ze overlegt met haar supervisor. Deze raadt haar aan om netjes, maar formeel aan meneer Van Vugt te laten weten dat zij het contact formeel als beëindigd beschouwt. De reactie van meneer Van Vugt: 'Ik dacht dat er meer was tussen ons.' Lies krijgt het advies om helemaal niet meer te reageren op verdere pogingen tot contact van meneer. In strikt psychoanalytische termen zou hier sprake kunnen zijn van een typisch geval van overdracht (zie subparagraaf 1.7.3).

1.5 Afweermechanismen

'Elk mens creëert zijn eigen waarheid', is een veelgehoord gezegde. Dat geldt zeer zeker op het gebied van de hulpverlening. Mensen hebben allemaal hun eigen visie op 'de waarheid' en de werkelijkheid, en het is vaak maar de vraag of twee mensen de werkelijkheid op dezelfde manier waarnemen. In de filosofie en met name in het boeddhisme is dit al eeuwenlang onderwerp van gesprek. Ook, of liever, vooral in de hulpverlening doet dit probleem zich voor. Vanuit onze persoonlijke ervaring en levensgeschiedenis wordt onze waarneming van de wereld om ons heen gekleurd. In een aantal gevallen zijn we ons daarvan bewust en kunnen we daarmee rekening houden. In andere gevallen verlopen die 'waarnemingsvervalsingen' onbewust en kunnen ze voor grote problemen zorgen.

Een van de meest voorkomende oorzaken van waarnemingsvervalsingen wordt gevormd door de zogenoemde afweermechanismen. Sigmund Freud (en later zijn dochter Anna) gebruikte deze term om er al die psychische processen mee aan te duiden waarmee een persoon zijn eigen beangstigende en pijnlijke werkelijkheid omvormt tot een werkelijkheid die minder bedreigend is. In gewoon Nederlands: elk mens heeft volgens Freud de onbewuste neiging om nare zaken buiten zijn bewustzijn te houden.

De meest voorkomende afweermechanismen zijn:

- 1 verdringing
- 2 ontkenning
- 3 projectie
- 4 reactieformatie of overdekking door het tegendeel

- 5 rationalisatie
- 6 sublimatie
- 7 isolatie van affect

Ad 1 Verdringing (repressie)

Dit is een poging van ons bewuste 'ik' om negatieve ervaringen en niet-gevenste zaken buiten het bewustzijn te houden. Zo kun je een onplezierige gebeurtenis of een afspraak met de tandarts 'vergeten'. Of je kunt een ongelukkige liefde 'vergeten' doordat de herinnering eraan te veel pijn doet. Men 'vergeet' nare, pijnlijke of beschamende gebeurtenissen.

Ad 2 Ontkenning

Hierbij worden onplezierige gebeurtenissen in de externe realiteit niet waargenomen. Als je iets ergs te horen krijgt, kan het gebeuren dat je spontaan het gevoel krijgt 'dat het niet waar kan zijn'. Je geest schiet als het ware in een droomtoestand, om de klap op die manier (tijdelijk!) te verzachten. Een ander voorbeeld van ontkenning is als de man van een bejaard echtpaar overlijdt en de vrouw zich blijft gedragen alsof de man nog leeft; zij blijft voor twee personen koken, inkopen doen enzovoort.

Ad 3 Projectie

Bij de projectie ziet iemand zijn eigen, vaak minder sympathieke neigingen niet bij zichzelf, maar juist in verhevigde vorm bij een ander. 'Ik ben niet agressief, maar hij, die stomme eikel!' Een gefrustreerde hulpverlener die eigenlijk een hekel heeft aan zijn cliënt kan ervan overtuigd zijn dat deze cliënt juist een hekel heeft aan hem. Hij draait de rollen dus om; zoals de waard is, vertrouwt hij zijn gasten.

Ad 4 Reactieformatie of overdekking door het tegendeel

Hierbij wordt een bedreigende neiging om iets te doen (je baas uitschelden, vloeken in de kerk) omgezet in het tegendeel. Als je verliefd bent op iemand en je wilt dat niet laten merken, ga je je onuitstaanbaar gedragen tegenover die persoon. In het omgekeerde geval kan een man een gruwelijke hekel hebben aan zijn vrouw, maar haar desondanks dood(!)knuffelen. Hij doet dat dan uit angst voor het feit dat zijn vrouw zijn werkelijke gevoelens in de gaten krijgt.

Ad 5 Rationalisatie

In dit geval wordt het (meestal negatieve) gedrag goedgepraat met geloofwaardige, maar onjuiste redenen. Pa straft bijvoorbeeld zijn zoon, naar later blijkt ten onrechte. Daarmee geconfronteerd, zegt pa: 'Dat kan wel zo zijn, maar dan weet hij in ieder geval wie er de baas is.' In gewoon Nederlands komt rationalisatie neer op goedpraten: smoezen verzinnen voor minder fraaie gedragingen van jezelf.

Ad 6 Sublimatie

'Sublimeren' wil eigenlijk zeggen: overstijgen. Freud bedoelde daarmee aan te geven dat sommige mensen hun slechte aandriften weten om te buigen tot meer 'verheven' gedrag. Volgens sommige klassieke psychoanalytici zijn bepaalde kunstuitingen vormen van gesublimeerde agressie. Ook vormen van zelfkastijding (zelf geselen) om de 'duivel' uit te drijven zou een vorm van sublimatie kunnen zijn, 'slechte' seksuele impulsen worden omgezet in 'goed' gedrag (geloofsijver).

Ad 7 *Isolatie van affect*

Bij dit afweermechanisme laat iemand bij een nare gebeurtenis alleen de feiten tot zich doordringen, maar niet de bijbehorende emoties. Zo kan een vrouw op de mededeling dat ze een levensbedreigende vorm van borstkanker heeft bijvoorbeeld reageren met de uitspraak: 'Tja, pech gehad. Maar alleen al in Nederland krijgen 15.000 vrouwen per jaar te horen dat ze borstkanker hebben.' Voor het overige vertoont ze geen enkele emotie van angst of ontzetting.

Nogmaals, iedereen maakt privé en in zijn werk gebruik van afweermechanismen. Ze vormen een normale manier om je in het dagelijks leven staande te houden. Het is vaak maar goed dat we niet te lang stilstaan bij allerlei nare herinneringen en gebeurtenissen. Maar je kunt natuurlijk ook te ver gaan, en dan krijgen afweermechanismen een pathologisch (abnormaal) karakter. In die gevallen moet er wat gebeuren om de cliënt de werkelijkheid weer onder ogen te laten zien. Het zal duidelijk zijn dat zo'n confrontatie goed voorbereid moet gebeuren, anders ga je tekeer als een olifant in een porseleinkast.

In de praktijk kun je de werking van afweermechanismen onder meer herkennen aan de gejaagdheid en het opgefokt zijn van de cliënt. Vaak ook zie je vage lichamelijke klachten verschijnen, omdat de cliënt de spanningen die ook het gevolg zijn van de afweermechanismen – je doet tenslotte de werkelijkheid geweld aan – niet goed kwijt kan.

Freud is er eigenlijk nooit helemaal duidelijk over geweest of mensen zich bewust zijn van hun gebruik van afweermechanismen. In principe lijkt hij (Freud) ervan uit te gaan dat ze zich *onbewust* voor de persoon afspelen. Iemand die gebruikmaakt van afweermechanismen zou dus niet in de gaten hebben dat hij de waarheid geweld aandoet. Dat heeft een heel erg belangrijke consequentie voor de praktijk: je moet dus altijd erg voorzichtig zijn als je de cliënt confronteert met zijn afweermechanismen. Hij vervormt zijn realiteit tenslotte niet voor niets. Kennelijk kan hij de confrontatie met de echte werkelijkheid niet aan, en het zou een kunstfout zijn als jij hem daarmee onvoorbereid confronteert. Op die manier zijn al veel ongelukken gebeurd (denk daarbij bijvoorbeeld aan suïcide van de cliënt).

De afweermechanismen laten zich tijdens een therapie zien als 'weerstand' (bewust dan wel onbewust verzet tegen veranderingen, zie paragraaf 1.7). Nog een laatste, erg belangrijke opmerking over afweermechanismen: ze zijn maar beperkt houdbaar. Vroeg of laat (en daar kunnen soms jaren overheen gaan) lukt het niet meer om de werkelijkheid geweld aan te doen (te vervormen). En dan kan het gebeuren dat alle uitgestelde emoties in één keer doorbreken, met alle mogelijke gevolgen van dien (totale ontreddering, psychische decompensatie).

1.6 Beoordelingseffecten

Met de bespreking van moralisme, je eigen mening en afweermechanismen is de lijst met mogelijke problemen en valkuilen nog niet volledig. Er zijn vaak nog meer hindernissen te nemen als je met iemand een traject van hulpverlening(sgesprekken) aangaat.

In het dagelijks leven vormt iedereen zich voortdurend een mening over anderen. Je moet dit ook wel doen, wil je in staat zijn op een overzichtelijke en samenhangende wijze om te gaan met anderen: je moet voor jezelf weten

wat je zo ongeveer aan een ander (een cliënt) hebt, anders kun je je houding niet bepalen en wordt je sociale leefwereld een chaos. Mensen oordelen sneller over elkaar dan een computer waarschijnlijk ooit zal kunnen en ze zijn er, zo blijkt uit onderzoek, ook vrij goed in: door de bank genomen blijken mensen een vrij scherp beeld van iemands persoonlijkheid te kunnen vormen, afgaande op wat ze aan gedragingen van hem zien. Behalve voor de *verschillen* tussen anderen, moet je ook oog hebben voor de overeenkomsten. Dit maakt de waarneming en beoordeling van anderen tot een zeer gecompliceerde opgave, omdat ze in hoge mate beïnvloed en bepaald worden door behoeften en processen die actief zijn *in de beoordeelaar zelf*, in jou dus, in je rol als hulpverlener. Een voorbeeld kan dit verduidelijken. Als jij een ander beoordeelt als vriendelijk, kan deze beoordeling zijn ontstaan uit jouw behoefte aan vriendelijkheid: je ziet wat je wilt zien. Als je iemand als vriendelijk beoordeelt, dan zul je je naar verwachting ook vriendelijk ten opzichte van die persoon gaan gedragen. Het gevolg daarvan is weer dat die persoon naar alle waarschijnlijkheid ook vriendelijk tegen jou gaat doen (zelfs als hij dat niet van plan was), waarmee we het principe van de *selffulfilling prophecy* hebben geïllustreerd. Onze verwachtingen hebben, met andere woorden, een grote invloed op onze waarneming van de realiteit. Zelf heb ik vaak meegemaakt dat een eerste contact met de cliënt stroef verliep omdat ik me al bij de aanmelding (meestal per telefoon) een beeld had gevormd aan de hand van zijn of haar stemgeluid, manier van spreken, of zelfs het moment van het gesprek (midden in een sessie met iemand anders). Ik stoorde mij eraan als iemand niet vroeg: 'Heeft u even tijd?' Op die manier had ik me al een vrij compleet beeld gevormd van deze nieuwe cliënt. Ik moet tot mijn schande echter toegeven dat dat beeld heel vaak totaal niet bleek te kloppen. Heel keurig lijkende mensen bleken helemaal niet zo keurig te zijn, en mensen die in plat dialect spraken, bleken bijzonder introspectieve en coöperatieve cliënten te zijn. Dergelijke ervaringen hebben mij geleerd mijn oordeel over cliënten en andere mensen zo lang mogelijk uit te stellen.

We gaan hier wat dieper in op de effecten die een rol spelen bij de beoordeling van anderen. Uit onderzoek naar de manier waarop en de reden waarom oordelen over anderen tot stand komen, blijkt onder andere dat een persoon een ander altijd waarneemt als één geheel, als een totaliteit, en niet als een verzameling van los van elkaar staande kenmerken of trekken. De beoordeelaar vormt zich uit alle afzonderlijke trekken van de beoordeelde één totaalbeeld. Bovendien neemt een persoon een ander altijd waar in een situatie (context) en deze situatie beïnvloedt het oordeel dat je je over de ander vormt.

De fundamentele attributiefout

Bij deze beoordeling kunnen zich typische effecten voordoen. Zo hebben mensen een sterke neiging om voor hun eigen gedrag altijd de *situatie* verantwoordelijk te stellen. Zien ze ditzelfde gedrag vertoond worden door een ander, dan schrijven ze dat toe aan diens *persoonlijkheid*. Dit is de beruchte *persoon-situatiebeoordelingsfout*. Een voorbeeld: als je zelf te hard rijdt, dan komt dat – zeg je dan – doordat je vreselijke haast hebt (situatie). Rijdt een ander te hard, dan komt dat – zeg je dan – omdat hij gewoon een onverantwoordelijke vlegel is (persoonlijkheid).

In de literatuur komen we voor dit verschijnsel ook weleens de term *fundamentele attributiefout* tegen. Het woord 'fundamenteel' verwijst daarbij naar de hardnekkigheid van het verschijnsel: het is bijna niet te corrigeren. An-

Processen in de beoordeelaar

Selffulfilling prophecy

Persoon-situatiebeoordelingsfout

Fundamentele attributiefout

Babyface-effect
Aantrekkelijk-
heidseffect

dere vormen van deze 'fout' zijn het *babyface-effect* (mensen met een babyface vinden we 'lief en onschuldig') en het *aantrekkelijkheidseffect* (knappe, aantrekkelijke mensen vinden we automatisch ook intelligent en sympathiek). Dat zo'n effect niet altijd even onschuldige gevolgen heeft, blijkt uit het feit dat onaantrekkelijke verdachten een grote kans lopen voor eenzelfde vergrijp langere straffen te krijgen dan aantrekkelijke verdachten.

Wanneer je je eenmaal een oordeel hebt gevormd over een ander, dan zul je dit niet gemakkelijk wijzigen. De beoordeelde bezit in de ogen van de beoordelaar een zekere continuïteit en stabiliteit, terwijl die er in objectieve zin helemaal niet hoeft te zijn. Een illustratie hiervan is het 'eerste indruk'- of 'primacy-effect'. Wanneer je iemand voor het eerst ontmoet, zul je je al snel een oordeel over hem vormen. Je vindt de persoon bijvoorbeeld vriendelijk of intelligent. Vaak ben je je niet eens bewust van de factoren die jouw oordeel bepalen.

Eerste indruk of
primacy-effect

Dergelijke processen kunnen bij een eerste oordeelsvorming van belang zijn. Reden waarom jij er als hulpverlener rekening mee moet houden. Is je oordeel eenmaal tot stand gekomen, dan kunnen er weer andere verschijnselen optreden. Blijkt de beoordeelde persoon zich later namelijk op een totaal andere wijze te gedragen dan je je op grond van de eerste indruk had voorgesteld, dan zul je op allerlei manieren proberen dit gedrag in te passen in je oorspronkelijke oordeel. Wanneer een als intelligent beoordeeld persoon een blunder maakt, zul je de neiging hebben zijn gedrag goed te praten met redeneringen als: 'hij heeft zijn dag niet', of: 'dat deed hij met opzet'.

Om je zo goed mogelijk te kunnen aanpassen aan de omgeving en de daarin voorkomende personen, heb je behoefte aan een constant beeld (oordeel) van de ander. Onderzoek heeft aangetoond hoe hardnekkig dit verschijnsel is: als je eerst een negatief beeld van iemand hebt, zijn er minimaal zeven positieve ervaringen nodig om weer tot een neutrale beoordeling te komen!

Behoeftte aan voorspelbaarheid

In de manier waarop een persoon de ander en zijn omgeving waarneemt en beoordeelt, legt hij veel van zichzelf. De beoordelaar schematiseert zijn omgeving en anderen op basis van zijn eigen persoonlijkheid.

De behoefte van de beoordelaar aan voorspelbaarheid en regelmaat (schematisering) wordt duidelijk geïllustreerd door de volgende vier beoordelings-effecten:

- 1 toegeeflijkheids- of leniency-effect
- 2 stereotype-effect
- 3 relatie-effect
- 4 impliciete persoonlijkheidstheorie

Ad 1 Het toegeeflijkheids- of leniency-effect

Dit verwijst naar de neiging aan de te beoordelen persoon (de cliënt) wel positieve, maar geen negatieve eigenschappen toe te kennen. Dat allemaal in het kader van 'wie goed doet, goed ontmoet': als ik mijn cliënt aardig vind, dan vindt die mij vast ook aardig. Bij de zelfbeoordeling wordt dit effect het sociale-wenselijkheidseffect genoemd. Ieder mens heeft de neiging zichzelf positiever te beoordelen.

Ad 2 Het stereotypie-effect

Dit is een bekender beoordelingseffect, waarbij aan de beoordeelde (de cliënt) eigenschappen worden toegeschreven die voortkomen uit het beeld van de groep waartoe deze behoort. 'Deze voetbalfan is agressief, want alle voetbalfans zijn agressief.' 'Deze junk is agressief, want alle junks zijn agressief.'

Ad 3 Het relatie-effect

Hiervan is sprake wanneer het oordeel wordt beïnvloed en bepaald door de speciale relatie die er bestaat tussen de beoordelaar en de beoordeelde. Mannen oordelen vaak anders over mannen dan over vrouwen. Het sekseverschil beïnvloedt dan het oordeel.

Ad 4 De impliciete persoonlijkheidstheorie

Dit beoordelingseffect houdt in dat jij als beoordelaar een aantal (cor)relaties tussen diverse eigenschappen van de beoordeelde veronderstelt. Zo zul je van een persoon van wie alleen bekend is dat hij sympathiek is, als vanzelfsprekend aannemen dat hij ook extravert, sociaalvoelend en vriendelijk is. Een impliciete persoonlijkheidstheorie helpt de beoordelaar de ontbrekende informatie over een persoon aan te vullen. Deze aanvulling berust dan op veronderstelde relaties tussen bepaalde eigenschappen. Die relaties worden meestal ingegeven door het cultuurpatroon waarin de beoordelaar leeft. Het halo-effect kun je opvatten als een uiting van een impliciete persoonlijkheidstheorie: van één kenmerk van een persoon worden andere kenmerken afgeleid. Bijvoorbeeld: iemand die vriendelijk is, is ook intelligent. De theorie waarin de wijze centraal staat waarop personen eigenschappen aan anderen toekennen op grond van observeerbare gedragskenmerken, is de zogenoemde *attributietheorie*.

Attributietheorie

De beoordeling van personen is, zoals uit het voorgaande blijkt, een erg subjectieve aangelegenheid. De beoordelaar projecteert er vaak op los om voor zichzelf een kloppend beeld van de ander te krijgen. Je zou je daarom kunnen afvragen of het beoordelen van anderen wel zin heeft. Deze zin wordt echter duidelijk wanneer je bedenkt wat de essentie van beoordelen is, namelijk het plaatsen van de ander ten opzichte van jezelf. Beoordelen is belangrijk om je eigen positie te bepalen: Hoe sta ik tegenover deze bepaalde persoon? Is mijn kijk positief of negatief? Zo'n plaatsbepaling is onmisbaar voor de sociale interactie, anders zou het, zoals gezegd, binnen de kortste keren een grote chaos worden. Waar het om gaat, is dat je je bewust bent van alle mogelijke beoordelingsprocessen en mogelijke vooroordelen.

1.7 Weerstand

Het begrip weerstand is vooral bekend geworden door Sigmund Freud. Hij merkte dat veel van zijn cliënten zich leken te verzetten tegen de behandeling, tegen 'genezing'. Het had er vaak alle schijn van dat ze om de een of andere reden niet beter *wilden* worden. Dit – meestal onbewuste – verzet noemde Freud weerstand. Die weerstand in de cliënt kan verschillende oorzaken hebben (zie paragraaf 2.10). We kijken nu naar weerstand bij de behandelaar, die staat immers in dit hoofdstuk centraal.

Freud kreeg in zijn latere werk steeds meer oog voor allerlei weerstanden die vanuit zijn eigen persoon – dus vanuit de persoon van de hulpverlener

Overdracht
Tegenoverdracht

– actief waren. In dat kader introduceerde hij de begrippen ‘overdracht’ en ‘tegenoverdracht’, begrippen die betrekking hebben op het onbewust overdragen van allerlei positieve en negatieve gevoelens op elkaar. Alle mensen hebben die neiging, maar lang niet iedereen is zich daarvan bewust. We komen daar in subparagraaf 1.7.3 op terug.



OVERDRACHT EN TEGENOVERDRACHT

Lang niet alle therapieën of behandelingstrajecten hebben het gewenste effect. Soms houdt de cliënt het al na een of twee sessies voor gezien, in andere gevallen kan het gebeuren dat de hulpverlener het gevoel heeft dat ‘het niet werkt’. En in lang niet alle gevallen is duidelijk wat de oorzaak is van een niet goed verlopend traject. Dat heeft dan mogelijk alles te maken met de vaak onbewust verlopende factoren en invloeden die roet in het eten gooien. In de volgende subparagrafen gaan we kijken naar mogelijk verstorende oorzaken in de persoon van de hulpverlener.

1.7.1 Oorzaken van weerstand bij de hulpverlener

Freud heeft zich zijn hele leven beziggehouden met het verschijnsel weerstand. Met name met de verschijningsvormen en oorzaken ervan. Dat was ook logisch, want hoe groter de weerstand bij de cliënt, des te dichter je als therapeut bij de kern van de narigheid zit. Probleem voor Freud (en de la-

tere hulpverleners) is echter het gegeven dat weerstand dusdanig complex kan zijn, dat letterlijk *elke* gedraging als een teken van weerstand gezien kan worden. We hebben het dan met name over de uiterst subtiele vormen ervan. Het zou een apart boek vergen om die allemaal in kaart te brengen. Dat gaan we dan ook niet doen. Maar wat we wél kunnen doen is de meer in het oog lopende vormen in beeld brengen, om je een idee te geven hoe weerstand in de hulpverlener zich kan uiten.

Lees voorbeeld 1.5 goed door en ga voor jezelf na of jij als hulpverlener mogelijk dezelfde reacties zou vertonen op de persoon van de hulpvrager.

VOORBEELD 1.5

Pedofilie

Johan heeft al enkele gesprekken gehad met meneer Dubois, een aardige en zeer correct overkomende cliënt. De gesprekken verlopen goed, Johan heeft het gevoel dat hij meneer Dubois in voldoende mate kan helpen om beter te leren omgaan met de spanningen die hij op zijn werk opdoet. Hij legt hem de principes van de RET – de Rationeel Emotieve Therapie – uit en meneer lijkt dat goed op te pakken. Hij is gaan inzien dat ook hij fouten mag maken en dat die fouten niet meteen tot ontslag hoeven te leiden. Al pratende over het verloop van de therapie, vertelt meneer Dubois hem dat er nog iets is wat hem dwars zit. Johan nodigt hem uit om daar dan ook iets over te zeggen.

‘Ja,’ zegt meneer Dubois, ‘dat wil ik wel, maar dat ligt een beetje moeilijk. Ik heb daar nog nooit met iemand over gesproken.’

‘Reden te meer om dat nu dan wel eens een keer te doen’, zegt Johan.

‘Maar het heeft te maken met iets seksueels’, zegt meneer Dubois.

‘Daar hoeft u toch niet bang voor te zijn,’ zegt Johan, ‘we horen hier zo vaak iets over seks.’

‘Dat zal ook wel,’ zegt meneer Dubois, ‘maar dit heeft te maken met kinderen.’

Johan zwijgt geschrokken, maar besluit na enige tijd toch door te vragen:

‘Zegt u het toch maar.’

‘Oké. Maar beloof me dat je niet op mij zult afknappen.’

‘Ik ben nog nooit op een cliënt afgeknapt’, zegt Johan, maar hij vreest voor wat hij te horen gaat krijgen.

Er valt even een stilte, waarna meneer Dubois hem vertelt dat hij zich al jarenlang seksueel aangetrokken voelt tot kinderen van vier, vijf jaar oud. Soms ook tot nog jongere. Hij is, met andere woorden, een rasechte pedofiel.

Johan bemerkt tot zijn schrik dat hij walgt van dit verhaal, en walgt van meneer Dubois. Hij verkeert in een dilemma, raakt zelfs een beetje in paniek. Want heeft hij wel het recht om van deze cliënt te walgen? Hij is toch een hulpverlener die een open en accepterende opstelling jegens zijn cliënten dient te hebben? Zoals hem dat geleerd is bij de theorie over Rogers: *unconditional positive regard*, een onvoorwaardelijke positieve achting? Het is toch zijn taak de cliënt op een waarde vrije manier met raad en daad bij te staan, bij alle soorten van problemen?

Maar dan denkt hij aan zijn eigen dochttertje van vier. Als hij zich alleen al voorstelt dat zij het voorwerp zijn kunnen zijn van de seksuele opwinding van mensen als meneer Dubois, kan hij alleen maar woede en walging voelen. Wat moet hij doen? Open kaart spelen en tegen meneer zeggen dat

het hem spijt, maar dat hij hem niet verder kan helpen? Of tegen heel zijn innerlijke beleving in op de een of andere manier een professionele houding bewaren en aan de cliënt vragen wat hij van hem verwacht? Hij kiest voor deze laatste optie. Maar op zijn vraag wat hij bij deze problematiek voor meneer Dubois kan betekenen, krijgt hij alleen maar als antwoord: 'Niets, ik wilde het gewoon een keer gezegd hebben.'

'Oké', zegt Johan. 'Ik denk overigens dat u zichzelf in de toekomst prima staande zult kunnen houden. Laten we een controleafspraak maken voor over drie of vier maanden.'

Het is duidelijk: Johan heeft geen zin meer in verdere gesprekken met meneer Dubois.

In dit – waargebeurde en nogal heftige – voorbeeld is sprake van een bewuste vorm van weerstand bij de hulpverlener. Johan realiseerde zich dat hij het niet kon opbrengen om geen afkeer te voelen ten opzichte van de hulpvrager. Ook in jouw werk kan het gebeuren dat je te maken krijgt met gedragingen van hulpvragers die mijlener van jouw belevingswereld en jouw normen en waarden verwijderd zijn.

VOORBEELD 1.6

Geen therapeutische interventie

Kees is zelf hulpverlener. Hij loopt vast in zijn werk omdat hij bij vrouwelijke cliënten steeds bepaalde agressieve fantasieën heeft: hij wil ze slaan, vernederen en volledig in zijn macht hebben. Na lang aarzelen heeft hij hierover met zijn huisarts gesproken. Die reageerde geschrokken en gaf Kees het advies om hulp te zoeken. Kees stemde daarmee in, maar, zoals al snel bleek, om een heel andere reden dan de dokter had bedoeld. Want Kees eiste van de hulpverlener dat deze alleen maar zou luisteren naar zijn fantasieën en verhalen, dus zonder enige therapeutische interventie. Kees gaf aan geen enkele behoefte te hebben om te veranderen. Kees was van het type: 'Ik betaal, dus ik bepaal.' In zijn ogen was hij de opdrachtgever (de betaler) en had de hulpverlener te doen waarvoor hij – volgens Kees – was ingehuurd: luisteren en mond dicht houden. De hulpverlener heeft dit geweigerd en het contact werd al na twintig minuten definitief verbroken.

In het geval van Johan en Kees is de aanwezigheid en oorsprong van de weerstand bij de hulpverlener duidelijk: oorzaak en gevolg zijn concreet. Dat is echter in lang niet alle gevallen zo. Zoals hiervoor al is gezegd, is het verschijnsel weerstand iets dat zich vaak juist *onbewust* afspeelt. Je merkt dan tijdens je gesprekken met de hulpvrager dat er 'iets' is wat je niet bevalt, dat je hem of haar 'om de een of andere reden' niet mag. Op zich zijn dat overigens geen zaken waar je je dan schuldig om moet gaan voelen. De hiervoor genoemde *unconditional positive regard* is in theorie een mooi uitgangspunt, maar in de praktijk vaak moeilijk in alle gevallen overeind te houden. Waar het dan om gaat, is dat je in jezelf op zoek gaat naar de oorsprong van je negatieve gevoelens jegens je cliënt. Er zijn verschillende mogelijkheden:

- Het uiterlijk van de cliënt roept bepaalde nare (vaak onbewuste) associaties op.
- De cliënt lijkt op iemand of doet je onbewust denken aan iemand die je niet mag.
- De aard van de problematiek spreekt je niet aan.
- Je vindt de cliënt een zeur omdat hij – in *jouw* ogen – met een schertsprobleem komt aanzetten.
- Je hebt het op dit moment zelf niet gemakkelijk en je kunt nauwelijks tijd en aandacht opbrengen voor een ander.
- Je voelt je onzeker omdat je je (onbewust) geïntimideerd voelt door de hulpvrager.

Let wel dat de genoemde negatieve aspecten vaak onbewust aanwezig zijn! De reden waarom dit soort weerstanden onbewust zijn, is vaak gelegen in het feit dat je van mening bent dat je dergelijke negatieve gevoelens in je rol van hulpverlener niet mag hebben. Hulpverleners dienen, zoals al gezegd, in principe open te staan voor elke soort hulpvrager. En daardoor kan het gebeuren dat je eventuele negatieve emoties *verdringt*. Want anders ben je voor je gevoel 'niet-professioneel' bezig. En dat is natuurlijk maar de vraag: echtheid is ook een groot goed.

Zoals je ziet kun je in de hulpverlening voor flinke dilemma's geplaagd worden. Laten we de hiervoor genoemde aspecten eens nader onder de loep nemen.

Het uiterlijk van de cliënt roept bepaalde nare (vaak onbewuste) associaties op

Je kunt je voorstellen dat je soms te maken krijgt met mensen die er anders uitzien dan je – bijvoorbeeld vanuit je opvoeding of milieu – gewend bent. Sommige mensen kleden zich slordig en maken de indruk zich niet of slecht te verzorgen. Ze ruiken uit hun mond, hun gebit is één puinhoop, van deodorant lijken ze nooit te hebben gehoord. Andere kleden zich volgens de laatste mode, zijn behangen met gouden sieraden en dragen de duurste schoenen en horloges. Of je nu wilt of niet, al deze uiterlijke zaken maken een bepaalde indruk op je. Natuurlijk gaat het hier om vooroordelen, maar het feit blijft dat een eerste indruk vaak erg hardnekkig kan zijn.

Zoals we al noemden is uit onderzoek gebleken dat er gemiddeld maar liefst zeven positieve ervaringen nodig zijn om het effect van een eerste *negatieve indruk* te neutraliseren. Het is van belang dat je je dit realiseert. Probeer je (waarde)oordeel over een cliënt dan ook zo lang mogelijk uit te stellen. Je zult zien dat je regelmatig tot je eigen verbazing zult moeten constateren dat die ene meneer met zijn onverzorgde uiterlijk en zijn armen vol tatoeages bij nader inzien een prima cliënt blijkt te zijn. En dat die mevrouw die er piekfijn uitziet en in alles de indruk maakt van een hoog gemotiveerde cliënt, zich tijdens de hulpverlening onmogelijk gedraagt. Uiterlijk zegt inderdaad niet alles!

Probeer daarom altijd door het uiterlijk van iemand heen te kijken. Wees je ervan bewust dat iemands uiterlijk in lang niet alle gevallen iets hoeft te zeggen over zijn of haar innerlijk. Denk in dit verband aan 'babyface' Al Capone: een gezellige, onschuldig uitzienende joviale vent, die tientallen moorden op zijn geweten had.

De cliënt lijkt op iemand of doet je onbewust denken aan iemand die je niet mag

Het kan soms gebeuren dat je in contact komt met iemand die je sterk doet denken aan een persoon die je – privé of in je werk – eerder hebt ont-

Negatieve indruk

!

moet. Dat kan natuurlijk positieve associaties bij je oproepen, maar ook negatieve. Als je je hiervan bewust bent, kun je daar in de meeste gevallen rekening mee houden: 'Oppassen, want deze cliënt (pupil of hulpvrager) lijkt erg op die of die, en dus moet ik proberen me daar niet door te laten beïnvloeden.'

Het kan echter ook gebeuren dat je niet in de gaten hebt dat dergelijke associaties optreden. In zo'n geval loop je het risico dat je de hulpvrager 'zomaar' niet mag (of juist wél mag), dus zonder dat je daar een gemotiveerde reden voor kunt opgeven. Een voorbeeld ter verduidelijking, dat zich overigens afspeelt buiten de wereld van de hulpverlening (zie voorbeeld 1.7).

VOORBEELD 1.7

Weerstand als gevolg van fysieke gelijkenis

Lizette (19) studeert op de Fontys Hogeschool, richting pabo. Ze heeft sinds jaren een niet zo prettig lopende verstandhouding met haar moeder. Ze vindt haar dwingend en heeft het gevoel dat ze het nooit goed kan doen in haar ogen. Ze lijdt daar erg onder, maar moeder wenst deze situatie niet te bespreken. Zij vindt namelijk dat ze als moeder het recht heeft om zich te bemoeien met het wel en wee van haar dochter, en ook commentaar mag leveren op de (persoonlijke) keuzes die haar dochter maakt. Ze is tenslotte de ouder, en is van mening dat haar dochter haar oordeel en adviezen dient te respecteren.

Op zeker moment krijgt Lizette tijdens haar opleiding te maken met een begeleidster die in uiterlijk en manieren erg sterk op haar moeder lijkt: ook de begeleidster levert voortdurend commentaar op haar doen en laten, ze geeft nooit positieve kritiek en lijkt alleen maar oog te hebben voor de zaken die Lizette niet goed doet. Stageverslagen en andere werkstukken (bijvoorbeeld haar portfolio) worden steeds afgekeurd, steeds moet ze passages herschrijven. Lizette voelt zich door haar in een hoek gezet, ze heeft het gevoel dat de begeleidster haar absoluut niet mag en de pik op haar heeft. Het typische is dat andere studenten geen enkele moeite met deze begeleidster lijken te hebben. Ze kunnen goed met haar overweg en ervaren haar 'bemoeienissen' juist als constructief en voelen zich daardoor juist serieus genomen. Het heeft negen maanden geduurd voordat Lizette in de gaten kreeg wat er gebeurd was: ze had de negatieve gevoelens die ze jegens haar moeder koestert, op de begeleidster geprojecteerd.

Een klassiek geval van overdracht dus: gevoelens die je jegens een bepaald persoon (bijvoorbeeld je moeder) ervaart, bepalen je houding tegenover een ander persoon (de begeleidster in dit geval) die erop lijkt (zie ook subparagraaf 1.7.3). Realiseer je dat dit proces zich vaker voordoet dan je zou denken.



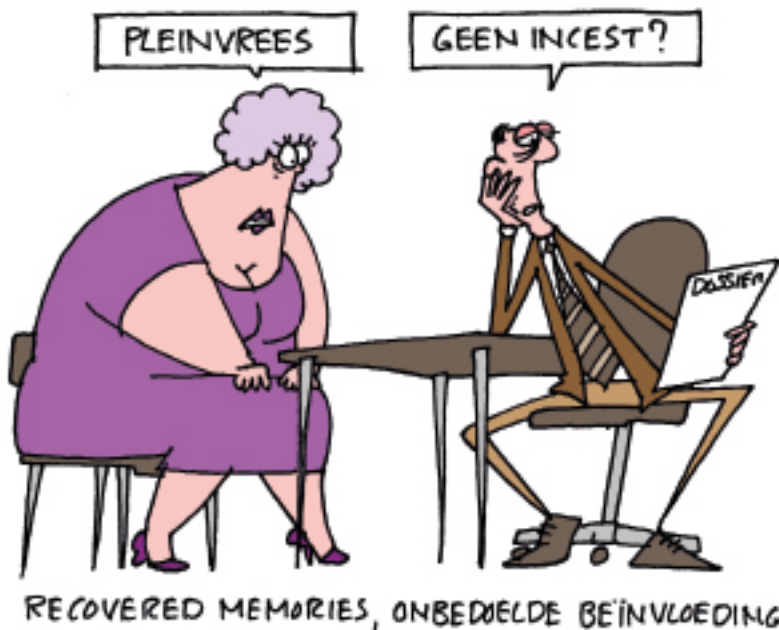
Probeer je daarom zo goed mogelijk bewust te zijn van eventuele positieve en negatieve associaties die de persoon van de hulpvrager of de verhalen die deze vertelt bij je kunnen oproepen. Grondig zelfonderzoek dus. Ga altijd na of er sprake kan zijn van een vorm van overdracht. Wees bedacht op allerlei innerlijke en uiterlijke overeenkomsten tussen hulpvragers en mensen uit je persoonlijke omgeving. Met andere woorden: reflecteer op jezelf (introspectie)!

De aard van de problematiek spreekt je niet aan

Het kan voorkomen dat je het ene probleem interessanter vindt dan het andere. Dat is minder vreemd dan het misschien op het eerste gezicht lijkt. Uiteraard wordt van een hulpverlener verwacht dat hij zich voor elk probleem ten volle inzet en zijn uiterste best doet mee te werken aan een oplossing. Toch is de kans aanwezig dat je je door het ene probleem meer aangesproken voelt dan door het andere. Er zijn bijvoorbeeld hulpverleners die niets moeten hebben van relatietherapie, of die zich verre houden van verslavingsproblematiek. Ze kunnen het niet opbrengen om steeds maar weer als een soort scheidsrechter te moeten optreden bij een echtpaar dat elkaar alleen maar verwijten zit te maken. Of ze kunnen het moeilijk verdragen dat ze vaak met een terugval in het gebruik van middelen (alcohol, xtc, GHB, coke, hasj, wiet et cetera) geconfronteerd worden.

Veel hulpverleners blijken zich na verloop van tijd een soort van 'specialisatie' eigen te gaan maken. Zo zal de een zich toeleggen op verslavingsproblematiek, de ander op eetstoornissen en weer een ander op de begeleiding van jongeren. Dus ook op het vlak van de zorg en hulpverlening kan zich na verloop van tijd een bepaald interessegebied gaan ontwikkelen. Als hulpverleners dan toch te maken krijgen met problemen die buiten hun interessesfeer liggen, bestaat de kans dat dit ten koste gaat van hun motivatie. Dat zou misschien niet zo mogen zijn, maar hulpverleners zijn en blijven ook maar mensen. In het ergste geval kan het zelfs gebeuren dat je je cliënt naar een bepaalde problematiek toe gaat praten. Zoiets is in Amerika en Nederland gebeurd met zaken als incest en andere vormen van seksueel misbruik, aan de hand van de zeer omstreden *recovered memories*. Hiermee bedoelt men de herinneringen die bij de hulpvrager bovenkomen, waarbij dan niet duidelijk is of die uit zijn geest of uit de geest van de hulpverlener voortkomen. Vooral bij technieken als hypnose kan dit risico zich voordoen.

Recovered memories





Probeer altijd maximaal alert te zijn op deze effecten. Weet van jezelf dat je een voorkeur hebt voor een bepaalde problematiek. Wees altijd bedacht op eventuele waarnemingsvervalsingen en op onbedoelde en onbewuste beïnvloeding – sturing – van jouw kant.

Je vindt de cliënt een zeur omdat hij – in jouw ogen – met een schertsprobleem komt aanzetten

We zijn nu aangekomen bij een punt dat in de praktijk van de zorg en hulpverlening erg moeilijk ligt: wie bepaalt namelijk de zwaarte, de ernst van een probleem? 'De cliënt of hulpvrager natuurlijk', lijkt het meest voor de hand liggende antwoord. En in de meeste gevallen is dat natuurlijk ook zo. Als de cliënt zegt dat hij ergens een probleem mee heeft of erg lijdt onder een bepaalde omstandigheid, dan is dat gewoon zo. Dus in de regel zul je er geen enkele moeite mee hebben om je empathisch en begripvol op te stellen bij een cliënt die vertelt dat hij zo eenzaam is sinds zijn vrouw is overleden. Of bij iemand die net te horen heeft gekregen dat hij ontslagen gaat worden. Of bij de jongere die je vertelt dat hij thuis altijd het gevoel had te veel te zijn (vader aan de drank, moeder achter het raam, dus alleen met zichzelf bezig) en daarom maar op straat is gaan zwerven. Het gaat in al deze gevallen om invoelbare, concrete problemen, waar je samen over kunt praten, op zoek naar een oplossing, dan wel een verbetering van de situatie.

Maar wat te denken van de mevrouw van middelbare leeftijd die je hulp zegt nodig te hebben omdat haar twee kanaries niet met elkaar overweg blijken te kunnen? Of van de oudere meneer die vindt dat zijn burens te luid ademhalen, want: 'Als ik 's avonds mijn oor tegen de muur druk, dan kan ik ze horen ademhalen. Ik word gek van dat asociale gedoe.' Wie bepaalt in dit soort gevallen de ernst van de problematiek? En wat te denken van de mevrouw die naar de hulpverlening stapt om eens lekker bij te praten – maakt niet uit waarover – omdat al haar vriendinnen dat doen en omdat dat 'gewoon wel lekker voelt'? ('Je hoort er tegenwoordig niet bij als je niet naar een psycholoog of fysiotherapeut of gaat.')

Het makkelijkste is natuurlijk om het probleem niet serieus te nemen of om deze mensen 'gewoon' voor gek (overgevoelig, paranoïde of aandachtsbelust) te verklaren en ze verder zo gauw mogelijk de deur uit zien te krijgen. Je lost daarmee natuurlijk niets op, maar jij hebt in ieder geval geen last meer van hun in jouw ogen kleinzielige gezeur. Een gevaarlijke zienswijze natuurlijk. Want je kunt er eigenlijk nooit zeker van zijn of er achter het schijnbare schertsprobleem niet een ander, 'echt' probleem schuilgaat. Toch moeten we constateren dat het ene probleem soms groter lijkt dan het andere. En dat er van jou als hulpverlener verwacht wordt dat je je in alle gevallen ten volle inzet. Schrik er echter niet van als dat soms niet lukt omdat je je met de beste wil van de wereld niet kunt verplaatsen in de beleevingswereld van sommige hulpvragers. Ook empathie heeft zo haar grenzen.



Als je merkt dat je geen werkelijke interesse en aandacht voor je cliënt kunt opbrengen, doe je er beter aan de hulpvrager door te verwijzen. Zeg uiteraard nooit dat de onderhavige problematiek je niet interesseert, maar dat je je niet capabel acht de cliënt behulpzaam te zijn. Inderdaad: dan maar een leugentje om bestwil.

Je hebt het op dit moment zelf niet gemakkelijk en je kunt nauwelijks tijd en aandacht opbrengen voor een ander

Het is zoiets menselijks, de ene dag voel je je beter dan de andere. Soms kunnen persoonlijke aangelegenheden je zo in beslag nemen, dat het moeilijk wordt om met de problemen van een ander bezig te zijn. Zoals we hiervoor al hebben gezegd wordt er van jou verwacht dat je er helemaal bent voor je gesprekspartner (de hulpvrager) en dat je jezelf – althans je eigen besognes – opzij weet te zetten. Dat is wat er van je verwacht wordt. Toch is het een bekend gegeven dat nogal wat hulpverleners het niet kunnen laten om bij tijd en wijle over hun eigen narigheid te gaan praten. Ook een grootheid als Freud had daar een handje van, dus je verkeert in goed gezelschap.

Op zich is het natuurlijk helemaal niet verkeerd als hulpverleners zelf de nodige problemen meemaken, omdat dat hun empathie en begrip voor de problemen van de cliënt alleen maar kan vergroten. Het is dan natuurlijk wel zaak dat ze hun eigen problemen op een juiste manier onder de knie hebben gekregen.

Praten over je eigen problemen hoeft overigens niet altijd fout te zijn. In de RET – de Rationeel Emotieve Therapie – bijvoorbeeld kan de hulpverlener soms gebruikmaken van de techniek van de *selfdisclosure*. Daarmee wordt dan bedoeld dat de hulpverlener vertelt hoe hij zelf een bepaald probleem heeft opgelost. Let wel: *heeft* opgelost. Hij spreekt dus over een probleem dat hij heeft gehad of inmiddels onder controle heeft gekregen, ter illustratie van een mogelijke oplossing: ‘Ik heb het toen zo en zo aangepakt en dat heeft me enorm geholpen.’ Dat is dus heel wat anders dan je cliënt om hulp vragen of je hart uitstorten bij de hulpvrager. Want als je je zo ver laat gaan, dan overschrijd je een grens en veroorzaak je een volstrekte rolverwarring.

Als je eigen problemen je boven het hoofd lijken te groeien – of dat het probleem van de hulpvrager je te zeer doet denken aan de problemen die je zelf hebt – zit er niets anders op dan deze hulpvrager door te verwijzen. Dat is geen schande, maar een teken van zelfinzicht en professionaliteit.

Je voelt je onzeker omdat je je (onbewust) geïntimideerd voelt door de hulpvrager

Het kan soms gebeuren dat je te maken krijgt met een hulpvrager die je in alles de baas lijkt te zijn:

- Hij is veel welbespraakter dan jij.
- Hij lijkt alles te weten van alle vormen van hulpverlening.
- Hij gedraagt zich arrogant, neerbuigend en dominant.
- Hij begint met je te vertellen dat je nog veel te jong bent om iets zinnigs te kunnen zeggen.

Dat soort gedrag en dat soort opmerkingen doen je toch al wankele gevoel van zelfvertrouwen als beginnend hulpverlener natuurlijk geen goed. Het is dan ook niet meer dan logisch dat er enige weerstand bij je gaat optreden als je geconfronteerd wordt met dergelijke hulpvragers. Je probeert tenslotte je best te doen en het is nooit leuk om afgerekend te worden op zaken waar je helemaal niets aan kunt doen.

Rationeel Emotieve Therapie

Selfdisclosure

VOORBEELD 1.8**Ervaring**

Meneer De Bruin opent het gesprek met de mededeling dat hij het wel leuk vindt om met zo'n aardige jonge meid als jij te praten. Niet dat hij verwacht dat hij iets van je zal kunnen opsteken, maar je lijkt erg op zijn dochter van twintig en hij realiseert zich dat alle begin moeilijk is. Tussen neus en lippen door informeert hij of er nog andere, meer ervaren mensen aanwezig zijn met wie hij zou kunnen praten. Niet dat hij je niet mag hoor, maar ja, je bent toch nog wel heel erg jong, dus wat kun jij hem nou vertellen over het leven en de problemen die zich daarin kunnen voordoen? Dus wil hij best een keertje met je babbelen, maar als het even kan, zou hij het toch wel op prijs stellen als je voor hem op zoek zou gaan naar een ouder iemand.

De zojuist geschetste situatie doet zich regelmatig voor bij studenten die in het kader van hun opleiding stage moeten lopen in een instelling of andere hulpverlenende instantie. Bedenk het volgende:

!

- Ga nooit met hulpvragers in discussie over zaken die nu eenmaal zijn zoals ze zijn (je leeftijd, je levenservaring). Kom er eerlijk voor uit dat je nog jong bent, maar geef aan dat je aan de andere kant een studie hebt gevolgd en je uiterste best zult doen om op een zinvolle manier deze persoon te helpen. Indien het gebrek aan vertrouwen blijft bestaan, bespreek dit dan met je begeleider.

!

- Als mensen zich arrogant, betweterig, dominant of neerbuigend gedragen, bedenk dan dat ze dat meestal doen uit onzekerheid. Kennelijk hebben ze het nodig om zichzelf zo te presenteren. Iemand met zelfvertrouwen heeft het namelijk niet nodig om zichzelf te bewijzen.

We hebben in deze subparagraaf enkele van de meest voorkomende – vaak onbewuste – oorzaken van weerstanden bij de hulpverlener besproken. Zo als je gezien hebt, gaat het vaak om normaal menselijke zaken die je toch op het verkeerde been kunnen zetten.

1.7.2 Reflectie op je eigen weerstanden als hulpverlener

Dat professionele hulpverlening een moeilijk vak is, zal al wel duidelijk zijn geworden. Eigenlijk, we kunnen het niet vaak genoeg zeggen, dien je je voortdurend bewust te zijn van al je gedragingen, uitingen en uitstraling. En dan hebben we het alleen nog maar over je uiterlijke gedragingen. Qua 'innerlijke gedragingen' dien je voortdurend te reflecteren op je gevoelens: Wat voel je op een bepaald moment tijdens het gesprek en hoe komt dat? Hoe komt het dat je geïrriteerd raakt door bepaalde opmerkingen en/of gedragingen van de cliënt? Is dat iets van hem, of juist van jou? Lees de volgende voorbeelden eens goed door en kijk of een of meerdere voorbeelden van toepassing zouden kunnen zijn op jou.

Gebrek aan respect

Elk mens heeft behoefte aan erkenning, waardering en respect. Je wilt gezien en gekend worden. De een misschien wat meer dan de ander, maar we willen allemaal toch liefst serieus genomen en gewaardeerd worden. We hebben zojuist al gezien dat sommige hulpvragers zich niet bepaald complimenteus tegenover jou kunnen opstellen. Dat kan soms heel kwetsend zijn.

Gevoelens van verongelijkheid, onzekerheid en twijfel aan je eigen kunnen, boosheid en teleurstelling kunnen in het contact de overhand gaan krijgen. De kans bestaat ook dat je de behoefte krijgt jezelf te gaan bewijzen, en dat heeft natuurlijk niets met hulpverlening te maken. Die hoort gericht te zijn op de ander, niet op jou.

Hoe het ook zij, je kunt dus te maken krijgen met cliënten, hulpvragers en pupillen die weinig of geen respect voor je blijken te hebben. Dat kan te maken hebben met hun motivatie, hun beeld van hulpverleners (en andere eerdere negatieve ervaringen), of met hun persoonlijkheid. In alle gevallen zul je daartegenover toch een professionele houding dienen aan te nemen, wat wil zeggen: je werk zo goed mogelijk doen en je niet verliezen in je eigen gekwettheid. We zeiden zojuist al dat mensen van elkaar verschillen in de mate waarin ze behoefte hebben aan respect. Dat heeft waarschijnlijk alles te maken met de mate van zelfvertrouwen. Om na te gaan hoe gevoelig jij bent voor het krijgen van respect, zou je zelftest 2 kunnen invullen.

ZELFTEST 2: BEHOEFTE AAN RESPECT

Hierna staan negen uitspraken genoteerd. Onder elke uitspraak staan de cijfers 1 tot en met 5. Je kunt, door een bepaald cijfer te omcirkelen, aangeven in welke mate je het met de betreffende uitspraak eens bent. Een 1 wil zeggen: 'helemaal niet mee eens'. Een 2 wil zeggen: 'tamelijk mee eens'. Een 3 wil zeggen: 'geen mening'. Een 4 wil zeggen: 'tamelijk mee eens'. Een 5 wil zeggen: 'helemaal mee eens'.

ZELFTEST 2 Behoefte aan respect

1 Iedereen moet beleefd tegen mij zijn.

<i>Oneens</i>					<i>Eens</i>
	1	2	3	4	5

2 Ik vind het heel erg als mensen mij niet met respect behandelen.

<i>Oneens</i>					<i>Eens</i>
	1	2	3	4	5

3 Ik kan er niet tegen als mensen mij niet in mijn waarde laten.

<i>Oneens</i>					<i>Eens</i>
	1	2	3	4	5

4 Ik kan er niet tegen als iemand mij beledigt.

<i>Oneens</i>					<i>Eens</i>
	1	2	3	4	5

5 Mensen moeten naar mij luisteren als ik aan het woord ben.

<i>Oneens</i>		?		<i>Eens</i>
1	2	3	4	5

6 Mensen moeten altijd rekening met mij houden.

<i>Oneens</i>		?		<i>Eens</i>
1	2	3	4	5

7 Ik vind het vreselijk als mensen die belangrijk voor mij zijn, mij niet behoorlijk behandelen.

<i>Oneens</i>		?		<i>Eens</i>
1	2	3	4	5

8 Ik vind het heel erg als ik niet door mijn collega's gerespecteerd word.

<i>Oneens</i>		?		<i>Eens</i>
1	2	3	4	5

9 Ik vind het absoluut noodzakelijk dat iedereen weet wat ik kan.

<i>Oneens</i>		?		<i>Eens</i>
1	2	3	4	5

Totaal = _____

Bron: Verhulst, 2012

Vrouwen scoorden op deze test gemiddeld 29,3 punten en mannen gemiddeld 26.

De uitspraken uit deze zelftest hebben allemaal betrekking op de behoefte aan respect, waardering en erkenning.

Indien je een score tussen de 35 en 45 punten behaald hebt, dan betekent dit dat je een erg sterke behoefte hebt aan het respect van anderen. Een stevige geldingsdrang zal je waarschijnlijk ook niet vreemd zijn, evenals een wat gebrekkelijk vertrouwen in je eigen kunnen. Dat kan voor de praktijk – je werk – betekenen dat je graag altijd het laatste woord wilt hebben in een discussie of in een cliëntcontact. Het kan ook betekenen dat je verwacht dat de hulpvrager zonder meer je adviezen opvolgt, want jij bent immers 'de deskundige'.

Een score lager dan 20 wil zeggen dat je je niet zo druk maakt om de achting en het respect van anderen, en dat je genoeg hebt aan je zelfrespect.

Je bent kennelijk zeker genoeg van jezelf, zodat je heel goed kunt leven zonder de voortdurende bevestiging dat mensen – cliënten – je serieus nemen.

Probeer je houding en motivatie niet te laten afhangen van de waardering en het respect dat de hulpvrager je al dan niet geeft. Ga liever voor jezelf na of je je naar beste eer en geweten hebt ingezet voor de cliënt. Je kunt tenslotte niet meer doen dan je best. Als dat niet wordt gewaardeerd, dan is dat maar zo. Je afhankelijk maken van de waardering en het respect van anderen maakt je als het ware tot een soort 'slaaf' van de waardering en het respect van anderen. Dat is slecht voor je gevoel van eigenwaarde.

Een negatief mensbeeld

Problemen bij de hulpverlener kunnen in een aantal gevallen hun oorsprong vinden in het feit dat hij er een negatief mensbeeld op nahoudt. We spraken daar al eerder over in subparagraaf 1.4.2. Dat lijkt op het eerste gezicht vreemd: waarom gaat iemand werken in de hulpverlening terwijl hij een negatieve kijk heeft op mensen in het algemeen? Toch zie je dat gebeuren. Een van de redenen hiervoor kan zijn dat de betreffende hulpverlener van mening is dat het zijn 'taak', en misschien wel zijn 'heilige plicht' is de mensen te 'verbeteren'. Dat is een bijzonder gevaarlijke houding, die vaak gevoed wordt door moralisme: 'Ik vind dat mensen – cliënten, pupillen – zich zus of zo moeten gedragen.' Een hulpverlener die zich zo opstelt, is dan als het ware een soort dominee die de hulpvrager gaat vertellen wat wél en wat niet mag. En daar ben jij als hulpverlener niet voor. Jouw taak is het hooguit om vast te stellen *waarom* bepaalde mensen bepaalde grenzen overschrijden of dingen doen die niet gezond voor hen zijn, en hoe je hen vervolgens kunt helpen om dat in de toekomst te voorkomen.

Een andere veelvoorkomende oorzaak van een negatief beeld van anderen is vaak gelegen in de eerdere, negatieve ervaringen die je in je leven met andere mensen hebt opgedaan. Daarbij kan het gaan om persoonlijke ervaringen in je jeugd, maar ook om de ervaringen die je tijdens je studie hebt opgedaan. Het gevaar is ook hier weer aanwezig dat je alle mensen over één kam scheert, waardoor ze vanaf het eerste contact niet meer de kans krijgen te laten zien wie ze wérkelijk zijn. Kijk nog eens goed naar je score op zelftest 1 en lees de gegeven aanwijzingen nog even door.

Het krijgen van kritiek

Sommige mensen kunnen er heel slecht tegen als ze kritiek krijgen. Ze zetten meteen de hakken in het zand en schieten onmiddellijk in de verdediging. Of ze zetten gelijk de tegenaanval in, vanuit het principe: de aanval is de beste verdediging. Niet zelden zie je gebeuren dat ze als 'verdediging' de ander – de criticus – dezelfde kritiek geven als ze net zelf te horen hebben gekregen.

Als je slecht tegen kritiek kunt, dan zul je het als hulpverlener niet gemakkelijk krijgen. Nogal wat hulpvragers verwachten van jou bijvoorbeeld dat ze hun 'vuile was' bij je kunnen droppen, om die vervolgens keurig gewassen en gestreken weer terug te krijgen. Doe je dat niet, dan deug je niet als hulpverlener. En als je zegt dat een veranderingsproces ook een boel werk en inspanning vergt van de kant van de hulpvrager, dan krijg je nogal eens de opmerking te horen: 'Zie je wel, aan jullie heb ik ook niks, je moet het toch altijd zelf doen.'

!

1

Sommige hulpverleners kunnen erg slecht tegen dergelijke opmerkingen en gaan daartegenin. Met alle gevolgen voor de relatie die er tussen de hulpverlener en de hulpvrager bestaat (dan wel bestond).

Natuurlijk is het normaal dat je je gekwetst voelt als een hulpvrager al je goede bedoelingen in twijfel trekt en geen waardering lijkt op te brengen voor je inspanningen. Maar in een aantal gevallen hoort dat er nu eenmaal bij. Een professionele hulpverlener weet dat hij in bepaalde gevallen fungeert als de spreekwoordelijke kop van Jut.

De keerzijde van kritiek is goedkeuring. Met zelftest 3 kun je voor jezelf nagaan in welke mate je daaraan behoefte hebt.

ZELFTEST 3: BEHOEFTE AAN GOEDKEURING

Hierna staan zeven uitspraken genoteerd. Onder elke uitspraak staan de cijfers 1 tot en met 5. Je kunt, door een bepaald cijfer te omcirkelen, aangeven in welke mate je het met de betreffende uitspraak eens bent. Een 1 wil zeggen: 'helemaal niet mee eens'. Een 2 wil zeggen: 'tamelijk mee oneens'. Een 3 wil zeggen: 'geen mening'. Een 4 wil zeggen: 'tamelijk mee eens'. Een 5 wil zeggen: 'helemaal mee eens'.

ZELFTEST 3 Behoeftte aan goedkeuring

1 Ik heb een zeer sterke behoefte aan de goedkeuring van anderen.

<i>Oneens</i>	?	<i>Eens</i>		
1	2	3	4	5

2 Het is onverdraaglijk als blijkt dat iemand die ik belangrijk vind, mij niet mag.

<i>Oneens</i>	?	<i>Eens</i>		
1	2	3	4	5

3 Ik heb het liefst dat iedereen mij aardig vindt, want ik kan er niet tegen als iemand me niet zou mogen.

<i>Oneens</i>	?	<i>Eens</i>		
1	2	3	4	5

4 Ik zal alles doen om te bereiken dat mensen me mogen.

<i>Oneens</i>	?	<i>Eens</i>		
1	2	3	4	5

5 Het is van het grootste belang dat mensen mijn werk waarderen.

<i>Oneens</i>		?		<i>Eens</i>
1	2	3	4	5

6 Mijn medewerkers en collega's moeten mij als mens waarderen.

<i>Oneens</i>		?		<i>Eens</i>
1	2	3	4	5

7 Ik kan er absoluut niet tegen als iemand mijn gevoelens niet beantwoordt.

<i>Oneens</i>		?		<i>Eens</i>
1	2	3	4	5

Totaal =

Bron: Verhulst, 2012

Vrouwen scoorden op deze test gemiddeld 18,3 punten en mannen gemiddeld 16.

Een hoge score (boven de 25 punten) wil zeggen dat je erg afhankelijk bent van de goedkeuring, erkenning en waardering van anderen. Een lage score (lager dan 13 punten) wil zeggen dat je je niet zoveel gelegen laat liggen aan wat anderen van je denken en van je vinden. Je bent in voldoende mate overtuigd van je eigen kwaliteiten, je hebt voldoende zelfvertrouwen.

Realiseer je dat een te sterke behoefte aan goedkeuring te maken kan hebben met een gebrek aan zelfvertrouwen. Vergroot je zelfvertrouwen door je te realiseren dat je niet méér kunt doen dan je best.

Maak je niet afhankelijk van de goedkeuring van je cliënt. Want als je dat doet, kun je je werk niet meer doen omdat je niet meer kunt zeggen wat je wilt. Blijf op de koers die je voor jezelf hebt uitgezet.

Ga nooit met een cliënt of hulpvrager in discussie over je eigen kwaliteiten. Benadruk dat je er bent om hem te helpen op een manier die jou het beste lijkt, en niet om de cliënt te behagen.

Pas dus op voor sociaal wenselijk gedrag van jouw kant. Wees niet al te bang voor confrontaties en meningsverschillen. Als je elkaar écht niet kunt vinden in de visie op en aanpak van de problematiek, kun je maar beter doorverwijzen.

Een verkeerde diagnose

In een doorsneehulpverleningscontact zal het meestal zo zijn dat je een of meer intakegesprekken voert. Op basis daarvan vorm je je een beeld van de problematiek en koppel je dat terug aan je cliënt. In het ideale geval zijn jullie het erover eens waar de schoen wringt en kun je samen een plan van



aanpak maken. Of je doet bepaalde observaties en rapporteert deze aan (bijvoorbeeld) de orthopedagoog of psycholoog, waarna een diagnose wordt gesteld en een begeleidingstraject wordt uitgezet.

Het komt echter ook voor dat de hulpvrager het niet eens is met je visie.

Op zo'n moment ontstaat er een complexe situatie. Want wat is er aan de hand? Is er sprake van een bepaalde vorm van weerstand bij de hulpvrager (zie subparagraaf 2.10.1) of zit je er 'gewoon' naast? Terwijl het ook nog zo kan zijn dat de cliënt in kwestie niet in staat is om zijn werkelijke probleem onder ogen te zien (zie subparagraaf 2.10.4).

Er zijn binnen de hulpverlening weinig zaken waarmee je zo voorzichtig moet zijn als met het te snel stellen van een diagnose. Als je dat eenmaal gedaan hebt, is het moeilijk je daarvan los te maken. Je hebt dan gemakkelijk de neiging naar 'bewijzen' te (blijven) zoeken. Toen de schrijver van dit boek aan zijn eerste stage op de afdeling psychiatrie van een algemeen ziekenhuis begon, kreeg hij als introductie van de daar al jaren werkende klinisch psycholoog te horen: 'Wat het probleem ook is, het is in ieder geval nooit het probleem waar ze in eerste instantie mee komen.' Een tamelijk forse uitspraak natuurlijk, maar door de jaren heen heb ik hiervoor meer begrip gekregen. De meeste mensen leggen hun diepste problemen niet zomaar op tafel en gebruiken vaak eerst allerlei 'dekproblemen' om het werkelijke probleem buiten beeld te houden. Dat kan bewust dan wel onbewust gebeuren, en dat maakt het er allemaal niet eenvoudiger op.

Dekproblemen

!

Wees dus voorzichtig met het stellen van een diagnose. Er kunnen altijd andere zaken een rol spelen die pas in de loop van het contact boven water komen.

!

Presenteer je diagnose aan de hulpvrager als een eerste werkhypothese, als een eerste uitgangspunt. Maak duidelijk dat je (jullie) zienswijze kan veranderen.

!

Wees nog voorzichtiger met het vasthouden aan een bepaalde diagnose. Laat altijd ruimte voor het bijstellen daarvan, of zelfs voor een totale herziening.

Een gebrek aan begrip/empathie

We hebben zojuist gezien dat een verkeerde conclusie of diagnose verstrekende gevolgen kan hebben voor het contact tussen de hulpverlener en de hulpvrager. In bepaalde gevallen kan het contact daardoor zelfs voortijdig eindigen. De hulpvrager of cliënt voelt zich niet begrepen en kan zich daarvoor erg gaan opwinden: heeft hij eindelijk de moeilijke stap gezet om hulp te vragen en dan begrijpen ze hem niet. Sommige cliënten klappen in zo'n geval helemaal dicht, andere worden kwaad en weer andere verliezen het laatste restje hoop op hulp.

Bedenk bij dit alles dat zo'n misverstand ook het gevolg kan zijn van het feit dat de hulpvrager zich moeilijk uitdrukt. Met name wanneer er sprake is van cultureel bepaalde verschillen in de communicatie kan dit probleem zich voordoen. In een aantal gevallen kun je (feitelijke) misverstanden oplossen door gewoon toe te geven dat je te snel was met je conclusies. Nodig de hulpvrager in zo'n geval uit door te gaan of zijn verhaal nog eens te vertellen. Onbegrip of een verkeerd begrijpen kan dus meestal wel gecorrigeerd worden. Dat wordt een stuk moeilijker wanneer het niet zozeer gaat om een verkeerd begrijpen, als wel om een verkeerd *aan-* en *invoelen*. Om intuïtie en empathie dus. Hulpvragers voelen zich vaak erg gekwetst als ze merken dat jij je als hulpverlener niet kunt verplaatsen in hun emoties. Ze merken dat door je gebrek aan empathische reacties. Typische empathische reac-

Intuïtie en empathie

ties zijn onder andere het op het juiste moment aanpassen van je mimiek, het geven van invoelende antwoorden ('Dat kan ik me goed voorstellen', of: 'Dat lijkt me erg moeilijk'), en andere tekenen van emotionele betrokkenheid (respectvol zwijgen bijvoorbeeld). Hulpvragers letten bewust en/of onbewust heel sterk op dergelijke uitingen en als ergens geldt dat 'de eerste klap een daalder waard is', dan is het wel hier, op het gevoelsniveau van een beginnend hulpverlenend contact. In feite is dat ook niet meer dan logisch. Uit veel onderzoek is namelijk gebleken dat de werkzame factoren in de hulpverlening vooral gezocht moeten worden in de zogenoemde *niet-specifieke factoren van een therapie*. Daarmee worden met name bedoeld het emotionele contact, de 'klik', het aan- en invoelen, en al die andere ongrijpbare processen die zich tussen twee mensen – hulpvrager en hulpverlener – kunnen voordoen. Als het op dat vlak fout gaat, kan het vaak een hele opgave worden om het contact – het vertrouwen – te herstellen.

Niet-specifieke
factoren therapie

Als er sprake is van een gebrek aan empathie van jouw kant, onderzoek dan waardoor dat komt. Speelt een van de onderwerpen uit de voorgaande subparagraaf een rol? Mag je de hulpvrager niet? Spreekt de problematiek je niet aan? Zit je zelf moeilijk?

Als je erachter bent gekomen waar de oorzaak ligt van je gebrek aan empathie, vraag je dan af of je alsnog in staat zult zijn tot een voldoende mate van invoelen. Zo ja, speel dan open kaart met de hulpvrager en leg hem uit waardoor je op het verkeerde been bent gezet. Zo nee, verwijst dan door met als reden dat je je niet de aangewezen persoon voelt om de hulpvrager van dienst te zijn.

Een gebrek aan frustratietolerantie

Dit boek gaat over hulpverlenende gesprekken en contacten die niet volgens verwachting (naar wens) en/of volgens het boekje verlopen. Het gesprek of het contact vlot niet, de hulpvrager en de hulpverlener begrijpen elkaar niet en lijken op verschillende golflengtes te zitten. Dat is frustrerend, zowel voor de hulpverlener als voor de hulpvrager. Met 'frustratie' bedoelen we hier het gevoel dat ontstaat wanneer je behoeften niet worden bevredigd. Dus iemand die veel behoefte heeft aan erkenning en waardering of goedkeuring (zie zelftest 3) en die zaken vervolgens niet krijgt, raakt gefrustreerd. Uit onderzoek is gebleken dat de ene persoon veel beter bestand is tegen frustraties dan de andere. We hebben het nu over de mate van *frustratietolerantie*, een veelgebruikte term in de reeds genoemde Rationeel Emotieve Therapie van Albert Ellis.

Ga met behulp van zelftest 4 eens na hoe het ervoor staat met jouw eigen frustratietolerantie.

Frustratie-
tolerantie

ZELFTEST 4: FRUSTRATIETOLERANTIE

Hierna staan negen uitspraken genoteerd. Onder elke uitspraak staan de cijfers 1 tot en met 5. Je kunt, door een bepaald cijfer te omcirkelen, aangeven in welke mate je het met de betreffende uitspraak eens bent. Een 1 wil zeggen: 'helemaal niet mee eens'. Een 2 wil zeggen: 'tamelijk mee eens'. Een 3 wil zeggen: 'geen mening'. Een 4 wil zeggen: 'tamelijk mee eens'. Een 5 wil zeggen: 'helemaal mee eens'.

ZELFTEST 4 Frustratietolerantie

1 Ik vind het verschrikkelijk om me rot voelen.

Oneens ? Eens

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2 Ik kan er absoluut niet tegen als zaken niet gaan zoals ik wil.

Oneens ? Eens

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3 Vaak denk ik dat mijn leven alleen maar bestaat uit narigheden en frustraties.

Oneens ? Eens

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4 Ik kan er niet tegen als mensen niet doen wat ik wil.

Oneens ? Eens

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5 Ik heb recht op een plezierig leven, zonder allerlei moeilijke toestanden.

Oneens ? Eens

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6 Ik kan absoluut niet tegen ruzie.

Oneens ? Eens

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7 Ik vind het onverdraaglijk om gespannen en zenuwachtig te zijn.

Oneens ? Eens

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8 Het leven moet leuk zijn, anders is het niet de moeite waard.

Oneens ? Eens

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9 Ik moet mij te allen tijde kunnen ontspannen.

Oneens	?			Eens
1	2	3	4	5

Totaal =

Bron: Verhulst, 2012

Vrouwen scoorden op deze test gemiddeld 26,1 punten en mannen 21,2. Nota bene: een hoge score wil zeggen: een *lage* frustratietolerantie (LFT), je kunt dan weinig of geen tegenslagen verdragen.

Het is belangrijk je het volgende te realiseren. Een hulpverlener met een LFT:

- zal geneigd zijn snel boos te worden als een hulpvrager niet, of niet precies doet wat hij wil
- zal snel geïrriteerd raken als de hulpvrager hem tegenspreekt
- zal slecht tegen kritiek kunnen
- zal snel zijn geduld verliezen
- zal zich sneller laten leiden door emoties dan door verstand
- moet zich dus afvragen of de hulpverlening wel zo'n geschikte keuze voor hem is...

Faalangst

Een problematisch verlopend contact kan ook het gevolg zijn van faalangst van de hulpverlener. Zeker beginnende hulpverleners zijn (terecht) onzeker over de vraag of ze wel de juiste dingen zeggen. Of ze zijn bang voor stiltes, of voor afwijzing door de hulpvrager, door onzekerheid over hun eigen kennis en kunde. Op zich is daar, als je er goed over nadenkt, niets mis mee: je kunt je in het begin maar beter wat bescheiden en voorzichtig opstellen, dan maar gelijk hoog van de toren blazen. Een beetje 'gezonde' faalangst kan dus geen kwaad. Anders wordt het wanneer faalangst de belangrijkste motor achter je denken en doen als hulpverlener is. In zo'n geval word je in je optreden alleen maar gehinderd en kun of durf je jezelf niet meer te zijn. Bij elke opmerking die je maakt, bij elke vraag die je stelt, vraag je je af of dit wel de juiste opmerking of vraag is. Je bent voortdurend bang dat je als hulpverlener tekort zult schieten. En als de faalangst na verloop van tijd niet overgaat, zul je zien dat je meer met je eigen angsten bezig bent dan met die van de hulpvrager. Vul zelftest 5 eens in en kijk eens hoe het er met jouw mate van faalangst voorstaat.

Faalangst

ZELFTEST 5: FAALANGST

Hierna staan negen uitspraken genoteerd. Onder elke uitspraak staan de cijfers 1 tot en met 5. Je kunt, door een bepaald cijfer te omcirkelen, aangeven in welke mate je het met de betreffende uitspraak eens bent. Een 1 wil zeggen: 'helemaal niet mee eens'. Een 2 wil zeggen: 'tamelijk mee oneens'. Een 3 wil zeggen: 'geen mening'. Een 4 wil zeggen: 'tamelijk mee eens'. Een 5 wil zeggen: 'helemaal mee eens'.

ZELFTEST 5 Faalangst

1 Ik kan er absoluut niet tegen als ik fouten maak.

<i>Oneens</i>		?		<i>Eens</i>
1	2	3	4	5

2 Mijn grootste angst is dat ik belangrijke zaken de mist in laat gaan.

<i>Oneens</i>		?		<i>Eens</i>
1	2	3	4	5

3 Ik droom vaak dat dingen helemaal mislukken.

<i>Oneens</i>		?		<i>Eens</i>
1	2	3	4	5

4 Publiekelijk afgaan is het ergste wat mij kan overkomen.

<i>Oneens</i>		?		<i>Eens</i>
1	2	3	4	5

5 Ik word depressief als mij iets niet lukt.

<i>Oneens</i>		?		<i>Eens</i>
1	2	3	4	5

6 Ik heb erg veel last van examenvrees.

<i>Oneens</i>		?		<i>Eens</i>
1	2	3	4	5

7 Alleen al de gedachte om in belangrijke zaken tekort te schieten bezorgt mij hartkloppingen.

<i>Oneens</i>		?		<i>Eens</i>
1	2	3	4	5

8 Ik ben, voordat ik een belangrijke taak moet volbrengen, altijd heel zenuwachtig (misselijk, beroerd).

<i>Oneens</i>		?		<i>Eens</i>
1	2	3	4	5

9 Ik vind het verschrikkelijk om in het openbaar te spreken.

Oneens	?			Eens
1	2	3	4	5

Totaal =

Bron: Verhulst, 2012

Vrouwen scoren op deze test gemiddeld 24,9 punten en mannen gemiddeld 20,9.

Als je hoog scoort op deze test, dan is de kans groot dat je je erg onzeker voelt in intermenselijke – dus ook hulpverlenende – contacten. De neiging om contacten dan maar oppervlakkig te houden is groot: je loopt dan minder risico. In de hulpverlening kom je daar echter niet mee weg, want er wordt van je verwacht dat je – indien nodig – juist erg diep gaat in het contact met de hulpvrager.

Als je last hebt van faalangst, probeer dan eens wat meer te kijken naar je *motivatie*, in plaats van je alleen maar te focussen op je *prestatie*. Realiseer je dat je niet méér kunt doen dan je uiterste best. Wees in die zin mild voor jezelf.

Je kunt in veel gevallen best laten merken dat je niet helemaal zeker bent van je zaak. De meeste mensen hebben daar begrip voor. Sterker nog: de meeste mensen vinden het prettig om te zien dat jij ook maar een mens bent.

Bedenk dat faalangst beslist ook positieve kanten heeft: het wil zeggen dat je over jezelf en je handelen nadenkt en dus niet kritiekloos zomaar wat roept.

1.7.3 Overdracht en tegenoverdracht

Freud introduceerde de termen 'overdracht' en 'tegenoverdracht' om aan te geven dat mensen (dus ook hulpvragers en hulpverleners) over en weer bepaalde gevoelens kunnen ervaren (herbeleven, of een oordeel vellen) die eigenlijk niet voortkomen uit de huidige situatie, maar uit het verleden van een van beiden of beiden. Dus de hulpvrager voelt jegens de hulpverlener allerlei emoties die eigenlijk niet in die situatie thuishoren, maar die door de persoon van de hulpverlener op de een of andere manier – bijvoorbeeld door een uiterlijke gelijkenis of door een bepaalde manier van gedragen – worden getriggerd.

Het omgekeerde komt ook voor: het kan gebeuren dat de hulpverlener gevoelens jegens de hulpvrager koestert die in feite niets met die hulpvrager te maken hebben, maar alles met de eerdere ervaringen van de hulpverlener. In het eerste geval spreken we van *overdracht*, in het tweede van *tegenoverdracht*.

In eerste instantie zou je misschien denken dat de verschijnselen van overdracht en tegenoverdracht alleen maar storend kunnen werken. Dat is echter niet altijd zo. Want het feit dat bepaalde ('oude') gevoelens zich voor-

Herbeleven, of een oordeel vellen

doen binnen een behandelings- of begeleidingstraject kan ook veel informatie opleveren over wat er wérkelijk speelt binnen de hulpvrager (en uiteraard ook binnen de hulpverlener). Analyse van de (tegen)overdracht is dus altijd erg zinvol. Voorbeeld 1.4 (Lies) is dus een typisch geval van tegenoverdracht, zoals dat met verliefdheden wel vaker het geval is, maar daarover gaat een ander boek, namelijk *Houden van is niet genoeg* (Verhulst, 2007).



Vraag je bij een begeleidingstraject regelmatig af of, en zo ja, waardoor je houding tegenover de hulpvrager bepaald wordt. Spelen hier factoren uit jouw persoonlijke ervaringen mee? Zo ja, probeer daar dan zo goed mogelijk rekening mee te houden.

Nog een voorbeeld, dit keer van een typische overdrachtssituatie.

VOORBEELD 1.9

Dierenliefde

Ellie is een vrouw van middelbare leeftijd. Ze leeft gescheiden van haar man en heeft drie dochters. Haar grootste probleem is haar eenzaamheid, zegt ze. Haar man heeft op zeker moment een andere vrouw ontmoet en is er met haar vandoor gegaan. Haar twee oudste dochters zijn het huis al uit en haar jongste dochter staat op het punt dat te doen. Ze ziet haar toekomst alleen heel somber in.

Tijdens het tweede gesprek worden ze gestoord door een stel krolse katten die zich onder het raam van de spreekkamer met elkaar aan het vermaken zijn. De hulpverlener opent het raam en jaagt de katten weg.

Ellie staat boos op, pakt haar jas en verlaat de spreekkamer met de woorden: 'Iemand die niet van katten houdt, kan ook geen mensen helpen. Mijn man had ook een bloedhekel aan katten.'

Soms kan de overdracht zo hevig zijn dat er een onwerkbaar situatie ontstaat. In het ideale geval zou je zo'n situatie met de hulpvrager moeten kunnen bespreken, maar als de emoties (de herbelevingen) te hoog oplopen, zal dat niet meer kunnen.

Als er sprake is van een te hevige (tegen)overdracht, verwijst dan door. Ga uiteraard eerst na waar de schoen wringt, anders is de kans groot dat deze situatie zich bij de volgende hulpvrager weer zal voordoen.



Wees op overdracht bedacht als een hulpvrager aangeeft per se door een man (of door een vrouw) begeleid of behandeld te willen worden. Vaak zegt zo'n hulpvrager dat hij 'nu eenmaal makkelijker' praat met een man (of een vrouw). Dat is mogelijk, maar naar alle waarschijnlijkheid spelen hier eerdere negatieve ervaringen een rol.

1.8 Een laatste keer: professioneel hulpverleners, wat is dat eigenlijk?

Naarmate we verder komen in dit hoofdstuk, komen we ook steeds meer mogelijke valkuilen tegen. Laat je daardoor niet ontmoedigen. Je kunt maar beter vooraf weten waar en waarom de moeilijkheden zich gaan voordoen. Je zult begrijpen dat het antwoord op de vraag wat hulpverleners inhoudt, ook steeds ingewikkelder wordt. Er komen immers steeds meer nuanceringen bij. Het antwoord zou nu kunnen luiden:

Professioneel hulpverlenen is vanuit een min of meer omschreven theoretische visie (of combinatie van visies!) de hulpvrager helpen bij het vinden van een passende oplossing voor zijn problemen. De hulpverlener dient zich daarbij voortdurend bewust te zijn van zijn eigen persoon, rol, attitude en waarnemingsprocessen.

**Professioneel
hulpverlenen**

Een opleiding tot hulpverlener is daarmee ook een ontdekkingsreis naar jezelf: hoe kijk jij aan tegen jezelf en de wereld om je heen, en waarop is jouw visie gebaseerd? Beschouw dit thema – van de zelfontdekking – als een van de rode draden die door dit boek lopen.

Samenvatting

1

-
- ▶ Hulpverlening is een erg complex proces, waarbij allerlei factoren een rol kunnen spelen, zoals:
 - de persoon van de hulpverlener
 - de persoon van de hulpvrager
 - de interactie tussen beiden

 - ▶ Professionele hulpverlening vindt plaats vanuit een bepaalde theoretische oriëntatie, zoals:
 - Freudiaanse oriëntatie
 - nadruk op onbewuste conflicten en afweermechanismen en weerstanden)
 - leertheoretische oriëntatie
 - Skinner: nadruk op aangeleerde gedragingen)
 - Rogeriaanse oriëntatie
 - nadruk op onvoorwaardelijke acceptatie van de cliënt, empathie, persoonlijke ontwikkeling van de cliënt
 - cognitieve oriëntatie
 - cognitieve gedragstherapie (CGT): een voorbeeld hiervan is de RET, de Rationeel Emotieve aanpak van Albert Ellis, waarbij de focus ligt op irrationele denkpatronen van de cliënt

Nb: een combinatie van de verschillende oriëntaties is ook mogelijk. We spreken dan van een *eclectische* aanpak.

 - ▶ Er zijn grote verschillen tussen professionele en niet-professionele hulpverlening.

 - ▶ Bij professionele hulpverlening dien je je voortdurend bewust te zijn van de mogelijke gevolgen van je interventies. Morele of ethische overwegingen en verantwoordelijkheid spelen bij de professionele hulpverlening een veel zwaardere rol dan bij de niet-professionele hulpverlening.
-

Vragen en opdrachten

Kennisvragen

- 1.1** Geef aan volgens welke visies je kunt werken als hulpverlener.
- 1.2** Waarom denk je dat zowel Rogers als Ellis zijn afgeknapt op de klassieke psychoanalyse?
- 1.3** Geef de definitie van professioneel hulpverleners.
- 1.4** Geef een voorbeeld bij de zeven afweermechanismen van Freud. Probeer een situatie uit je eigen leven te bedenken waarin je zo'n afweermechanisme hebt gebruikt.
- 1.5** Wat wordt er verstaan onder selffulfilling prophecy?
- 1.6** Wat wordt er verstaan onder het primacy-effect? Herken je dit ook bij jezelf?
- 1.7** Noem drie gevaren die je loopt als hulpverlener bij het voeren van een gesprek.
- 1.8** Noem de vier beoordelingseffecten.
- 1.9** Noem drie vormen van weerstand, en geef bij elke vorm een voorbeeld.
- 1.10** Wat wordt er verstaan onder het begrip frustratietolerantie.

Reflectievragen

- 1.11** Hoe zou jij reageren op Kees uit de openingscasus van dit hoofdstuk?
- 1.12** Vind je het kunnen dat verzekeraars in veel gevallen zo veel te zeggen hebben over de inhoud van een behandeling?
- 1.13** Welke visie op hulpverlening spreekt jou het meest aan en waarom? Vind je het terecht dat er tegenwoordig een onderscheid gemaakt wordt tussen een 'probleem' en een 'ziekte' of 'stoornis'? Waar ligt de grens tussen beide?
- 1.14** Hoe sta jij tegenover het geven van je eigen mening in een hulpverlenend gesprek? Motiveer je antwoord.
- 1.15** Kan de hulpverlening waardevrij zijn?

- 1.16** Wanneer je in een hulpverleningsgesprek in een conflictsituatie tussen cliënten (een echtpaar) terechtkomt, hoe zou jij je dan willen en moeten opstellen? Motiveer je antwoord.
- 1.17** Ga eens in gesprek met je medestudenten over welk mensbeeld jullie hebben. Waarom is het zo belangrijk in de professionele hulpverlening om je bewust te zijn van je eigen handelen?