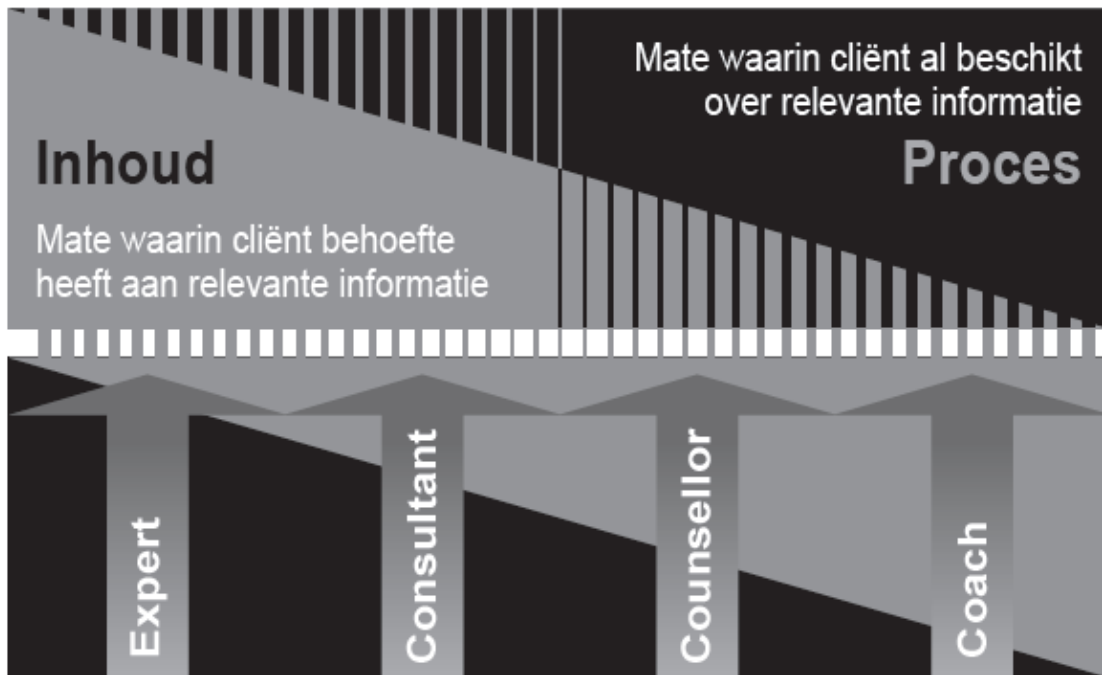


## 5.2 Rollen in een hulpverleningsgesprek

Niet iedere cliënt is hetzelfde en ook is iedere psychosociale hulpverlener werkzaam op een ander gebied. In deze paragraaf kijken we naar de verschillende rollen die de psychosociale hulpverlener kan aannemen en in de volgende paragraaf kijken wij naar de verschillende rollen die een cliënt zichzelf toe-eigent. Kijk maar eerst naar figuur 5.1.



FIGUUR 5.1 ROLLEN IN EEN HULPVERLENINGSCONTEXT

Een aantal rollen horen al bij bepaalde settings. Wanneer bijvoorbeeld een cliënt een arts raadpleegt om hem vanuit zijn expertise te adviseren, dan brengt hij zelf weinig inhoudelijke kennis mee en verwacht dat die lacune door de arts zal worden ingevuld. Dit is wat de expertrol inhoudt. Dit wordt soms ook het diagnosereceptmodel genoemd: de arts stelt een diagnose en schrijft voor hoe de situatie aan te pakken.

Aan het andere extreem heb je de cliënt die zelf al over de nodige inhoudelijke kennis beschikt en vooral een klankbord nodig heeft. Ongeacht hoe kundig de psychosociale hulpverlener is, de cliënt zit niet echt te wachten op een inhoudelijk advies. Eigenlijk wil hij helemaal geen advies, alleen maar een luisterend oor en iemand die samen met hem alles op een rijtje zet. Dit is typisch voor de rol van coach.

*Niet iedere cliënt zit te wachten op een advies*

In het tussengebied staan de counsellor en de consultant, die zich van elkaar onderscheiden in de mate van expertise die zij toevoegen aan de reeds aanwezige kennis bij de cliënt. Beiden hebben een raadgevende functie. Echter, de consultant meer op inhoudelijk niveau en de counsellor meer op procesniveau. Met proces wordt bedoeld de manieren waarop de kwestie wordt ontdekt, wordt uitgediept en voor de cliënten verhelderd, zodat zij zelf kunnen kiezen wat hun vervolgstappen zijn. En waar de expert zich bijna uitsluitend op inhoudelijk niveau bezighoudt, houdt de coach zich bijna uitsluitend bezig op procesniveau.

De rollen worden gepresenteerd als goed afgebakende rollen. Echter, in de praktijk zijn zij zelden zo duidelijk van elkaar te onderscheiden. Ten eerste qua rol: die ligt ergens op een continuüm tussen de pure expertrol en de pure coachrol (die in de praktijk nauwelijks voorkomt). Ten tweede doordat tijdens het hulpverleningstraject de rol van de psychosociale hulpverlener steeds anders kan zijn: de rol is een dynamische, geen statische.

---

*De pure expertrol en de pure coachrol bestaan nauwelijks*

---

Het verband tussen proces en inhoud wordt door de beslissingstheorie van Maier (1970) geïllustreerd. Maier stelt dat de effectiviteit van een advies niet alleen afhangt van de meest ‘juiste’ benadering of oplossing, maar ook in hoeverre deze zowel juist als aanvaardbaar *voor de betrokkenen* is. Dit wordt vaak in een formule weergegeven als:

$$EFFECTIVITEIT = KWALITEIT \times ACCEPTATIE$$

Het komt er bij een advies op neer dat hoe goed de kwaliteit van de geboden oplossing ook moge zijn, als zij voor de cliënten niet aanvaardbaar is, dan zullen zij er niets mee doen. De uiteindelijke effectiviteit is dan nihil. Aan de andere kant zal een kwalitatief slechte oplossing misschien wel heel acceptabel zijn voor de cliënten, maar toch weinig effect sorteren. De keuze voor de juiste rol hangt daarom van twee factoren af: de behoefte aan expertise en de acceptatiegraad. Het is dus niet zo dat als je een expertrol hebt, je niets hoeft te doen aan de acceptatie van jouw advies bij de cliënt. En omgekeerd: als je rol meer raadgevend of coachend is, dat je met een kwalitatief onder de maat advies mag aankomen.

---

*Ook de expert zal moeten werken aan de acceptatie bij de cliënt*

---

Acceptatie kan verder worden ingedeeld in twee aspecten: in hoeverre is het aangedragen advies voor de cliënt aanvaardbaar, en in hoeverre wordt de psychosociale hulpverlener door de cliënt als geloofwaardig gezien. Die twee aspecten zijn de onderwerpen van de volgende twee paragrafen.

### **5.3 Rollen versus stadium van verandering**

In de vorige paragraaf is het al genoemd: niet alleen de feitelijke rol vanuit het beroep van de psychosociale hulpverlener, maar ook de cliënt heeft invloed op de rol die tijdens een hulpverleningsgesprek wordt aangenomen. Neem Alex als voorbeeld.

Casus Alex

Psychosociale hulpverlener: Hallo. Hoe heet je? (*gesloten vraag*)

Alex: Alex. (*kijkt nauwelijks op, zit wat uitgezakt in de stoel*)

Psychosociale hulpverlener: En Alex, hoe oud ben jij? (*gesloten vraag*)

Alex: 16.

Psychosociale hulpverlener: Vertel, waarom ben jij vandaag gekomen? (*open vraag*)

Alex: Weet ik veel.

Psychosociale hulpverlener: Je weet het niet. (*reflectie*) Het lijkt mij wat raar dat je niet weet waarom je hierheen bent gekomen. Liep je toevallig langs? (*bewust suggestieve, gesloten vraag*)

Alex: Nee. Mijn moeder heeft mij gestuurd.

Psychosociale hulpverlener: Oké. Waarom heeft je moeder je naar mij gestuurd? (*open vraag*)

Alex: Weet ik veel.

Psychosociale hulpverlener: Ze zei gewoon: 'Hé Alex, ga jij eens bij die psycholoog op bezoek.' (*uitvergroten*)

Alex: Nee, tuurlijk niet. Duhh.

Psychosociale hulpverlener: Wat zei ze dan wel? (*open vraag*)

Alex: Ze zei dat ik lastig ben en jij dat wel zou fixen.

Psychosociale hulpverlener: Wat vind jij daarvan? (*open vraag*)

Alex: Ik heb helemaal geen probleem. Zij heeft een probleem.

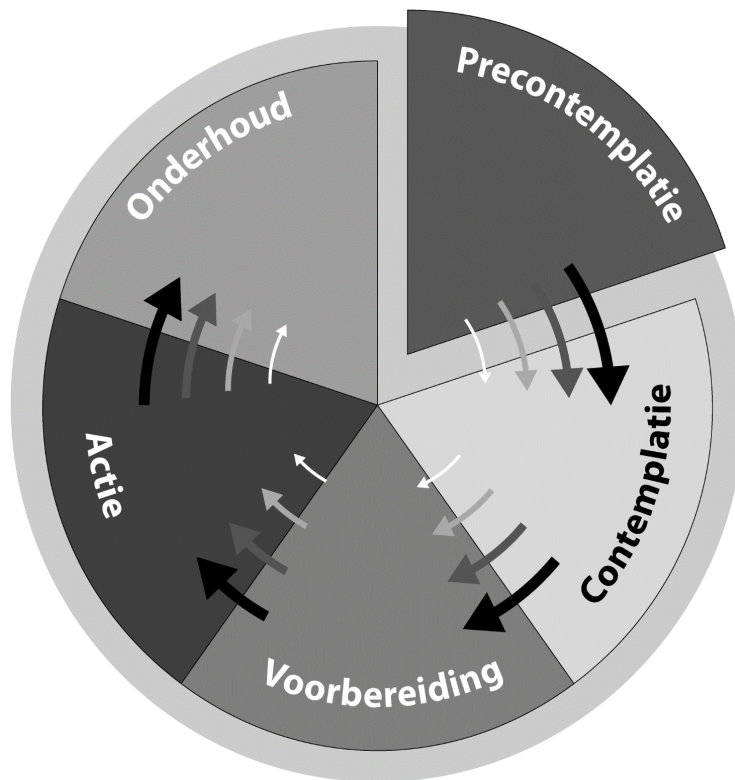
Psychosociale hulpverlener: Dus zij zou hier moeten zitten, niet jij! (*conclusie, interpretatie*)

Alex: Dat is zo. Zij vindt mij toch lastig? Ik doe verder niks. Ik ga naar school. Ik heb mijn eigen leven. En daar wil zij zich de hele tijd mee bemoeien.

Psychosociale hulpverlener: Jij vindt het dus lastig dat je moeder zich te veel met je bemoeit. (*gevoelsreflectie*)

Deze puber is gestuurd en is zeker niet van plan om mee te werken. Alex heeft helemaal geen probleem, zegt hij. Cliënten komen toch naar de psychosociale hulpverlener toe omdat zij ergens hulp bij willen? Nou, Alex mooi niet; hooguit is de manier waarop zijn moeder met hem omgaat, voor hem een probleem. Maar daarvoor moet je bij haar zijn, niet bij hem. Alex is nauwelijks gemotiveerd tot het geven van informatie, om maar te zwijgen over het aanpakken van een probleem. Dat vraagt toch om een andere aanpak dan bij een praatgraag.

Het lijkt erop dat de motivatie bij cliënten om de psychosociale hulpverlener te spreken flink wat kan variëren, zelfs binnen dezelfde setting. Vaak hangt deze motivatie samen met de bereidwilligheid iets in het eigen gedrag te veranderen. Zeer bruikbaar daarvoor is het model dat door Prochaska (2000) de stadia van verandering is genoemd is, zie figuur 5.2.



FIGUUR 5.2 STADIA VAN VERANDERING (NAAR: PROCHASKA, 2000)

De stadia van verandering kunnen worden gezien als de vijf stappen die gezet worden om nieuw gedrag aan te leren en dit nieuwe gedrag blijvend toe te passen.

### Precontemplatiestadium (struisvogelfase)

In dit stadium zijn mensen niet van plan om actie te ondernemen om te veranderen, wellicht omdat zij niet of onvoldoende geïnformeerd zijn over wat de consequenties zijn van doorgaan zoals zij nu doen. Het kan ook interventiemoeieid zijn, doordat er al zo veel zonder voldoende resultaat is uitprobeerde. Meestal zullen mensen in dit stadium hun kop in het zand steken. Het onderwerp wordt zo goed en zo kwaad als het kan vermeden: er is simpelweg geen probleem. Mensen in deze struisvogelfase komen meestal over als ongemotiveerd en afkerig van alle bemoeienissen. Bij kwesties waar schaamte een rol speelt, kenmerkt dit stadium zich in wegllopen. Het probleem bestaat niet.

---

*Het probleem bestaat botweg niet*

---

Wanneer het (in het algemeen) om disfunctioneel of ineffectief gedrag gaat, onderschatten mensen de voordelen van veranderen en overschatten zij de investering die daarvoor nodig is. Juist daarom zijn zij ook weinig gemotiveerd om te veranderen. Ze zijn geneigd in dit stadium te blijven steken. Er is namelijk geen 'ingebouwd' mechanisme (bijvoorbeeld bij de ontwikkelingsstadia die kinderen doorlopen) die hen van dit stadium naar het volgende zal brengen. Meestal gebeurt dat pas als de directe omgeving een duwtje geeft, wat we bijvoorbeeld zien bij een incident of crisis. Zo'n crisis forceert hen als het ware over een drempel te stappen, uit hun comfortzone te komen. In die zin zou een crisis noodzakelijk zijn om tot verandering te komen. Het kan ook dat de cliënt uit de eerste hand meemaakt dat de huidige manier van doen niet (meer)

voldoet, of de omgeving vindt het genoeg geweest. Zie hier Alex, die waarschijnlijk door zijn moeder is gestuurd omdat zij met haar handen in het haar zit.

### Contemplatiestadium (kat-uit-de-boom-kijk-fase)

In dit stadium gaan mensen wikken en wegen, zij overwegen. Een verandering (vanuit henzelf) kan in een afzienbare periode worden verwacht. In dit stadium wordt er wél weerstand geuit:

de voor- en nadelen worden kritisch bekeken en besproken. Er wordt heftig over nagedacht en er wordt tegen de investering opgekeken. De neiging bestaat om te vervallen tot eindeloos analyseren. Er ontstaat een soort ambivalentie en een neiging tot uitstellen. Oplossingen worden in dit stadium steevast weggewimpeld: ‘Nee, dat heb ik al geprobeerd’, ‘Nee, dat kan ik niet’, enzovoort. Dit kat-uit-de-boom-kijken zal normaliter vanzelf leiden tot het volgende stadium, maar kan flink wat tijd in beslag nemen. Wederom kan de psychosociale hulpverlener het proces een handje helpen door de argumenten serieus te nemen.

---

*Wikken, wegen en weerstand!*

---

### Vorbereidingsstadium

In dit stadium worden er plannen gesmeed om het probleem aan te pakken. De cliënten ervaren iets als een probleem en zijn zo ver dat zij dat willen oplossen. Kennis wordt opgedaan, maar nog niet in de praktijk toegepast. Cliënten in dit stadium hoeft je nauwelijks meer te motiveren. Het is meer een kwestie van de motivatie op peil houden. Over-enthousiasme is de valkuil, het is beter om kleine stappen te zetten waarbij de cliënten als het enigszins kan niet kunnen falen. Iemand die succes boekt bij een (relatief) klein onderdeel, is meer gemotiveerd om verder te gaan.

---

*Kleine stappen waarin als het enigszins kan, vallen niet mogelijk is*

---

### Actiestadium

In dit stadium worden nieuwe vaardigheden niet alleen aangeleerd, maar ook structureel toegepast. De cliënten gaan experimenteren met andere manieren van doen. De grootste valkuil in dit stadium is het ‘honeymoon-effect’: zodra de cliënten positieve effecten zien, denken zij dat het probleem nu is opgelost (Lange, 2006). Zij vinden het opeens niet meer nodig zichzelf in te zetten en worden laks. Het nieuwe gedrag is echter nog niet ingesleten en binnen de kortste keren vallen zij terug.

---

*Niet te vroeg juice: doorzetten*

---

### Onderhoudsstadium

De actieve fase is afgelopen. Dit is de fase waarin de psychosociale hulpverlener terugtreedt en de cliënten op eigen benen laat doorgaan. Om hen goed beslagen ten ijs te sturen, wordt aandacht besteed aan finetuning en een toolkit. De toolkit is er om de cliënten een aantal gereedschappen mee te geven waarmee zij (a) terugval kunnen herkennen en voorkomen en (b) hun opgedane ervaringen kunnen generaliseren. Dat wil zeggen, dezelfde manier van doen kan vaak breder worden toegepast dan alleen voor het specifieke probleem waarmee zij zich hebben aangemeld.

---

*Goed beslagen ten ijs*

---

### Hoe verandert jouw rol?

Vorenstaande stadia betekenen dat de psychosociale hulpverlener steeds een andere rol aanneemt, afhankelijk van het stadium waarin de cliënten zich bevinden. Dat houdt in dat de psychosociale hulpverlener eerst moet kunnen herkennen in welk stadium de cliënten zitten en daarna zijn handswijze daarop afstemt.

### Jargon & definitie

**Locus of control:** waar mensen de verantwoordelijkheid plaatsen om in actie te komen. Dit is of intern (dus binnen de persoon) of extern (in de omgeving).

**Attributie:** waar mensen de oorzaak van een situatie plaatsen, hoe zij deze verklaren. Dit is bijvoorbeeld intern (de situatie is een resultaat van eigen handelen of persoonseigenschappen) of extern (de omgeving of anderen hebben de situatie veroorzaakt).

**Positieve heretikettering:** de positieve kanten die uit een negatieve ervaring kunnen worden herleid.

Cliënten die zich in de precontemplatiefase bevinden, hebben nog geen probleem. Vaak zijn dit de mensen die gestuurd zijn. Wat vooral opvalt in dit stadium, is dat alles waar zij last van zouden hebben, hen door de omgeving wordt opgelegd. Het feit dat zij nu bij jou zitten (meestal hun enige probleem op dat moment) komt door de omgeving; zij hebben er verder geen aandeel in. Dit fenomeen wordt *extern attribueren* genoemd.

Neem een onvoldoende op een tentamen als voorbeeld. Dat cijfer komt uiteraard omdat: a) de stof te moeilijk is, b) de docent superslecht is, c) het boek niet te lezen is en d) omdat de burens erop aandringen dat je de avond voor het tentamen mee moest doen met hun feestje. In al deze verklaringen heb jij echter geen enkel aandeel!

Doelgerichtheid en oplossingsgerichtheid kun je in de pre-contemplatiefase liever het raam uitgooien en een ondersteunende rol aannemen: begrip tonen voor de lastige situatie waarin zij zich bevinden (dat zij in hun ogen onterecht hier zitten) en deze cliënten hun hart laten luchten. Het enige andere doel in dit stadium is contact leggen.

Wanneer cliënten gaan contempleren, komt er veel weerstand. Cliënten zullen wel toegeven dat zij een probleem hebben. Zij betwijfelen echter of er een oplossing is of zullen het probleem bagatelliseren. Vaak zoeken zij de oorzaak van hun probleem nog steeds buiten zichzelf. Doel- en oplossingsgerichtheid zullen hier eveneens weinig effect sorteren. Het fenomeen weerstand is al in paragraaf 4.5 uitvoerig behandeld; het advies voor dit stadium is om je een rol van een socratische leraar (zie weer paragraaf 4.3) aan te meten: iemand die door vragen te stellen mensen helpt om het inzicht in hun huidige situatie te vergroten.

Kortom, mensen bewegen tot actie terwijl zij zich in de eerste twee stadia bevinden (precontemplatie of contemplatie), werkt averechts. In deze stadia is het beter om zich op bewustwording te concentreren. De psychosociale hulpverlener laat vooral merken dat hij er is, dat hij informatie kan en op aanvraag wil verstrekken. Dit komt dus overeen met een meer coachende rol.

---

*Doel- of actiegerichtheid is weinig zinvol bij (pre)contemplerende cliënten*

---

Enmaal in het voorbereidingsstadium gaat het gemakkelijker. Cliënten laten 'verandertaal' horen (Miller & Rollnick, 2014): zij spreken de intentie uit te willen veranderen en vragen hulp daarbij. Soms zien zij nog steeds de oorzaak van hun probleem in de omgeving (soms ook terecht), maar zijn ze zich ervan bewust dat zij er iets aan moeten doen, dat actie van hen wordt verwacht om het probleem het hoofd te bieden. Dit wordt een *internal locus of control* (Rotter, 1966) genoemd. Nu past gaandeweg de rol van expert, iemand die door zijn ervaring in het veld goede manieren van aanpak weet aan te dragen en mensen kan helpen om goede strategieën te ontwikkelen. Dit is waarvoor hij onder meer is opgeleid: een expert gedragstrainer en adviseur.

In het actiestadium gaan cliënten aan de slag. Dat wil niet zeggen dat er geen rol voor de psychosociale hulpverlener is, integendeel. Al moeten de cliënten zelf het werk doen, de psychosociale hulpverlener zal hen

ondersteunen door de motivatie hoog te houden, zo nu en dan een zetje te geven wanneer er weer iets lastigs is en waar nodig adviezen te geven. Al zal hij zo nu en dan als expert optreden, zijn rol verandert langzamerhand in die van de consultant.

---

*Terugval geeft informatie voor uiteindelijk succes*

---

Ook hier kan het gebeuren dat iets niet lukt. Iemand die terugvalt, kan overrompeld worden door gevoelens van falen. Daardoor kan zo'n cliënt weer terecht komen in de precontemplatie-, contemplatie- of voorbereidingsfase. Het beste advies is: de cliënt zo snel mogelijk weer in het actiestadium zien te krijgen. Gelijk weer in actie komen en de draad kunnen oppakken geven de beste prognose voor succes. Jij zal de cliënt weer moeten motiveren, bijvoorbeeld door de mislukking positief te heretiketteren als waardevolle informatie die zal helpen om het uiteindelijke resultaat te behalen.

De valkuil is: het actiestadium voelt lekker, voor zowel cliënten als psychosociale hulpverlener. Op het moment dat zaken wat beter gaan lopen, moet jouw rol echter langzamerhand veranderen in die van counsellor en coach. Het onderhoudsstadium kenmerkt zich doordat cliënten steeds vaker dingen zelf gaan doen: zelf al merken waar de schoen wringt en zelf al aangeven hoe zij dat gaan oplossen. Jij wordt gezien als klankbord. In deze rol kom je alleen nog maar met adviezen wanneer deze expliciet worden gevraagd. Ook dan probeer je eerst de cliënten te bewegen om zelf met een oplossing voor de dag te komen. De aandacht verschuift naar het vergroten van het probleemoplossend vermogen van de cliënten en het afscheid voor te bereiden. In paragraaf 5.1 is al ingegaan op het begrip empowerment, waarin benadrukt werd dat cliënten niet afhankelijk moeten worden van hun psychosociale hulpverlener. In het bijzonder in deze fase is dat begrip van belang.

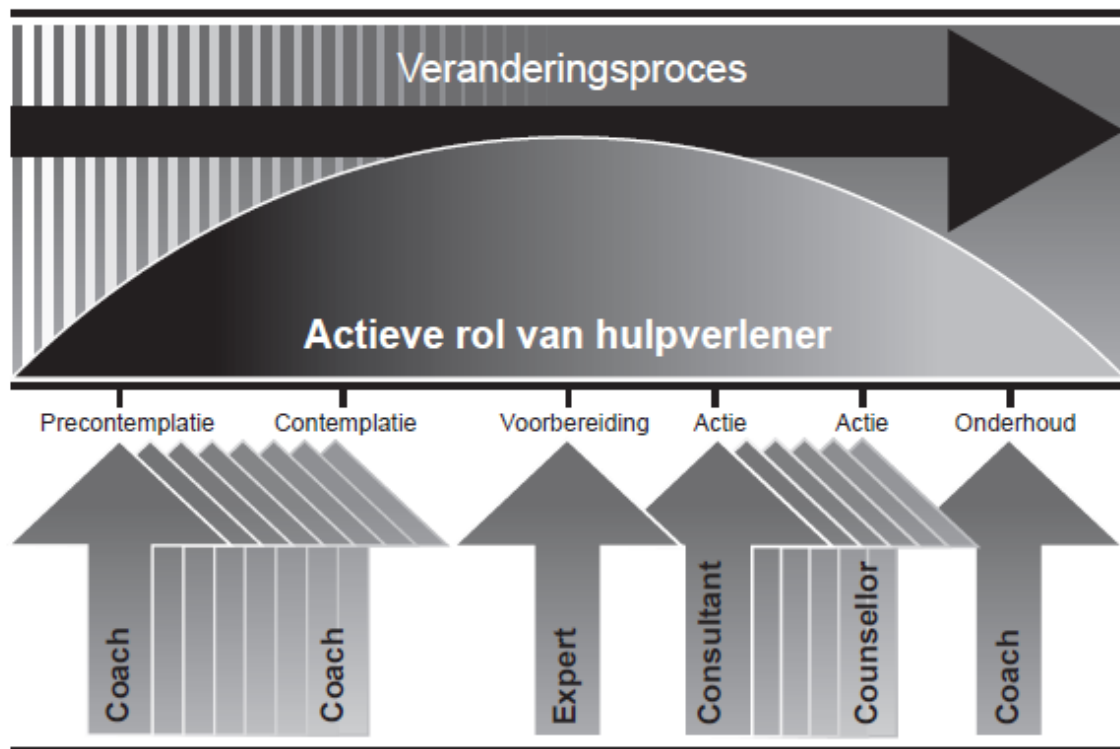
Om alles op een rijtje te zetten, zie tabel 5.3.

TABEL 5.3 STADIA VAN VERANDERING HERKENNEN EN ROLLEN

Stadium	Hoe te herkennen	Rol om aan te nemen
Precontemplatie	'Er is geen probleem', externe attributies	Ondersteunend, contact leggen (coach)
Contemplatie	Weerstand, wegwimpelen	Socratische bevrager (coach)
Voorbereiding	Verandertaal, interne locus of control	Expert gedragstrainer en adviseur
Actie	Vraag om advies, hoge mate van motivering	Geleidelijk terug naar de consultantrol
Onderhoud	Zelfstandigheid, finetuning	Counsellor, klankbord (coach)

Je merkt dus dat zowel in de fasen waar er geen motivatie tot verandering is als in de fase waarin de belangrijkste veranderingen zijn aangebracht, de psychosociale hulpverlener meer coachend te werk gaat, zie figuur 5.3.





FIGUUR 5.3 VERANDERENDE ROLLEN NAAR AANLEIDING VAN STADIUM VAN VERANDERING