

Voorlichting en begeleiding

Voorlichting en begeleiding

**Communicatieve vaardigheden voor
hulpverleners in de gezondheidszorg**

Jan C. Wouda

Harry B.M. van de Wiel

Floor S. van de Wiel

5^e geheel herziene druk

© 2014 Koninklijke Van Gorcum BV, Postbus 43, 9400 AA Assen.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16 h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

NUR 882

ISBN 978 90 2325 243 6

1e druk, 1999

2e herziene druk, 2003

3e ongewijzigde druk, 2005

4e ongewijzigde druk, 2009

5e geheel herziene druk, 2014

Omslagontwerp: Kim Boeren, Viesrood grafisch en interactief ontwerp, Zwolle

Grafische verzorging: Koninklijke Van Gorcum, Assen

Zetwerk: LINE UP boek en media bv, Groningen

Inhoud

Inleiding XI

1 Communicatie 1

- 1.1 Inleiding 2
- 1.2 Wat is communicatie? 2
- 1.3 Waarom communiceren we? 3
- 1.4 Hoe communiceren we? 4
- 1.5 Waarover communiceren we? 5
- 1.6 Hoe verpakken we de informatie? 6
- 1.7 Communicatie met en zonder woorden 8
- 1.8 Wat zegt de metabetekenis? 11
- 1.9 Selectie van informatie 12
- 1.10 Samenvatting 14

2 Communicatie bij ziekte 17

- 2.1 Inleiding 18
- 2.2 Wat betekent ziekte voor een patiënt? 18
- 2.3 Aandacht voor de psychosociale context 20
- 2.4 Emoties rond ziekte 21
 - 2.4.1 Emoties zijn realiteit 22
 - 2.4.2 Emoties worden herbeleefd 22
 - 2.4.3 Emoties zijn kortzichtig 22
 - 2.4.4 Emoties versimpelen het oordeel 23
 - 2.4.5 Emoties sturen de aandacht en het denken 23
- 2.5 Emotionele gevolgen van ziekte 24
- 2.6 Hoe gaan patiënten om met hun emoties? 26
- 2.7 Verlies en verwerking 28
- 2.8 Het verwerkingsproces 30
- 2.9 Samenvatting 32

3 Voorlichting en begeleiding: een begripsbepaling 33

- 3.1 Inleiding 34
- 3.2 Voorlichtingsdoelen 35
 - 3.2.1 Vergroten van kennis en inzicht 36
 - 3.2.2 Leren van handelingen 36
 - 3.2.3 Verwerken van ervaringen en gevoelens 36
 - 3.2.4 Helpen bij besluitvorming 38
 - 3.2.5 Aanpassen van leefwijze 38

- 3.2.6 Sociale omgeving 39
- 3.3 Samenhang tussen de voorlichtingsdoelen 39
- 3.4 Je patiënt aan het werk 40
 - 3.4.1 Aandachtsniveau: horen en openstaan 40
 - 3.4.2 Cognitief niveau: begrijpen en onthouden 41
 - 3.4.3 Emotioneel niveau: verwerken en beoordelen 42
 - 3.4.4 Gedragsniveau: besluiten en gedragsverandering 42
- 3.5 Begeleiden 42
- 3.6 Samenvatting 44

- 4 De touwtjes in handen 45**
- 4.1 Inleiding 46
- 4.2 De omstandigheden voor een voorlichtingsgesprek 47
- 4.3 De structuur van een voorlichtingsgesprek 48
- 4.4 Regie over het gesprek 50
 - 4.4.1 Begin van het gesprek 51
 - 4.4.2 Regie over je patiënt 52
 - 4.4.3 Contact tijdens werkzaamheden 53
 - 4.4.4 Afronding van het gesprek 54
- 4.5 Zorg voor de verstandhouding 55
 - 4.5.1 Zelfpresentatie 55
 - 4.5.2 Je patiënt centraal 56
- 4.6 Kwaliteitsbewaking 60
 - 4.6.1 Kwaliteit op niveau 60
 - 4.6.2 Zelfbeoordeling en feedback 61
- 4.7 Samenvatting 63

- 5 Uitleg en instructies geven 65**
- 5.1 Inleiding 66
- 5.2 Hoe wordt informatie verwerkt? 67
- 5.3 De structuur van je uitleg 68
 - 5.3.1 Inleiding 69
 - 5.3.2 Middendeel 70
 - 5.3.3 Afronding 72
- 5.4 De formulering van je uitleg 73
 - 5.4.1 Sluit aan bij het vertrouwde 73
 - 5.4.2 Zorg voor overzicht 73
 - 5.4.3 Wees duidelijk en concreet 74
 - 5.4.4 Houd het simpel 75
 - 5.4.5 Doseer, herhaal en vraag reacties 75
 - 5.4.6 Verlevendig je uitleg 76
- 5.5 Een uitleg voorbereiden 77
- 5.6 De presentatie van je uitleg 78
 - 5.6.1 Taalgebruik 78

- 5.6.2 Stemgebruik 79
- 5.6.3 Oogcontact en gezichtsuitdrukking 79
- 5.6.4 Houding en bewegingen 79
- 5.7 Instructies geven 80
- 5.8 Samenvatting 82

- 6 Actief luisteren 85**
- 6.1 Inleiding 86
- 6.2 Vormen van luisteren 87
 - 6.2.1 Waarom is goed luisteren zo lastig? 87
- 6.3 Steunende luistervaardigheden 88
 - 6.3.1 Oogcontact 88
 - 6.3.2 Lichaamshouding en bewegingen 89
 - 6.3.3 Verbaal volgen 90
 - 6.3.4 Stiltes gebruiken 90
 - 6.3.5 Gevoelsreflectie 91
- 6.4 De juiste vragen stellen 92
 - 6.4.1 Vraaginhoud 92
 - 6.4.2 Vraagvorm 93
- 6.5 Sturende luistervaardigheden 95
 - 6.5.1 Parafrase 95
 - 6.5.2 Samenvatten 96
 - 6.5.3 Concretiseren 97
 - 6.5.4 Zelfexpressie 98
- 6.6 Samenvatting 100

- 7 Adviseren en begeleiden 101**
- 7.1 Inleiding 102
- 7.2 Gericht adviseren 103
 - 7.2.1 Sluit aan bij je patiënt 104
 - 7.2.2 Bespreek de effecten 105
 - 7.2.3 Geef uitvoerbare aanwijzingen 105
 - 7.2.4 Geef aanvaardbare aanwijzingen 106
 - 7.2.5 Maak een controleafspraak 107
- 7.3 Ondersteunend adviseren: counselen 108
 - 7.3.1 Verduidelijken 110
 - 7.3.2 Bekrachtigen 111
 - 7.3.3 Beperkt toelichten 112
 - 7.3.4 Ervaringen delen 112
 - 7.3.5 De tweekolommentechiek 113
 - 7.3.6 Metacommunicatie 113
- 7.4 Het overlegmodel 114
 - 7.4.1 Besluitvorming in zeven stappen 115
 - 7.4.2 Voordelen van het zevenstappenmodel 116

- 7.4.3 Evaluatie en verslaglegging van het besluit 117
- 7.5 Een model voor psychosociale begeleiding 118
 - 7.5.1 Signalering en probleemverheldering 118
 - 7.5.2 Hulp bieden 119
 - 7.5.3 Coördinatie 120
- 7.6 eHealth 121
 - 7.6.1 Voor- en nadelen van eHealth 121
 - 7.6.2 Voor welke doelgroepen is eHealth het meest geschikt? 123
 - 7.6.3 Praktische toepassing 124
- 7.7 Samenvatting 125
- 8 Omgaan met emoties 127**
 - 8.1 Inleiding 128
 - 8.2 Herkennen van emoties 129
 - 8.3 Reageren op emoties 130
 - 8.3.1 Steunende reacties 130
 - 8.3.2 Niet steunende reacties 131
 - 8.4 Helpen bij verwerking 133
 - 8.4.1 Praten over emoties 133
 - 8.4.2 Weerstand tegen het praten over emoties 136
 - 8.5 Het slechtnieuwsgesprek 137
 - 8.5.1 De voorbereiding van het slechtnieuwsgesprek 138
 - 8.5.2 Stap 1 – De belangrijkste boodschap meedelen 140
 - 8.5.2.1 Waarom is openheid van belang? 141
 - 8.5.2.2 Valkuilen bij stap 1 142
 - 8.5.3 Stap 2 – Ruimte voor de emotionele reactie 143
 - 8.5.3.1 Welke reacties kun je verwachten? 143
 - 8.5.3.2 Valkuilen in stap 2 144
 - 8.5.4 Stap 3 – Aanvullend uitleg geven 145
 - 8.5.4.1 Houvast bieden 147
 - 8.5.4.2 Valkuilen in stap 3 147
 - 8.5.5 Stap 4 – Het vervolg bespreken en het gesprek beëindigen 148
 - 8.5.5.1 Valkuilen in stap 4 149
 - 8.6 Samenvatting 150
- 9 Overtuigen, omgaan met weerstand en met conflicten 151**
 - 9.1 Inleiding 152
 - 9.2 Overtuigen 152
 - 9.2.1 Redelijke argumenten 152
 - 9.2.2 Gevoelsmatige argumenten 153
 - 9.2.3 Relationeel appèl 154
 - 9.3 Therapieontrouw 155
 - 9.3.1 Onbedoelde ontrouw 156
 - 9.3.2 Weerstand 156

- 9.4 De aanpak van weerstand in adviesgesprekken 157
 - 9.4.1 Agenderen 158
 - 9.4.2 Uitdagen 158
 - 9.4.3 Belonen en straffen 159
 - 9.4.4 Judoën 159
- 9.5 Conflicten 161
 - 9.5.1 Constructief overleg 161
 - 9.5.1.1 Opgeven: “Dan moet u het zelf maar weten.” 162
 - 9.5.1.2 Opleggen: “U moet toch echt...” 163
 - 9.5.1.3 Toegeven: “Nou vooruit dan maar...” 163
 - 9.5.1.4 Overleggen: “Laten we de zaak samen eens bekijken.” 164
 - 9.5.2 Aandacht voor het standpunt van je patiënt 164
 - 9.5.3 Je patiënt naar jouw standpunt laten luisteren 165
 - 9.5.4 Samen zoeken naar een oplossing 167
- 9.6 Een conflict van niveau 167
 - 9.6.1 Onderhandelen op niveau 169
 - 9.6.2 Diagnostiek van het lastige gedrag 169
 - 9.6.3 Greep krijgen op het gesprek 170
 - 9.6.4 Onderhandelen over het contact 171
- 9.7 Samenvatting 172
- 10 Grip op gevoelens 175**
 - 10.1 Inleiding 176
 - 10.2 Veranderen van denken en voelen 176
 - 10.3 Rationeel Emotieve Therapie 177
 - 10.3.1 Een voorbeeld 177
 - 10.3.2 Het ABC-schema 178
 - 10.3.3 Irrationele gedachten 179
 - 10.3.4 Het verschrikkelijke moeten 180
 - 10.3.5 Wat kun je eraan doen? 181
 - 10.3.6 Het uitgebreide ABC-schema 181
 - 10.3.7 Wat is een redelijke gedachte? 184
 - 10.4 Zelfhulp bij verwerking 184
 - 10.4.1 Wanneer zelfhulp toe te passen? 185
 - 10.4.2 Een teveel aan emoties 186
 - 10.4.3 Een tekort aan emoties 187
 - 10.5 Afscheid nemen 189
 - 10.6 Samenvatting 190

Aanbevolen literatuur 193

Over de auteurs 198

Register 199

Inleiding

Hulpverleners in de gezondheidszorg¹ geven veel voorlichting en begeleiding aan patiënten². Volgens de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst zijn hulpverleners ook verplicht om goede voorlichting te geven. Voorlichting aan patiënten houdt echter meer in dan de patiënt te informeren over zijn aandoening en de hulpverleningsmogelijkheden. Voorlichting heeft vaak ook tot doel om de patiënt te helpen om een weloverwogen beslissing te nemen over een behandeling en over zijn eigen aandeel hierin. We spreken dan van ‘informed consent’. Voorlichting kan daarnaast tot doel hebben om het herstel van ziekte of gezond gedrag te bevorderen. Bij een ernstige ziekte of een ziekte die leidt tot blijvende invaliditeit kan voorlichting ook tot doel hebben om de patiënt te helpen bij de verwerking van en het adequaat (leren) omgaan met de gevolgen van de ziekte. Indien deze voorlichting plaatsvindt in verscheidene contacten gedurende langere tijd, dan spreken we van begeleiding. In dit boek beschouwen we begeleiding dus als een verlengstuk van de voorlichting³.

Je kunt dus verschillende doelen voor ogen hebben met je voorlichting. Omdat er bij voorlichting sprake is van hulp en het belang en de vrije keuze van je patiënt voorop dienen te staan, zullen deze doelen moeten worden bereikt door middel van communicatie zonder het gebruik van dwang of machtsmiddelen. In het dagelijks leven ben je je waarschijnlijk lang niet altijd bewust van hetgeen je met je communicatie probeert te bereiken. Als hulpverlener dien je bij het geven van voorlichting echter functioneel te communiceren, dat wil zeggen dat je duidelijke

-
- 1 Ter wille van de eenvoud en leesbaarheid wordt in het vervolg gesproken van hulpverleners waarbij alle hulp- en zorgverleners in de gezondheidszorg worden bedoeld. Aangezien er in de directe patiëntenzorg meer vrouwen dan mannen werken, gebruiken we de vrouwelijke aanspreekvorm. Ter wille van de leesbaarheid gebruiken we ook de je-vorm en niet de meer afstandelijke u-vorm als we de lezer direct aanspreken.
 - 2 Aangezien dit boek is bedoeld voor hulpverleners in de gezondheidszorg worden de personen die van hun diensten gebruikmaken aangeduid met patiënten, hoewel er in de gezondheidszorg ook vaak wordt gesproken van klanten of cliënten. Met patiënten worden tevens de naasten (familie, vrienden) van patiënten bedoeld.
 - 3 Dit boek gaat over voorlichting en begeleiding. Wij beschouwen begeleiding echter als een onderdeel van de voorlichting en ter wille van de leesbaarheid spreken we daarom alleen over voorlichting, tenzij we specifiek ingaan op begeleiding.

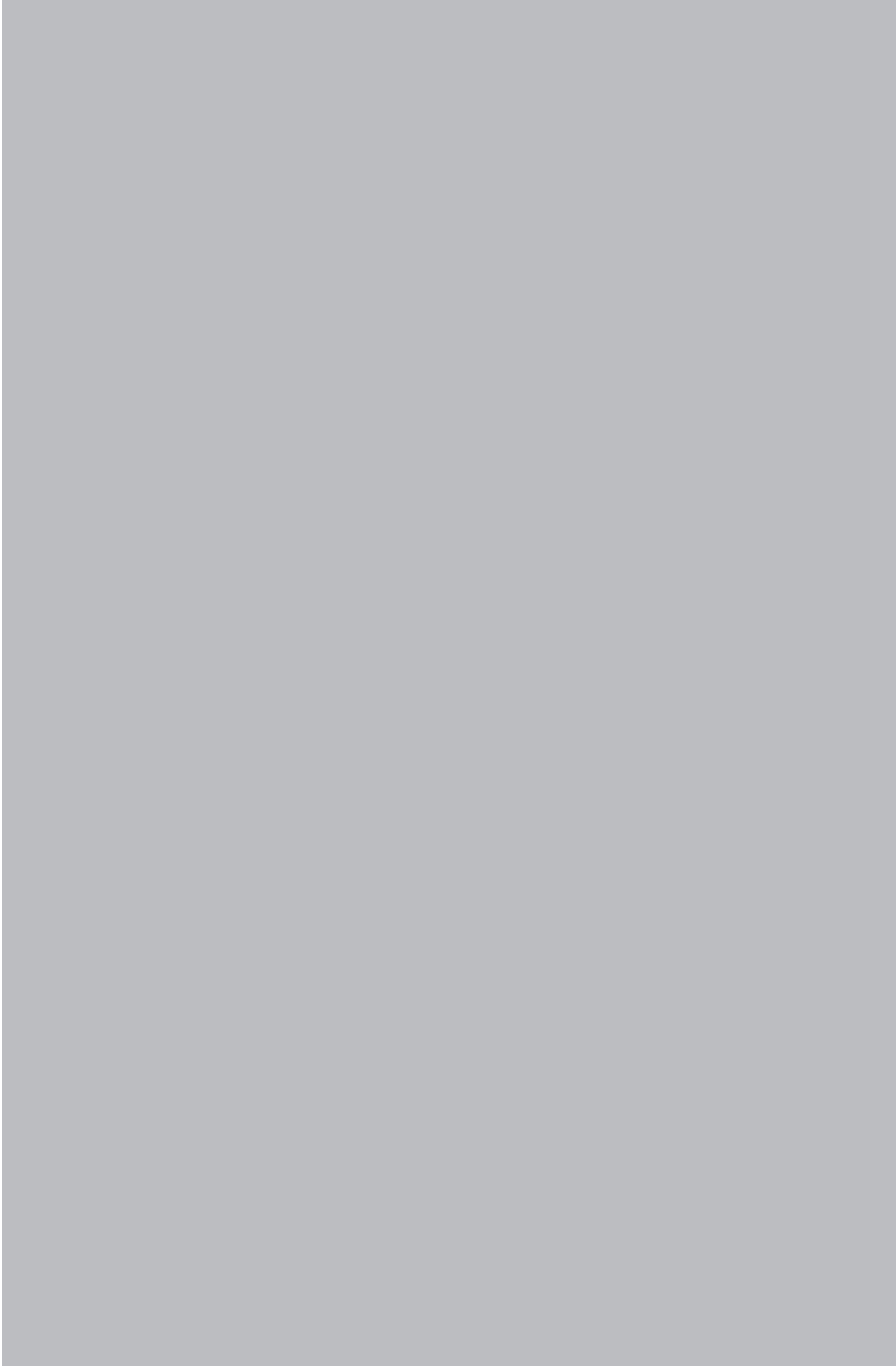
doelen stelt voor je gesprekken en zodanig communiceert dat je deze doelen ook weet te bereiken.

Dit boek is bedoeld om hulpverleners in de gezondheidszorg of zij die daarvoor in opleiding zijn, te ondersteunen bij het geven van goede voorlichting en begeleiding aan hun patiënten. De richtlijnen hiervoor vormen de kern van dit boek. Echter, om te begrijpen hoe voorlichting goed kan worden gegeven, is enige kennis van de theoretische achtergronden nodig. Daarover gaan de eerste drie hoofdstukken. In hoofdstuk 1 komt aan bod wat communicatie is, hoe communicatie verloopt, welke soorten communicatie er zijn en hoe de communicatie kan worden verstoord. In het tweede hoofdstuk behandelen we wat ziekte betekent voor mensen, welke emoties ziekte kan oproepen, hoe patiënten omgaan met hun emoties en wat dat betekent voor je voorlichting aan en begeleiding van patiënten. In het derde hoofdstuk leggen we uit wat voorlichting en begeleiding precies inhouden en bespreken we een model van voorlichting waarin het denken, beleven en doen van je patiënt centraal staan. Aan de hand van dit model behandelen we in de daaropvolgende hoofdstukken de afzonderlijke voorlichtingstaken en bijbehorende vaardigheden. Aan bod komen: controleren van het gespreksverloop en het bewaken van de verstandhouding (hoofdstuk 4), het geven van informatie en instructies (hoofdstuk 5), actief luisteren (hoofdstuk 6) en adviseren, counselen en begeleiden (hoofdstuk 7). In hoofdstuk 7 staan we ook stil bij nieuwe vormen van voorlichting die zijn mogelijk gemaakt door de digitale ontwikkelingen (eHealth).

Je bekwaamheid in voorlichting en begeleiding blijkt wanneer je de basisvaardigheden kunt toepassen in verschillende gesprekssituaties. Dat vraagt oefening, maar de kwaliteit van je gesprekken gaat erop vooruit. Uiteindelijk moeten ze als iets vanzelfsprekends in je professionele gedragsrepertoire zijn opgenomen. Dit 'gedachteloos' toepassen van de vaardigheden leer je het snelst in soepel verlopende gesprekken. Gaat het gesprek echter moeizaam, dan zul je de vaardigheden weer heel bewust moeten toepassen. Je bekwaamheid in het geven van voorlichting en begeleiding blijkt juist dan, wanneer je ondanks de problemen in het gesprek, de gespreksvaardigheden goed blijft gebruiken en daardoor de problemen weet te omzeilen of te verhelpen. De hoofdstukken 8 en 9 behandelen daarom de vaardigheden voor lastige voorlichtingsgesprekken. In hoofdstuk 8 komt aan bod hoe om te gaan met de heftige emoties van een patiënt in een voorlichtingsgesprek. Het slechtnieuwsgesprek is hiervan wellicht het meest bekende voorbeeld en de richtlijnen voor het slechtnieuwsgesprek bespreken we dan ook in hoofdstuk 8. In hoofdstuk 9 gaan we in op de manieren waarop je een patiënt kunt overhalen om je adviezen of instructies op te volgen, als een patiënt laat blijken dat hij je adviezen of instructies niet wil of kan opvolgen. In dit hoofdstuk bespreken we ook hoe je het best kunt omgaan met een ernstig verschil van mening met een patiënt of met een conflict. In hoofdstuk 10 bespreken we een techniek om je patiënten te helpen meer grip te krijgen op hun eigen emoties. In dit hoofdstuk laten we tevens zien hoe je deze techniek ook goed kunt gebruiken om je eigen

‘emotionele huishouding’ op orde te houden als je werk emotioneel veel van je vraagt.

In dit boek beperken we ons tot voorlichtende en begeleidende gesprekken. We gaan niet verder in op andersoortige gesprekken die je als hulpverlener hebt met je patiënten, zoals diagnostische gesprekken, of gesprekken die je met collega hulpverleners hebt, zoals werkoverleg. De vaardigheden die in dit boek worden behandeld, zijn echter evenzeer te gebruiken in dit soort gesprekken. Wanneer je je deze vaardigheden hebt eigen gemaakt, dan kun je er dus ook je voordeel mee doen in andersoortige gesprekken.



Communicatie

In dit hoofdstuk leer je:

- Wat communicatie is.
- Waarom, hoe en waarover we communiceren.
- Hoe we de informatie verpakken in verschillende boodschappen.
- Wat het betrekingsniveau is van communicatie en hoe we die gebruiken.
- De selectiemechanismen die onze communicatie met anderen vertekenen.

1.1 Inleiding

In de inleiding hebben we aangegeven dat bij voorlichting het belang en de vrije keuze van de patiënt voorop dienen te staan. Voorlichting is hulpverlening door middel van communicatie zonder gebruik van dwang of machtsmiddelen. Anderzijds probeer je met je voorlichting wel degelijk je patiënten te beïnvloeden. In de inleiding zijn al enkele doelen van voorlichting genoemd, zoals het vergroten van kennis, helpen bij verwerking en steun bieden bij besluitvorming en gedragsverandering. Dit hoofdstuk biedt de theoretische achtergronden van communicatie zodat je begrijpt hoe je door middel van communicatie je voorlichtingsdoelen kunt bereiken en mogelijke obstakels in je voorlichtingsgesprekken kunt voorkomen of verhelpen.

1.2 Wat is communicatie?

In de hulpverlening ben je voortdurend bezig met communicatie. Je communiceert met patiënten, naasten, artsen, collega's, enzovoort. Je hebt directe gesprekken met ze of praat met ze over de telefoon, je leest hun e-mails en brieven of je schrijft hun zelf een e-mail of brief. Daarbij wordt er over en weer informatie uitgewisseld. Nu heeft deze informatie de eigenschap dat ze staat voor iets anders. Bijvoorbeeld: het woord 'infuus' is niet het infuus zelf. We kunnen het woord 'infuus' niet in een bloedvat inbrengen, maar er wel een beeld mee oproepen bij onszelf of anderen. Bij communicatie gaat het dus om de overdracht van dit soort 'beeld-oproepende' informatie. We noemen dat symbolische informatie. Dit beeld ligt echter niet zonder meer vast. Het berust op onderlinge afspraken en is altijd een beperkte en gekleurde weergave van de werkelijkheid. De een denkt bij een infuus bijvoorbeeld aan de naald en de slangetjes, de ander aan het inbrengen van een infuus en een patiënt denkt bij een infuus wellicht aan de misselijkmakende chemokuur. Iemand die nooit een infuus heeft gezien, kan zich er ook maar moeilijk een voorstelling van maken. Hoe vertrouwd de begrippen en redeneringen waarmee we communiceren ook zijn voor ons, het blijven altijd interpretaties van onze indrukken en ervaringen. Deze interpretaties zijn gebaseerd op onze inzichten, ervaringen, gevoelens en opvattingen, die samen het referentiekader vormen van waaruit we de wereld begrijpen en met onze medemensen kunnen communiceren.

In het algemeen kunnen we ervan uitgaan dat de betekenis van woorden voor iedereen hetzelfde is. Zo niet, dan zou de onderlinge communicatie erg moeizaam verlopen. Je zou dan bij alles wat je zegt, uitvoerig moeten uitleggen wat je precies bedoelt. Helaas begrijpen mensen elkaar lang niet altijd goed, terwijl ze toch dezelfde woorden gebruiken. Hulpverleners moeten zich er daarom van bewust zijn dat zij praten vanuit hun eigen referentiekader, dat op veel punten verschilt van het referentiekader van hun patiënten, zeker als deze afkomstig zijn uit een andere cultuur.

Een tweede belangrijk kenmerk van communicatie is dat de symbolische informatie op verschillende manieren kan worden overgedragen. Zo kan het beeld van een 'infeus' worden overgedragen door het woord uit te spreken, door het op te schrijven of door een infeus te tekenen. We gebruiken dus verschillende communicatiekanalen. Verreweg de meeste communicatie verloopt via visuele (gezicht) en auditieve (gehoor) kanalen. Communicatie kan echter ook via onze andere zintuigen verlopen, zoals met geuren (parfum) of door aanraking (streling).

1.3 **Waarom communiceren we?**

Communicatie is een bij uitstek sociale activiteit en dan niet alleen van mensen, maar ook van vrijwel alle diersoorten. Zelfs planten communiceren. Denk maar aan de kleur en geur van bloemen die tot doel hebben om insecten te lokken. In dit boek beperken we ons uiteraard tot de communicatie tussen mensen onderling. Om te kunnen begrijpen waarom we zoveel met elkaar communiceren is het nodig om even stil te staan bij onze drijfveren en ons gedrag en bij de rol die communicatie daarin speelt.

Aan al ons gedrag liggen belangen ten grondslag. Onze meest fundamentele biologische belangen zijn overleving en de zorg voor een volgende generatie met daaraan gekoppeld onze primaire levensbehoeften zoals de behoefte aan voeding, veiligheid, beschutting en de drang tot voortplanting. In de loop van de biologische en sociale evolutie zijn er vele, vele belangen, behoeften en motieven bijgekomen die ons gedrag aansturen. Deze behoeften vervullen we door onze interactie met de fysieke en sociale omgeving. Deze interactie gaat echter niet automatisch en instinctief, zoals bijvoorbeeld bij mieren in een mierenkolonie. Mensen maken keuzes. Deels gaat het om bewuste keuzes op basis van rationele, emotionele of morele afwegingen, maar voor een belangrijk deel zijn onze keuzes onbewust en intuïtief. Al deze keuzes zijn gebaseerd op ervaringen en voorspellingen. Op grond van onze ervaringen en voorspellingen kiezen we voor gedrag dat zo veel mogelijk tegemoetkomt aan onze behoeften en vermijden we gedrag dat onze behoeften in gevaar brengt. Onze meest basale gedragsintenties zijn dan ook toenadering (approach) of vermijding (avoidance). In sociaal opzicht gaat het dan om ons streven naar verbondenheid en naar autonomie. Als mensen onderscheiden we ons daarbij in twee opzichten van dieren. In de eerste plaats hebben ons voorspellingsvermogen en onze fysieke mogelijkheden ons in staat gesteld om de leefomgeving naar onze hand te zetten (manipuleren). In de tweede plaats leven wij in ingewikkelde sociale verbanden. Communicatie is voor beide aspecten niet alleen onmisbaar, maar is ook in alle onderdelen en lagen van onze samenleving prominent aanwezig. Communicatie maakt transacties tussen mensen mogelijk, bijvoorbeeld de transactie van materiële goederen, van kennis en ervaringen en van culturele normen en waarden. Transacties, die voor het voortbestaan van onze samenleving onmisbaar zijn en die zonder communicatie onmogelijk zouden zijn. Communicatie maakt het ook mogelijk om onszelf en de wereld om ons

heen te begrijpen, dit begrip met anderen te delen en daarmee het gevoel van controle te verkrijgen. Communicatie is dus het middel bij uitstek om een samenleving vorm te geven en succesvol te laten verlopen. De menselijke samenleving is hierin zeker niet uniek, maar door onze mogelijkheden tot manipulatie en communicatie is onze samenleving vergeleken met die van andere diersoorten aanzienlijk complexer. Zozeer zelfs dat nog maar heel weinig mensen op aarde in een 'natuurlijke', dat wil zeggen niet door mensen aangepaste, omgeving leven. De moderne mens is zelfs zo'n sociaal dier geworden dat onze sociale behoeften meer dan onze fysieke behoeften ons gedrag bepalen. Dat proces begint meteen na de geboorte. De zuigeling leert dat de bevrediging van lichamelijke behoeften gepaard gaat met aandacht van de ouders. Gaandeweg zullen ook andere sociale behoeften, zoals erkenning, genegenheid en invloed, in de interacties met anderen een rol gaan spelen. Aandacht is echter de meest centrale sociale behoefte. Zonder aandacht van anderen kan aan geen enkele andere sociale behoefte worden voldaan. Zonder aandacht zijn we 'niemand'. Aandacht van onze medemensen is daarom een essentiële levensbehoefte die alleen door communicatie te bevredigen is.

1.4 Hoe communiceren we?

Bij communicatie worden over en weer boodschappen uitgezonden en ontvangen. Willen we kunnen spreken van communicatie, dan moet de zender zich in elk geval bewust zijn van de aanwezigheid van de ontvanger(s). Zender en ontvanger(s) kunnen zich daarbij werkelijk in elkaars gezelschap bevinden. De communicatie gaat dan direct van persoon tot persoon en we spreken van interpersoonlijke communicatie. De communicatie vindt dan meestal via een aantal kanalen tegelijk plaats. We zien de persoon, horen hem of haar spreken, en kunnen de persoon wellicht ook ruiken of aanraken.

De zender kan zich ook voorstellen dat de ontvanger(s) zijn boodschap ergens anders kan (kunnen) opvangen. Voor het verzenden van zijn boodschap gebruikt hij dan een 'hulpkanaal' of medium. Bekende voorbeelden zijn de brief, een e-mail, een sms'je, een telefoongesprek of skypen. Bij een brief, een e-mail of een sms'je beperkt de communicatie zich tot een visueel kanaal (tenzij je geparfumeerd papier gebruikt), bij een telefoongesprek is er alleen een auditief kanaal, en bij skypen gebruik je zowel een auditief als visueel kanaal. Door de kanaalbeperking wordt veel informatie niet of slechts gedeeltelijk overgedragen. Vooral de non-verbale aspecten van de communicatie kunnen dan wegvallen. We komen daarop nog terug.

Ook bij massacommunicatie (boeken, kranten, internet, tv, radio) is er altijd sprake van een medium en van kanaalbeperking. Bovendien is deze vorm van communicatie in principe openbaar, dat wil zeggen dat iedereen er kennis van kan nemen. Het gebruik van massamedia stelt daarom hoge eisen aan de inhoud van de boodschap en aan de wijze waarop deze boodschap wordt gepresenteerd.

Voorlichting met behulp van massamedia vindt veelvuldig plaats. Denk bijvoorbeeld aan voorlichtingsfolders of internetsites van ziekenhuizen of andere organisaties. Vaak hebben deze folders of sites een herkenbare 'huisstijl'. In dit boek richten we ons op de directe, interpersoonlijke communicatie bij het geven van voorlichting. Voorlichting met behulp van massamedia komt kort aan bod in hoofdstuk 7 als we de rol van eHealth bespreken.

Soms verloopt de informatie-overdracht eenzijdig. De zender geeft uitsluitend informatie, de ontvanger ontvangt slechts informatie. Dit gebeurt bij vrijwel alle vormen van massacommunicatie, maar ook bij het sturen van bijvoorbeeld een brief. Ook in een gesprek kan de communicatie vrij eenzijdig verlopen. Denk bijvoorbeeld aan de situatie waarin je zonder te reageren luistert naar wat iemand je vertelt. De informatie gaat dan grotendeels één kant op. Niet helemaal overigens want het feit dat iemand niet of nauwelijks reageert kan heel veelzeggend zijn. Niet reageren is dan ook communicatie. Communicatie is gewoonlijk in meer of mindere mate tweezijdig. De ene zender vertelt iets, de ontvanger hoort dit en reageert hierop. De ontvanger wordt dan zender en omgekeerd en de reactie is dan nieuwe informatie voor de eerste zender, waarop hij weer reageert. In een gesprek tussen vrienden is deze wisselwerking goed te zien. We zeggen dan dat er sprake is van interactie tussen de gesprekspartners. Ook in je werk als hulpverlener is er meestal sprake van interactie. Jij vraagt iets aan een patiënt, deze geeft antwoord, jij reageert met bijvoorbeeld een nieuwe vraag, enzovoort.

1.5 Waarover communiceren we?

In een gesprek vinden er verschillende transacties tegelijk plaats. In de eerste plaats zijn er de transacties in het kader van de door beide partijen erkende reden van het contact. In een gesprek met een patiënt is dat in het algemeen de vraag van een patiënt, zoals de vraag om hulp, om uitleg of om een advies. Daarnaast hebben hulpverlener en patiënt hun vaak wat verborgen persoonlijke doelen in het gesprek. Zo wil een patiënt niet alleen de hulp of zorg krijgen die nodig zijn voor de behandeling van zijn ziekte, maar heeft een patiënt vaak ook behoefte aan geruststelling en steun. Soms heeft een patiënt nog andere, verborgen agendapunten voor het gesprek, zoals een patiënt die niet zozeer medische hulp of zorg vraagt, maar die een legitimatie zoekt om (nog) niet aan het werk te hoeven gaan. Anderzijds heeft iedere hulpverlener ook zo haar persoonlijke beweegredenen om op een bepaalde manier met een patiënt om te gaan. Zij wil bijvoorbeeld worden gewaardeerd om haar kundigheid en inzet of zij wil het gesprek kort houden, omdat het spreekuur dreigt uit te lopen of omdat andere patiënten wachten op hulp.

Al deze openlijke en verborgen doelen in het gesprek leiden tot de uitwisseling van vele berichten. Onder een bericht verstaan we dan de (symbolische) informatie die wordt uitgewisseld in het kader van een transactie. Ten behoeve van deze transactie kan het bericht vier soorten boodschappen of uitingen bevatten die ieder hun eigen kleur of toonzetting kennen:

- 1 De informatie over feitelijke inzichten, ervaringen, gebeurtenissen en verwachtingen. We spreken dan van zakelijke uitingen.
- 2 Het weergeven van gevoelens, opvattingen en wensen. We spreken dan van expressieve of gevoelsuitingen.
- 3 Het beroep dat men doet op een ander om iets te doen of juist te laten. Vaak is dit beroep geformuleerd als een verzoek, een advies of een bevel. We noemen dit de appellerende of beïnvloedende uitingen.
- 4 De informatie in het bericht waarmee men de onderlinge verhouding en relatie probeert te regelen. We spreken dan van relationele uitingen.

De relationele uitingen zijn het meest wezenlijk in ieder contact. Als we niets met een ander te maken willen hebben, heeft communicatie met de ander ook geen zin (meer). Pas als er enige bereidheid tot samenwerking is (uitgesproken), heeft het ook zin om elkaar aan te spreken op wat we van elkaar willen of juist niet willen (appellerende uitingen). Dit appèl is gebaseerd op gevoelens, opvattingen en wensen die op hun beurt weer voortkomen uit onze inzichten en ervaringen.

1.6 Hoe verpakken we de informatie?

Het aardige van menselijke communicatie is dat de uitingen op de diverse niveaus heel bondig in een en dezelfde boodschap kunnen worden opgenomen. Stel bijvoorbeeld dat een patiënt tegen een arts zegt: “Dokter, dat medicijn van u heeft volstrekt niet geholpen!” In deze zin zit een aantal uitingen verpakt:

- 1 de feitelijke uiting dat het geneesmiddel de patiënt niet van de klacht heeft afgeholpen;
- 2 de gevoelsuiting dat de patiënt hierin is teleurgesteld of er wellicht zelfs boos over is;
- 3 de appellerende uiting om dit keer een geneesmiddel te krijgen dat wel helpt;
- 4 de relationele uiting dat de patiënt vindt dat de arts is tekortgeschoten in zijn hulpverlening en deskundigheid.

De bovenstaande uitspraak van de patiënt bevat in feite alleen maar feitelijke informatie dat het geneesmiddel niet heeft gewerkt. Deze letterlijke betekenis ligt op het inhoudsniveau van de communicatie. De andere uitingen (gevoel, appèl en relatie) zijn grotendeels verpakt in de manier waarop de uitspraak naar voren wordt gebracht. Deze uitingen geven aan hoe de letterlijke boodschap moet worden opgevat. Deze meer verstopte uitingen vormen een soort gebruiksaanwijzing voor de letterlijke inhoud, waaruit de ontvanger kan opmaken hoe de inhoud van de boodschap moet worden begrepen. Omdat communicatie altijd een bedoeling heeft, wordt er bij ieder bericht ook altijd zo'n gebruiksaanwijzing meegezonden. Zelfs als je een feitelijk verhaal vertelt, wil je daarmee iets bereiken. Je wilt bijvoorbeeld dat de ander uit het verhaal begrijpt hoe iets is gebeurd, hoe iets werkt, wat je ervan vindt of dat hij iets moet doen. Deze gebruiksaanwijzing voor de inhoud

bevindt zich op het betrekkingniveau van de communicatie en wordt wel de metabetekenis van de boodschap genoemd.

Bij uitspraken waarbij iemand iets vraagt of eist van een ander is er sprake van een inhoudelijk, expliciet uitgesproken appèl. Het gaat dan om uitspraken als: “Ik wil dat je...”, “Je moet...”, “Wil je alsjeblieft...”, “Probeer eens...”, enzovoort. Bij zo’n appèl wordt het betrekkingniveau dus expliciet uitgesproken. Soms spreekt men zich echter niet zo duidelijk uit over wat men van de ander wil. Het appèl op betrekkingniveau zit dan verstopt in de boodschap, zoals in het voorbeeld van de patiënt die zegt: “Dokter, dat medicijn van u heeft volstrekt niet geholpen!” Het appèl blijkt enigszins uit de woordkeus van de patiënt, maar blijkt vooral ook uit de manier waarop de patiënt de boodschap naar voren brengt. Hulpverleners hebben regelmatig te maken met zo’n verstopt appèl. Het omgekeerde doet zich echter ook voor. Ook hulpverleners doen nogal eens op een verkapte manier een appèl op een patiënt. Bijvoorbeeld de uitspraak: “U weet toch dat roken slecht voor u is?” waarmee de hulpverlener wil zeggen: “U moet stoppen met roken!”

Een bijzonder soort appellerende uitingen zijn de uitingen die over het gespreksverloop zelf gaan. Hierbij gaat het om uitingen waarmee de gesprekspartners elkaar laten weten wie er het woord mag voeren, hoe men over een bepaald onderwerp wil praten, enzovoort. Deze communicatie over het gesprek zelf, waarmee de samenwerking in het gesprek wordt gecontroleerd en bijgestuurd, gebeurt meestal door non-verbale uitingen, zoals oogcontact en gezichtsuitdrukking. Deze gespreksregeling is deels afhankelijk van de gewoontes uit voorafgaande gesprekken, maar vooral ook van het gespreksdoel en de belangen die op dat moment in het gesprek een rol spelen. Als de belangen sterk uiteenlopen en/of als de emoties hoog oplopen, kan deze impliciete gespreksregeling wel eens mislopen. De gespreksregeling wordt dan vaak expliciet onder woorden gebracht, zoals door: “Nu moet je eens goed naar me luisteren!” of “Laat me nou eens uitpraten!” of “Daar wil ik het nu niet met je over hebben.” Deze expliciet uitgesproken gespreksregeling noemen we metacommunicatie. Het inhoudelijke gesprek gaat dan over het gesprek(sverloop) zelf. Metacommunicatie is het middel bij uitstek om een gesprek weer in goede banen te leiden, zoals in de situatie waarin een patiënt uitgebreid zijn slechte ervaringen met andere hulpverleners naar voren brengt. Je kunt dan proberen om de patiënt weer in het juiste spoor te brengen met een opmerking als:

“Ik merk dat u nogal boos bent over wat er in het verleden bij andere hulpverleners met u is gebeurd. U bent nu echter hier bij mij gekomen om te bekijken of we een oplossing kunnen vinden voor uw klachten. Daarom stel ik voor dat we ons in dit gesprek ook concentreren op die klachten. Vertelt u eens, hoe gaat het nu met die klachten?”

1.7 Communicatie met en zonder woorden

Dat wij in staat zijn om in één korte boodschap zoveel informatie te verpakken, komt vooral omdat wij niet alleen gebruikmaken van woorden om mee te communiceren (= verbale communicatie), maar omdat we tegelijkertijd non-verbale communicatie gebruiken. In principe bestaat non-verbale communicatie uit alle vormen van symbolische informatieoverdracht waarbij geen gebruik wordt gemaakt van woorden. Tekeningen, schilderijen, muziek of kleurige versieringen behoren dus tot de non-verbale communicatie, maar ook een stoplicht of de symbooltaal (pictogrammen) die wordt gebruikt op stations of in computers, behoren hiertoe. Voor de directe communicatie tussen mensen, zoals tijdens een gesprek, is echter de non-verbale communicatie door middel van lichaamstaal het belangrijkste hulpmiddel om de vele uitingen tegelijkertijd uit te zenden. Tot de lichaamstaal behoren uiterlijk, gezichtsuitdrukking, stemklank, houding en gebaren. Een bijzondere rol in de non-verbale communicatie vervullen de ruimtelijke positie die we ten opzichte van elkaar innemen, en het lichamelijk contact. In tabel 1.1 worden deze dragers van de non-verbale communicatie toegelicht.

Tabel 1.1 Lichaamstaal

| | |
|--------------------|--|
| 1 Uiterlijk | <p>Tot het uiterlijk behoren de lichaamsbouw, het gezicht, de haardracht, kleding en versierselen.</p> <p>Het uiterlijk bepaalt in hoge mate de eerste indruk die iemand op ons maakt. Zodra we iemand ontmoeten, bepalen we direct of het een man of vrouw is, wat ongeveer de leeftijd is en of we de persoon sympathiek of onsympathiek vinden. We kijken daarbij vooral naar iemands gezicht. Het is dan ook begrijpelijk dat juist patiënten die operatief behandeld zijn vanwege een tumor in het hoofd-halsgebied veel sociale problemen rapporteren. Hetzelfde geldt voor patiënten met haaruitval of gezichtsoedeem. In de geneeskunde is de observatie van het uiterlijk een belangrijke bron van informatie. Denk maar aan de gele kleur van een hepatitispatiënt.</p> |
| 2 Lichaams-houding | <p>Een groot aantal emoties gaat gepaard met een kenmerkende lichaamshouding. Zo is een ineengedoken houding kenmerkend voor verdriet of angst, terwijl mensen zich 'groot' maken als ze boos of agressief zijn. Op basis van de lichaamshouding alleen kunnen iemands gevoelens echter niet met zekerheid worden vastgesteld. Daarvoor moeten ook andere non-verbale uitingen, zoals de gezichtsuitdrukking, stemklank en bewegingen in het oordeel worden betrokken. De houding geeft daarnaast vooral uitdrukking aan de relatie tot de gesprekspartner. Het blijkt dat het daarbij in principe om twee posities gaat, te weten spanning of ontspanning en insluiting of uitsluiting. Bij spanning is de houding rechtop, zijn de schouders strak en houdt men (in zittende positie) de knieën tegen elkaar. De houding is dan vaak ook symmetrisch, dat wil zeggen dat de handen, armen en benen zowel links als rechts in dezelfde positie worden gehouden. Een asymmetrische houding geeft daarentegen rust, zelfvertrouwen en ook enige dominantie aan. Insluiting of uitsluiting drukt uit of de gesprekspartners goed met elkaar overweg kunnen. Bij insluiting tonen ze een naar elkaar toegevoerde houding met veel overeenkomsten in hun lichaamshouding. Bij uitsluiting wordt het onderlinge contact zo veel mogelijk beperkt wat ook in een lichamelijk afwenden tot uiting komt.</p> <p>Houdingen zijn niet statisch en hebben dikwijls een begeleidende functie in het gesprek. Zo gaat een verandering van onderwerp vaak gepaard met een verandering van houding. Ook een verandering van gevoelens kan door een houdingsverandering worden uitgedrukt.</p> |

3 Bewegingen en gebaren

Veel bewegingen tijdens een gesprek hebben een louter functionele betekenis. Ze worden met een duidelijke bedoeling gemaakt. Zo is het gebruikelijk om bij het begin van het gesprek elkaar een hand te geven. Tijdens het gesprek kan er geschreven worden, in een boek of map gebladerd worden om iets op te zoeken, er kunnen dingen aan elkaar worden overhandigd, enzovoort. En aan het eind van het gesprek staat men op, geeft elkaar soms weer een hand en loopt weg. Daarnaast zijn er losse bewegingen die in de communicatie een eigen betekenis hebben. Terwijl de houding vooral informatie geeft over de onderlinge relatie in het gesprek, hebben bewegingen door hun grotere expressiviteit vaak een onderstroombetekenis met een zeer gevarieerde 'woordenschat' die de gesproken taal soms aanvult en soms vervangt, zoals:

- Illustratie en/of ondersteuning van de verbale inhoud, bijvoorbeeld de grootte van iets aanwijzen.
- Gevoelens uitdrukken, bijvoorbeeld heftige gebaren maken als men opgewonden is of met de vuist op tafel slaan bij woede.
- Gevoelens onder controle houden. Sommige bewegingen zijn een uitlaatklep voor bepaalde emoties, bijvoorbeeld met de vingers trommelen bij ongeduld of met de voeten stampen van woede.
- Het gesprek reguleren. De aanraking is bijvoorbeeld een duidelijk gebaar om de aandacht te krijgen, een uitnodigende handbeweging geeft aan dat de ander het woord mag nemen.

Gebaren worden soms gebruikt om een gesprek op een onjuiste en zelfs onvriendelijke manier te beëindigen. Men staat op, pakt de agenda, slaat de status dicht, gaat uitgebreid zitten schrijven, pakt de telefoon en dergelijke. Naast dit soort gebaren, met een duidelijke metabetekenis, hebben sommige mensen ook last van stereotype gebaren, die ze in uiteenlopende situaties vertonen en die met het gesprek zelf niets te maken hebben. Sommige mensen zitten voortdurend met iets te spelen, bijvoorbeeld met een sieraad of hun eigen haar, bijten op hun nagels, poetsen de bril telkens op, en dergelijke. Dit soort gebaren kan de gesprekspartner op den duur gaan irriteren en daardoor de gespreks sfeer nadelig beïnvloeden.

4 Gezichtsuitdrukking en oogcontact

Met onze gezichtsuitdrukking kunnen we op soms zeer subtiele wijze uitdrukking geven aan onze emoties. De gezichtsuitdrukkingen die behoren bij een aantal basale emoties, zoals verbazing, angst, woede, plezier, verdriet, genegenheid en afkeer, worden al op zeer jonge leeftijd herkend en blijken voor vrijwel alle culturen gelijk te zijn. Het gebruik ervan om in de sociale omgang elkaar emoties te tonen, is evenwel sterk cultureel bepaald. Zo toont in onze cultuur een man zelden in het openbaar verdriet, terwijl dit in zuidelijke culturen veel meer gebruikelijk is.

In de communicatie spelen de ogen een zeer belangrijke rol. Door aan- of wegstijven drukken we niet alleen (h)erkenning, invloed of genegenheid uit, maar regelen we ook het verloop van het gesprek. Bedenk wel dat oogcontact sterk cultureel is bepaald. In sommige culturen is het juist onbehoorlijk om iemand aan te kijken als je met hem/haar praat.

5 Stemgeluid

Na de gezichtsuitdrukking is de stemklank de belangrijkste vertolker van onze emoties. Door variatie in sterkte, toonhoogte, snelheid en ritme geven we blijk van onze vrolijkheid, (des)interesse, gespannenheid, woede, verdriet, verlegenheid, enzovoort. Aangezien de stemklank zo nauw verbonden is met de verbale communicatie, noemt men deze aspecten van het stemgeluid ook wel de paraverbale communicatie. Wij blijven ze voor het gemak tot de non-verbale communicatie rekenen.

| | |
|--------------------------|--|
| 6 Nabijheid en aanraking | <p>Hoewel nabijheid en aanraking te beschouwen zijn als vormen van non-verbale communicatie door middel van houding en bewegingen, besteden we er apart aandacht aan, omdat ze zo'n belangrijke plaats innemen in het contact tussen hulpverlener en patiënt.</p> <p>Aanraken is wellicht de meest primitieve vorm van communicatie en komt op een enkele uitzondering na bij alle diersoorten voor. De tastzin is ook het eerste zintuig dat een baby gebruikt. Iedere baby heeft een sterke behoefte om zelf aan te raken, maar ook om aangeraakt te worden. Beide zijn noodzakelijk voor de motorische, intellectuele en sociale ontwikkeling en zij vormen de basis voor de ontwikkeling van hogere vormen van communicatie, zoals het taalgebruik. Tijdens de ontwikkeling wordt het aanraakgedrag door culturele normen gekanaliseerd, zelfs zozeer dat spontane, lichamelijke aanraking in onze Noord-Europese cultuur beperkt blijft tot de partner, gezinsleden en goede vrienden. Daarbuiten zijn alleen rituele aanrakingen, zoals de handdruk of de kloep op iemands schouder geaccepteerd. In het verlengde hiervan bestaan er culturele regels voor de nabijheid die we van onze medemensen accepteren.</p> <p>Schendingen van iemands intimiteitgrenzen belemmeren dan ook altijd de communicatie, ook al zijn ze onvermijdelijk. De culturele regels gaan dan opspelen. Mensen die beroepshalve deze grenzen overschrijden, moeten daarmee leren omgaan. Dat geldt zeer zeker voor hulpverleners die bij het lichamenlijk onderzoek en bij veel behandelingen en zorghandelingen het meest intieme gebied van de patiënt betreden.</p> |
|--------------------------|--|

De verbale en de non-verbale communicatie verschillen wat betreft de wijze waarop we ze gebruiken en ermee omgaan. Van verbale communicatie zijn we ons meer bewust dan van non-verbale communicatie en we hebben er ook meer greep op. Anders gezegd, we kunnen de woorden die iemand zegt, beter begrijpen en we kunnen met onze woorden beter uitdrukken wat we bedoelen dan met onze gebaren, stemklank, enzovoort. Voor zakelijke uitingen is verbale communicatie daarom bij uitstek geschikt. Juist door het enorm gevarieerde gebruik van woorden zijn wij zo goed in staat elkaar duidelijk te maken wat we weten, wat we vinden en wat we willen. Daardoor lijkt het alsof de non-verbale communicatie er minder toe doet. Dit is echter schijn. Onderzoekers schatten dat 70% van de communicatie tussen mensen door middel van lichaamstaal plaatsvindt en dat cijfer is nog hoger als het gaat om het uitdrukken van gevoelens. Dan blijkt bijvoorbeeld dat non-verbale signalen een vijfmaal zo sterk effect hebben als de verbale. Met onze lichaamstaal kunnen we namelijk heel bondig onze gevoelens en onze wederzijdse betrekkingen weergeven. Hoewel we ons vaak niet echt bewust zijn van de non-verbale signalen die we uitzenden, zijn het juist deze non-verbale signalen die we gebruiken voor onze uitingen op de hogere niveaus. Het nadeel van de bondigheid is echter dat in onze non-verbale uitingen de nuancering en precisie wat ontbreken. Bij expressieve uitingen hebben woorden en lichaamstaal daarom ieder hun eigen, elkaar aanvullende functie. De non-verbale informatie biedt de grondtoon van de gevoelens die worden geuit; de verbale informatie biedt de mogelijkheid tot het aanbrengen van nuances in en toelichting op deze grondtoon.

1.8 Wat zegt de metabetekenis?

Tijdens een soepel lopend gesprek staat de inhoud van het gesprek centraal. Deze inhoud wordt daarbij gekleurd door de metabetekenis die grotendeels non-verbaal wordt overgebracht en die aangeeft hoe de inhoud moet worden begrepen. De metabetekenis kan daarbij de inhoudelijke boodschap:

- Ondersteunen en benadrukken, waardoor de boodschap krachtiger overkomt. Hiervoor worden vaak handgebaren gebruikt, maar ook de stemklank vervult een belangrijke, ondersteunende rol. De verbale inhoud en de non-verbale metabetekenis zijn met elkaar in overeenstemming en we spreken dan van congruente communicatie.
- Aanvullen, zoals met handgebaren iets aanwijzen of non-verbaal laten blijken hoe een onduidelijke inhoudelijke boodschap moet worden begrepen. Zo kan de uitspraak: “Ik voel me vandaag heel anders dan gisteren” afhankelijk van de stemklank en de mimiek positief of negatief worden uitgelegd. Of iemand zegt bijvoorbeeld: “Zie ik je morgen weer?” Deze verbale boodschap betekent dat deze persoon wil weten of je er morgen weer bent. Het maakt echter nogal wat uit hoe en door wie dit wordt gezegd. Is het een vriend die dit op vrolijke toon zegt, dan spreekt daar uit dat hij het prettig vindt je morgen weer te zien. Is het daarentegen je baas die dit op een korzelige manier zegt, dan lijkt de vraag meer op een bevel. Degene die tegen je zei: “Zie ik je morgen weer?” had deze betrekingsboodschappen ook expliciet kunnen uitspreken, bijvoorbeeld: “Ik vind het leuk om je morgen weer te zien” of “Zorg dat je er morgen weer bent om het werk af te maken”.
- Vervangen. Vaak wordt een boodschap niet expliciet verwoord, maar wordt deze alleen non-verbaal geuit. Dat geldt met name voor het uiten van gevoelens. De inhoudelijke boodschap is dan de dekmantel om een veel belangrijker gevoelsboodschap over te brengen. We noemen deze verstopte boodschap de onderstroom in het verhaal. Denk bijvoorbeeld aan de ongeruste patiënt die steeds maar allerlei detailvragen stelt en daarmee eigenlijk zegt: “Ik ben bang, laat me niet alleen.”
- Ontkrachten of zelfs tegenspreken van de boodschap. We spreken dan van paradoxale communicatie. Voorbeelden van paradoxale communicatie op gevoelsniveau zijn het op woedende toon uitgesproken: “Ik ben helemaal niet boos!” of als iemand snikkend zegt: “Met mij gaat het heel goed, hoor!” Een voorbeeld op appellerend niveau is het dwingend en kortaf uitgesproken: “Zou je me alsjeblieft even willen helpen?” Een voorbeeld op relationeel niveau is het geërgerd uitgesproken: “Ja hoor, je bent heel lief!” In al deze gevallen voelen we communicatieve nattigheid. Aangezien een hoger niveau van uitingen wezenlijker is dan een lager niveau en voor de hogere niveaus vooral de non-verbale communicatie wordt gebruikt, letten we, vaak zonder dat we het weten, in zo’n geval meer op de non-verbale uitingen dan op de verbale uitspraken. Niet wat iemand zegt (inhoud), maar vooral hoe iemand het zegt (betrekingsniveau), bepaalt dan hoe we reageren op het bericht.

1.9 Selectie van informatie

Bij het uitzenden en ontvangen van informatie vindt er altijd een beperking en vertekening van de informatie plaats met soms als gevolg wederzijds onbegrip en haperingen in de communicatie. We onderscheiden zeven selectiemechanismen:

1 Selectief uitzenden

Je vertelt of schrijft met een bepaalde bedoeling. Je wilt dat je boodschap een bepaald effect heeft en past je wijze van presenteren daaraan aan. Je wilt bijvoorbeeld instemming of bijval krijgen, een schokeffect teweegbrengen, je gevoel van eigenwaarde beschermen of een bepaald beeld van jezelf bij anderen creëren. Elke boodschap is daardoor al of niet opzettelijk vertekend.

2 Selectieve aandacht

Niet alleen selecteer jij als zender de informatie die je overbrengt, de ontvanger van je boodschap neemt ook maar een beperkt gedeelte van de informatie in zich op. Selectieve aandacht is pure noodzaak. Anders zouden je hersenen overspoeld worden met indrukken en niet meer in staat zijn uit de wirwar van signalen de informatie te halen die er echt toe doet. Voordat de informatie via de zintuigen (ogen, oren) de hersenen bereikt, moet deze daarom de sluis van de aandacht passeren. De aandacht zelf wordt gestuurd door 'hogere' psychologische processen. Instincten, behoeften, emoties en verwachtingen sturen je zintuigen in de richting van de informatie die je zoekt en laten je andere informatie negeren. Dat stelt je bijvoorbeeld in staat om een gesprek te voeren met iemand in een ruimte waarin ook veel andere mensen met elkaar praten of waarin muziek klinkt. Een ander voorbeeld is het slechtnieuwsgesprek. Als iemand hoort dat hij een ernstige ziekte heeft, verhinderen zijn heftige emoties die dit bericht oproept om daarna nog meer informatie op te nemen. Op dat moment iemand verder informeren, bijvoorbeeld over verschillende vormen van behandeling, is dan ook zinloos. In hoofdstuk 8 over omgaan met heftige emoties bespreken we dit mechanisme uitgebreider.

3 Selectieve kennisname

Selectieve kennisname is de volgende stap in het verwerkingsproces. De indrukken die het aandachtsfilter zijn gepasseerd, krijgen hun betekenis door ze te ordenen en te vergelijken met reeds aanwezige kennis en ervaringen. Als dan blijkt dat de indrukken onbegrijpelijk zijn, worden deze indrukken ook niet verder verwerkt. Een onbegrijpelijke boodschap komt daarom nooit over, hoe belangrijk deze ook is. Denk bijvoorbeeld aan de overdaad aan medische termen die een patiënt soms om de oren krijgt geslingerd. In hoofdstuk 5 over uitleggen bespreken we hoe je je uitleg aan patiënten zo begrijpelijk mogelijk kunt maken. Onderzoek toont aan dat mensen vooral de informatie kiezen die overeenkomt met hun eigen ideeën en meningen. Vooral reclameboodschappen spelen handig in op dit fenomeen. De eerste wet uit de reclame is zelfs dat je mensen nooit moet aanspreken op een negatieve eigenschap. Alleen wanneer de informatie van onmiddellijk

praktisch belang is, zijn mensen bereid onwelkome informatie tot zich te nemen. In de voorlichting moet je er dus rekening mee houden dat mensen de informatie selecteren die hen welgevallig is. We komen hierop nog terug in hoofdstuk 9 als we bespreken hoe je iemand kunt overtuigen van je standpunt.

4 Selectieve interpretatie

Hierboven is al aangegeven dat de betekenis van woorden niet voor iedereen gelijk is en dat iedereen vanuit z'n eigen referentiekader communiceert. Woorden krijgen hun betekenis in een levenslang leerproces dat sterk gekleurd wordt door persoonlijke ervaringen en door de sociale en culturele achtergrond. De communicatieverstoringen door interpretatieverschillen zijn legio. De bekendste is wel de communicatiebarrière door taalverschillen. Echter ook abstracte en vage uitdrukkingen kunnen tot veel misverstand leiden. Denk maar aan woorden als: 'beter worden', 'nare dingen', 'het gebeuren', 'proces' en 'model'. Uit de context van het verhaal moet dan de juiste betekenis worden opgemaakt, hetgeen lang niet altijd mogelijk is. Ook mededelingen als: "De foto is goed" of "De uitslag van het onderzoek was positief" werken verkeerde interpretaties in de hand.

Niet alleen de inhoudelijke informatie, maar ook de metabetekenen in de communicatie worden selectief geïnterpreteerd. Je kunt dus wel veronderstellen dat een patiënt jouw metabetekenen begrijpt zoals jij ze hebt bedoeld, maar dat hoeft zeker niet zo te zijn. Ook bepaalde onuitgesproken communicatieregels, zoals het elkaar laten uitspreken, eerlijk zijn, begrip opbrengen voor elkaars standpunt, enzovoort, worden niet door iedereen gedeeld of nageleefd. Daarnaast geven we meestal een cultureel bepaalde betekenis aan non-verbale signalen zoals het uiterlijk, de stemklank, de kleding die iemand draagt, en zijn mimiek en gebaren. Deze betekenen zullen op hun beurt weer onze aandacht en bereidheid tot luisteren sturen. Kortom, het referentiekader van mensen verschilt dus niet alleen op inhoudsniveau, maar zeker ook wat betreft de metabetekenen. Met name in de communicatie met mensen met een andere culturele achtergrond kan dat tot verwarring en daardoor ook tot veel ergernis en onbegrip leiden.

5 Selectief onthouden

Informatie die ons niet bevalt of die op dat moment geen waarde heeft, zullen we veel eerder vergeten dan informatie die ons aanstaat en/of die we kunnen gebruiken. Ook blijken mensen informatie die wel belangrijk is, maar die tevens heel bedreigend is, niet te kunnen opnemen. In de medische situatie komt bedreigende informatie veelvuldig voor en mede daardoor onthouden patiënten veel van de informatie die ze van hulpverleners krijgen niet. Herhaling van de informatie en regelmatige controle van het begrip van je patiënt zijn daarom geboden om ervoor te zorgen dat je patiënten de gegeven informatie ook onthouden. In hoofdstuk 5 over uitleggen komen we hierop terug.

6 Selectief aanvaarden

Zelfs als mensen zich een ongewenste of bedreigende boodschap weten te herin-

neren, dan nog zullen ze hun gedrag daarop vaak niet afstemmen. Allerlei verdedigingsmechanismen treden dan in werking om het belang van de boodschap te ontcrachten of om hun ‘foute’ gedrag goed te praten. Een bekend voorbeeld is de vergoelijkende houding van mensen tegenover hun ongezonde leefgewoonten (roken, drinken, voeding) en onverantwoord verkeersgedrag. Met name in adviesgesprekken moet je met dit mechanisme rekening houden. In hoofdstuk 7 over adviseren en in hoofdstuk 9 over weerstand gaan we hier dieper op in.

7 Selectief communiceren

Aangezien je niet over alles kunt praten wat je hebt gehoord en gezien, moet je ook hierbij een selectie toepassen. Hiermee is de cirkel rond en zijn we terug bij het eerste selectieproces: selectief uitzenden. We zijn geneigd om vooral die dingen te bespreken die ook voor anderen interessant zijn en die niet strijdig zijn met hun opvattingen. Doe je dat niet, dan verveel je anderen of ergert ze en verlies je de aandacht. Sociale wenselijkheid speelt hierbij een voorname rol. Over sommige dingen ‘behoor’ je niet te praten zoals verdriet, seksualiteit en doodgaan. In de medische situatie kan dit tot communicatieproblemen leiden, omdat sommige ‘ongewenste’ informatie belangrijk kan zijn voor de diagnostiek, behandeling, verpleging of nazorg.

Het moge duidelijk zijn dat de selectieprocessen in sterke mate bepalen of je je voorlichtingsdoelen weet te bereiken. In de volgende hoofdstukken zullen we dan ook regelmatig naar de selectieprocessen verwijzen. Dat begint al in het volgende hoofdstuk waarin we bespreken hoe ziekte de kijk op het eigen leven en op de omgeving kleurt.

1.10 Samenvatting

In dit hoofdstuk hebben we de theoretische achtergronden van communicatie besproken. Communicatie is de overdracht en uitwisseling van symbolische informatie om onze onderlinge transacties te regelen.

Waarom is communicatie van belang voor hulpverleners?

Met communicatie regelen we onze transacties en onze samenwerking. Communicatie is daarom het middel bij uitstek om je patiënten te kunnen helpen bij diens problemen, vragen of zorgen rondom ziekte en gezondheid.

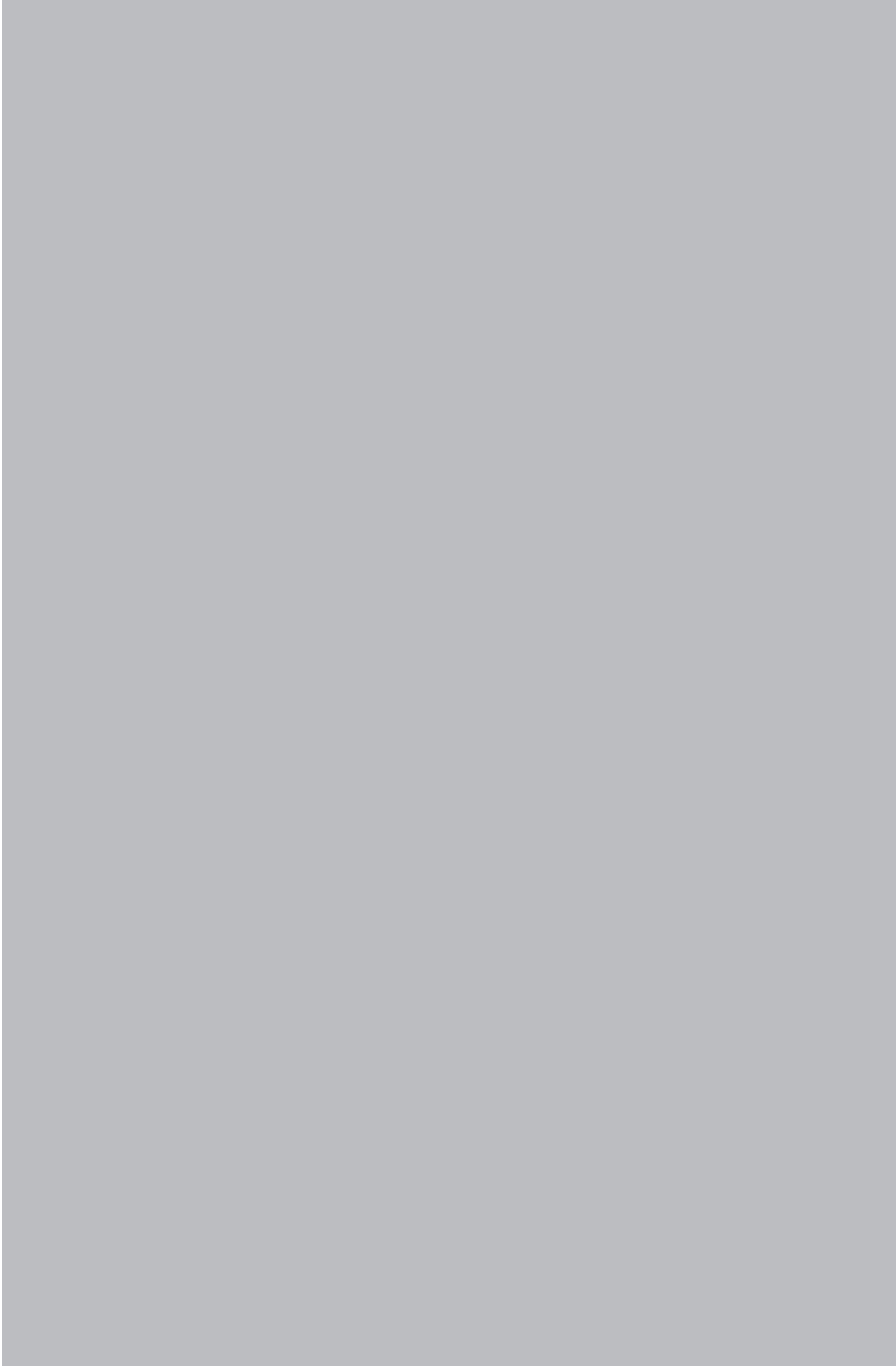
Hoe communiceer je?

Je wisselt informatie uit met je patiënten door afwisselend te zenden en te ontvangen. Je maakt daarbij gebruik van een aantal eigenschappen van communicatie. De belangrijkste eigenschappen zijn dat de overgedragen informatie altijd symbolisch is en op verschillende niveaus tegelijkertijd plaatsvindt. De informatieoverdracht kan verbaal of non-verbaal van aard zijn. Als het om feiten of zakelijke

mededelingen gaat, verpakken we die doorgaans in verbale informatie. Gevoelens daarentegen en informatie over de onderlinge relatie uiten we veel meer non-verbaal.

Waarover communiceer je?

Communicatie gaat altijd over een aantal zaken tegelijkertijd. Behalve dat er een (verbaal) gespreksonderwerp is, bevatten de boodschappen ook een (non-verbale) gebruiksaanwijzing die je patiënt vertelt hoe hij het betreffende bericht moet opvatten. Deze gebruiksaanwijzing noemen we de metabetekenis. Soms moet de metabetekenis het onderwerp van gesprek worden om onduidelijkheden uit de weg te ruimen. Daarvoor gebruiken we metacommunicatie.



Communicatie bij ziekte

In dit hoofdstuk leer je:

- Welke betekenis ziekte heeft voor een patiënt.
- Waarom je bij het geven van voorlichting aandacht moet besteden aan de ziektebeleving en de psychosociale context.
- Wat emoties zijn en welke emoties kunnen optreden bij ziekte.
- Hoe patiënten omgaan met hun ziekte en met hun emoties rond de ziekte.
- Dat een ernstige of chronische ziekte altijd gepaard gaat met verliesgevoelens.
- Hoe de emotionele verwerking van verlies verloopt en welke rol jouw voorlichting en begeleiding daarin kunnen vervullen.

2.1 Inleiding

Om goede voorlichting te kunnen bieden, zul je eerst moeten weten waar je patiënt behoefte aan heeft. Zo heeft de ene patiënt vooral behoefte aan feitelijke informatie over de ziekte en behandelingen, terwijl de andere juist behoefte heeft aan emotionele steun. Niet alleen voor de verpleegkundige en medische zorg, maar ook voor de voorlichting geldt daarom het adagium: geen therapie zonder goede diagnostiek. Goede voorlichting begint dan ook met enige psychosociale diagnostiek om erachter te komen hoe je patiënt zijn ziekte beleeft, welke zorgen hij er zich over maakt en wat hij van je verwacht. In dit hoofdstuk bespreken we welke betekenis ziekte heeft in iemands leven in psychische en sociale zin en hoe je bij het geven van voorlichting rekening kunt en moet houden met deze betekenis. Aan bod komen de psychische en sociale gevolgen van ziekte, welke emoties vaak optreden bij de confrontatie met een ernstige ziekte en hoe de verwerking van deze emoties doorgaans verloopt. Tevens bespreken we de invloed van de psychosociale gevolgen van ziekte op de communicatie en hoe je als hulpverlener bij het geven van voorlichting daarmee rekening kunt houden.

2.2 Wat betekent ziekte voor een patiënt?

Ziekte betekent een inbreuk in het dagelijks leven. Gelukkig gaat het meestal om een korte periode. Iemand gaat met klachten naar de huisarts en komt zo in de professionele gezondheidszorg terecht. De aard van de ziekte wordt vastgesteld (diagnose), de persoon ondergaat zo nodig een behandeling en kan na herstel de draad van het gewone leven weer oppakken.

Een ernstige ziekte of een ziekte die leidt tot blijvende invaliditeit, heeft veel ingrijpender gevolgen. Het leven verandert drastisch binnen korte of langere tijd. Bestaande zekerheden en vanzelfsprekendheden vallen weg, de sociale omgeving gaat anders met de patiënt om dan voorheen, de patiënt krijgt daardoor ook een andere plaats in het sociale netwerk van gezin, vrienden en collega's en wordt vaak blijvend afhankelijk van de hulp en zorg van anderen. Wensen en verwachtingen over het leven moeten worden bijgesteld en voor veel patiënten betekent de ziekte een crisis die dwingt tot nadenken over fundamentele vragen in het leven, zoals over de zin van het leven, voorspelbaarheid, verantwoordelijkheid, overgave, verbondenheid, eenzaamheid en eindigheid. Tijdens de ziekte en soms ook lange tijd daarna, is er daardoor niet alleen sprake van lichamelijke nood, maar vaak ook van psychische nood. Bovendien verandert door de confrontatie met een ernstige ziekte het referentiekader ingrijpend, zelfs als de patiënt weer volledig herstelt.

Hoe een patiënt zijn ziekte ervaart, is uiteraard eerst en vooral afhankelijk van de aard en ernst van de ziekte. De diagnose kanker zal andere gevoelens oproepen dan de diagnose griep. Ziek zijn is bovendien een proces dat zich gaandeweg ontwikkelt. Wat aanvankelijk een kleinigheid leek, kan later een zeer ernstige aandoening blijken te zijn of omgekeerd. Echter, het soort hulp dat patiënten vragen, kun je maar in beperkte mate afleiden uit de aard en objectieve ernst van de ziekte.

Deze behoefte aan hulp hangt in belangrijke mate af van de manier waarop een patiënt in het algemeen aankijkt tegen en omgaat met ziekte en gezondheid. Daarin bestaan grote verschillen. Sommige patiënten vragen frequent om hulp met uiteenlopende vragen en zorgen, terwijl andere patiënten vrijwel nooit professionele hulp inroepen. Hoewel men zou verwachten dat de eerste groep patiënten ongezonder of kwetsbaarder is dan de tweede groep, is dat objectief gezien niet het geval. Blijkbaar betreft het verschil vooral de manier waarop mensen met hun problemen en zorgen omgaan. Sommige mensen maken zich niet zo snel zorgen over gezondheidsproblemen en proberen deze eerst zelf op te lossen, voordat ze deskundige hulp zoeken. Anderen zoeken juist zo snel mogelijk deskundige hulp vanuit de gedachte dat ieder lichamelijk ongemak een voorbode kan zijn van 'iets ergs'. Weer anderen schrikken zo hevig van een ziekte of lichamelijk ongemak dat ze het bestaan ervan zo lang mogelijk proberen te ontkennen en pas heel laat om hulp vragen.

Tabel 2.1 vat een aantal verschillende visies op ziekte samen. In de tabel staat tevens aangegeven hoe een patiënt vanuit ieder van deze opvattingen omgaat met zijn ziekte en hoe hij zich jegens zijn kwaal of ziekte opstelt in het contact met hulpverleners.

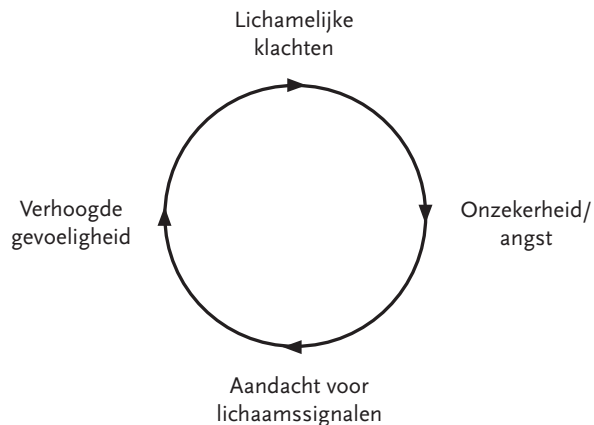
Tabel 2.1 Ziektebetekenis en ziektegedrag

| Betekenis van ziekte: | Reactie op ziekte: |
|--------------------------------|--|
| Ziekte als hinderlijk probleem | Directe hulp verlangen. |
| Ziekte als (ongelukkig) lot | Klagen, hulpeloosheid, somberheid. Zich overgeven aan de zorg van anderen. |
| Ziekte als bedreiging | Angst, controleverlies. Soms uitstel- en vermijdingsgedrag, soms onmiddellijke hulp eisen. |
| Ziekte als zwakte | Schaamte, symptomen bagatelliseren of verbergen, uitstellen van hulp, zich verontschuldigen. |
| Ziekte als opluchting | Opgaan in ziektegedrag, koesteren van de ziekte, onttrekken aan verplichtingen en verantwoordelijkheden. |
| Ziekte als uitdaging | Eerst zelf proberen op te lossen, voordat men deskundige hulp zoekt. Terughoudend in het aanvaarden van hulp. Alternatieve middelen gebruiken. |
| Ziekte als straf | Schuldgevoel, zelfverwijt, boetedoening. Zich verontschuldigen en om vergeving vragen. |
| Ziekte als zinvolle ervaring | Bezinning, acceptatie. |

Bron: Bron: Coulehan & Block, 2006

Bij het ontstaan van deze ziekteopvattingen en ziektegedragingen spelen zaken als opvoeding, culturele achtergrond, sociale omgeving, persoonlijkheid en vroegere ziekte-ervaringen een voorname rol. Werd vroeger thuis veel aandacht besteed aan elk lichamelijk ongemak of werden deze genegeerd? Heeft iemand een

drukke baan of zit men dag in dag uit thuis met weinig afleiding en verplichtingen? Voorts verschillen mensen wat betreft de gevoeligheid voor lichamelijke signalen. Sommige mensen voelen bijvoorbeeld pijn veel meer dan anderen. De mate van gevoeligheid is sterk afhankelijk van vroegere ervaringen met ziekte. Zo is bekend dat kankerpatiënten, zelfs als de prognose gunstig is, uitermate alert zijn op verontrustende signalen in hun lichaam. Ieder pijntje wordt gevoeld en wakkert de angst voor kanker weer aan. Er is sprake van een vicieuze klachtencirkel zoals figuur 2.1 laat zien.



Figuur 2.1 Vicieuze klachtencirkel

2.3 Aandacht voor de psychosociale context

Door aandacht te besteden aan de ziektebeleving en aan de psychische en sociale gevolgen van de ziekte kun je je voorlichting beter laten aansluiten bij behoeften van een patiënt.

In de eerste plaats gaat het om de gevolgen van het gezondheidsprobleem voor het psychisch welbevinden van je patiënt. Vooral gevoelens als onzekerheid en ongerustheid zijn daarbij van belang. Inzicht in deze gevoelens is niet alleen nodig om te weten wat er speelt en of een patiënt behoefte heeft aan steun, maar is ook nodig om je manier van communiceren met je patiënt aan te passen. In hoofdstuk 1 hebben we aangegeven dat emoties de aandacht sturen en dat bij heftige emoties een patiënt niet meer openstaat voor informatie, hoe belangrijk deze ook is. Dat heeft belangrijke gevolgen voor de voorlichting. In dit hoofdstuk gaan we daarom uitgebreid in op de rol van emoties bij ziekte en hoe daar mee om te gaan.

In de tweede plaats heeft een klacht meestal ook gevolgen voor het dagelijks leven en voor het sociaal functioneren (werk, gezin, mobiliteit) van een patiënt. Ook daarvan moet je je eerst een idee vormen en dan met name over de reeds aanwezige en de te verwachten problemen, om je voorlichting goed te kunnen

laten aansluiten bij je patiënt. Wat zijn bijvoorbeeld de sociale gevolgen van een ziekenhuisopname, van een operatie of van een langdurig herstel. Maar ook, welke belemmeringen kunnen er ontstaan als je patiënt bepaalde adviezen moet inpassen in zijn dagelijks leven, zoals een dieet volgen of een aantal weken plat op bed liggen.

In de derde plaats gaat het om de factoren in de sociale situatie die van belang kunnen zijn bij de verdere zorg rond de ziekte. De ziekte is vrijwel altijd al onderwerp van gesprek (geweest) met de partner, familie of vrienden. Vooral als er sprake is van een ernstige of een verontrustende ziekte moet je nagaan wie deze centrale figuren zijn voor je patiënt, omdat zij wellicht moeten worden betrokken bij het verdere beleid rond de ziekte en in dat kader ook voorzien moeten worden van de benodigde voorlichting.

Hoewel psychische en sociale factoren meestal ook van invloed zijn op het ontstaan en het beloop van gezondheidsproblemen, gaan we in dit boek niet uitgebreid in op de psychosociale anamnese als onderdeel van het diagnostisch proces. Uiteraard zijn veel vaardigheden die we in dit boek behandelen, en dan met name de luistervaardigheden, goed te gebruiken voor de psychosociale anamnese.

2.4 Emoties rond ziekte

Bij het geven van voorlichting heb je soms te maken met heftige emoties. Het slechtnieuwsgesprek dat we bespreken in hoofdstuk 8, is daarvan wellicht het bekendste voorbeeld, maar heftige emoties komen ook voor in veel andere voorlichtingsgesprekken, zoals het bespreken met een patiënt van de noodzaak van een behandeling, het bespreken van het uitstel of van een onverwachte complicatie van een behandeling of het bespreken van een emotioneel beladen onderwerp. Ook in dit soort gesprekken kun je te maken krijgen met emoties van een patiënt, zoals angst, verdriet, boosheid, machteloosheid, eenzaamheid of schuldgevoel. Emoties kunnen ook hoog oplopen als gevolg van de weerstand tegen een advies dat je aan een patiënt geeft, wanneer een patiënt zich onheus bejegend voelt, wanneer je niet ingaat op bepaalde eisen van een patiënt of wanneer er een fout is gemaakt bij de zorg. Je patiënt kan zelfs geëmotioneerd raken door informatie die voor jou wellicht een 'neutrale' betekenis heeft.

De begrippen emoties en gevoelens worden vaak door elkaar gebruikt. Het begrip 'gevoelens' heeft veelal een ruimere betekenis dan het begrip 'emoties'. Tot de gevoelens worden ook gerekend de lichamelijke sensaties als pijn, warmte, kou, enzovoort, en de waarderende belevingen als schoonheid, interesse of nieuwsgierigheid. Emoties zijn gevoelens die ontstaan wanneer belangen op het spel staan. Ze leiden tot actiebereidheid. Vaak gaan ze gepaard met lichamelijke reacties zoals hartkloppingen of zweten. Emoties worden op allerlei manieren aan anderen getoond (verbaal, non-verbaal) en zijn een wezenlijk onderdeel van onze communicatie. Emoties hebben daarom veel invloed op het verloop van een gesprek. Een ander kenmerk van emoties is dat ze zich grotendeels onttrekken aan

de verstandelijke wilscontrole. Daarom lijken ze vaak onredelijk en onvoorspelbaar te zijn. Ze zijn echter wel degelijk aan wetmatigheden onderhevig. Deze wetmatigheden bieden enig houvast om in je gesprekken met emoties om te gaan.

- 1 Emoties zijn realiteit.
- 2 Emoties worden herbeleefd.
- 3 Emoties zijn kortzichtig.
- 4 Emoties versimpelen het oordeel.
- 5 Emoties sturen de aandacht en het denken.

2.4.1 Emoties zijn realiteit

Meestal zijn de emoties die iemand toont invoelbaar. Men kan echter geëmotioneerd zijn zonder dat dit voor een buitenstaander reëel of herkenbaar is. Mensen kunnen zich van alles ‘in het hoofd halen’ en daarbij heftige emoties ervaren. Ook deze emoties worden beleefd als werkelijkheid. Je dient emoties daarom altijd serieus te nemen, ook al lijken ze in jouw ogen onzinnig of onredelijk. Net zo min als een pijnklacht verdwijnt als je het bestaan ervan ontkent, verdwijnen de in jouw ogen irreële emoties als je een patiënt vertelt dat hij zich niet zo hoeft te voelen als hij zich voelt. Serieuze aandacht voor deze emoties en het bespreken van hun achtergrond, werkt effectiever.

2.4.2 Emoties worden herbeleefd

Vroegere ervaringen roepen soms heftige emoties op, ook als de herinnering door een schijnbaar onbeduidende gebeurtenis wordt opgeroepen. Zo vinden veel kankerpatiënten de controles emotioneel belastend, ook al is de behandeling al enige tijd achter de rug en is de prognose gunstig. De controle roept de herinnering aan de behandeling met de emoties van destijds op. Onbegrijpelijk heftige reacties op schijnbaar onbetekenende gebeurtenissen hebben dan ook een signaalfunctie. Ze duiden vaak op onvoldoende emotionele verwerking en ‘achterstallig onderhoud’ dat om aandacht vraagt. In paragraaf 2.8 gaan we in op deze verwerking.

2.4.3 Emoties zijn kortzichtig

Emoties over gebeurtenissen of situaties die op korte termijn spelen, ervaren mensen veel sterker dan emoties over de verre toekomst. Iedereen gaat dood, maar echt bang ervoor word je pas bij een onmiddellijke levensbedreiging. Emoties zijn ook het sterkst bij een plotselinge verandering in (de beoordeling van) een situatie en slijten naarmate de tijd verstrijkt. Voor gevoelens als verdriet en angst is het prettig dat de tijd de wonden heelt. Dat komt niet door de tijd op zich, maar vooral door het verwerkingsproces dat in die tijd plaatsvindt.

Daartegenover roepen gevaar en levensbedreiging minder angst of machteloosheid op als ze geleidelijk zijn gegroeid en al langer bestaan. Emoties sturen daarom vooral het gedrag op korte termijn. Deze kortzichtigheid van emoties verklaart voor een deel waarom mensen moeilijk hun ongezonde leefwijze vaarwel zeggen, als er geen onmiddellijke gezondheidsdreiging aanwezig is.

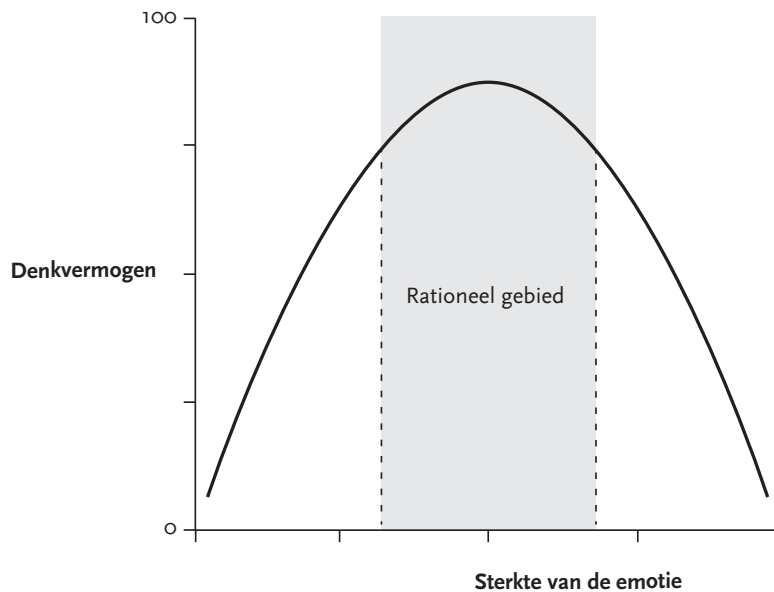
2.4.4 Emoties versimpelen het oordeel

Emoties vervullen hun functie als richtingwijzer voor gedrag het best als ze eenduidig zijn. Een situatie die plezierige en onplezierige emoties tegelijkertijd oproept, biedt weinig houvast en leidt tot emotionele verwarring en onrust. Duidelijkheid ontstaat weer door een aanpassing van (het oordeel over) de situatie, waarbij de sterkste emoties vaak de weegschaal naar één kant doen doorslaan. Deze behoefte aan duidelijkheid in de beleving heeft als effect dat mensen activiteiten gaan ondernemen die duidelijkheid scheppen en onzekerheid verminderen. Zo gaan patiënten met een ernstige ziekte vaak driftig op zoek naar alle informatie over hun ziekte of zoeken ze steun bij naasten, lotgenoten of hulpverleners. Anderen ontvluchten juist de situatie. Men stort zich bijvoorbeeld op het werk, in een hobby of in de drank om de confrontatie met de verwarrende emoties te vermijden. De behoefte aan duidelijkheid heeft ook een selecterend effect. Men concentreert zich op één emotie, terwijl de andere emoties naar de achtergrond worden gedrongen. Zo kan een patiënt zijn (gezondheids)situatie als volledig negatief ervaren en geen enkel lichtpuntje meer zien, terwijl er nog wel degelijk behandel mogelijkheden zijn.

2.4.5 Emoties sturen de aandacht en het denken

Om informatie goed te kunnen begrijpen en te kunnen verwerken is een zekere mate van emotionele spanning nodig. Wanneer deze spanning ontbreekt of juist te sterk is, dan gaat dit ten koste van het denkvermogen. Figuur 2.2 geeft dit kromlijnige verband weer tussen de sterkte van emoties en het denkvermogen.

Indien er weinig of geen emotionele betrokkenheid is (linksonder in de figuur), dan is er ook weinig aandacht voor het onderwerp dat wordt besproken. Bij meer emotionele betrokkenheid neemt ook de aandacht voor het onderwerp toe. In het midden van de grafiek ligt de optimale verhouding. Er is sprake van een zekere spanning en alertheid die nodig zijn voor optimale ontvangst en verwerking van informatie in een gesprek. In zo'n gesprek staat de inhoud van het gesprek en staan niet de emoties op de voorgrond. Soms zijn de emoties echter zo sterk dat ze de aandacht voor de inhoud verdringen. De genoemde kortzichtigheid en versimpeling krijgen de overhand. De aandacht vernauwt zich, informatie wordt niet of alleen sterk vertekend gehoord en begrepen, er is geen ruimte meer



Figuur 2.2 De relatie tussen emotiesterkte en denkvermogen

voor redelijk denken en de bewuste controle over het gedrag gaat verloren. De persoon wordt overspoeld door de emoties. Vandaar de uitspraak:

“Een mens is nooit intelligenter dan zijn emoties hem toestaan.”

Deze relatie tussen emotie en denkvermogen levert een belangrijke richtlijn op voor het omgaan met emoties in gesprekken. Zolang emoties in volle hevigheid aanwezig zijn, heeft een patiënt geen aandacht voor nieuwe informatie, redelijke argumenten of goedbedoelde adviezen. Veel kankerpatiënten vertellen bijvoorbeeld dat ze absoluut niets meer hoorden van wat hun arts nog meer vertelde, nadat ze het slechte nieuws hadden gehoord. Ook in conflictsituaties met hoogoplopende emoties verliezen de gesprekspartners door de emotionele blikvernauwing hun grip op het gespreksverloop en kunnen ze niet meer rustig luisteren naar elkaars standpunten. De emoties vormen een ‘voorliggend probleem’ in het gesprek en moeten tot een hanteerbaar niveau worden teruggebracht, voordat er weer een redelijk gesprek over het eigenlijke onderwerp mogelijk is. Dit wordt alleen bereikt door aandacht te besteden aan de emoties en niet door ze te ontkennen of te onderdrukken. We komen daarop terug in hoofdstuk 6 en 8 als we de luistervaardigheden en de vaardigheden voor het omgaan met emoties bespreken.

2.5 Emotionele gevolgen van ziekte

Om patiënten steun te kunnen verlenen bij het omgaan met en het verwerken van hun emoties, zul je de emoties eerst moeten herkennen. We zullen de meest voorkomende gevoelens hier kort bespreken.

1 Angst

De confrontatie met een (levens)bedreigende ziekte en een plotseling verlies maken duidelijk dat je als mens nooit helemaal 'veilig' bent. Dit besef kan zeer beangstigend werken en het gevoel van onveiligheid duurt soms jaren; men spreekt in dit verband bij levensbedreigende ziekten wel van het Damocles Syndroom. Behalve van doodsangst is er bij ingrijpende ziekten doorgaans sprake van angst voor pijn en aftakeling of vermindering ten gevolge van de behandeling. Soms is er ook angst om de controle over zichzelf kwijt te raken, bijvoorbeeld angst om in te storten of gek te worden.

2 Verdriet en depressie

Verdriet verwijst vooral naar het gevoel van leegte en gemis en gaat vaak gepaard met huilen, zich terugtrekken en innerlijke onrust. Bij depressieve gevoelens staan doorgaans ook leegte en gemis centraal, maar dan in combinatie met intense gevoelens van machteloosheid. In geval van verdriet maakt het uiterlijke gedrag enerzijds duidelijk dat men zich afsluit, bijvoorbeeld doordat men de armen voor het gezicht houdt. Anderzijds maken geluiden en bewegingen duidelijk dat de ander wel moeten merken dat men verdriet heeft. Er is dus sprake van een ambivalent signaal. Bij depressie ontbreekt vaak het directe appèl op de ander, hoewel voor een goede verstaander de stilte soms 'oorverdovend' kan zijn.

3 Boosheid en jaloezie

Verlies vraagt om rechtvaardiging, maar dat is vaak onmogelijk. Vaak gebeuren dingen gewoon zonder dat je daar invloed op kunt uitoefenen. Dit maakt boosheid wat problematisch: de patiënt is boos over wat hem overkomt, maar er is niets of niemand om boos op te zijn. Men kan die boosheid dan vaak moeilijk uiten. De boosheid krijgt daardoor iets 'onredelijks' en dat gebeurt soms letterlijk doordat de verkeerden, met name de mensen in de directe omgeving, het slachtoffer worden van de boosheid. Omdat er bovendien vaak tegelijkertijd sprake is van een soort jaloezie op anderen die immers geen verlies hoeven te lijden, kan de situatie wel eens flink uit de hand lopen.

4 Schaamte

Omdat emotionaliteit in onze cultuur wat gevoelig ligt, ontstaat er al gauw het gevoel op een bepaalde manier te moeten reageren. Hierdoor kan de neiging ontstaan de eigen rouwreacties te veroordelen. Dit zal vooral het geval zijn als het wat minder 'passende' gevoelens betreffen zoals huilen in plaats van flink zijn, of opluchting na bekend worden van de diagnose. Vooral na een lange periode van onzekerheid kan er behalve van verdriet ook sprake zijn van opluchting. Hoewel opluchting op zich eerder een positieve dan een negatieve emotie genoemd kan worden, kan juist dit aspect voor verwarring zorgen. Men neemt het zichzelf dan kwalijk (of schaamt zich ervoor) opgelucht te zijn en op die manier kan eveneens een blokkade van het rouwproces ontstaan. De gevoelens die nodig zijn om het verlies te verwerken worden door deze veroordeling geblokkeerd waardoor het

hele proces stagneert. Ook het hebben van de ziekte op zich is emotioneel beladen. Patiënten generen zich vaak voor het feit dat ze ziek zijn (geweest), vooral wanneer het om een aandoening gaat die beladen is, zoals bij gynaecologische of urologische klachten nog wel eens het geval is.

5 Schuld

Aangezien de 'echte' oorzaak van een aantal bedreigende ziekten (kanker, MS, enzovoort) nog onbekend is, zouden mensen zich eigenlijk niet schuldig hoeven te voelen als ze ziek worden. Toch ervaren mensen die dit overkomt heel vaak juist wel schuldgevoelens en zelfverwijten. Dit lijkt vreemder dan het is. Schuldgevoel is namelijk een gevolg van het idee dat men zijn leven onder controle heeft of had kunnen hebben. Bijvoorbeeld: "Als ik niet had gerookt, dan had ik geen kanker gekregen." Het op zich nemen van de verantwoordelijkheid geeft het gevoel van controle en het vermindert dus de angst, maar het schuldgevoel is de prijs die een patiënt in dat geval moet betalen. Schuldgevoelens treden overigens niet alleen gedurende, maar ook na de behandeling op. Veel patiënten voelen zich bijvoorbeeld schuldig, omdat ze zo langzaam herstellen, te veel zeuren of zelfs omdat zij het hebben overleefd en anderen niet.

Behalve deze hoofdcategorieën van emoties treden er ook allerlei mengvormen op zoals gevoelens van tekortschieten, eenzaamheid.

2.6 Hoe gaan patiënten om met hun emoties?

We hebben emoties bestempeld als belangenbehartigers. Zolang de behoefte die achter een emotie steekt, niet is erkend, blijft een emotie aandacht opeisen en de aandacht voor andere zaken afleiden. Deze aandacht en erkenning moeten vooral van anderen komen. Emoties hebben dan ook bij uitstek een communicatieve functie en mede daarom gaan mensen enigszins berekenend om met het uiten van hun emoties en is deze manier van uiten sterk afhankelijk van de persoon en situatie.

Emoties die openlijk worden geuit, zijn meestal niet moeilijk te herkennen. Emoties worden echter niet altijd openlijk en spontaan getoond. Zeker als de persoon zich onzeker voelt en de reactie van de ander niet goed kan inschatten, voorkomt terughoudendheid in het uiten van de emoties eventuele schade door een afwijzende reactie of door niet serieus te worden genomen. Ook culturele regels bepalen dat emoties niet gemakkelijk openlijk worden getoond. Emoties kunnen dan door middel van de gezichtsuitdrukking, stemklank, bewegingen en houding als non-verbale onderstroom in het gesprek worden geuit of als verbale uiting op betrekkningsniveau zijn verpakt, zoals we in de paragrafen 1.6-1.8 hebben besproken. Bovendien is wat we aan de buitenkant zien vaak slechts een topje van ijsberg van wat er binnen in iemand allemaal gebeurt. Dat maakt het herkennen en vervolgens bespreken van de emoties vaak lastig.

Hoe zwak of sterk ze ook tot uiting gebracht worden en hoe verschillend de uiterlijke reacties ook mogen zijn, emoties hebben altijd invloed op het verloop van een gesprek en zolang er geen aandacht aan de emoties wordt besteed, zal dit een remmende invloed zijn. Zeker de confrontatie met een levensbedreigende ziekte is zo'n overweldigende ervaring dat een patiënt meestal niet in staat is de situatie op eigen kracht het hoofd te bieden. De chaos en paniek slaan toe. Zo vertellen veel patiënten dat hun wereld instortte toen ze hoorden dat ze ernstig ziek waren, bijvoorbeeld toen ze hoorden dat ze kanker, multiple sclerose of een hartgebrek hadden. Ze konden niet meer denken, zelfs niet meer beseffen dat hun leven op het spel stond. Anderen spreken van een soort golven van angst, al of niet gepaard gaande met lichamelijke klachten als misselijkheid, hartkloppingen en duizeligheid. Weer anderen reageerden met een uitbarsting van activiteiten; ze gingen gericht op zoek naar allerlei informatie over hun ziekte, gingen diëten volgen en raadpleegden een heel scala aan reguliere en alternatieve therapeuten. In feite zijn dit drie verschillende niveaus van reageren:

- cognitief niveau (je verstand kan er niet bij, niet meer kunnen denken);
- emotioneel niveau (angst, verdriet);
- gedragsniveau (heel actief worden of juist apathisch reageren).

Hoewel de verschillende reacties uiterlijk heel divers kunnen zijn, hebben ze ook iets gemeenschappelijks. Het zijn allemaal manieren om het wegvallen van basale zekerheden op te vangen. De diagnose van een levensbedreigende ziekte zoals kanker, ALS of een hartinfarct, betekent in eerste instantie voor vrijwel iedereen chaos. In hoofdstuk 1 hebben we besproken dat mensen een zeer sterke behoefte hebben om hun leven en de wereld om zich heen te kunnen voorspellen. Dat geeft houvast. Het ervaren van chaos is dan ook zo'n beetje het ergste wat een mens kan overkomen. Deze noodtoestand op cognitief niveau gaat gepaard met een uiterst intens alarmsignaal op emotioneel niveau: paniek. Teneinde dit onverdraaglijke gevoel van paniek weer zo snel mogelijk te beëindigen gaan patiënten op zoek naar manieren om het gevoel te krijgen weer wat greep te hebben op hun leven. Deze reactie op gedragsniveau kan van persoon tot persoon en per situatie sterk uiteenlopen. De ene patiënt denkt vooral dat alles zinloos is en gaat apathisch in een hoekje zitten; de andere patiënt denkt: "Ik moet iets doen" en gaat als een kip zonder kop overal informatie zoeken over wat er aan de hand is.

Nu hebben mensen in emotioneel belastende situaties de neiging niet helemaal rationeel meer te denken. Echt irrationeel is dit overigens niet want meestal gaat het om gedachten die op de een of andere manier de chaos verkleinen. Door de ingewikkelde situatie op rigoureuze wijze te 'versimpelen', bijvoorbeeld door te zeggen "De dokter weet wat het beste is voor mij" kan een patiënt de chaos terugbrengen tot een overzichtelijk en hanteerbaar geheel. Ook het fenomeen dat mensen een gebeurtenis in hun leven benoemen als begin van de ziekte – "Het is begonnen nadat ik met de fiets onderuit was gegaan" – heeft deze functie. Het betreft hier als het ware een soort bezweringsrituelen waarmee verwarrende situaties worden teruggebracht tot beheersbare afmetingen. Op korte termijn kan dit een

heel effectieve manier zijn om paniek te voorkomen en een goede hulpverlener gunt haar patiënt deze noodoplossing. Iemand dwingen 'de werkelijkheid' onder ogen te zien is op zo'n moment niet de juiste hulp. In hoeverre dit soort cognitieve strategieën ook op de langere termijn je patiënt ten goede komen, is echter de vraag. Aangezien het ervaren van de gevoelens noodzakelijk is voor het kunnen verwerken van het gebeurde, is vermijding van deze gevoelens slechts een kortetermijnoplossing. Op zich doet een patiënt er goed aan om te zoeken naar mogelijkheden om de pijnlijke gevoelens wel op te laten treden, maar deze zo draaglijk mogelijk te maken. Dus niet de draaglast verminderen, maar wel de draagkracht versterken. Je kunt hierbij denken aan het anders omgaan met spanningen zoals het zoeken van sociale steun of het uiten van emoties. Soms lukt dat op eigen kracht, soms is daar hulp van buitenaf voor nodig. Het verwerkingsproces moet dan worden begeleid.

2.7 Verlies en verwerking

In paragraaf 2.2 hebben we besproken dat ziekte voor veel mensen een dermate bedreigende en ingrijpende aangelegenheid is dat hun hele leven er door verandert, inclusief de manier waarop ze met anderen communiceren. Bij een ernstige of invaliderende ziekte gaat het altijd om ingrijpende veranderingen en met name om ingrijpende verliezen en de rouw daarover. Bij minder ernstige aandoeningen spelen dit soort verliezen tot op zekere hoogte, afhankelijk van aard en ernst van de situatie enerzijds en van de persoon anderzijds.

Hoewel het moeilijk is precies vast te stellen wat mensen verliezen als ze worden geconfronteerd met een ernstige aandoening, en dit bovendien van persoon tot persoon verschilt, gaat het in grote lijnen om de volgende verliezen.

1 Controle

De confrontatie met een bedreigende ziekte is beangstigend. Behalve van angst voor allerlei ongemakken, soms voor invaliditeit of zelfs voor de dood, is er ook vaak sprake van een gevoel alsof men geen greep meer op dingen heeft, alsof alle vertrouwen in eigen kunnen verloren gaat. Men voelt zich onzeker, machteloos en hulpeloos.

2 Zelfwaardering

Als reactie op een dreigend verlies (van mogelijkheden, gezondheid, organen of ledematen of zelfs van het leven zelf) wordt het belang van het leven of de eigen persoon verminderd om daarmee het verlies te beperken. Twijfel aan de zin van het leven en met name de eigen rol daarin is het gevolg.

3 Lichaamsfuncties en integriteit

Een vermindering van zelfwaardering wordt nog waarschijnlijker als de ziekte of behandeling bovendien leidt tot aantasting van bepaalde lichaamsfuncties of van

het uiterlijk en de lichamelijke integriteit, zoals bij de aanleg van een stoma het geval is.

4 Sociale contacten

Eveneens om het verlies te beperken, hebben nogal wat mensen de neiging om zich sociaal te gaan isoleren. Dit wordt vaak nog versterkt door de reactie van de omgeving die ook geneigd is om afstand van de patiënt te nemen. Patiënten vinden dat ze zeuren en anderen tot last zijn; vrienden en kennissen zijn blij dat ze niet (voortdurend) met hun eigen emoties rond ziekte en ellende worden geconfronteerd.

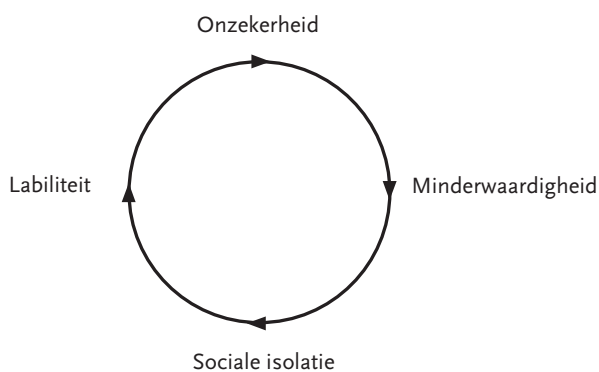
5 Maatschappelijke status en sociale rol

Als mensen niet meer (of minder) werken, als ze geen kinderen (meer) kunnen krijgen of als hun positie binnen het gezin verandert, heeft dit doorgaans ook een terugslag in het persoonlijk psychisch functioneren tot gevolg.

6 Emotionele stabiliteit

De hierboven genoemde verliezen kunnen alle tot verschillende emotionele verstoringen leiden. Het is vooral de combinatie van onzekerheid, gebrek aan zelfwaardering en sociale isolatie die maakt dat een patiënt zich steeds labiel voert.

Uiteraard staan de hierboven genoemde vormen van verlies niet los van elkaar. Zo zal een gevoel van machteloosheid vaak samengaan met verlies aan zelfwaardering, wat weer gepaard gaat met sociale isolatie. De verschillende onderdelen van de cirkel versterken elkaar zodat er sprake is van een vicieuze verliescirkel of beter een neerwaartse spiraal, zoals figuur 2.3 laat zien.



Figuur 2.3 Verliescirkel

De confrontatie met een ernstige ziekte of een ingrijpende behandeling kan dus een zeer negatief effect hebben op het zelfvertrouwen en zelfbeeld. Zo voelen veel vrouwen zich, na een borstampuatie vanwege een mammacarcinoom, niet langer (seksueel) aantrekkelijk of zelfs 'geen vrouw meer'. Aangezien daardoor haar hele identiteit is aangetast, is de kans groot dat zij zich in contacten met anderen, ook

met buitenstaanders die niet van haar situatie op de hoogte zijn, anders zal gaan gedragen dan zij gewend was. Zij zal zich doorgaans terughoudender opstellen en proberen niet de aandacht op haar eigen persoon te vestigen. Aangezien iedereen zijn zelfrespect ontleent aan de aandacht en waardering van anderen, zal deze terughoudende opstelling het negatieve zelfbeeld alleen maar versterken.

De spiraal kan ook de andere kant op draaien. Als een patiënt weer wat grip op zijn leven begint te krijgen, zich weer wat zekerder gaat voelen en zelfvertrouwen krijgt, wordt ook zijn emotionele leven weer stabiel. Er worden meer contacten met anderen aangegaan, het leven begint weer kleur te krijgen en er komt ruimte voor emotionele verwerking.

2.8 Het verwerkingsproces

Gezien de intensiteit waarmee de pijnlijke gevoelens vaak optreden, is het niet verwonderlijk dat veel patiënten proberen deze gevoelens wat te verzachten door afleiding te zoeken of een pilletje te nemen. Hoe begrijpelijk ook, deze aanpak van emoties belemmert in het algemeen het verwerkingsproces. Emotionele reacties op een ingrijpende gebeurtenis zijn namelijk op zich niet slecht of ongezond. Integendeel, om tot een adequate aanpassing aan de nieuwe situatie te komen zijn emoties een ‘noodzakelijk kwaad’, dat wil zeggen even pijnlijk als onvermijdelijk. Emoties en aanpassing zijn twee kanten van dezelfde medaille. Geen aanpassing zonder emoties, geen emoties als er niet iets wezenlijks verandert. Dit is voor veel mensen verwarrend, en bepaald niet alleen voor patiënten of hun naasten. Ook veel hulpverleners denken dat je tranen, net als bloed, zo snel mogelijk moet stelpen. Om aan dit misverstand een eind te maken staan we in de deze paragraaf stil bij het verwerkingsproces.

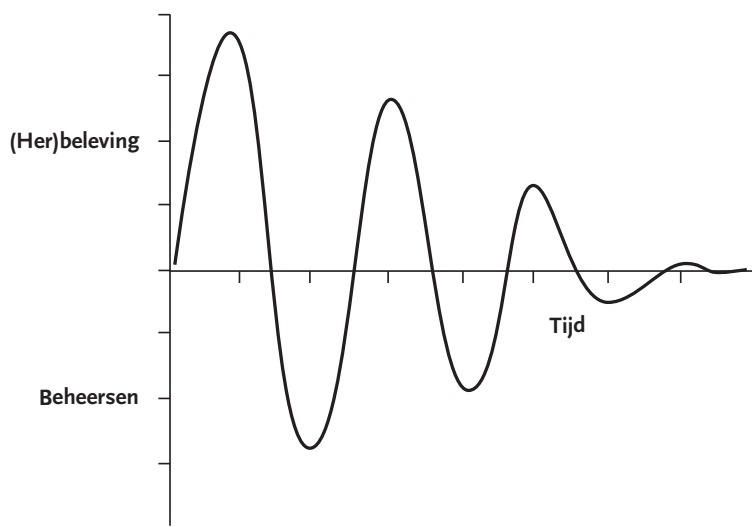
In de term verwerken zit niet voor niets het woord ‘werken’ ingesloten, het verwijst naar de uitvoering van een aantal taken. We onderscheiden de volgende verwerkings- of rouwtaken:

- accepteren van de realiteit van het verlies (cognitief niveau);
- ervaren van de pijn van het verlies (emotioneel niveau);
- aanpassen aan de nieuwe situatie en het weer oppakken van de draad (gedragsniveau).

Deze drie taken kunnen niet anders dan na elkaar worden uitgevoerd. Toch lijkt het soms of dat niet het geval is. Zo kan iemand zich het ene moment ogenschijnlijk goed aangepast hebben aan de wetenschap dat hij of zij ernstig ziek is, terwijl dezelfde persoon even later de realiteit lijkt te ontkennen door bijvoorbeeld over vakantieplannen te praten. Dit lijkt verwarrender dan het is. In feite gebeurt het uitvoeren van de verwerkingstaken wel degelijk chronologisch, alleen is er af en toe even sprake van een ‘pauze’. Het verwerken, dat vooral gebeurt door bepaalde gebeurtenissen opnieuw te beleven, we noemen dit herbeleven, kost zoveel energie dat het noodzakelijk is om het proces nu en dan even stop te zetten. Dit stop-

zetten wordt wel verdringen genoemd. Tijdens deze pauzes kan een patiënt weer even tot rust komen door net te doen alsof er niets 'of althans iets veel minder ernstigs' aan de hand is. Het verdringen gebeurt ten dele bewust en ten dele onbewust.

In de praktijk verloopt het verwerkingsproces dus wisselvallig. Het verwerken zelf gebeurt door herbeleving en men komt weer wat tot rust door verdringing. In het begin zijn de afwisselingen in emoties heftig, van extreem verdriet tot opvallend rustig, maar na verloop van tijd wordt het patroon van afwisseling en van de daarmee gepaard gaande emoties steeds gelijkmatiger, zoals in figuur 2.4 wordt weergegeven.



Figuur 2.4 Het emotionele verwerkingsproces

Er is behalve het heen en weer springen tussen verdringen en herbeleven nog een andere oorzaak voor veel verwarring bij verwerking van een ingrijpende ziekte. Omdat de gevolgen van een ernstige ziekte zo veelomvattend zijn, en een mens niet in staat is alles in één keer te verwerken, deelt de patiënt zijn leven als het ware op in een aantal gebieden. Belangrijke gebieden zijn: het algemeen lichame-lijk functioneren (eten, drinken, ontlasting, slapen), het gezinsleven, werk of studie, enzovoort. Voor sommige van deze gebieden zijn de gevolgen van ziekte groter dan voor andere en bovendien kan de patiënt op sommige gebieden verder zijn met de verwerking dan op andere. Zo kan iemand relatief kort na een bepaalde behandeling weer volledig aan het werk zijn en tegelijkertijd thuis nog volstrekt zijn draai niet kunnen vinden. Voor buitenstaanders, maar ook voor patiënten zelf is dit vaak heel lastig om te hanteren. Men ervaart zichzelf als het ware gefragmenteerd. Op sommige gebieden weer 'normaal', op andere gebieden nog midden in de ellende. Emotionele verwerking kost dus tijd en energie. Als hulpverlener kun je je patiënten helpen bij dit verwerkingsproces door de emoties die bij hen optreden, inzichtelijk te maken, door houvast te bieden en door hun gevoel

van controle te versterken. In de hoofdstukken 6 en 8 behandelen we de hiervoor noodzakelijke vaardigheden.

2.9 Samenvatting

In dit hoofdstuk is ingegaan op de psychosociale en emotionele gevolgen van een (ernstige) ziekte voor de patiënt.

Waarom is aandacht voor de psychosociale context van je patiënten van belang?

Ziekte is niet alleen een medisch probleem. Ziekte raakt ook de patiënt als persoon. Ziekte ontregelt iemands hele sociale doen en laten en roept psychologische reacties op die op hun beurt weer de beleving en stemming van de patiënt kleuren. De psychosociale gevolgen van ziekte bepalen dus in belangrijke mate welke problemen de patiënt ervaart, hoe hij zich daaraan aanpast en hoe hij of zij daarbij wil en kan worden geholpen.

Hoe beïnvloedt ziekte het psychosociale leven van een patiënt?

Ziekte ontregelt en vraagt om aanpassing van de persoon aan diens nieuwe situatie. Die aanpassing wordt vaak ervaren als verlies en gaat gepaard met heftige emoties als verdriet, angst en boosheid. Deze pijnlijke emoties vormen de leidraad voor het verwerkingsproces van de patiënt. Dit verwerkingsproces kent een aantal rouwtaken, zoals het accepteren van het verlies en het uiteindelijk weer overgaan tot de orde van de dag. Bij ernstige verliezen zijn deze rouwtaken emotioneel zeer belastend en vragen ze veel tijd en energie. Gedurende die tijd pendelt de patiënt mentaal heen en weer tussen beheersing en herbeleving.

Hoe kun je als hulpverlener je patiënten helpen bij verwerking?

Het verwerkingsproces verloopt vaak verwarrend voor een patiënt. De verwerking van heftige emoties is onvermijdelijk en nuttig, maar gaat ook gepaard met veel psychische pijn die soms in volle hevigheid aanwezig is en soms geheel afwezig lijkt. Door goede voorlichting kun je dit proces inzichtelijk maken voor je patiënt en je patiënt steunen in zijn verwerkingsproces.

Voorlichting en begeleiding: een begripsbepaling

In dit hoofdstuk leer je:

- De mogelijke doelen van voorlichting en hun onderlinge samenhang.
- Met welke verwerkingsprocessen van je patiënt je rekening moet houden om je voorlichtingsdoelen te bereiken.
- De vier deeltaken die volgens het RULO-model deel uitmaken van goede voorlichting.
- De plaats van begeleiding als onderdeel van voorlichting.

3.1 Inleiding

In de inleiding van dit boek hebben we reeds aangegeven dat voorlichting meer inhoudt dan alleen het geven van informatie. We hebben daarbij een aantal mogelijke doelen van voorlichting genoemd, zoals hulp bij besluitvorming, steun bieden bij verwerking of begeleiding bij gedragsverandering.

Goede voorlichting is dan ook een belangrijk hulpmiddel om patiënten zo goed mogelijk te laten meewerken aan de zorg rond hun ziekte. Goede voorlichting leidt ook tot meer tevredenheid bij patiënten, een beter contact met behandelaars en verzorgers, een voorspoediger genezing en minder problemen bij het verdere herstel en bij de soms noodzakelijke aanpassingen in de leefwijze. Deze positieve effecten hebben tevens tot gevolg dat hulpverleners meer plezier hebben in hun werk en dat er onnodige kosten voor behandelingen en zorg worden vermeden.

Dit hoofdstuk bespreekt eerst de verschillende voorlichtingsdoelen. Vervolgens bespreken we een model van patiëntenvoorlichting dat uitgaat van de verwerkingsprocessen die zich afspelen bij een patiënt en dat de voorlichtingstaken beschrijft die ervoor zorgen dat deze processen zo goed mogelijk verlopen. Dat de voorlichting in de praktijk lang niet altijd optimaal verloopt, omdat hulpverleners onvoldoende oog en oor hebben voor de behoeften en het referentiekader van hun patiënten, maakt het onderstaande voorbeeld duidelijk.

CASUS 3.1 < ‘Gewoon een mammaprocedure’ Het relaas van een vrouw die patiënt werd en wat dat voor haar betekende...

Daar sta je dan op zo'n verpleegafdeling. Doodsbang. Ik kokhalsde als ik me probeerde voor te stellen wat er de volgende dag met me ging gebeuren. Ik wilde de tijd stilzetten, me weer terugdenken naar die vorige week, toen er nog niets was en er nog niets hoefde. Ik voelde me volstrekt onveilig in mezelf, in datgene wat het dichtst bij me is en waarvan ik niet kan weglopen: m'n lichaam.

En wat gebeurde er? Als eerste kwam de voedingsassistente me vragen wat ik voor m'n ontbijt en avondeten wilde tijdens mijn verblijf. Onwezenlijk is dat, te moeten praten over witte en bruine boterhammen als je niet wilt dat de tijd verstrijkt, vooral niet wilt dat die vreselijke volgende dag aanbreekt. Ik had haar daar weg willen gillen, die arme voedingsassistente.

Na een poos kwam een kordate oudere verpleegkundige die me de werking van het bed uitlegde en me vertelde over de noodzaak van anaal temperaturen. Ik had haar snikkend om de hals willen vallen en zeggen: "Help me alsjeblieft, ik ben zo bang!" Maar ik had niet de indruk dat ze wilde weten hoe ik me voelde. Een uur later kwam een anesthesist, die constateerde dat ik nogal gespannen was. Een bizarre constatering vond ik dat; mij leek eerder dat een in deze omstandigheden óntspannen vrouw dringend psychiatrische hulp behoeft. Niet een brede schouder om uit te huilen, maar een slaappil was hetgeen hij me te bieden had. Tot overmaat van ramp zei de goede man nog "dat het bij een mammaprocedure toch nog mee kon vallen". Een volslagen verwarrende op-