



Medisch Coach Training - programm

Module 1 – Basis

Inhoud

► Definitie van Medisch Coachen	3
► Het Onderscheid tussen Genezen & Helen	4
► Het Onderscheid tussen Medisch Coachen & Counselling	5
► Perspectieven op Ziektes en/of Medische Issues	6
► De Uitgangspunten van Medisch Coachen	11
► De Medisch Coach-Relatie	12
► Het Medisch Coach-Model	15
► Het Bepalen van een Levensvisie en Medisch Coach-Doelen	17
► Basis Medisch Coach-Vaardigheden	26
Vertellingen over ziekte, gezondheid en innerlijke reizen	26
Kalibratie	34
Rapport	34
Associatie & Dissociatie Coachen	37
Herkaderen	38
Empathie	38
Coachnieuwsgierigheid	39
Bewustmaking	40
Cliënten door Emoties heen Coachen	41
Ruimte Creëren	43
► Hulpbronnenbibliotheek	44

Definitie van Medisch Coachen

Medisch Coachen is een proces dat cliënten in staat stelt emotionele, mentale en fysieke veerkracht te ontwikkelen in een medische crisis en/of uitdaging.

Laten we het uit elkaar halen:

► **"Medisch Coachen..."** - het Medisch Coach-model is een procesgericht model en geen doelgericht model. Als coaches faciliteren wij een proces dat de cliënt helpt de Levensvisie en Medisch Coach-doelen te bereiken. Bij een sessie met onze cliënt stellen we geen gewenst resultaat per sessie vast, we ontmoeten de cliënt waar de cliënt op dat moment is en werken vanuit dat perspectief. We werken met alles wat de cliënt inbrengt in de ruimte, terwijl we de afstemming op de visie en haar doelen behouden. **Dit betekent:**

- Als de cliënt benoemt wat er in de ruimte is, onderzoeken we actief met de cliënt hoe we door deze issues (medische en andere) kunnen coachen op een manier die de cliënt dichterbij het bereiken van de Medisch Coach-doelen brengt en bij het vervullen van de Levensvisie die we aan het begin van het proces hebben benoemd.
- Tijdens de sessie houden wij, als coaches, de doelen en visie van de cliënt en brengen we de focus steeds weer terug naar die visie en die doelen.
- Aan het einde van elke sessie vragen we de cliënt wat de leerpunten waren en hoe deze leerpunten de doelen en de visie dienen.

► **"... stelt de cliënt in staat zich te ontwikkelen..."** - omdat we de cliënt van nature creatief, vindingrijk en heel houden, bouwen we voort op wat de cliënt al weet en heeft. We ontwikkelen die kennis verder om de doelen en visie van de cliënt beter te dienen. Alles wat de cliënt nodig heeft, is al aanwezig in het innerlijke systeem en hoeft alleen maar herontdekt, bijgewerkt, opgewaardeerd en ontwikkeld te worden.

"...emotionele, mentale en fysieke veerkracht..." – Bij Medisch Coachen werken we met de definitie van veerkracht van de American Psychological Association: "Veerkracht is het proces van je goed aanpassen in de aanwezigheid van tegenspoed, trauma, tragedie, bedreigingen, of zelfs belangrijke bronnen van stress - zoals familie- en relatieproblemen, ernstige gezondheidsproblemen, of werkgerelateerde en financiële stressoren. Het betekent "terugkaatsen" van moeilijke ervaringen." (<https://psychcentral.com/lib/what-is-resilience/>)

Onderzoek heeft aangetoond dat veerkracht een algemeen menselijke vaardigheid is. Dit betekent dat we niet buitengewoon hoeven te zijn om veerkrachtig te zijn, maar er zijn wel buitengewone omstandigheden die vereisen dat wij onze bestaande capaciteiten bijwerken en aanpassen om veerkrachtig te zijn.

Veerkracht heeft betrekking op gedragingen, gedachten en handelingen die bij iedereen kunnen worden aangeleerd en ontwikkeld.

Factoren bij het Creëren van Veerkracht

- Het vermogen om de aard van een situatie te begrijpen en relevante informatie te verwerken
- Het vermogen om de huidige realiteit te accepteren:
"Ik erken dat de dingen zijn zoals ze zijn op dit moment"
- Het vermogen om realistische plannen te maken en stappen te ondernemen om ze uit te voeren
- Het vermogen om hulp en steun te vragen
- Het vermogen om je gevoel van eigenwaarde te scheiden van de omstandigheden (ik ben niet wat mij is overkomen)
- Een positieve kijk op zichzelf en vertrouwen in eigen kracht en capaciteiten
- Het vermogen om op een authentieke en doeltreffende manier te communiceren
- Het vermogen om sterke emoties en impulsen te begrijpen en te beheersen
- Het vermogen om op te laden (in plaats van te verdragen)
- Het vermogen om van schuldgevoelens over te stappen op verantwoordelijkheid

Het ontwikkelen van veerkracht is een persoonlijke reis en verschilt van persoon tot persoon.

- **"...in een medische crisis en/of uitdaging"** – als Medisch Coaches werken wij met de woorden die onze cliënten kiezen om te definiëren en te benoemen wat hen is overkomen, of zij het nu een ziekte, aandoening, probleem, uitdaging, vloek, lot, gebeurtenis, verhaal etc. noemen. We beoordelen of evalueren hun woorden niet volgens klinische definities, we werken met hun innerlijke subjectieve taal.

Het Onderscheid tussen Genezen & Helen

Genezen – is wat het medische team en het medische systeem proberen te bieden. Genezen is een op bewijs gebaseerde benadering van het "repareren" van wat er mis ging in het lichaam en het herstellen van de normale functie.

Helen – is een proces van het bereiken van een ervaring van welzijn waarbij de ziekte geen deel uitmaakt van het zelfbesef van de persoon. De ziekte is iets dat de persoon is overkomen, wat resulteert in leerpunten en transformatie, maar het is NIET wie de persoon is.

Helen kan gezien worden als een fysiek, emotioneel, metaal en spiritueel proces van terugkeren naar een authentiek, positief en geaard gevoel van zelf en heel worden (in tegenstelling tot het gevoel fundamenteel gebroken te zijn).

Bij Medisch Coaching richten we ons op het 'Heling'-aspect van een ziekte/medische crisis. Het onderscheid tussen Medisch Coachen & Counselling.

Het Onderscheid tussen Medisch Coachen en Counseling

Het verschil zit in de focus en de richting van de beweging:

- ▶ Bij Counseling zoekt men een oplossing voor een crisis of persoonlijke onvrede. De beweging is meestal weg van iets wat niet gewenst is.
- ▶ Bij Medisch Coachen proberen cliënten voor zichzelf te definiëren wat ze willen, zich bewust te worden van opties en keuzes, passende strategieën te ontwikkelen en naar deze resultaten toe te werken. De beweging is toekomstgericht en doelgericht.

Perspectieven op Ziektes en/of Medische Issues

Er zijn 4 gemeenschappelijke noemers voor alle medische crisissen:

1. De gebeurtenissen vinden plaats in het lichaam van de cliënt
2. De cliënt heeft geen keuze wat betreft de kenmerken van de crisis
3. De cliënt ervaart verlies van controle over zijn/haar lichaam (de meest basale houder van het zelf)
4. De cliënt ervaart verlies van vertrouwen en verraad van de meest fundamentele aspecten van het lichamelijk bestaan

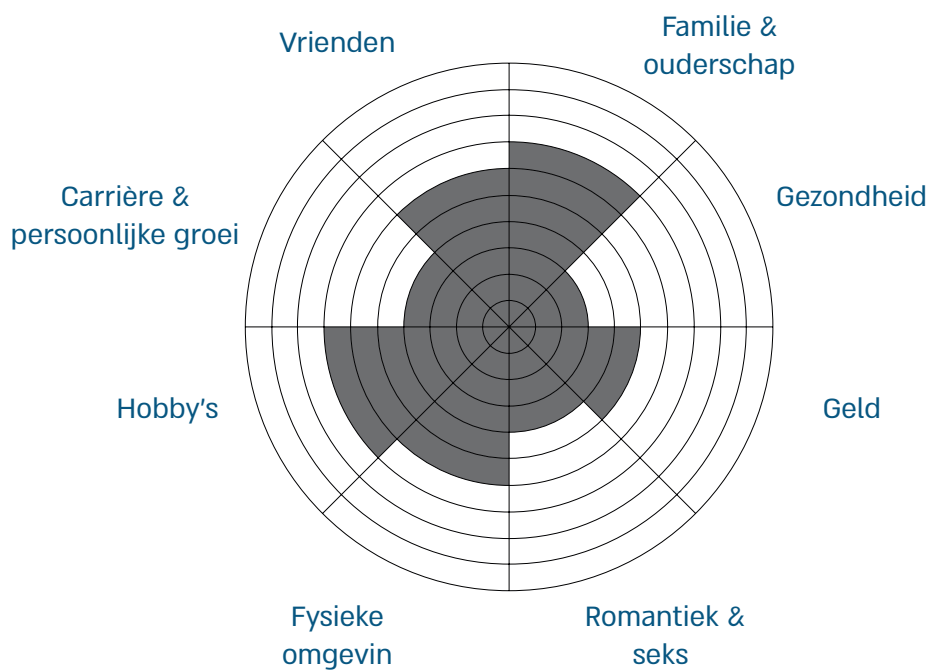
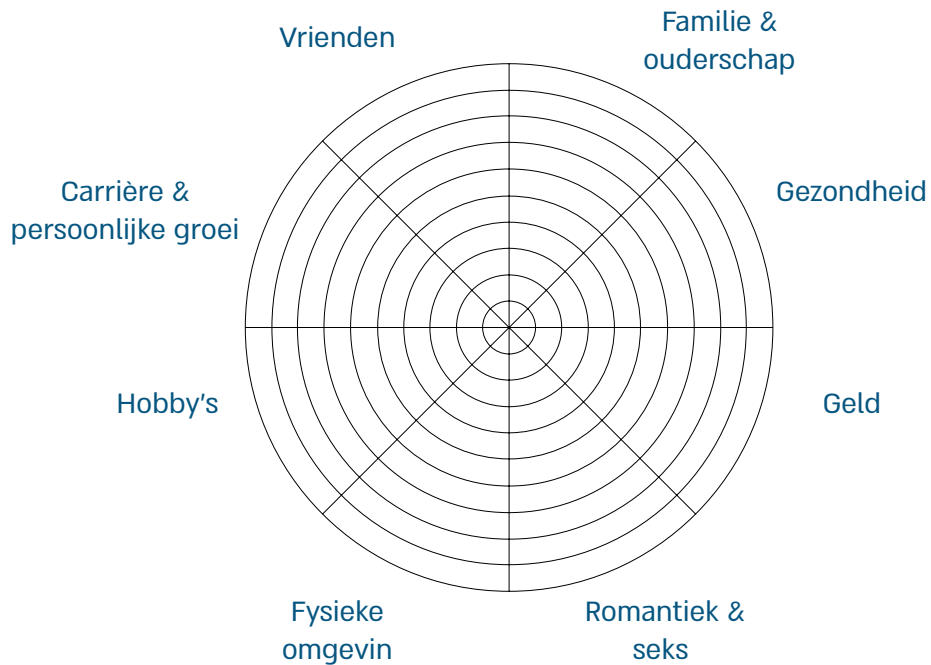
In de westerse cultuur worden de gezondheid, de functie, de vitaliteit en het uiterlijk van ons lichaam geassocieerd met eigenwaarde, seksuele begeerlijkheid, sociale status, financiële stabiliteit en overvloed. Een medische crisis en/of chronische ziekte wordt gezien als meer dan alleen een lichamelijke issue.

Er zijn vele perspectieven op ziektes/medische crises.

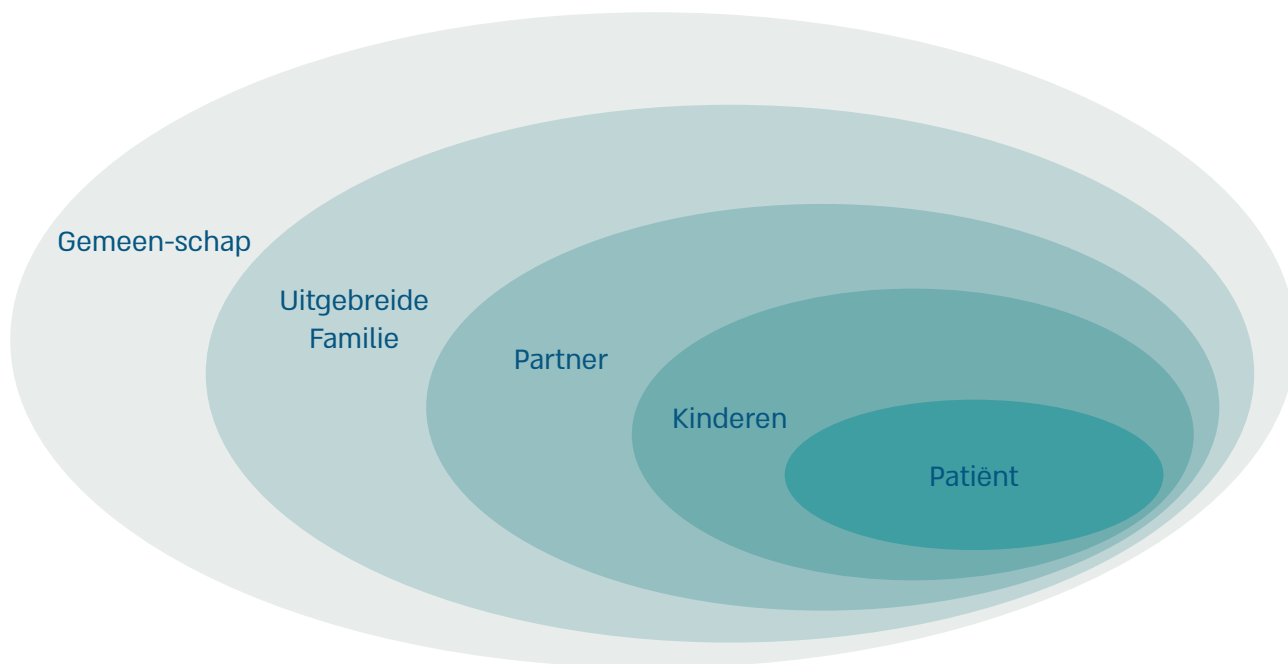
Ons vermogen om rapport te creëren hangt af van ons vermogen om het model van de wereld van onze cliënt te begrijpen – de cognitieve kaart/interne mentale kaart.

Voorbeelden van verschillende perspectieven die mensen hebben ten aanzien van ziekten en/of medische issues:

1. Een gebeurtenis met dramatische gevolgen op alle gebieden van het leven



2. Een gebeurtenis met dramatische gevolgen voor gezin en gemeenschap



3. Een traumatische gebeurtenis met het potentieel om een posttraumatische ervaring te creëren

Een ziekte/medische issue kan op een traumatische manier worden ervaren.

We kunnen ons geschokt voelen door het onverwachte ervan, overweldigd door de dramatische emoties, geïsoleerd in het moment, machteloos en zonder strategie tegenover een kracht die sterker is dan wij.

Om dit te boven te komen, moeten wij begrijpen wat ons is overkomen, onze emoties verwerken en betekenis creëren.

4. Een ervaring van groot verlies

- Gezondheid
- Fysieke bekwaamheden
- Vertrouwen in het lichaam
- Autonomie van het lichaam
- Carrière
- Inkomen
- Vrienden
- Sociale status
- Privacy
- Dromen
- Perceptie van jezelf
- Eigenwaarde
- Seksualiteit
- Mobiliteit
- Onafhankelijkheid
- Identiteit

5. Een Crisis / Reis van de Ziel

Ziekte schokt het fundament van alles wat we geloven over onszelf en de wereld.

Terwijl we geconfronteerd worden met gevaar en onze eigen sterfelijkheid, worden we ook geconfronteerd met vragen over de zin van het leven en de grenzen van onze relaties.

Er is een mogelijkheid om de crisis van de ziel om te zetten in een Zielsreis.

6. "Time Out"

Wanneer we merken dat we een leven leiden dat niet de bedoeling was, een leven dat niet in overeenstemming is met onze waarden en doof is voor onze innerlijke roeping, zal het lichaam een "Time Out" afkondigen en ons de gelegenheid bieden om uit te rusten, ons leven opnieuw te overdenken en een andere richting in te slaan.

7. Een Vergissing

Biologisch en/of chemisch defect van het lichaam.

8. Een Ervaring van Verraad

Ons lichaam is de meest primaire en fundamentele houder van wie we zijn. We leren en ervaren de wereld via ons lichaam en onze zintuigen.

Onze relatie met ons lichaam is de belangrijkste en intiemste relatie die we ooit zullen hebben en zij vormt de basis van alle andere relaties in ons leven.

Wanneer ons lichaam "zich tegen ons keert" en ons vertrouwen verraadt, is intimiteit met onszelf het eerste wat we verliezen. Als we er niet op kunnen vertrouwen dat ons lichaam veilig is – hoe kunnen we dan de wereld vertrouwen?

Als we geen intimiteit met onszelf kunnen hebben – hoe kunnen we dan intimiteit met anderen hebben?

9. Het Lot / Karma

Het lot – Een kracht die machtiger is dan wij en die onze toekomst vormt en bepaalt.

Karma – Een cirkel van actie en reactie.

Het totaal van iemands daden – verleden, heden en toekomst – creëert een reactie in de vorm van een nieuwe werkelijkheid.

10. Een Innerlijke Onevenwichtigheid

- Energetische onevenwichtigheid – onevenwichtige niveaus van Chi – levensenergie
- Emotionele onevenwichtigheid
- Stress

11. Fysieke Onevenwichtigheid

- Gifstoffen
- Genetica
- Vervuiling
- Roken
- Drugs en alcohol
- Medicatie en bijwerkingen
- Slaaptekort
- Extreme blootstelling aan kou en/of warmte
- Voeding

12. Een Subcultuur

Cultuur – Een groep waarvan de leden kenmerken delen, soortgelijke behoeften hebben, en gedragsnormen ontwikkelen.

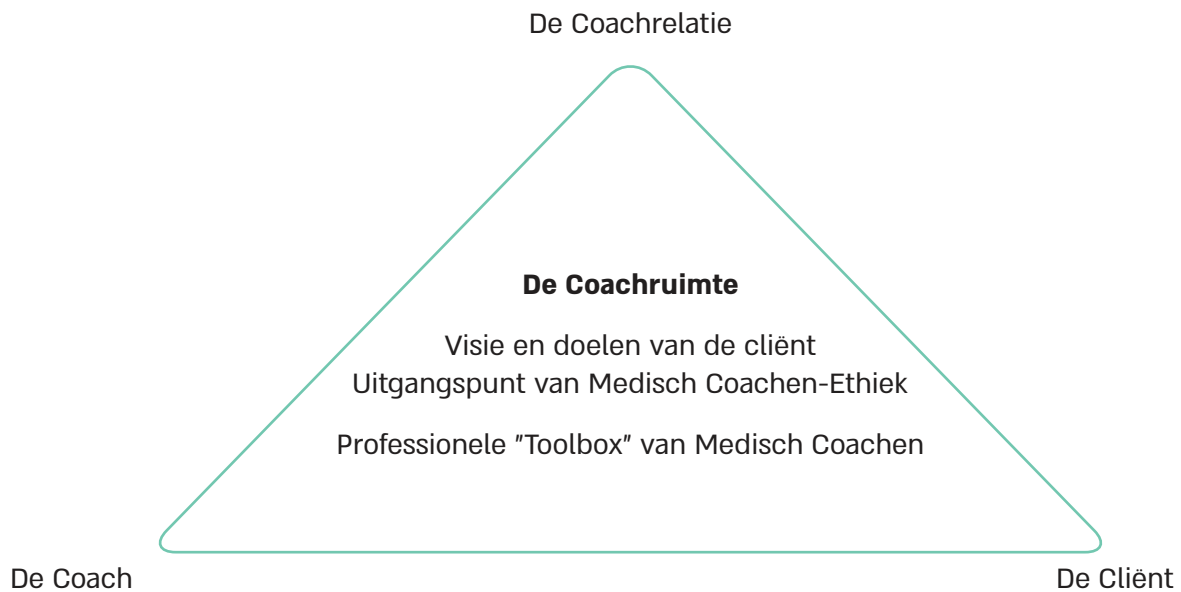
Subcultuur – Een subversie van de normaliteit. Een groep gelijkgestemde individuen die zich verwaarloosd voelen door de sociale normen en samenkomen om een platform te creëren voor sociale kritiek en een alternatieve sociale en persoonlijke vertelling.



De Uitgangspunten van Medisch Coachen

- 1. De Cliënt is van nature creatief, vindingrijk, verantwoordelijk en heel.**
- 2. Elk gedrag wordt gemotiveerd door een positieve intentie voor de persoon die het gedrag vertoont.**
 - a. Het huidige gedrag is de beste keuze met de beschikbare middelen.
 - b. Mensen zijn niet hun gedrag.
- 3. Medisch Coachen richt zich op de cliënt als geheel.**
- 4. Een medische issue/ziekte is een multidimensionaal proces: fysiek, emotioneel, mentaal, spiritueel, sociaal en omgeving-gebonden.**
- 5. Energie stroomt waar aandacht heen gaat (Wet van Aantrekking).**
- 6. Er is geen mislukking – alleen feedback.**
- 7. Er is geen "Objectieve Werkelijkheid", alleen Subjectieve Vertellingen.**
 - a. Mensen creëren subjectieve vertellingen over de werkelijkheid die zij ervaren.
 - b. Mensen zijn zich niet bewust van al hun subjectieve vertellingen.
 - c. Mensen zijn verantwoordelijk voor hun vertellingen, perspectieven en gedrag.
 - d. Mensen zijn niet hun vertellingen.
- 8. Mensen hebben alle middelen die zij nodig hebben om hun gewenste resultaten te bereiken.**
 - a. Er zijn geen mensen met weinig middelen, alleen toestanden met weinig middelen.
- 9. Mensen communiceren de hele tijd.**
 - a. De krachtigste vorm van communicatie is non-verbaal.
 - b. Als je niet de gewenste reactie krijgt – verander dan de communicatie.
 - c. Weerstand is een verzoek om verandering.

De Medisch Coach-Relatie



De Coach

- Is professioneel gecertificeerd in Medisch Coachen
- Is op de hoogte van de MCI Ethische Code
- Heeft een positieve instelling
- Ziet de persoon voorbij de ziekte
- Richt zich op het hele leven van de cliënt
- Roept de cliënt op tot zijn/haar grootsheid
- "Danst in het Moment" met de cliënt gedurende het hele proces
- Heeft een META-Visie
- Kan actiestructuren creëren
- Stemt af en leidt
- Is verantwoordelijk voor het creëren en onderhouden van rapport
- Kalibreert te allen tijde
- Doet te allen tijde aan zelfbeheersing
- Is verantwoordelijk voor het creëren en onderhouden van rapport
- Blijft leren en zich professioneel ontwikkelen
- Ontvangt regelmatig supervisie
- Oefent persoonlijk onderhoud en zelfreflectie
- Houdt het licht van hoop en focus gedurende het hele proces
- Ondertekent een Coachovereenkomst met de cliënt

De Cliënt

- Is van nature creatief, vindingrijk en heel
- Is verantwoordelijk
- Bepaalt de agenda
- Ervaart zichzelf als iemand die met een medisch probleem te maken heeft
- Is ouder dan 17 jaar
- Lijdt niet aan een psychische aandoening
- Lijdt niet aan klinische depressie
- Ondertekent een Coachovereenkomst met de coach

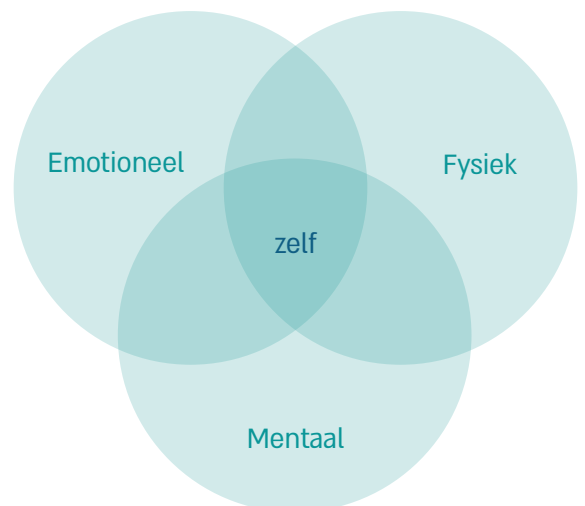
De Medisch Coach-Relatie is:

- Een professionele coachrelatie
- Ontworpen door coach en cliënt
- Gespecificeerd in een overeenkomst
- Gedefinieerd door een professionele Ethische Code
- Dynamisch
- Eerlijk
- Dapper
- Uitdagend
- Consistent



Leidende Beginselen:

1. Medisch Coachen richt zich op het zelfgevoel van de cliënt via drie dimensies: Fysiek, Emotioneel en Mentaal.
2. Duurzame verandering vindt plaats wanneer het proces zich richt op het ZELF
3. "Gezondheid" of "welzijn" is niet de afwezigheid van ziekte, het is de gemoedstoestand van heelheid
4. "Helen" is het proces van heel worden
5. Mensen helen wanneer ze er klaar voor zijn en in hun eigen tempo
6. Cliënten verschuiven wanneer ze er klaar voor zijn
7. Verschillende benaderingen passen bij verschillende cliënten op verschillende momenten. Stem de aanpak af op de cliënt.



De Fysieke/Geografische Instellingen van Medisch Coach-sessies

Kantoor van de coach:

1. Privéruimte/-kantoor
2. Deur dicht
3. Telefoon uitgeschakeld/gedempt
4. Coach zorgt ervoor dat er geen afleidingen of onderbrekingen zijn

Het huis van de cliënt:

1. Privékamer
2. Deur dicht
3. Telefoon uitgeschakeld/gedempt
4. Cliënt zorgt ervoor dat er geen afleidingen of onderbrekingen zijn

Ziekenhuis/Medische Faciliteit:

1. Privékamer of -ruimte
2. Deur dicht
3. Telefoon uitgeschakeld/gedempt
4. Cliënt zorgt ervoor dat er geen afleiding of onderbreking is van familieleden of vrienden
5. Cliënt informeert medisch personeel en zorgt ervoor dat sessies worden ingepland in overeenstemming met het rooster op de afdeling

Online:

1. Privékamer of -ruimte
2. Deur dicht
3. Telefoon uitgeschakeld/gedempt
4. Coach en cliënt zorgen ervoor dat er geen afleidingen of onderbrekingen zijn

Het Medisch Coach-Model

Als Medisch Coaches coachen wij onze cliënt om een reis te maken naar een authentieke en gezonde staat van zijn ... een reis terug naar huis.

De Vier Fasen van Medisch Coachen

1. Innerlijk Kompas
2. Commitment
3. Reis van Welzijn
4. Terugkeer naar Huis en Integratie

1. Het Innerlijke Kompas

Het Innerlijk Kompas is de stem van de ziel van de cliënt, het is een innerlijke roeping die niet kan worden afgeluisterd, over het hoofd gezien of genegeerd. Het is een oproep tot verandering, leren, groei en doelgerichtheid. Als Medisch Coaches helpen wij onze cliënten hun innerlijke kompas om te zetten in een duidelijke levensvisie en de doelen te stellen om die te bereiken.

2. Toezegging

Om een innerlijke reis te beginnen, moet je je comfortzone verlaten, of de reis nu fysiek of spiritueel is. Dit kan een beangstigende en uitdagende zaak zijn en vereist een krachtige inzet.

Commitment voor verandering betekent verschillende dingen voor verschillende mensen. In termen van betrokkenheid bij een coachproces hebben we verschillende middelen die we kunnen gebruiken:

- De Coachovereenkomst
- Verwachtingen scheppen
- Betaling bespreken
- De Coachverantwoordelijkheid bespreken
- Een "verbintenisschaal"

3. Reis van Welzijn

Tijdens deze reis ontmoeten en creëren onze cliënten bondgenoten, ontdekken sterke punten, gaan om met angsten/uitdagingen/beperkende overtuigingen, halen positieve lessen uit gebeurtenissen uit het verleden en boren hun persoonlijke en collectieve onderbewustzijn aan.

1. Hindernissen en angst overwinnen

- ▶ Giftige relaties
- ▶ Beperkende overtuigingen
- ▶ Conflicten
- ▶ Anxiety (onrust)
- ▶ Stress
- ▶ Verlies
- ▶ Trauma
- ▶ Etc.

2. In contact komen met hulpbronnen en bondgenoten

- ▶ Versterkende relaties
- ▶ Krachtgevende overtuigingen
- ▶ Modelleren
- ▶ Inspiratie
- ▶ Verbinding tussen lichaam en geest
- ▶ Intuïtie
- ▶ Rolmodellen
- ▶ Etc.

3. Transformatie toestaan

Om een duurzaam proces te creëren, heeft de cliënt (en vooral – het brein van de cliënt) tijd nodig om alle veranderingen te kunnen assimileren – dit heet: transformatietijd.

Transformatie vindt plaats wanneer we onszelf toestaan om de positieve les in elke situatie te ontvangen.

4. Terugkeer naar Huis en Integratie

De reis van verandering, net als de "Reis van de Held"*, verandert degenen die ervoor kiezen eraan deel te nemen, en verandert ook het thuis waar ze naar terugkeren.

Als we klaar zijn, is het belangrijk om een paar punten te bespreken:

- ▶ Wat heeft de cliënt geleerd van de reis?
- ▶ Welke verwezenlijkingen moeten er gevierd worden?
- ▶ Welke uitdagingen blijven er over en hoe zijn die anders?
- ▶ Is er een nieuwe roeping?

* De "Reis van de Held" is een brede categorie verhalen over een held die op avontuur gaat, uitdagingen aangaat, een overwinning behaalt, en verandert of getransformeerd naar huis terugkeert.

Het Bepalen van een Levens-visie en Medisch Coach-Doelen

Over het algemeen zoeken cliënten een coach wanneer zij een gewenst resultaat vaststellen dat zij willen bereiken. Dit zal meestal een positief, opwindend en aantrekkelijk resultaat zijn. Een resultaat dat resoneert met hun waarden en dat hen een goed gevoel geeft als ze ervoor kiezen om op een coachtraject te gaan om het te bereiken.

Bij Medisch Coachen komt de coachende cliënt vanuit verschillende punten in het proces:

- ▶ Beter willen omgaan met een bestaande welzijns-/medische crisis
- ▶ Een huidig verslechteringsproces willen omkeren om een welzijns-/medische crisis te voorkomen
- ▶ Chronische stress/burn-out willen beheersen om verslechtering te voorkomen die een welzijns-/medische crisis zal veroorzaken.
- ▶ Een situatie aan het eind van het leven onder ogen willen zien en beheren.
(De cliënt kan de patiënt, mantelzorger of professionele zorgverlener zijn)

Dit betekent dat de cliënten vaak meer gericht zijn op wat ze niet willen dan op wat ze wel willen.

Cliënten komen naar de eerste MC-sessie met een **Richting**.

Om de cliënt te helpen de Richting te verwoorden, vragen we: "Cliënt, wat is het dat je wilt?"

Richting

De Richting zal wensen, verlangens, hoop en dromen bevatten.

De Richting is NIET coachbaar.

Als Medisch Coaches onderzoeken we de Levensvisie waar de Richting naartoe wijst EN helpen we cliënten om coachbare doelen te definiëren die hen zullen helpen naar de Richting toe te gaan, wat hen in staat zal stellen op één lijn met hun visie te komen.

Als Medisch Coaches ontmoeten we de cliënt waar de cliënt is en luisteren we naar de Richting met empathie EN zonder oordeel.

De volgende stap is om de cliënt te helpen een **Levensvisie** te creëren op basis van de Richting.

Een Levensvisie naar boven halen

De Levensvisie gaat over de persoon die onze cliënt wil zijn in deze wereld. Het gaat over het bereiken van vervulling en doelgerichtheid.

Om duidelijkheid te scheppen over de visie, moeten we cliënten helpen een META-VISIE-perspectief in te nemen en nieuwsgierig te worden naar de mogelijkheden die zich voor hen openen in termen van doel en vervulling wanneer zij hun Richting volgen.

De visie moet een verklaring zijn van 1-3 woorden over de staat van zijn van de cliënt.

We beginnen naar het boven halen van de Levensvisie met de volgende vragen:

1. Hoe ziet je leven eruit als je -we herhalen de inhoud van de Richting- bereikt?
2. Als je leven zo is, wie word je dan?

Hier zijn nog meer krachtige coachvragen die je met je cliënten kunt gebruiken om hun Levensvisie uit te lokken:

- ▶ Omwille waarvan is het belangrijk voor jou om -de Richting- te bereiken?
- ▶ Als je over je leven nadenkt, wat zou je dan willen dat je algemene doel is?
- ▶ Wat is je gevoel van zijn ('sense of being')?
- ▶ Hoe ziet het eruit als je -de Richting- bereikt hebt?
- ▶ Hoe voelt het als je -de Richting- bereikt hebt?
- ▶ Wat betekent het voor jou om een vervuld leven te leiden?
- ▶ Als dit je laatste levensjaar was, hoe zou je dan herinnerd willen worden?
- ▶ Als dit je laatste levensjaar was, wat is dan het woord dat je zou willen dat mensen aan je zouden verbinden dat jou zou eren/representeren?
- ▶ Wat is belangrijk aan -de Richting-?
- ▶ Wie word je in de wereld als je -de Richting- bereikt?
- ▶ Wat ontvangt de wereld van jou als je -de Richting- bereikt?
- ▶ Wat zou je de wereld willen geven door de manier waarop je je leven leidt?

Vergeet niet dat praten over een Levensvisie midden in een medische crisis een radicale keuze is.

Medisch Coach-Doelen Bepalen

Nadat we de Levensvisie naar boven hebben gehaald, vragen we de cliënt terug te gaan naar de Richting om te beginnen met het stellen van doelen en het opstellen van een coachplan.

Medisch Coach-doelen zijn coachdoelen die een verband hebben (direct of indirect) met de welzijns-/ medische issue die de cliënt naar de coachruimte heeft gebracht.

Medisch Coach-doelen hebben dezelfde principes als "gewone" coachdoelen (die je al weet te definiëren met cliënten).

Hier moeten ze aan voldoen:

- | | | |
|---------------------------------------|----------------------|--|
| 1. Uitgesproken in een positieve taal | 4. Tijdig | 7. Afgestemd op het geloofssysteem en de waarden van de cliënt |
| 2. Specifiek | 5. Proactief | |
| 3. Meetbaar | 6. Ethisch en legaal | |

In de context van Medisch Coachen is het belangrijk om er samen met de cliënt voor te zorgen dat de doelstellingen hieraan voldoen:

1. **Verantwoordelijk:** rekening houdend met de huidige medische toestand, beperkingen en restricties
2. **Realistisch:** rekening houdend met de huidige realiteit van de cliënt
3. **Resonant:** weerklinkend met wat echt belangrijk is voor de cliënt



Je hebt 2 coachmiddelen die je kunt gebruiken:

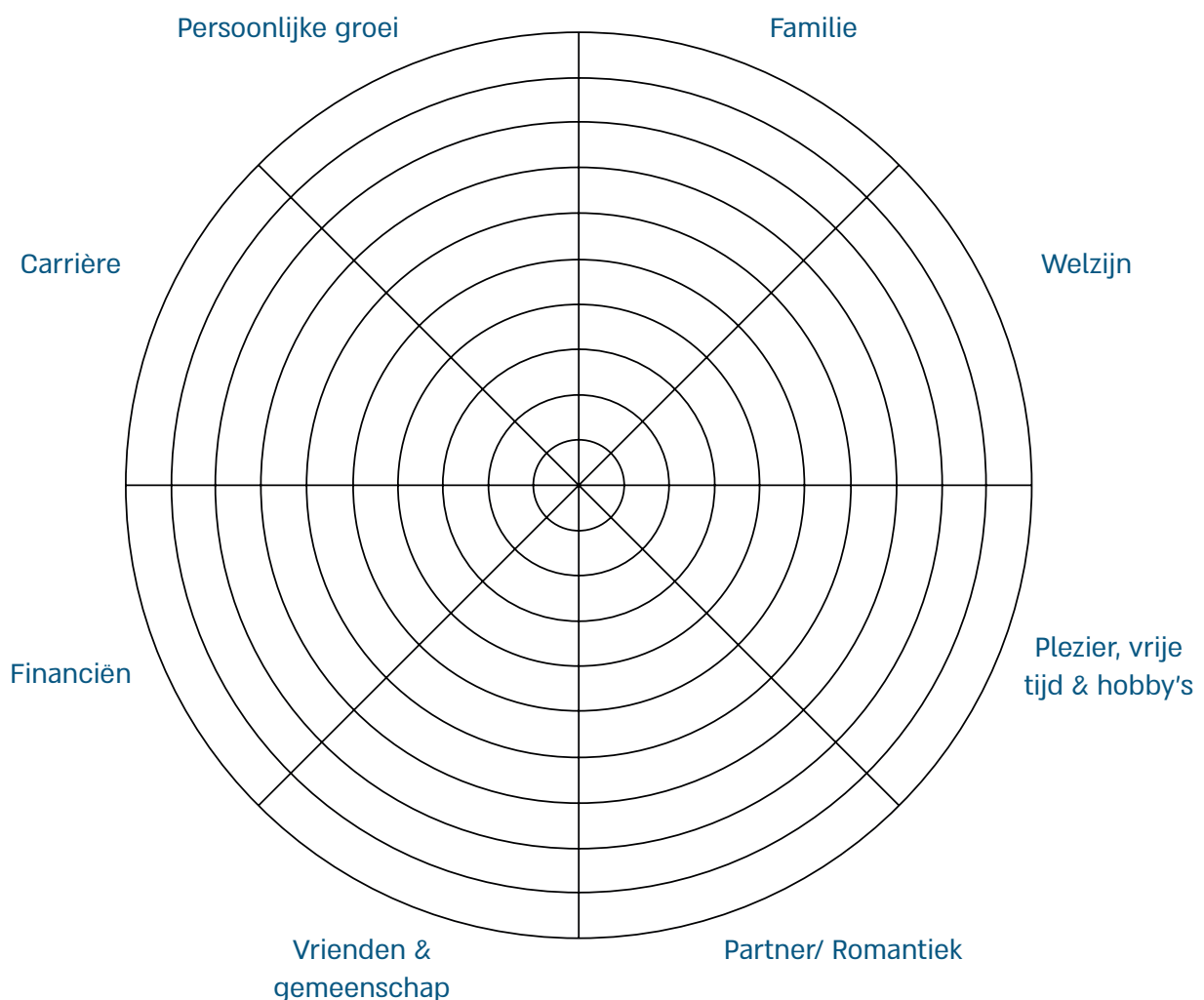
1. Coachwielen

Een Coachwiel is een visuele voorstelling die cliënten helpt hun niveau van tevredenheid in verschillende gebieden van het leven te rangschikken. Deze voorstelling helpt de cliënt en de coach te identificeren waar de kloven liggen tussen de huidige realiteit van de cliënt en wat de cliënt wil bereiken en om de balans of onevenwichtigheid tussen de verschillende levensgebieden te begrijpen.

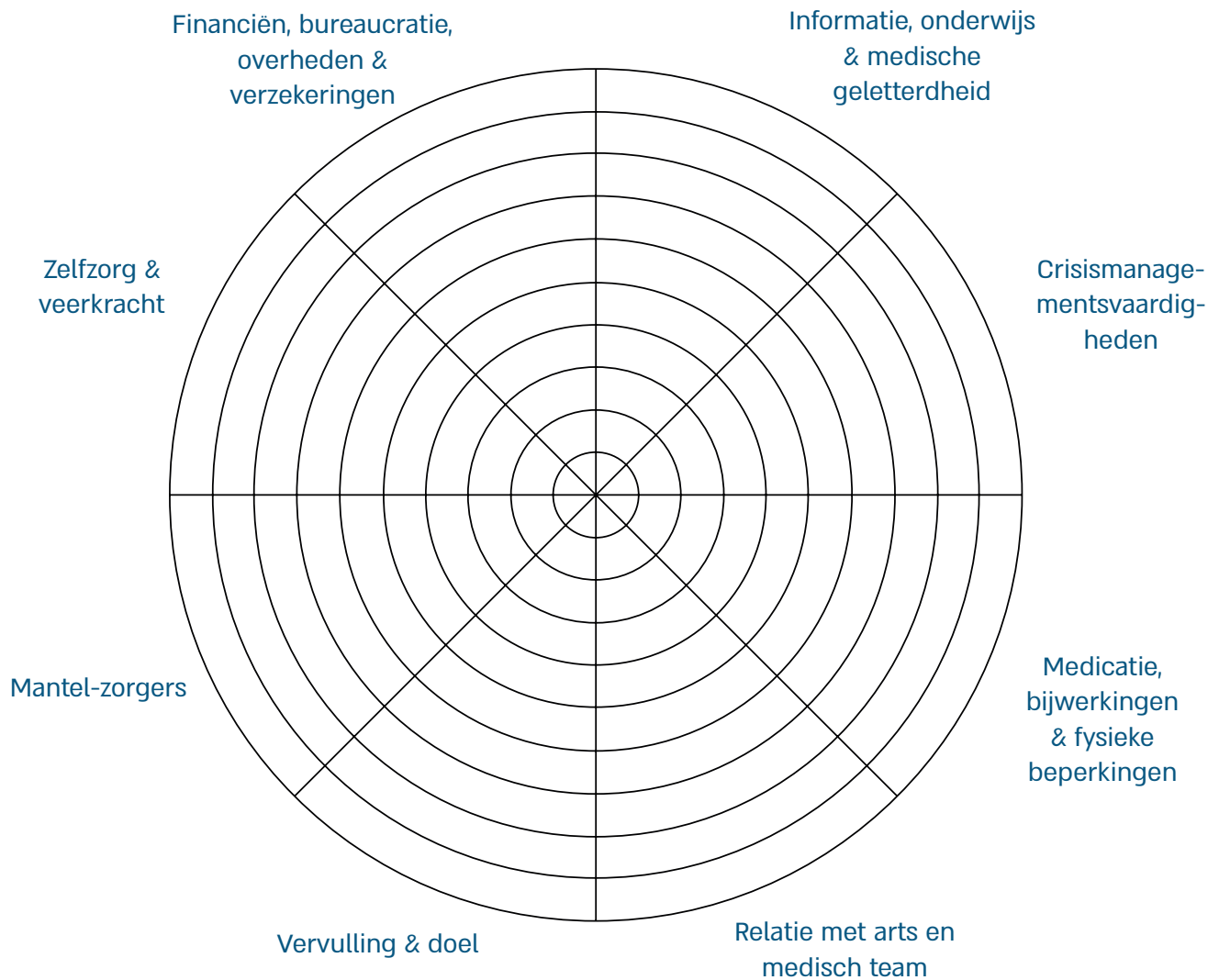
Je kunt een bestaand wiel gebruiken, zoals het Levenswiel, het Ziektemanagementswiel of het Welzijnswiel, of je kunt een blanco sjabloon gebruiken en de cliënt vragen de relevante levensgebieden in te vullen.

Op de volgende pagina's vind je sjablonen voor: Levenswiel, Ziekte-managementswiel of Welzijnswiel en een blanco wielsjabloon.

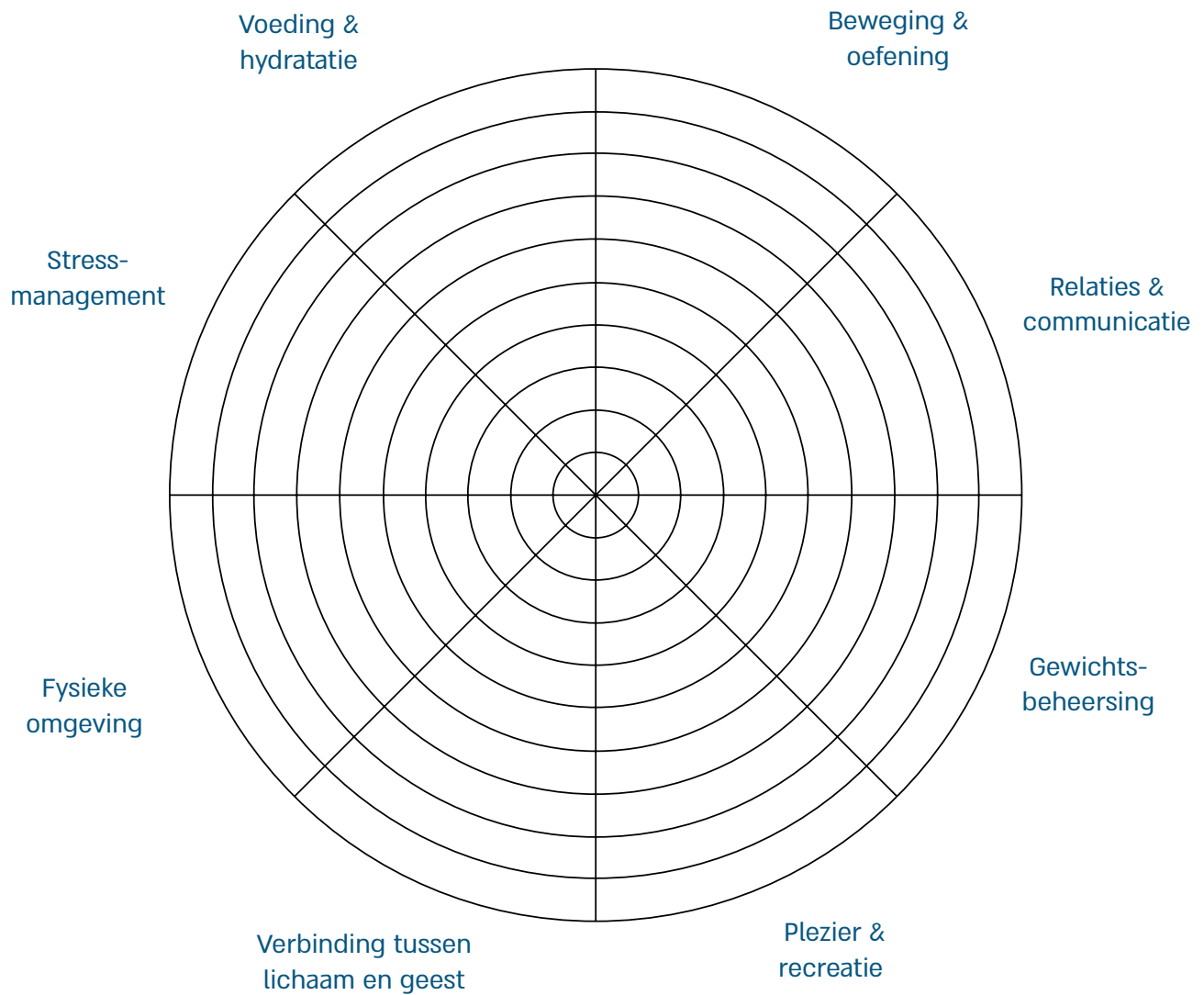
Levenswiel



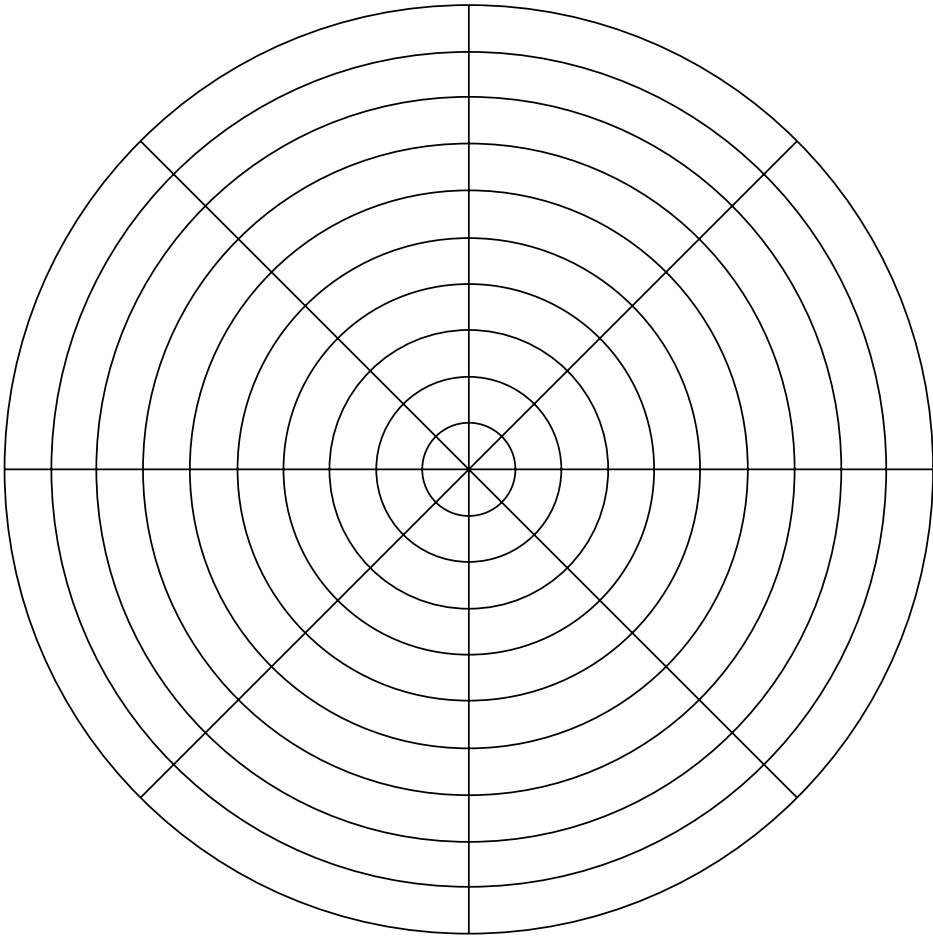
Ziektemanagementswiel



Welzijnswiel



Leeg Wielsjabloon



2. Duidelijkheidskirkels

- ▶ Vraag de cliënt om een stuk papier en pen te pakken. Vraag de cliënt welke gebieden momenteel een uitdaging vormen.
- ▶ Vraag de cliënt voor elk gebied een cirkel te maken en daarin alle aspecten van dit gebied op te schrijven.
- ▶ Vraag de cliënt de cirkels te beoordelen naar belangrijkheid.
- ▶ Vraag de cliënt 1 of 2 cirkels te kiezen die de focus van het coachproces worden.

Gebied/ Onderwerp

Gebied/ Onderwerp

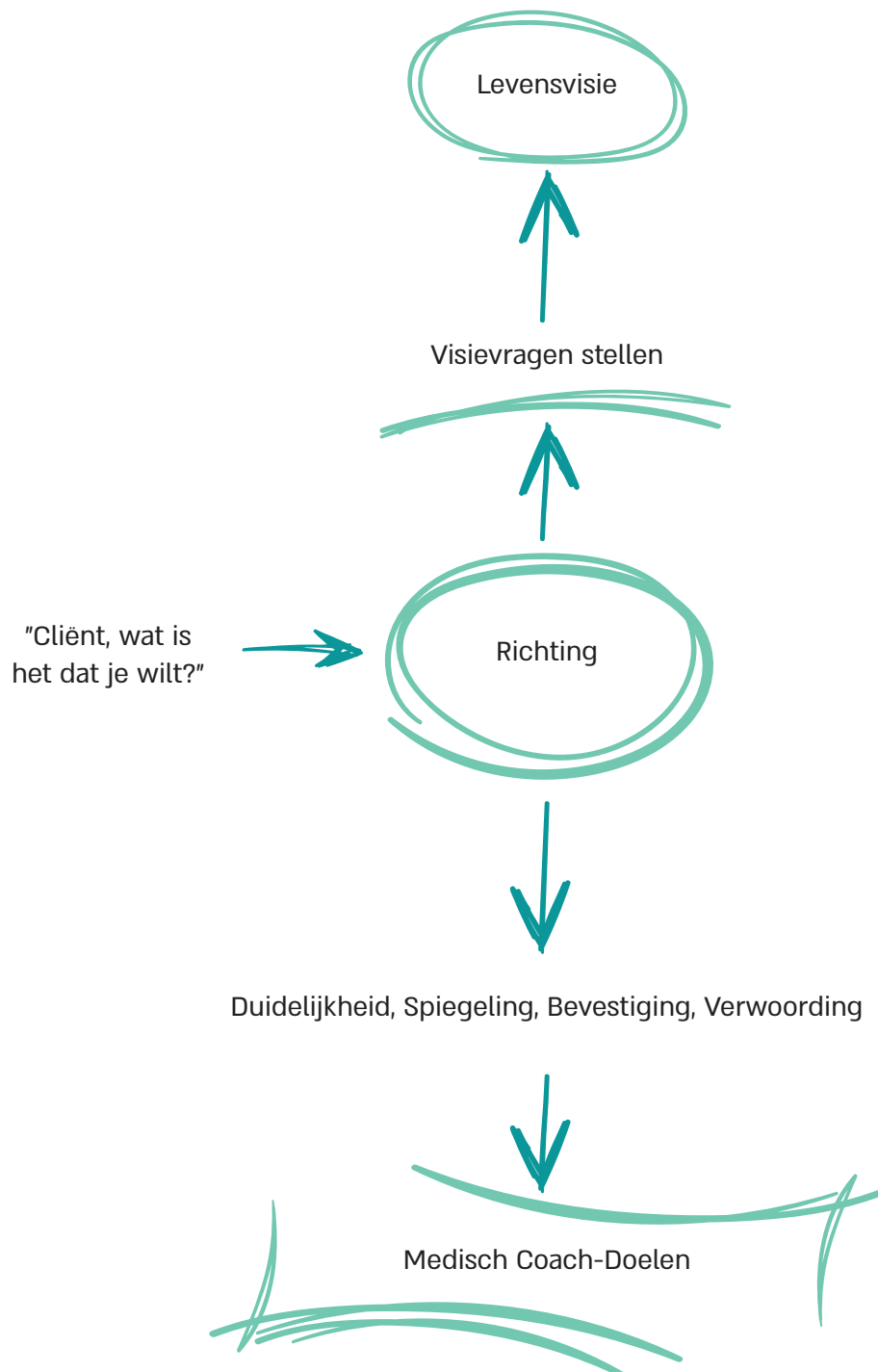
Gebied/ Onderwerp

Gebied/ Onderwerp

Zodra we duidelijkheid hebben gecreëerd over de zaken die voor de cliënt belangrijk zijn, de zaken op basis waarvan hij/zij doelen wil stellen, doen we het volgende:

1. Spiegel aan de cliënt het issue waarover hij/zij sprak
2. Vraag de cliënt om te bevestigen wat jullie hebben gespiegeld
3. Stel Medische Coach-doelen

Samenvatting



Basis Medisch Coach-Vaardigheden

Vertellingen over ziekte, gezondheid en innerlijke reizen

Wanneer een crisis in ons leven verschijnt, onderbreekt het de opeenvolging van onze levensgebeurtenissen zoals wij die begrijpen, ervaren en verwachten. Deze onderbreking stopt ons leven niet, maar brengt ons in een Liminale Ruimte waar we blijven tot we klaar zijn om de veranderingen in ons leven door de crisis aan te kunnen, ons aan te passen en te groeien. Dit geldt ook voor een medische crisis.

Oxford Woordenboek: 'Liminal' – oorsprong eind 19e eeuw: van het Latijnse 'limen, limina' – 'drempel'.

Telkens als we een verandering of overgang in ons leven meemaken, gaan we een drempel over. Telkens als we iets nieuws leren, gaan we een drempel over. Telkens als we een keuze maken, gaan we een drempel over.

Deze drempels van wachten en niet weten wat "hierna komt" zijn overal in het leven en ze zijn onvermijdelijk. Elke overgang over een drempel zal ons leven voor een tijdje onderbreken en desoriënteren, ongeacht ons bewustzijn tijdens de overgang.

Een Liminale Ruimte is een overgangsfase tussen twee goed omschreven toestanden of perioden.



...een unieke geestelijke positie waar de mens niet graag is, maar waar de Bijbelse God hem altijd leidt. Het is wanneer je het beproefde en ware hebt verlaten, maar nog niet in staat bent geweest het door iets anders te vervangen. Het is wanneer je eindelijk uit de weg bent. Het is wanneer je tussen je oude comfortzone en een mogelijk nieuw antwoord staat.

Als je niet getraind bent in hoe angst vast te houden, hoe te leven met ambiguïteit, hoe te vertrouwen en te wachten, zul je vluchten... alles om deze vreselijke wolk van onwetendheid te ontvluchten.

- Richard Rohr (een tot priester gewijde Franciscaanse broeder in de Rooms Katholieke Kerk en een internationaal bekend inspirerend spreker).



We zijn uit een periode/toestand gestapt en moeten nog een andere periode/ toestand binnengaan of beginnen. De oude periode/toestand is afgelopen en de nieuwe periode/toestand is nog niet begonnen.

Wij zitten er tussenin en in geen van beide.

Een Liminale Ruimte heeft de volgende kenmerken:

1. Afzondering van de groep leeftijdsgenoten
2. Verandering in sociale status en positie in de sociale hiërarchie
3. Veranderingen in zelfidentiteit en daardoor een gevoel van desoriëntatie en onduidelijkheid
4. Wachtend... afvragend "wat nu?"
5. Een plaats van transitie

Tijdens onze aanwezigheid in deze Liminale Ruimte vormt zich een nieuwe sociale structuur van een Communitas tussen alle individuen in deze ruimte.



Communitas is een **Latijns zelfstandig naamwoord** dat gewoonlijk verwijst naar ofwel een ongestructureerde **gemeenschap** waarin **mensen** gelijk zijn, ofwel naar de geest van de gemeenschap zelf. Het heeft ook een bijzondere betekenis als **leenwoord** in de **culturele antropologie** en de sociale wetenschappen. Victor Turner, die het antropologisch gebruik van Communitas definieerde, was geïnteresseerd in de wisselwerking tussen wat hij sociale "structuur" en "antistruktuur" noemde; Liminaliteit en Communitas zijn beide componenten van antistruktuur.

Communitas is een intense gemeenschapszin die vaak verwijst naar het gevoel van grote **sociale gelijkheid**, solidariteit en saamhorigheid. Communitas is kenmerkend voor mensen die **samen liminaliteit** ervaren. Deze term wordt gebruikt om de modaliteit van sociale relatie te onderscheiden van een gebied van gemeenschappelijk leven.



Uit Wikipedia, de vrije encyclopedie.

Voorbeelden van Liminale Ruimtes:

1. Uitreiking van het diploma aan de universiteit

De binnenkort afgestudeerden zijn fysiek gescheiden van de rest van de menigte (en op sommige universiteiten dragen ze zelfs aparte toga's). Tijdens de ceremonie zijn ze noch studenten, noch afgestudeerden – ze bevinden zich in een grensgebied. Zodra ze geroepen worden om het diploma in ontvangst te nemen en voor de menigte tot afgestudeerden worden uitgeroepen, gaan ze de drempel over naar de status van universitair afgestudeerde en stappen ze uit de Liminale Ruimte.

2. Verloving

De geliefden zijn niet vrij om andere partners te zoeken of romantisch met anderen om te gaan, noch zijn zij officieel met elkaar getrouwd.

3. Culturele overgangsrutuelen naar volwassenheid

De jonge jongens en meisjes (in sommige culturen worden zij gescheiden naar geslacht) worden fysiek gescheiden van de rest van de gemeenschap voor een bepaalde periode. Ze zijn geen kinderen meer en genieten dus niet de voorrechten van de kindertijd, noch zijn ze al volwassen en genieten ze dus niet de voorrechten van de volwassenheid. Hun inwijding in de volwassenheid is het overgangsrutueel – het overgaan van de drempel tot de status van volwassene van de gemeenschap.

4. Ziekenhuisopname

De patiënten verlaten fysiek hun huis en plaats in de gemeenschap en verhuizen naar het ziekenhuis waar ze worden behandeld en met andere zieke mensen samenleven. Ze krijgen kledingstukken die hun status bepalen en ze doen afstand van alle vroegere sociale statussymbolen totdat ze gezond zijn verklaard en weer in de maatschappij kunnen terugkeren.

Vanuit antropologisch perspectief is een ziekte/medische crisis een **Liminale Ruimte**.



Het "gezonde" leven is voorbij en er moet een overgangsrutueel komen, zodat de persoon de drempel over kan gaan naar een nieuw leven met de ziekte/medische crisis.

Door onze cliënt het perspectief te bieden dat een ziekte kan worden gezien als een innerlijke reis, kan diegene de liminaliteit van de ziekte gebruiken om te helen wat er nog meer (buiten het lichaam) geheeld moet worden, de emoties weer in evenwicht te brengen, te rouwen om wat verloren is gegaan, ruimte te maken voor wat er geboren wordt en een overgangsrutueel te creëren om de drempel uit de liminale ruimte weer over te gaan.

Het gebruik van mythen en verhalen is een krachtige manier om onze cliënt te verbinden met het "zijn" van een innerlijke reis-perspectief.

De Kracht van Mythen en Verhalen – werken met de vertelling van de cliënt

Mythen zijn culturele verhalen die de collectieve identiteit van een groep vormen. Zij ontstaan binnen een context en maken deel uit van de culturele bouwstenen. Het doel van mythen is het collectieve geheugen vorm te geven en betekenis te geven aan dagelijkse, ongewone en fantastische/bizarre gebeurtenissen. De kracht van een mythe ligt in haar vermogen om emotioneel aan te sluiten bij de menselijke ervaring op al haar niveaus en in al haar complexiteit.

Wij begrijpen de menselijke ervaring van wie wij zijn in deze wereld door verhalen.

In veel opzichten zijn wij onze verhalen.

Elke dag is een regel, een paragraaf of een hoofdstuk in het verhaal van ons leven.

Wanneer een ziekte/medische crisis opduikt, verandert het de loop van ons verhaal en sommigen zeggen dat het zich in het verhaal integreert en er een onafscheidelijk deel van wordt.

Wanneer we ons persoonlijke verhaal verschuiven naar een bredere mythe, kunnen we ons leven en onze ziekte/crisis een bredere en diepere betekenis geven.

Via verhalen verwerkt een persoon de ervaring van de ziekte en herdefinieert hij zijn/haar identiteit. Mensen leren over zichzelf door zichzelf de verhalen te horen vertellen van wat hen is overkomen, door te zien hoe hun verhalen weerklank vinden bij toehoorders en door te ervaren hoe hun verhalen worden naverteld en gedeeld.

De verhalen van mensen met een ziekte zijn geen verhalen over een ziekte, het zijn verhalen over de menselijke ervaring, verteld door een ziekte, door een gewond lichaam.

Voor sommigen is verhalenverteller worden een manier om de stem terug te krijgen die door de ziekte, de behandelingen en het medische jargon is afgenomen of tot zwijgen gebracht.

Deze mensen ervaren zichzelf als gewonde verhalenvertellers die proberen te overleven en anderen te steunen door zin en betekenis te geven aan een werkelijkheid die vijandig, gewelddadig en zinloos is geworden.

In de moderne samenleving is er één verhaal/vertelling die medisch, juridisch en sociaal aanvaardbaar is – het is het verhaal dat door de arts wordt verteld en in het medisch dossier wordt opgeschreven. Dit verhaal is de stem geworden waartegen alle andere vertellingen worden afgezet, waar of niet waar, nuttig of niet.

De gewonde verteller streeft ernaar zich te emanciperen uit de totaliteit van het klinische verhaal door een extra stem toe te voegen aan de medische dialoog.

Deze emancipatie is de hoeksteen van elke helingsreis en elk Medisch Coach-proces.

Onzichtbare ziekte

Een Onzichtbare Ziekte is een chronische aandoening die niet gemakkelijk te zien is en geen duidelijke uiterlijke symptomen heeft. Het zijn Ziekten die slopend kunnen zijn en iemand kunnen verhinderen alledaagse activiteiten uit te voeren. Mensen met een onzichtbare ziekte hebben vaak moeite om hun toestand aan anderen uit te leggen en voelen zich veroordeeld of onbegrepen. Ze kunnen er gezond en sterk uitzien, maar zich in werkelijkheid ziek voelen of pijn hebben.

Wat Gebeurt er met ons Verhaal als een Ziekte ons Leven binnenkomt?

Er zijn drie gemeenschappelijke noemers in elk levensverhaal dat onderbroken werd door een ziekte/crisis:

1. Verlies van controle.
2. Invasie – in het geval van een chronische ziekte is er een ervaring van steeds terugkerende invasies (of onderbrekingen) in de intieme ruimte van het leven.
3. Het lichaam wordt iets dat losstaat van wie we voelen dat we zijn. Dit beïnvloedt de manier waarop we onszelf ervaren en met onszelf omgaan.

Elke ziekte heeft een klinisch verhaal.

Ieder mens heeft oneindig veel mogelijkheden om het verhaal van zijn ziekte te vertellen. Mythen en verhalen inspireren ons om ons eigen verhaal te vertellen op een manier die zowel ons als anderen kracht kan geven.

Medische Geschiedenis en Persoonlijke Verhalen

Medische geschiedenissen worden van buitenaf opgebouwd. Ze omvatten medische documenten, diagnose, prognose, testresultaten, pathofysiologie, het verloop van de ziekte en de mogelijkheden van verschillende behandelingen en mogelijke uitkomsten. Ze maken gebruik van een standaard vakterminologie.

Deze geschiedenissen gaan over het **'WAT'** en negeren het **'WIE'**.

Medische geschiedenissen kunnen patiënten ontmenselijken door hen aan te spreken als representaties van hun medische dossiers en niet als mensen, b.v. Miriam Green wordt de diabeet in bed 4A. Wanneer dit gebeurt, lopen we het gevaar uit het oog te verliezen wie ze is; we definiëren Miriam Green alleen door wat ze is.

Hoe groter de afstand die iemand ervaart tussen wie hij/zij is in de medische dossiers en wie hij/zij ervaart dat hij/zij is - hoe meer angst, depressie, mislukking en schaamte die persoon waarschijnlijk zal voelen met betrekking tot de ziekte en/of de heling.



De Westerse Geneeskunde, die gebaseerd is op bewijs, vertelt het verhaal van het medische en fysiologische bewijs en sluit andere stemmen uit die andere verhalen vertellen, zoals: het verhaal van wat deze ziekte werkelijk betekent voor deze persoon, het verhaal van hoe de ziekte het leven van deze persoon heeft beïnvloed, het verhaal over hoe deze persoon zijn/haar toekomst ziet, enz.

Bij ontstentenis van deze stemmen dreigt het medisch systeem zijn persoonlijke of zelfs menselijke toets te verliezen.

- Sinds de jaren 1980 heeft zich een nieuwe benadering van de geneeskunde ontwikkeld, genaamd: Narrative Based Medicine. NBM, een patiëntgerichte benadering, benadert de patiënt als subject en niet als object, door rekening te houden met de specifieke psychologische en persoonlijke geschiedenis van de patiënt in aanvulling op het medische en pathologische bewijs.

Voor meer informatie, bekijk de artikelen van Dr. Rita Charon en neem een kijkje in het online Journal of Narrative Medicine - <http://www.theintima.org>

- Tegenwoordig kunnen we verhalende artikelen van patiënten en artsen vinden in vooraanstaande medische publicaties zoals JAMA en de NEJM

"e-patiënten"

De term **"e-patiënten"** is bedacht door Dr. Tom Ferguson om individuen te beschrijven die: **toegerust, in staat gesteld, mondig** en **betrokken zijn** bij hun gezondheid en beslissingen in de gezondheidszorg.

De visie van de e-patiëntbeweging is er een van een gelijkwaardig partnerschap tussen e-patiënten, gezondheidswerkers en systemen die hen ondersteunen.

"Doc Tom" Ferguson (1943-2006) - <http://e-patients.net/about-e-patientsnet> Pionierend arts, auteur en onderzoeker Tom Ferguson bestudeerde en schreef over de mondige medische consument sinds 1975 en over online gezondheids-hulpbronnen voor consumenten sinds 1987. In 1993 organiseerde hij 's werelds eerste conferentie gewijd aan computersystemen voor medische consumenten. Na zijn studie aan het Reed College, het behalen van een master in creatief schrijven aan de San Francisco State University en een medische graad aan de Yale University School of Medicine, begon hij als oprichter van het tijdschrift Medical Self Care aan een productieve carrière in het schrijven over consumentgerichte medische informatie. Van 1980 tot 1996 was hij auteur of co-auteur van meer dan een dozijn boeken en was hij sectie-redacteur voor Health, Medicine en Self-Care voor de Whole Earth Catalogus. Dr. Ferguson leidde praktisch de beweging om geïnformeerde zelfzorg te bepleiten als het uitgangspunt voor een goede gezondheid, en om een nieuw soort relatie te bevorderen tussen goed geïnformeerde medische consumenten en medische professionals. Zijn doel was om medische professionals aan te moedigen cliënten te behandelen als gelijkwaardige partners in het bereiken van betere resultaten en de vastgeroeste praktijken van de traditionele top-down hiërarchie van de arts-patiëntrelatie te veranderen. Met de komst van een brede toegang tot het internet positioneerde Dr. Ferguson's lange geschiedenis van pleit-bezorger van informatie-empowered medische consumenten hem als een vooraanstaand voorstander van online gezondheidsinformatiebronnen. Hij volgde zijn eigen filosofie en overleefde vijftien jaar met multipel myeloom, ver boven de gebruikelijke verwachtingen. Hij streefde onophoudelijk naar stra-tegieën voor zowel zelfzorg als de nieuwste onderzoeken en experimentele praktijken voor het onder controle houden van deze agressieve kanker. Gedurende die tijd, tussen terugvallen en slopende behandelingen, leidde hij een migratie van medische consumenteninformatie naar het internet, gaf hij veel lezingen over het opkomende gebied van "gezondheidsinformatica", en ver-diende hij een wereldwijde reputatie als een echte vernieuwer en pionier op dit gebied. In 1999 was hij een van de vier die werden erkend als "Online Health Hero", een prijs die werd toegekend door het Intel Corporation's Health Initiative Project. De afgelopen jaren was hij Senior Research Fellow voor Online Health bij het Pew Internet and American Life Project in Washington D.C. en consultant voor de Robert Wood Johnson Foundation. Hij is tevens universitair hoofd-docent gezondheidsinformatica aan het University of Texas Health Science

Center in Houston, een Senior Associate bij Boston's Center for Clinical Computing, een medische computing denktank geassocieerd met Harvard Medical School en Beth Israel Deaconess Hospital, en meest recentelijk bij de University of Arkansas Medical Sciences Center als adjunct-faculteit, waar hij een patiëntgericht kwaliteitsverbeteringsprogramma startte bij het Myeloma Institute for Research and Therapy. Tom Ferguson, M.D. overleed op 14 april 2006 in het ziekenhuis van het UAMS medisch centrum in Little Rock Arkansas, waar hij een behandeling voor multipel myeloom onderging.

Vandaag de dag zijn er mensen die zeggen dat de 'e' in 'e-patiënten' voor het volgende staat: e-patiënten zijn

uitgerust, in staat gesteld, bevoegd, betrokken

+

geschoold, expressief + deskundig + elektronisch

Een van de belangrijkste agenda's van de e-patiëntenbeweging is "participerende geneeskunde".

"Participatieve geneeskunde" is een model van coöperatieve gezondheidszorg dat streeft naar actieve betrokkenheid van patiënten, gezondheidswerkers, verzorgers en anderen over het hele zorgcontinuüm bij alle issues die verband houden met het welzijn van een individu.

"Participatiegeneeskunde" is een ethische benadering van de medische zorg die ook kan leiden tot betere resultaten, minder medische fouten, een grotere tevredenheid van de patiënt en lagere kosten van de zorg. Ga voor meer informatie over **"Participatory Medicine"** naar de website van The Society for Participatory Medicine - <http://participatorymedicine.org/>

Tegenwoordig wordt Dave de Bronkart, ook bekend als **e-patient Dave**, beschouwd als een vooraanstaande stem in de e-patiëntbeweging.

Nadat hij in 2007 de diagnose nierkanker in een vergevorderd stadium kreeg, leerde hij al snel elk aspect van empowerment, technologie en participatieve geneeskunde te gebruiken om de kansen te verslaan. Als medevoorzitter van de Society for Participatory Medicine werd hij in 2009 een internationale woordvoerder voor de e-patient beweging, en in 2010 verliet hij zijn vorige carrière om fulltime te werken aan de transformatie van de gezondheidszorg.

Kijk op Daves website voor meer informatie: <http://www.epatientdave.com/>



Zie aanvullende bronnen in de Hulpmiddelenbibliotheek

Kalibratie

Het vermogen om verschillende "interne toestanden" te herkennen door naar de externe signalen te kijken en non-verbale signalen te lezen.

Hoe wordt het gedaan?

Makkelijk, we letten op die van de ander:

- ▶ Toon en volume van de stem
- ▶ Houding (inclusief de hoek van het hoofd)
- ▶ Gezichtskleur
- ▶ Oogcontactsignalen en pupilverwijding
- ▶ Spierspanning in het gezicht en voorhoofd
- ▶ Beweging en evenwicht op de vloer of stoel
- ▶ Ademhalingspatroon

Belangrijke opmerking:

Vermijd het verbinden van "betekenissen" aan deze signalen. Kalibreren betekent uitzoeken wat elk signaal of elke reeks signalen voor elke unieke persoon betekent.

Rapport

Rapport is het vermogen om met anderen om te gaan en op een manier met elkaar om te gaan die vertrouwen en begrip schept. Het is het vermogen om het standpunt/model van de wereld/innerlijke voorstelling van de ander te zien en te begrijpen, ongeacht of je diegene mag of dat je het met diegene eens bent.

Veel mensen omschrijven rapport als een gevoel van gemeenschappelijkheid, in sync zijn of op dezelfde golflengte zitten met iemand.

Het goede nieuws is – we kunnen met IEDEREEN rapport opbouwen, ELK MOMENT dat we kiezen.

De Theorie is:

A. Communicatie is:

7% woorden

38% tonaliteit

55% fysiologie

B. Als mensen op elkaar lijken, vinden ze elkaar aardig. Rapport is een proces van ontvankelijkheid, niet noodzakelijk "aardig vinden".

Het Proces is:

- A. Subtiel Matchen & Spiegelen van non-verbale communicatie/lichaamstaal.
- B. Het ontwikkelen van een oprechte interesse in de ander en in de manier waarop hij/zij de wereld ziet en ervaart.

Er zijn vier niveaus van non-verbale communicatie/lichaamstaal waar we Matchen & Spiegelen om Rapport creëren:

1. Fysiologie:

- Houding
- Gezichtsuitdrukkingen
- Knippersnelheid/-patroon
- Lippenbijten
- Glimlachen/fronsen
- Aanraken van gezicht of lippen
- Wenkbrauwbeweging
- Leunen
- Hoofdpositie

2. Ademhalingsfrequentie/-patronen/-verschuivingen

3. Toon en volume van de stem:

- Audio toon-veranderingen tijdens antwoord
- Tijd voor verwerking van antwoorden
- Tempo en snelheid

4. Woordenschat:

- Representatief systeem
- Metaforen
- Taal of jargon

Rapport en de Hartenergie

Een bijkomend aspect van het creëren van Rapport is het creëren van "Match & Mirror", door gebruik te maken van de energie van het hart. Dit is Rapport op een energetisch en emotioneel niveau. Deze benadering is gebaseerd op het gebied van Hart-Wiskunde.

"Heart Math" – "Een belangrijk aandachtsgebied van het Institute of Heart Math Research Center is het onderzoeken van onze emoties en hoe zij onze fysiologie beïnvloeden, met de nadruk op de fysiologische effecten van positieve emoties."

"Hart-Herseneninteracties": Het hart en de hersenen voeren een voortdurende dialoog in twee richtingen, waarbij elk het functioneren van de ander beïnvloedt. De signalen die het hart naar de hersenen stuurt, kunnen de waarneming, emotionele verwerking en hogere cognitieve functies beïnvloeden. Dit systeem en deze circuits worden door onderzoekers in de neurocardiologie gezien als "hart-hersenen".

"Het hart produceert verreweg het krachtigste ritmische elektromagnetische veld van het lichaam, dat op enkele meters afstand kan worden gedetecteerd door gevoelige instrumenten. Onderzoek toont aan dat het veld van ons hart duidelijk verandert naarmate we verschillende emoties ervaren. Het wordt geregistreerd in de hersenen van mensen om ons heen en is blijikbaar in staat om cellen, water en in vitro bestudeerd DNA te beïnvloeden. Er zijn ook steeds meer aanwijzingen dat energetische interacties, waar het hart betrokken bij is, ten grondslag kunnen liggen aan intuïtie en belangrijke aspecten van het menselijk bewustzijn."

(geciteerd van de Heart Math website – www.heartmath.com)

Een paar belangrijke aantekeningen over Rapport

1. Zorg ervoor dat je subtiel Matcht en Spiegelt, anders kan je cliënt het gevoel krijgen dat hij/zij wordt bespot.
2. Rapport is tweerichtingsverkeer. Vermijd een diep rapport met iemand bij wie je je niet op je gemak voelt of wiens emoties je niet kunt bevatten.
3. Zorg ervoor dat je emotioneel in balans bent en jezelf kunt redden voordat je rapport creëert in sessie. Je cliënt heeft al genoeg aan zijn/haar hoofd...

Associatie & Dissociatie Coachen

Associatie en disassociatie coachen verschilt van psychologische associatie en dissociatie.

Associatie – De ervaring van binnenuit bekijken

Je voelt dat je deel bent van de ervaring. Terwijl je in de Associatie bent, zie je de ervaring door je eigen ogen, hoor je het met je eigen oren, en voel je het door je lichaam. Tijdens de ervaring ben je verbonden met je emoties, waarden en overtuigingen.

Disassociatie – De ervaring van 'Buiten' bekijken (een Coachende Meta-Visie)

Je hebt het gevoel dat je de ervaring van buitenaf bekijkt, beluistert en/of observeert. Tijdens de ervaring ben je losgekoppeld van je emoties, waarden en overtuigingen.

De mogelijkheid om van een Associatieve Staat over te gaan naar een Dissociatieve Staat en omgekeerd maakt het volgende mogelijk:

1. Verbinden/herverbinden met positieve herinneringen en hulpbronnen
2. Je losmaken van negatieve emoties of herinneringen
3. Het oplossen van gevoelens verbonden aan ongewenste gedachten
4. Het oplossen van emotionele triggers
5. Het aanpassen van niveaus van emotionele intensiteit

Fysiologie speelt een rol bij het herkennen of onze cliënt in een associatieve of dissociatieve toestand verkeert en bij het helpen van de cliënt om van de ene naar de andere over te gaan.

Belangrijke Tip:

- Om een associatieve staat te creëren – gebruiken we taal
- Om een dissociatieve staat te creëren – gebruiken we taal en fysiologie.

Herkaderen

Om iets betekenis te geven moeten we de context of het kader bepalen – inkaderen.

De betekenis die wij aan de dingen geven, hangt af van ons gezichtspunt/perspectief/interne voorstelling op het moment dat wij ze inkaderen.

Iets herkaderen is de betekenis ervan veranderen door het in een ander kader te plaatsen – een andere context of setting.

Het frame veranderen – herkaderen, helpt ons om onze emoties ten opzichte van iets te veranderen/balanceren, om een ander perspectief te kiezen, om verbinding te maken met nieuwe hulpbronnen en om te bewegen tussen associatieve en dissociatieve gemoedstoestanden.



Empathie

Empathie is het vermogen om een persoon te accepteren zonder de noodzaak het gedrag te accepteren.

Empathie	Sympathie (Identificatie)
Empathie is asymmetrisch.	Sympathie is het symmetrisch verbonden zijn met een ander in zijn subjectieve ervaring.
Ik zie en begrijp de situatie zoals die zich weerspiegelt in de reactie van een ander.	Ik ervaar wat de ander ervaart, met hem/haar op dezelfde manier.
Ik kan de subjectieve ervaring van een ander begrijpen en er toch emotioneel los van staan.	De ervaring van de ander wordt de mijne en ik ben gefocust op mijn emoties en mezelf.

Empathisch luisteren – luisteren met een 'open mind', zonder verdediging, oordeel, tegenwerping of identificatie.

Coachnieuwsgierigheid

Coachnieuwsgierigheid is anders dan "alledaagse" nieuwsgierigheid.

Als coaches gebruiken we nieuwsgierigheid als een professionele vaardigheid om de cliënt te helpen bij het verkennen van overtuigingen, perspectieven, gedragingen, opties en mogelijkheden buiten de comfortzone.

Om toegang te krijgen tot deze vaardigheid, moeten we het volgende doen:

1. Onze eigen overtuigingen, perspectieven en oordelen loslaten
2. Elke behoefte om de cliënt te "redden" loslaten
3. Empathisch ongebonden zijn aan de inhoud en emoties die de cliënt meebrengt naar de coachruimte
4. Wees nieuwsgierig naar de ervaring van de klant en niet naar de "sappige details"

Voorbeelden voor Coachnieuwsgierigheidsvragen:

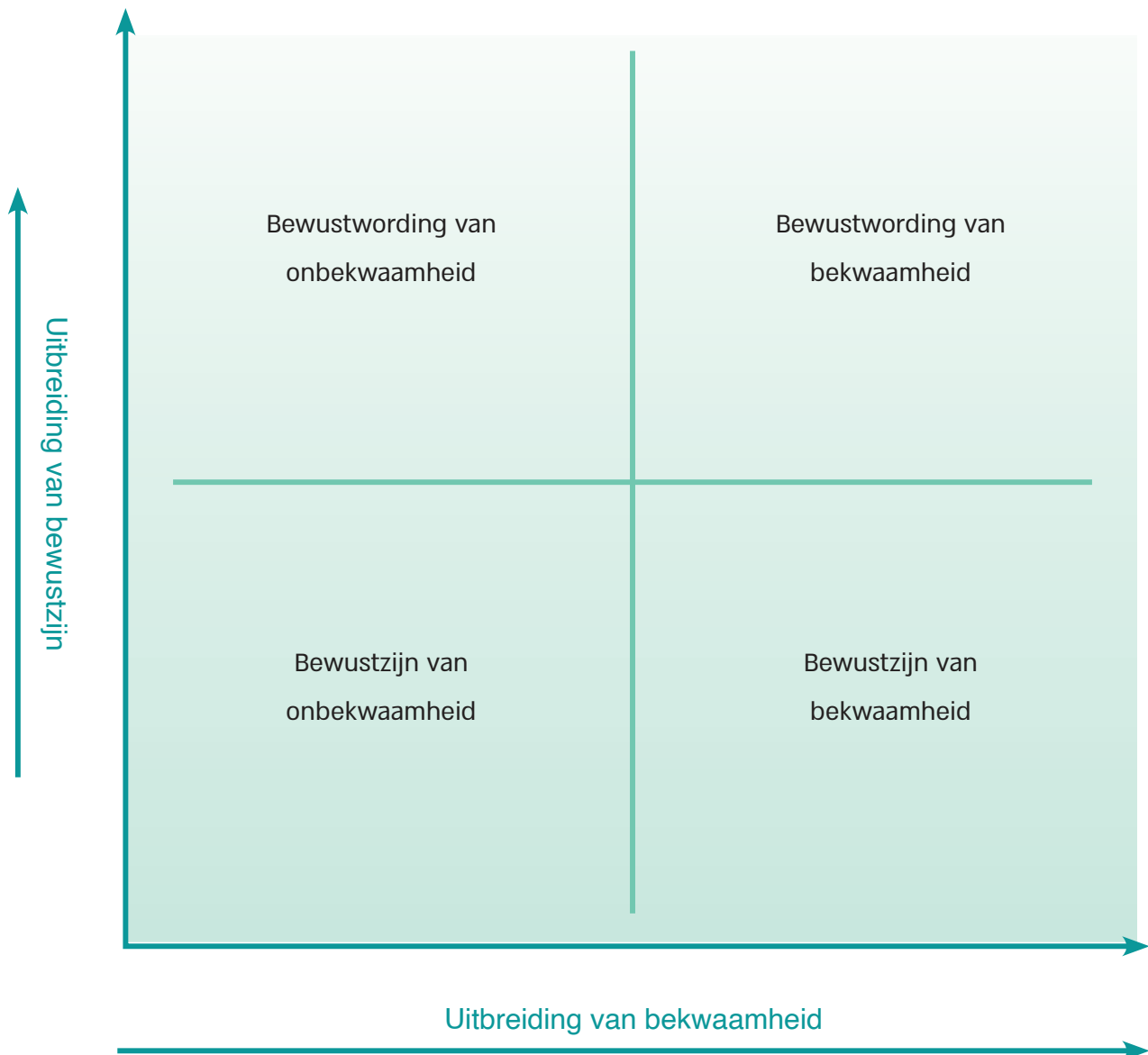
- ▶ Wat kan er mogelijk worden?
- ▶ Wat nog meer?
- ▶ Omwille waarvan?
- ▶ Hoe voelt dat in het lichaam?
- ▶ Wat zeg je niet?
- ▶ Wat zou een andere manier kunnen zijn...?

Bewustmaking

Onze taak als coaches is om onze cliënten te helpen verschuiven in twee richtingen:

Van onwetendheid naar bewustzijn

en van onbekwaamheid naar bekwaamheid.



Clënten door Emoties heen coachen

Sommige van deze emoties wekken ons op en andere kalmeren ons. Sommige zijn aangenaam en sommige zijn onaangenaam.

- Woede
- Schaamte
- Angst
- Droefheid
- Geluk
- Verrassing
- Interesse/nieuwsgierigheid
- Walging

Belangrijk om te onthouden:

- ▶ Onze emoties helpen ons te overleven in de wereld
- ▶ We hebben meer onaangename emoties dan aangename
- ▶ Als we onszelf toestaan met hen "te zijn" en ze uit te drukken met gehechtheid, worden ze minder onaangenaam

Al de rest van onze emoties komen voort uit de acht basisemoties.

Eenzaamheid – kan voortkomen uit droefheid

Frustratie – kan voortkomen uit woede

Zelfbewustzijn – kan voortkomen uit schaamte

Achterdocht – kan voortkomen uit angst

De verbinding met de basisemotie is subjectief en vloeit voort uit de overtuigingen van de persoon.

Emoties kunnen een warboel worden

1. Soms veinzen we emotie om te krijgen wat we willen.
2. Soms bedekken we onze echte emoties met andere emoties, bv. we reageren boos terwijl we ons eigenlijk verdrietig voelen.
3. Soms zijn onze echte emoties zo verward dat ze ons in de problemen brengen, bv. als ik als kind veel angst heb ervaren, kan ik opgroeien tot een volwassene die zich veilig, geliefd en geaccepteerd moet voelen. Ik zou ervoor kunnen kiezen om me op een overbeschermende manier te gedragen en uiteindelijk mensen bij me weg te jagen.

Wanneer we onze emoties verwelkomen en ernaar luisteren, in plaats van ze te bedekken en het zwijgen op te leggen, worden ze beter beheersbaar. *surprotectrice et finir par éloigner les gens de moi.*

We functioneren beter als we ons bewust zijn van onze basisemoties.

Deze helpen ons te erkennen wat wij van onszelf en anderen nodig hebben en helpen ons te aanvaarden wie wij werkelijk zijn.

Emoties zijn een onafscheidelijk deel van een ziekte en ze "verschijnen" ook regelmatig in de coachkamer. Je kunt er niet omheen – alleen er doorheen, wat betekent dat we ermee om moeten gaan!

Om met de emoties van onze cliënten in de coachruimte om te gaan op een manier die onze cliënten kracht geeft EN bijdraagt aan het succes van het coachproces, moeten we het volgende onthouden:

1. Elke ziekte uit zich zowel emotioneel als lichamelijk.
2. De emoties zijn een normale reactie op een abnormale situatie.
3. Niet iedereen heeft een "emotionele woordenschat".
Hoe meer de cliënt zijn emoties kan verwoorden, hoe meer hij/zij ze kan beheersen.
4. Mensen zijn niet hun emoties.
5. Mensen definiëren emoties op verschillende en subjectieve manieren.
6. Emoties zijn geen sensaties.
7. Er zijn geen "goede/positieve" of "slechte/negatieve" emoties, alleen "evenwichtige" en "onevenwichtige" emoties.

Evenwichtig	Onevenwichtig
Geluk	Euforie
Woede	Rage
Angst	Anxiety
Verwarring	Desoriëntatie
Droefheid	Wanhoop

Bij Medisch Coachen streven wij ernaar onze cliënten in staat te stellen de onevenwichtige emoties in evenwicht te brengen en te leren hoe ermee te "zijn", om zo diepgaande leerpunten te verzamelen en hulpbronnen te identificeren.

Ruimte Creëren

Ruimte Creëren is niet iets exclusiefs voor coaches, begeleiders, therapeuten of verpleegkundigen in de palliatieve zorg. Het is iets wat we allemaal voor elkaar kunnen doen – voor onze partners, kinderen, vrienden, burens, collega's, cliënten en zelfs vreemden.

Bij coachen hebben we de neiging om Ruimte Creëren voor cliënten te zien als een intuïtieve staat van zijn die vanzelf komt als we onze basisopleiding hebben voltooid. Helaas is dat niet voor iedereen het geval. Ruimte Creëren is een complexe praktijk die zich ontwikkelt naarmate we het beoefenen, en het is uniek voor elke coach, elke cliënt en elke situatie.

Bij Medisch Coachen is Ruimte Creëren een professionele vaardigheid.

Deze 15 stappen helpen je om deze vaardigheid onder de knie te krijgen:

1. Creëer rapport.
2. Wees actief empathisch en niet sympathiek.
3. Geef je cliënt tijd om te verwerken. Mensen bewegen wanneer ze er klaar voor zijn.
4. Wees bereid om naast je cliënt te lopen en niet te leiden.
5. Sta je cliënt toe kwetsbaar en zwak te zijn en veilig emoties te uiten.
6. Geef je cliënt toestemming om op zijn/haar eigen intuïtie en wijsheid te vertrouwen.
7. Sta de cliënt toe andere beslissingen te nemen dan die jij zou nemen.
8. Hou je ego erbuiten.
9. Oordeel niet.
10. Probeer niet te repareren.
11. Wees ongebonden aan het proces en de resultaten.
12. Wees oké met het 'niet weten'.
13. Focus op de ervaring van de klant en niet op het verhaal.
14. Als je met verzorgers werkt - onthoud dan dat je ruimte maakt voor een cliënt die actief ruimte maakt voor anderen.

Last, but not least...

15. Zorg dat je iemand hebt om ruimte voor jou te creëren.





Persoonlijke Verhalen

1. Keuzes die je leven kunnen veranderen, Caroline Myss

TEDxFindhornSalon - https://www.youtube.com/watch?v=-KysuBl2m_w

2. De kunst om jezelf te zijn, Caroline McHugh

TEDxMiltonKeynesWomen - <https://www.youtube.com/watch?v=veEQQ-N9xWU>

3. De twee soorten verhalen die we over onszelf vertellen, Emily Esfahani Smith - https://ideas.ted.com/the-two-kinds-of-stories-we-tell-about-ourselves/?utm_campaign=social&utm_medium=referral&utm_source=facebook.com&utm_content=ideas-blog&utm_term=humanities

4. The Spoon Theory, Christine Miserandino - www.butyoudontlooksick.com

Mijn beste vriendin en ik zaten in een restaurant te praten. Zoals gewoonlijk was het erg laat en we aten patat met jus. Zoals normale meisjes van onze leeftijd, brachten we veel tijd door in het eetcafé toen we nog op school zaten, en de meeste tijd spendeerden we aan praten over jongens, muziek of triviale dingen, die op dat moment erg belangrijk leken. We waren nooit serieus over iets in het bijzonder en brachten het grootste deel van onze tijd lachend door.

Toen ik wat van mijn medicijnen ging innemen met een snack, zoals ik altijd deed, keek ze me met een ongemakkelijke blik aan, in plaats van verder te praten. Toen vroeg ze me uit het niets hoe het voelde om Lupus te hebben en ziek te zijn. Ik was geschokt, niet alleen omdat ze die willekeurige vraag stelde, maar ook omdat ik aannam dat ze alles wist over Lupus. Ze was met me meegegaan naar dokters, ze had me zien lopen met een stok en zien overgeven in de badkamer. Ze had me zien huilen van de pijn, wat viel er nog meer te weten?

Ik begon te ratelen over pillen en pijntjes, maar ze bleef maar doorvragen en leek niet tevreden met mijn antwoorden. Ik was een beetje verbaasd, omdat ze mijn kamergenote op de universiteit was en al jaren een vriendin, dacht ik dat ze de medische definitie van Lupus al kende. Toen keek ze me aan met een gezicht dat elke zieke goed kent, het gezicht van pure nieuwsgierigheid over iets dat niemand die gezond is echt kan begrijpen. Ze vroeg hoe het voelde, niet lichamelijk, maar hoe het voelde om mij te zijn, om ziek te zijn.

Terwijl ik probeerde mijn kalmte terug te vinden, keek ik rond de tafel voor hulp of begeleiding, of op zijn minst om tijd te krijgen om na te denken. Ik probeerde de juiste woorden te vinden. Hoe beantwoord ik een vraag die ik zelf nooit heb kunnen beantwoorden? Hoe leg ik elk detail uit van elke dag die beïnvloed op dat moment werd de lepeltheorie geboren. Ik pakte snel elke lepel op de tafel en de lepels van de andere tafels. Ik keek haar in de ogen en zei: "Alsjeblieft, je hebt Lupus". Ze keek me lichtelijk verward aan, zoals iedereen zou doen wanneer die een boeket lepels krijgt aangereikt. De koude metalen lepels kletterden in mijn handen, terwijl ik ze groepeerde en in haar handen duwde.

Ik legde uit dat het verschil tussen ziek zijn en gezond zijn is dat je keuzes moet maken of bewust over dingen moet nadenken, terwijl de rest van de wereld dat niet hoeft. De gezonden hebben de luxe van een leven zonder keuzes, een geschenk dat de meeste mensen als vanzelfsprekend beschouwen.

De meeste mensen beginnen de dag met een onbeperkte hoeveelheid mogelijkheden en energie om te doen wat zij willen, vooral jonge mensen. Voor het grootste deel hoeven zij zich geen zorgen te maken over de gevolgen van hun daden. Dus, voor mijn uitleg, gebruikte ik lepels om dit punt over te brengen. Ik wilde haar iets geven dat ze kon vasthouden en dat ik dan kon afpakken, want de meeste mensen die ziek worden, voelen een "verlies" van een leven dat ze ooit gekend hebben. Als ik de controle had over het afpakken van de lepels, dan zou ze weten hoe het voelt om iemand of iets anders, in dit geval Lupus, de controle te hebben.

Ze greep opgewonden naar de lepels. Ze begreep niet wat ik aan het doen was, maar ze is altijd in voor iets leuks, dus ik denk dat ze dacht dat ik een grapje aan het uithalen was, zoals ik meestal doe als ik over gevoelige onderwerpen praat. Ze had geen idee hoe serieus ik zou worden.

Ik vroeg haar haar lepels te tellen. Ze vroeg waarom, en ik legde uit dat als je gezond bent, je verwacht dat je een oneindige voorraad lepels hebt. Maar als je nu je dag moet plannen, moet je precies weten met hoeveel "lepels" je begint. Het is geen garantie dat je er onderweg niet een paar zult verliezen, maar het helpt in ieder geval om te weten waar je begint. Ze telde 12 lepels. Ze lachte en zei dat ze er meer wilde. Ik zei nee, en ik wist meteen dat dit spelletje zou werken, toen ze teleurgesteld keek, en we waren nog niet eens begonnen. Ik wil al jaren meer "lepels" en heb nog geen manier gevonden om er meer te krijgen, waarom zou zij dat wel kunnen? Ik vertelde haar ook dat ze zich altijd bewust moest zijn van hoeveel ze er had en ze niet te laten vallen, omdat ze nooit mag vergeten dat ze Lupus heeft.

Ik vroeg haar een lijst te maken van de taken van haar dag, inclusief de meest simpele. Terwijl ze dagelijkse karweitjes opnoemde, of gewoon leuke dingen om te doen, legde ik uit dat elk karweitje haar een lepel zou kosten. Toen ze meteen begon met zich klaar te maken voor het werk als haar eerste taak van de ochtend, onderbrak ik haar en nam haar een lepel af. Ik sprong zowat richting haar keel. Ik zei: "Nee! Je staat niet zomaar op. Je moet je ogen open doen, en dan beseffen dat je te laat bent. Je hebt de nacht ervoor niet goed geslapen. Je moet uit bed kruipen, en dan moet je iets te eten maken voordat je iets anders kunt doen, want als je dat niet doet, kun je je medicijnen niet innemen, en als je je medicijnen niet inneemt, kun je net zo goed al je lepels voor vandaag en morgen opgeven." Ik pakte snel een lepel af en ze besepte dat ze zich nog niet eens had aangekleed. Douchen kostte haar een lepel, alleen al voor het wassen van haar haar en het scheren van haar benen. Zo vroeg in de ochtend hoog en laag reiken kon eigenlijk meer kosten dan één lepel, maar ik dacht dat ik haar een pauze zou gunnen; ik wilde haar niet meteen bang maken. Aankleden was nog een lepel waard. Ik stopte haar en splitste elke taak op om haar te laten zien hoe over elk klein detail moet worden nagedacht. Je kunt niet zomaar kleren aan doen als je ziek bent. Ik legde haar uit dat ik moet kijken welke kleren ik fysiek aan kan doen, als mijn handen die dag pijn doen, zijn knopen uit den boze. Als ik die dag blauwe plekken heb, moet ik lange mouwen dragen, en als ik koorts heb, heb ik een trui nodig om warm te blijven, enzovoort. Als mijn haar uitvalt, moet ik meer tijd uittrekken om er toonbaar uit te zien, en dan moet je nog eens 5 minuten rekenen om je rot te voelen dat je 2 uur nodig hebt gehad om dit allemaal te doen.

Ik denk dat ze het begon te begrijpen toen ze theoretisch niet eens aan het werk kwam, en ze met 6 lepels overbleef. Ik heb haar toen uitgelegd dat ze de rest van haar dag verstandig moest kiezen, want als je "lepels" op zijn, zijn ze op. Soms kun je de "lepels" van morgen lenen, maar denk je eens in hoe moeilijk het morgen zal zijn met minder "lepels". Ik moest ook uitleggen dat iemand die ziek is altijd leeft met de dreigende gedachte dat morgen de dag kan komen dat er een verkoudheid komt, of een infectie, of een aantal andere dingen die heel gevaarlijk kunnen zijn. Je wilt dus niet te weinig "lepels" hebben, want je weet nooit wanneer je ze echt nodig zult hebben. Ik wilde haar niet depressief maken, maar ik moest realistisch zijn, en helaas hoort op het ergste voorbereid zijn voor mij bij een echte dag.

We namen de rest van de dag door, en ze leerde langzaam dat het overslaan van de lunch haar een lepel zou kosten, evenals het staan in een trein, of zelfs het te lang typen achter haar computer. Ze werd gedwongen keuzes te maken en anders over dingen na te denken. Hypothetisch gezien moest ze ervoor kiezen geen boodschappen te doen, zodat ze die avond kon eten.

Toen we aan het eind van haar hypothetische dag kwamen, zei ze dat ze honger had. Ik vatte samen dat ze moest eten, maar dat ze nog maar één lepel over had. Als ze zou koken, zou ze niet genoeg energie hebben om af te wassen. Als ze uit eten zou gaan, zou ze misschien te moe zijn om veilig naar huis te rijden. Toen legde ik ook nog uit, wat ik niet eens de moeite vond om in dit spel mee te nemen, dat ze zo misselijk was, dat koken waarschijnlijk toch niet meer ging. Dus, besloot ze om soep te maken, dat was makkelijk. Ik zei toen dat het pas 19.00 uur is, dat je de rest van de avond nog hebt, maar misschien één lepel overhoudt, zodat je iets leuks kunt doen, of je appartement schoonmaken, of klusjes doen, maar je kunt het niet allemaal doen.

Ik zie haar zelden emotioneel, dus toen ik haar overstuur zag, wist ik dat ik misschien tot haar doorgedrongen was. Ik wilde niet dat mijn vriendin van streek zou zijn, maar tegelijkertijd was ik blij dat eindelijk iemand me een beetje begreep. Ze had tranen in haar ogen en vroeg zachtjes: "Christine, hoe doe je dat? Doe je dit echt elke dag?" Ik legde uit dat sommige dagen erger waren dan andere; sommige dagen heb ik meer lepels dan de meeste. Maar ik kan het nooit laten verdwijnen en ik kan het niet vergeten, ik moet er altijd aan denken. Ik gaf haar een lepel die ik in reserve had gehouden. Ik zei eenvoudig: "Ik heb geleerd te leven met een extra lepel in mijn zak, als reserve. Je moet altijd voorbereid zijn."

Het is moeilijk, het moeilijkste wat ik ooit heb moeten leren is het rustig aan te doen, en niet alles te doen. Ik vecht hier nog steeds tegen. Ik haat het om me buitengesloten te voelen, om te moeten kiezen om thuis te blijven, of om dingen niet gedaan te krijgen die ik wil. Ik wilde dat ze die frustratie voelde. Ik wilde dat ze begreep dat alles wat anderen doen zo gemakkelijk gaat, maar het voor mij het honderd kleine klusjes in één zijn. Ik moet nadenken over het weer, mijn temperatuur die dag en de plannen voor de hele dag, voordat ik een bepaald ding kan aanpakken. Terwijl andere mensen gewoon dingen kunnen doen, moet ik het aanvallen en een plan maken alsof ik een oorlogsstrategie aan het uitstippelen ben. Het is in die levensstijl, het verschil tussen ziek en gezond zijn. Het is het mooie vermogen om niet te denken en gewoon te doen. Ik mis die vrijheid. Ik mis het om nooit "lepels" te hoeven tellen.

Nadat we emotioneel waren en er nog wat langer over spraken, voelde ik dat ze verdrietig was. Misschien begreep ze het eindelijk. Misschien beseftte ze dat ze nooit echt en eerlijk kon zeggen dat ze het begreep. Maar nu zou ze tenminste niet meer zo klagen als ik op sommige avonden niet mee uit eten kan gaan, of als ik nooit bij haar thuis schijn te kunnen komen en zij altijd naar mij moet rijden. Ik gaf haar een knuffel toen we het restaurant uitliepen. Ik had die ene lepel in mijn hand en ik zei: "Maak je geen zorgen. Ik zie dit als een zegen. Ik ben gedwongen na te denken over alles wat ik doe. Weet je hoeveel lepels mensen elke dag verspillen? Ik heb geen ruimte voor verspilde tijd, of verspilde lepels en ik heb ervoor gekozen om deze tijd met jou door te brengen."

Sinds die nacht heb ik de lepeltheorie gebruikt om mijn leven aan veel mensen uit te leggen. In feite verwijzen mijn familie en vrienden de hele tijd naar lepels. Het is een codewoord voor wat ik wel en niet kan doen. Als mensen de lepeltheorie eenmaal begrijpen, lijken ze mij beter te begrijpen, maar ik denk ook dat ze hun leven een beetje anders gaan leven. Ik denk dat het niet alleen goed is om Lupus te begrijpen, maar iedereen die met een handicap of ziekte te maken heeft. Hopelijk doen ze niet zoveel voor lief nemen of hun leven in het algemeen. Ik geef een stukje van mezelf, in elke zin van het woord als ik iets doe. Het is een binnenpretje geworden. Ik sta erom bekend dat ik gekscherend tegen mensen zeg dat ze zich speciaal moeten voelen als ik tijd met ze doorbreng, omdat ze een van mijn "lepels" hebben.

© Christine Miserandino

Zie meer op: <https://butyoudontlooksick.com/articles/written-by-christine/the-spoon-%20theory/#sthash.a7MFFTiD.dpu>

Emoties

1. **Wat kan angst ons leren?** Karen Thompson Walker | TEDGlobal 2012 - https://www.ted.com/talks/karen_thompson_walker_what_fear_can_teach_us#t-74665
2. **Je bent niet overgeleverd aan je emoties - je brein creëert ze**, Lisa Feldman Barrett | TED@IBM - https://www.ted.com/talks/lisa_feldman_barrett_you_aren_t_at_the_mercy_of_your_emotions_your_brain_creates_them?utm_source=facebook.com&utm_medium=social&utm_campaign=tedsread--a#t-15368
3. **Wat zit er in Mijn Hoofd en Waarom** - een post van Zona's Zone (een blog van Zona, een dame met Chronisch Vermoeidheidssyndroom, Fibromyalgie en Meervoudige Chemische Gevoeligheid)

"... Waar ik u over ga vertellen, zijn de emotionele aspecten van het omgaan met chronische ziekten, vooral chronische ziekten die het grote publiek nog niet als echt heeft aanvaard. Sommige van deze emotionele reacties worden direct veroorzaakt door chemische en andere blootstellingen en sommige zijn van het leven van dag tot dag met de ziekten. Ik ga ze hier niet van elkaar scheiden.

Angst – Hoewel niemand erover wil praten, is dit een groot probleem. Ten eerste zijn dit ziekten die vaak traag worden gediagnosticeerd. De symptomen zijn zo talrijk, zo gevarieerd, zo vreemd en vaak lijken ze op andere ernstige ziekten. Het is moeilijk voor te stellen dat je zo ziek kunt zijn en niet doodgaan. Voor mensen met MCS is er de reële dreiging dat je blootgesteld wordt aan iets dat je zou kunnen doden. Dan is er de angst dat je altijd pijn hebt en/of dat je het niet aankunt. Er is ook angst voor afwijzing en andere dingen die ik later noem. Angst is niet leuk om mee om te gaan!"

"...**Boosheid** – Ok, ik wil dit niet toegeven, maar ik beken dat ik soms boos ben. Ze zeggen dat dit een fase van rouw is, en inderdaad hebben we grote verliezen geleden. Meestal voel ik me niet boos, tenzij ik anderen zie die oneerlijk behandeld zijn, of verwaarloosd, die zoveel speciale behoeften hebben maar geen hulp krijgen.

Het duurt meestal niet lang nadat je ziek bent geworden en niet meer in staat bent om te werken en normaal te functioneren, voordat je ontdekt dat er andere repercussies zijn waar je niet eens aan gedacht had, zoals financiën en vriendschappen, het voorzien in basisbehoeften en leren dat zelfs als er enige hulp is, deze helaas tekortschiet en ver onder de maat is om in de

minimumbehoefte te voorzien. Dit geldt vooral voor jonge mensen die nooit een start op de arbeidsmarkt hebben gehad en niets aan Sociale Zekerheid hebben afgedragen. Het geldt ook voor vrouwen die van hun levenswerk hun huis en gezin hebben gemaakt. Niemand vindt het leuk om afhankelijk te zijn en nu heb je ontdekt dat er niets is waar je op kunt vertrouwen."

"...**Afgunst** – Af en toe groen zien is ook normaal. Het is niet dat je wilt dat familie en vrienden het ook zonder doen, het is meer dat je zo graag zou willen dat jij ook iets kon doen. Ik merk dat dit vooral geldt wanneer mensen om me heen de veronderstelling hebben gemaakt dat ik niet GEEF om dit of dat te doen, dat ik op de een of andere manier HOUD van ziek zijn. Het is zoals een vriendin me eens vertelde. Ze was jaloers op de kleine oude grijscharige dame naast haar die ging joggen en in de tuin werkte!

"... **Ontmoediging** – Ik heb al het onderzoek gelezen, alle suggesties geprobeerd, mezelf gepusht, mezelf rust gegund en NIETS lijkt veel verschil te maken. Vrienden begrijpen niet waarom ik niet naar hun huis wil komen, familie denkt dat ik doe alsof. Als ik meer doe om voor mezelf te zorgen, denkt iemand dat ik egoïstisch ben of mijn gezin verwaarloos. Als ik eerst voor de anderen zorg, word ik zieker. Zelfs met werken is er een probleem. Het beetje bijstand dat er voor sommige mensen is, kan tot niets worden uitgetrokken als ze zichzelf een beetje proberen te helpen. Het is allemaal van niets. Ontmoediging is waar we dagelijks mee te maken hebben."

"**Depressie** – Sommige mensen met deze chronische ziekten lijden erg aan depressie. Ze worden nog depressiever als ze horen dat mensen zeggen dat ze ziek zijn, OMDAT ze depressief zijn. Alsof ze niet echt ziek zijn, maar alleen depressief en dat ZIJ er daarom iets aan zouden moeten kunnen doen. Dit is gewoon NIET waar. Deze ziekten tasten de hersenen en de hersenfunctie aan. Sommige van de nodige medicaties doen dat ook. Tel daarbij op hoeveel ze hebben moeten opgeven om op het niveau te blijven waarop ze nu zijn en je begrijpt wel waarom iemand depressief zou zijn! Te horen krijgen dat je depressief bent, is ook niet bemoedigend of opbeurend."

"**Eenzaamheid** – Ik kan u niet in woorden vertellen over het alleen-zijn en de eenzaamheid die degenen onder ons voelen die tamelijk aan huis gebonden zijn. Eenzaamheid en alleen-zijn zijn verschillend. We voelen beide. Het maakt niet uit hoeveel anderen je kent met dezelfde ziekte, je bent nog steeds heel erg alleen in je eigen lichaam. Alle ziektes zijn zo. Het helpt wel om deel uit te maken van een steungroep of iets dergelijks. Dan is er de eenzaamheid. We zijn geïsoleerd, niet in staat om naar sociale gelegenheden te gaan zonder een grote prijs te betalen met onze gezondheid, voor sommigen levensgevaarlijk. Na een tijdje vallen vrienden weg omdat je niet langer dingen kunt doen met hen. Sommigen worden niet goed van het horen over alle symptomen of gefrustreerd omdat ze niet kunnen helpen. De meeste openbare ontmoetingsplaatsen zijn gevuld met dingen die onveilig zijn voor mensen met MCS. De meeste mensen met CVS of FM hebben niet het uithoudingsvermogen om deel te nemen. Dus na verloop van tijd merken ze dat ze meer en meer afgezonderd zijn van de rest van de wereld. Dagen achtereen zonder verandering van omgeving kan je ook nog eens 'cabin fever'

geven! Je wordt gek, maar hebt niet eens energie om gek te worden! Je verlangt er misschien naar dat een vriend op bezoek komt, maar als ze komen ben je zo uitgeput van je pogingen om je 'gezond' te gedragen dat je zou willen dat ze het bezoek afkapten. Je bent bang dat vrienden en familie dat verkeerd zullen opvatten en je wilt ze ook niet kwetsen."

"...**Rouw** – Na de eerste schok van ziek zijn komt een tijd van rouwen. Er is sprake van reële verliezen. Verlies van gezondheid, werk, vaardigheden, geld, levensstijl en vaak ook van vriendschappen en andere relaties. Er is een verlies van inkomen, verlies van plezier, en verlies van vrijheid. Vooral bij chronische ziekten, die elk deel van je wezen aantasten, heb je het gevoel dat je je oude ik kwijt bent. Met de erkenning van die verliezen komt een tijd van rouw. Net als bij andere ziektes volgt er ook een periode van boosheid. Terug willen vechten. Deze verliezen zijn heel echt en sommige zijn voor altijd."

"...**Afwijzing** – Ik ben bang dat veel te vaak mensen die gehandicapt zijn, niet kunnen werken of participeren, met raar klinkende onzichtbare symptomen, zich uiteindelijk afgewezen voelen. Soms is dat omdat ze afgewezen worden. We leven in een maatschappij die de meeste waarde hecht aan productiviteit. De meeste eigenwaarde komt van wat je 'doet' en wij kunnen niet veel doen. Soms worden we gemeden, soms zelfs uitgescholden! Als anderen zich zo gedragen, probeer ik me te herinneren dat ze bang zijn. Onze ziekte maakt hen bang. Het legt hun eigen kwetsbaarheid bloot en mensen voelen zich erg op hun gemak als ze zich kwetsbaar voelen. Wij zijn een herinnering voor hen dat niets in het leven zeker is, niets voor altijd. Dus is het vaak makkelijker voor hen om te ontkennen dat we echt ziek zijn dan om die mogelijkheid zelf onder ogen te zien. Soms komt de afwijzing door indirecte redenen gebrek aan inkomen. Maar wat de reden ook is, het doet pijn om je afgewezen te voelen. Soms voelen christenen die ziek zijn zich zelfs afgewezen door hun eigen kerk."

Waardeloosheid – In een maatschappij waar het eerste wat mensen je vragen is "wat doe je?", wat betekent "voor de kost", is het heel gemakkelijk om het gevoel te hebben dat je niets doet als je ziek bent. Veel mensen met deze ziekten hebben niet eens de kracht of de energie om gewone huishoudelijke taken uit te voeren, laat staan om een baan buitenshuis te hebben. Zelfs degenen die geen vermoeidheidsprobleem hebben, zijn zeer beperkt, omdat zij chemicaliën, stof, schimmel en andere dingen moeten vermijden. De vraag "wat doe je?" is dus nogal verwarrend.

Anderen lijken ons ook volgens die norm te beoordelen. Dus, wat is onze waarde? Ieder van ons die ziek is ondergaat deze vraag op zijn minst periodiek, en vooral tijdens lange periodes van 'crashes'. We weten niet eens meer wie we zijn. We zijn zeker niet meer zoals we waren voor de ziekte. We kunnen niet meer met onze kinderen spelen zoals vroeger, we kunnen zelfs niet meer uitgaan met onze partners. En we hebben het gevoel dat we altijd iets nodig hebben, hulp. We voelen ons erg afhankelijk van anderen en soms hebben we het gevoel dat anderen dat kwalijk nemen. We willen niet te veel vragen, want wat hebben we in ruil daarvoor te bieden? We leven in een maatschappij die onvolmaakte baby's wil elimineren en chronisch zieke mensen wil helpen om

zelfmoord te plegen, want wat voor leven zouden ze dan nog kunnen hebben???

"...**Angstig** – Ik krijg een aantal vrij bizarre symptomen, sommige beïnvloeden mijn denken en sommige veroorzaken angst uit zichzelf. Angst is zenuwslopend! Het is niet leuk om je angstig te voelen. Je hebt het gevoel dat je je op de een of andere manier moet beschermen tegen de volgende aanval, maar je hebt geen idee uit welke richting die kan komen of wat hij kan veroorzaken. Ja, bezorgdheid is gerelateerd aan angst, maar terwijl bezorgdheid je rimpels kan bezorgen, geeft angst je de kriebels. Sommige symptomen veroorzaken angst, zoals symptomen die een normale ademhaling belemmeren of een snelle hartslag veroorzaken. Andere veroorzaken het indirect, vooral pre-diagnose of nieuwe symptomen. Bij onzichtbare ziekten die de meeste mensen nog niet begrijpen of zelfs maar erkennen, worden de symptomen vaak verward met andere ernstige, levensbedreigende aandoeningen. Dat maakt ons ook angstig."

"...**In de war** – Oh boy, wat ben ik soms in de war. Ik vraag me af, "Ben ik gek? Zit dit allemaal in mijn hoofd zoals zovelen proberen te zeggen?" Ik vraag me af wat ik nu moet proberen, wat ik nu moet doen. Net als anderen vraag ik me af wat het waarom van het leven is, wat ik nu moet doen. En het grote ding is "naar wie moet ik luisteren?". Er zijn zo veel tegenstrijdige berichten en zo veel tegengestelde houdingen en meningen, zelfs in christelijke kringen. Wij christenen praten niet echt veel over het omgaan met tegenslag en krijgen meestal de boodschap dat het gewoon niet koosjer is om erover te praten of in het beste geval om te praten met een stijve bovenlip en een glimlach op ons gezicht. Soms is dat niet gemakkelijk."

"...**Vermoeidheid** – Soms worden we gewoon moe. Ik weet dat ik dat word. Het is meer dan de verpletterende vermoeidheid en zwaarte die de ziekte veroorzaakt. Het is een vermoeidheid van geest. Ik word er zo moe van om te moeten worstelen om de dag door te komen. Ik word moe van het omgaan met 'ziekteproblemen', dokters en gewoon het horen over ziekte. Toch is het nooit ver uit mijn gedachten, omdat daar voor mijn neus staat waar ik mee te maken heb. Sommige symptomen zijn moeilijk te negeren, zoals cognitieve symptomen. Ik word er moe van."

"...Ik zou nog veel meer over dit onderwerp kunnen zeggen, maar ik vermoed dat u genoeg gelezen hebt. De volgende keer dat je iemand met een chronische ziekte ziet, praat dan met ze en luister. Plaats jezelf in hun schoenen, zelfs als dat betekent dat je een van hun dagen moet meemaken om het beter te begrijpen. En het allerbelangrijkste, veroordeel hen niet."

Opleidingsprogramma medische begeleiding

Module 1 - Basis

door Shiri Ben Arzi & MCI - het Medical Coaching
Institute,

Israël Alle rechten voorbehouden.

Geen enkel deel van dit materiaal mag worden
gereproduceerd of overgedragen in welke vorm of op
welke manier dan ook, elektronisch of mechanisch,
inclusief fotokopiëren, opnemen of

door enig informatie-opslag- en opzoeksysteem,
zonder schriftelijke toestemming van de eigenaar.

Contactgegevens: MCI, Pinkas 4 St., Ramat Gan, Israël

Mail : office@mci-il.com

Tel : +972-522421045