

Zingevende counseling over prenatale screening op aangeboren afwijkingen

Linda Martin, PhD (psycholoog)^a, Marijke Hoiting (Coach, Counselor, Trainer, Verloskundige n.p.)^a, Janneke Gitsels-van der Wal, PhD (praktiserend verloskundige, theoloog)^{a,c}

^aMidwifery Science, AVAG, Amsterdam Public Health research institute, VU University Medical Center, Amsterdam, the Netherlands

^bAndata: Coaching en Training, Amsterdam

^cLavita: Verloskundigenpraktijk Zaandam

“Als arts moet ik me telkens weer afvragen welke boodschap de patiënt mij brengt. Wat betekent hij voor mij? Als hij niets voor mij betekent, heb ik geen aanknopingspunt. Alleen wanneer de arts zelf geraakt is, heeft zijn behandeling effect”. [Jung & Jaffé, 1963]

Samenvatting

Momenteel is er in Nederland en omliggende landen veel aandacht voor de implementatie van de Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT) t.b.v. prenatale screening op Down-, Edwards- en Patau-syndroom. Deze aandacht valt in Nederland samen met een breed erkende noodzaak de kwaliteit van de counseling over eerste én tweede semester prenatale screening op congenitale afwijkingen te behouden en te optimaliseren. Met name de hulp bij besluitvorming, een proces waarbij levensbeschouwing en zingeving zowel bij de cliënt als de counselor een rol spelen, biedt ruimte voor verbetering (Gitsels-van de Wal, 2015; Martin, 2015). Daarom zijn counselors vanaf 2017 o.m. verplicht zich te scholen in de vaardigheid om te counsellen (RIVM-CvB, 2017). Hierdoor kunnen counselors zich steeds verder bekwamen in het begeleiden van hun cliënten bij de besluitvorming over prenatale screening vanuit de basiswaarden van counseling waarbij zingevingsvraagstukken besproken worden; zingevende counseling.

Cliënt-gerichte counseling is een non-directieve vorm van cliënt begeleiding die vanuit de psychiatrie en psychologie ontwikkeld is (Jung & Jaffé, 1963; Mearns et al., 1997; Rogers, 1995). Bij de implementatie van non-directieve counseling in de medische wereld lijken een aantal basiswaarden nog niet geheel door medici geadapteerd te zijn. Mogelijk ontbreekt het aan voldoende inzicht in deze basiswaarden en aan een leidraad, die hen handvatten biedt om binnen de counseling bijvoorbeeld de waarden en levensbeschouwing van cliënten ten aanzien van het leven te bespreken.

In dit artikel beschrijven we, op basis van de literatuur, de oorsprong en visie waarop zingevende counseling over prenatale screening op aangeboren afwijkingen is gebaseerd. Met zingevende

counseling wordt bedoeld, dat er tijdens de counseling aandacht is voor zingelevingsvraagstukken zoals iemands kijk op het leven, het ongeboren leven en leven met een handicap / aandoening. Dit artikel vormt de basis waarop de *Reguliere bijscholing vaardigheid counseling prenatale screening* landelijk wordt aangeboden. Deze scholing gaat uit van het concept van Continuing Professional Education (CPE). Met andere woorden, de tweejaarlijkse scholing beoogt dat counselors een individueel proces van voortdurende professionele ontwikkelingen (Continuing Professional Development (CPD)) aangaan ongeacht de counselingskwaliteiten van de individuele professional op een bepaald moment. Iedere counselor heeft dus een ander startpunt, dat als vertrekpunt voor zijn / haar professionele ontwikkeling als counselor dient.

Inleiding

Person-centered therapy en person-centered counseling werd in de jaren 40 van de vorige eeuw ontwikkeld door de psycholoog Carl Rogers in aansluiting op de psychotherapie van de arts Jung (Engler, 1995; Jung & Jaffe, 1963; Rogers, 1995). In de counseling voor prenatale screening zijn de basisprincipes van deze beide visies geïncorporeerd. Om inzicht te geven in het waartoe van Rogers' basisprincipes van counseling beginnen we dit artikel met een overzicht van de vier bestaansdimensies van een mens die kunnen worden onderscheiden in relatie tot gezondheid en welzijn. Vervolgens worden de basisprincipes van counseling en de grondhouding van counselors beschreven en toegelicht in het kader van counseling over prenatale screening. Tot slot worden handvatten gegeven voor zingevende counseling over prenatale screening in de praktijk.

Gezondheid en welzijn

De WHO herschreef haar definitie van gezondheid in 2002 in het kader van palliatieve zorg: "*health is related to physical, psychosocial and spiritual challenges and experiences, and ought to be met like this*" (Dyer, 2011; WHO, 2002; ZonMw, 2016). Met andere woorden, gezondheid is niet per sé de afwezigheid van ziekte en wordt sterk bepaald door de individuele waarde die mensen toekennen aan elk van deze vier existentiële bestaansdimensies; te weten de fysieke-, psychische-, sociale- en spirituele dimensie ofwel zingelevingsdimensie en de mate waarin aan dimensie specifieke behoeften wordt voldaan (Van Deurzen-Smith, 1984; Dyer, 2011; Leijssen, 2013; Stolp, 2016). Deze benadering van gezondheid vormt het centrale uitgangspunt van dit artikel en voor de scholing vaardigheid counsellors prenatale screening.

De meeste mensen zijn min of meer vertrouwd met de eerste drie bestaansdimensies (bijvoorbeeld, de fysieke-, psychische-, sociale dimensie), in zoverre, dat ze er een beeld van hebben. De zingelevingsdimensie roept waarschijnlijk diversere reacties op van herkenning tot weerstand, want wat behelst die zingelevingsdimensie dan en meer specifiek, wat is de waarde daarvan in de zorg? Zingeving betreft gewoonlijk wat we noemen 'de grote levensvragen' ofwel existentiële levensvragen, zoals wat is voor mij van waarde in het leven? Vanaf wanneer is een leven een leven?

Wat is kwaliteit van leven? Wat is uitzichtloos lijden? En daarmee gaat zingeving over het *“levensbeschouwelijk en/of religieus functioneren van mensen (naar Jochemsen in: Takken, 2007). Religie wordt in navolging van NWO (Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek) opgevat als een brede beschrijvende term, die zowel gevestigde vormen van godsdienst aanduidt, als nieuwe vormen van religiositeit of levensbeschouwing benoemt. Deze functionele of pragmatische definitie benadrukt de – neutraliteit van de – vraag hoe mensen in het leven staan: hoe geven zij hun leven zin, hoe ervaren ze hun bestaan, ongeacht de inhoudelijke invulling ervan. Zingeving als antropologische entiteit behelst vooral een universeel individueel streven naar iets (‘hogers’ of transcendenten, dan wel meer aards) dat het alledaagse leven zin geeft en waarin mensen symbolen voortbrengen met een helende inspiratie.”* (Gijsberts, 2015; ZonMw, 2016). Vele mensen, zo niet iedereen, stellen zichzelf op zeker moment in het leven - al dan niet gekatalyseerd door een heftige emotionele gebeurtenis – dergelijke ‘grote levensvragen’. Daarmee is zingeving niet alléén voorbehouden aan mensen met een bepaald geloof of levensbeschouwelijke stroming (Prinds, 2014). Terwijl cliënten alle (onlosmakelijk met elkaar verbonden) dimensies van gezondheid even belangrijk vinden, staat in de huidige gezondheidszorg de (bio)medische dimensie en lichaamsfuncties centraal (ZonMw, 2016). Tijdens counseling voor prenatale screening zullen alle vier de dimensies, ook gezien de aard van het onderwerp, om aandacht vragen. Het besluit om wel of niet te kiezen voor prenatale screening hangt niet alleen samen met medische, test factoren maar ook met de waarden en levensbeschouwing van de cliënte en haar partner (Garcia, 2012; Gistels-van der Wal, 2015). Uiteraard zal het accent en de mate van aandacht voor een dimensie afhangen van de (al dan niet uitgesproken) hulpvraag van de cliënt. Hierna volgt een meer concrete toelichting per dimensie en hoe deze aan de orde kunnen komen tijdens counseling over prenatale screening.

De fysieke dimensie krijgt tijdens de counseling onder meer aandacht doordat de lichamelijke gezondheid van moeder, vader en kind in relatie tot eventuele aangeboren afwijkingen bevraagd wordt en tevens wordt besproken hoe eventuele aangeboren aandoeningen zich kunnen manifesteren (Martin, 2015; Sachs et al., 2015; RIVM-CvB, 2017). Daarnaast kan de fysieke dimensie ook op een andere manier een rol spelen tijdens de counseling, namelijk doordat de zwangere en haar partner met hun lichaamstaal een belangrijk deel van hetgeen ze beleven communiceren; de non-verbale communicatie. Omgekeerd geldt dit ook voor de lichaamstaal van de counselor. Hierbij dient zich uiteraard ook de vraag aan in hoeverre de verbale boodschappen (inhoudsniveau) van gesprekspartners overeenkomt met de non-verbale (betrekkingsniveau) (Van Staveren, 2015; Wouda et al., 2000). Tot slot kan de counselor aan het eigen lichaam waarnemen hoe zij/hij het gesprek ervaart (Leijssen, 2013).

De psychische dimensie is gerelateerd aan het ‘zelf’ of ‘onzelf’ inclusief persoonlijke ervaringen uit het verleden (bijvoorbeeld, confrontaties met persoonlijk verlies en de dood, denkbeelden over de toekomst zoals het ouderschap, zelfkennis en zelfbewustzijn). Deze dimensie kan tijdens de

counseling aandacht krijgen wanneer cliënten worden uitgenodigd te formuleren met welk doel ze zouden willen kiezen voor- of afzien van prenatale screening op aangeboren afwijkingen (Martin, 2015; Gitsels-van der Wal, 2015). Een antwoord als ‘Omdat ik zoveel mogelijk over de gezondheid van mijn kind wil weten’ kan de counselor bijvoorbeeld inzicht geven in de wijze waarop de cliënte omgaat met onzekerheid betreffende de gezondheid van haar ongeboren kind; haar coping stijl. De counselor kan dit inzicht vervolgens inzetten ten dienste van de cliënte en haar partner.

De sociale dimensie omvat onze relaties met anderen (dus ook die tussen counselor en cliënt), en betreft onze cultuur (bijvoorbeeld, normen, waarden), onze sociale status en onze etnische herkomst. Binnen deze dimensie valt ook de soms gevoelde confrontatie er alleen voor te staan (bijvoorbeeld, uiteindelijk ben ik alleen en niemand anders verantwoordelijk voor de keuze die ik maak om wel of niet te screenen op aangeboren afwijkingen) en het gevoel te falen. Binnen counseling komt de sociale dimensie nadrukkelijk aan de orden wanneer een zwangere samen met haar partner komt en zij beiden een andere keuze willen maken om niet of wel te screenen. Tevens kan de sociale dimensie aandacht krijgen wanneer gesproken wordt over culturele normen om wel of niet te screenen die door de cliënte ervaren worden (Gitsels-van der Wal, 2015).

Tot slot, de zingevingdimensie, die waarden, levensbeschouwing en existentiële levensvragen omvat. De beantwoording van levensvragen wordt, door de aard van deze vragen, niet volledig feitelijk en rationeel gedaan. Regelmatig wordt beschreven dat mensen antwoorden op existentiële vragen verkrijgen door in contact komen met iets dat de eigen persoon overstijgt, met een verrassend ‘wetend veld’ waaruit men inzichten krijgt (bijvoorbeeld, ineens wist/voelde ik welke keuze voor mij de goede was en waartoe) en dat niet te verklaren is binnen de huidige wetenschappelijk paradigma’s (Jung & Jaffé, 1963; Leijssen, 2013; Puett, 2016). In gesprek gaan over waarden en levensbeschouwing aangaande prenatale screening op aangeboren afwijking, kan bij de cliënte existentiële vraagstukken openleggen. Sommige cliënten worden zich immers eerst dan ten diepste bewust van het onderscheid tussen morele fictie (bijvoorbeeld, wat men denkt te zullen kiezen in een zwangerschap terwijl men nog niet zwanger is) en de morele werkelijkheid (bijvoorbeeld, de keuze die men wil maken tijdens de daadwerkelijke zwangerschap). Het ervaren van een eventuele kloof tussen morele fictie en morele werkelijkheid kan een ingrijpend moment zijn voor de cliënte (en haar partner) al dan niet leidend tot een existentiële transformatie.

Basisprincipes counseling

Rogers formuleerde bij zijn cliënte-gerichte counseling een aantal basisprincipes. Hij ging er, zoals bijvoorbeeld ook Jung, Maslow en Frankl (Jung et al., 1963; Engler, 1995; Leijssen, 2013), vanuit dat ieder mens de mogelijkheid heeft om zichzelf (onder normale omstandigheden) *te ontwikkelen als sociaalvoelend en handelend individu* en te groeien in vrijheid. Daarmee ging Rogers ervan uit dat elk individu in basis in staat is die keuzes te maken die voor dat moment passend zijn. Counseling kan vanuit dit oogpunt niet anders dan plaatsvinden vanuit een *gelijkwaardige relatie* waarin de

individuele competenties, rollen en onderlinge afhankelijkheid van de gesprekspartners erkend worden (Baart, 2016; Elwyn et al., 2013; Mearns et al., 1997). De counselor weet meer op het ene gebied (bijvoorbeeld, medisch expert prenatale screening) en de cliënte op een ander gebied (bijvoorbeeld, haar zingeving, normen, waarden). Door kennis, vaardigheden, inzichten en mogelijkheden met elkaar te delen, ontstaat er een *synergie tussen counselor en cliënte*, waardoor beide groeien als mens en de counselor als counselor (Baart, 2016; Jung et al., 1963; Rogers, 1995; Kalanithi, 2016). Binnen de counseling is de counselor er nadrukkelijk op gericht de cliënte als geheel te benaderen (bijvoorbeeld de cognitieve, affectieve en motivationele dimensies ofwel de denkwereld, gevoelswereld en drijfveren van een cliënte) en niet in apart te onderscheiden aspecten (bijvoorbeeld, de keuze betreffende prenatale screening alléén cognitief benaderen).

Anders gezegd, tijdens de counseling staat de counselor-clieënt relatie voorop; deze relatie is het voorwaardelijk fundament voor een goed gesprek (Martin, 2015). Door present ofwel werkelijk aanwezig te zijn in het gesprek (dat wil zeggen: ‘aligned’: de gedachten van de counselor dwalen niet af naar bijvoorbeeld een volgend of vorig gesprek, de persoonlijke emoties van de counselor vragen geen aandacht) en volledig gericht te zijn op- en aandacht te hebben voor de cliënte (‘attuned’) kan de counselor, leren zien wat er bij de cliënte op het spel staat van verlangens tot angst. Vanuit dat inzicht wordt dan helder wat er in het gesprek met deze cliënte gedaan kan worden en wie de counselor in dit gesprek voor deze cliënte kan zijn (bijvoorbeeld, met name de medisch expert of juist meer een coach of mediator tussen zwangere en partner) (Baart, 2016; Kalanithi, 2016; Jung et al., 1991; Mearns et al., 1997).

Grondhouding counselor

Tijdens de counseling, neemt de counselor zoals gezegd een grondhouding van presentie ofwel aandachtige aanwezigheid (aligned en attuned) aan, waardoor zij / hij een relatie opbouwt met de zwangere (en haar partner) op basis van vertrouwen en wederzijds begrip ten dienste van de besluitvorming over prenatale screening door de zwangere (en haar partner). De grondhouding van aandachtige aanwezigheid sluit gezien de aard van deze houding aan bij de psychosociale, maatschappelijke, culturele, economische en levensbeschouwelijke achtergrond van elke, individuele zwangere (Baart, 2016). Voorgaande leidt vervolgens ook tot de houding van non-directiviteit waarop bedoeld wordt als we het hebben over counseling over prenatale screening op aangeboren afwijkingen. Bij non-directiviteit wordt vaak gesproken over wat NIET mag ‘ik mag geen advies geven’. Hieronder gaan we in op wat WEL de bedoeling is.

Ten eerste is het de bedoeling dat de counselor de standpunten en emoties van de cliënte onvoorwaardelijk accepteert. Dit is iets anders dan deze standpunten en emoties goedkeuren of het ermee eens zijn. Gezien het feit dat cliënten, zoals alle mensen, de neiging kunnen hebben selectief informatie te zoeken en te onthouden, is het aan de counselor de cliënte te helpen met het verbreden van haar perspectief, zodat haar standpunt in een ander licht kan komen te staan (Leijssen, 2013;

Mearns et al., 1997; Rogers, 1995; Jung et al., 1967). Het doel daarvan is niet de cliënte over te halen een andere keuze te maken. Het doel is bestaande informatie asymmetrie te verkleinen opdat de cliënte een geïnformeerde keuze over prenatale screening kan maken (Martin, 2015).

Ten tweede komt non-directiviteit naar voren uit de onvoorwaardelijke, positieve waardering van de cliënte en haar keuzes ook als deze niet voldoen aan de normen van de counselor. Het gaat er hierbij om geen oordeel uit te spreken, noch non-verbaal een oordeel te communiceren en dus vertrouwen te hebben in de mogelijkheden van de cliënte haar eigen keuzes te maken (Mearns et al., 1997; Rogers, 1995; Jung et al., 1967). Door haar zo te benaderen stuurt de counselor niet de keuzes die de cliënte maakt, wel het proces dat zij doorloopt om tot die keuze te komen (Martin, 2015; Vanstone et al., 2012).

Ten derde is echtheid een basisvoorwaarde voor non-directiviteit. Echtheid gaat over authentiek, transparant en congruent zijn, zodat de communicatie van de counselor op betrekkningsniveau en inhoudsniveau dezelfde boodschap overbrengt. Echtheid kan de counselor bereiken door zelfonderzoek. Het is daarbij van belang na te gaan hoe de counselor informatie framed (bijvoorbeeld, u kunt aan het begin van de zwangerschap kiezen voor NIPT, CT en rond 20 weken krijgt u een echo aangeboden), eenzijdige framing te minimaliseren, na te gaan wat de eigen normen en waarden zijn ten aanzien van prenatale screening op aangeboren afwijkingen en uiteraard presentie te beoefenen tijdens de counseling (Mearns et al., 1997; Rogers, 1995; Jung et al., 1967).

Tot slot, empathie. Empathie kent in de psychotherapie verschillende niveaus, van aandacht voor wat de cliënt expliciet uitdrukt tot empathische interventies die nieuwe betekenissen reveleren (zie voor meer informatie Leijssen, 2004). Uitgangspunt van alle vormen van empathie is in staat zijn present te zijn tijdens een gesprek (aligned en attuned) en daarbij aandacht te hebben voor alle bestaansdimensies van de cliënte. Empathie gaat over het niet veroordelen van de cliënte en een professionele discipline van zelfonderzoek en leren om zicht te krijgen op eventuele 'veroordelingen'. Door empathische interventies kan de cliënte beter naar zichzelf kijken, het helpt haar bewust worden van wat er is; het maakt de weg open voor een betere benadering van wat het probleem of dilemma echt blijkt te zijn. Het is aan de zorgverlener om oog te hebben voor onderliggende motieven en emoties en daar ruimte voor te maken. Tot slot, is ook het oog hebben voor cliënten die niet willen vertellen wat hen beweegt of raakt en dit te respecteren een vorm van empathie (Leijssen, 2013). Hoever kan een zorgverlener gaan in zijn / haar empathie? De kunst is voeling te houden met de persoonlijke complexiteit van de cliënt, zonder te belanden in een al te grote persoonlijke betrokkenheid. Professionele afstand is van waarde, omdat de professional alleen op deze manier blijvend kan beschikken over al zijn / haar cognitieve vermogens en deze in dienst kan stellen van de cliënt door andere perspectieven aan te dragen dan de cliënt kan zien. Het echte meeleven in een

wederkerige relatie op dat gebied wordt daarmee overgelaten aan de directe sociale omgeving van de cliënt.

Opbouw zingevende counseling

Voorafgaande heeft duidelijk gemaakt dat u als counselor zelf het instrument bent waarmee de kwaliteit van de counseling die u geeft bepaald wordt. ‘Goede’ counseling begint daarom bij uzelf en daarmee met zelfonderzoek, het stellen van vragen aan uzelf als mens en counselor. Relevante vragen kunnen dan zijn: In hoeverre vindt u dat al uw cliënten een goede keuze kunnen maken over prenatale screening? Wanneer is voor u een leven een leven? Hoe kijkt u aan tegen het leven met een handicap? Wat is voor u kwaliteit van leven? Hoe kijkt u aan tegen zwangerschapsafbreking? Waar staat u ten opzichte van de twee uiterste posities ‘lot of maakbaarheid’? Wat voelt u als een cliënte haar zwangerschap wil afbreken nadat op het SEO een klompvoet te zien was? Inzicht in uw antwoorden op dergelijke existentiële vragen, en inzicht in uw eigen cognities, emoties en intenties betreffende counseling over prenatale screening kan u bewust maken van de wijze waarop u counselt en de keuzes die u daarin maakt. Deze bewustwording biedt u vervolgens handvatten voor uw professionele ontwikkeling als counselor.

Vervolgens is het voorafgaand aan elk gesprek van belang dat de counselor stil staat bij het doel van counseling over prenatale screening; te weten het begeleiden van de cliënte bij het maken van een geïnformeerde keuze wel of niet prenatale screening uit te laten voeren, in overeenstemming met haar levensbeschouwing (Gitsels- van der Wal, 2015; Elwyn et al, 2013; Garcia, 2012; RIVM, 2017).

Daarvoor zijn, zoals eerder genoemd, twee rollen van belang, de rol van medisch expert op het gebied van prenatale screening en de aandoeningen waarop deze zich richt en de rol van coach / counselor, die het besluitvormingsproces van de cliënte faciliteert (Martin, 2015).

Het vertrekpunt van de counseling is vervolgens de cliënte, haar waarden t.a.v. prenatale screening op aangeboren afwijkingen, haar voorkennis en wat zij van u als counselor nodig heeft. Een eerste gespreksthema zou daarom kunnen zijn na te gaan in hoeverre de cliënte informatie wenst over eventuele afwijkingen bij haar ongeboren kind en waartoe (Martin, 2015; Gitsels-van der Wal, 2015).

Een aansluitend thema is dan wat voor aandoeningen de cliënte met name zou willen weten en waartoe. Daarmee komt men direct op meer existentiële vragen als wat is de waarde van (ongeboren)leven en wat is kwaliteit van leven. Bovendien wordt helder in hoeverre cliënte kennis heeft van de aandoeningen waarop prenatale screening gericht is.

Het gesprek keert zich als het ware om ten opzichte van de traditionele wijze eerst uitleg geven en dan in gesprek over de beslissing. De counselor begint in de rol van coach/counselor te exploreren wat de cliënte weet, wat voor haar van waarde is, hoe haar levensbeschouwelijke overwegingen zijn ten aanzien van prenatale screening. De counselor neemt de rol van medisch expert op, op het moment dat de cliënte asymmetrische kennis blijkt te hebben en / of kennis hiaten. De informatie-uitwisseling die vervolgens plaatsvindt is daarmee dienend aan wat de cliënte weet en nog niet weet en passend bij

de informatieplicht die counselors hebben. Als deze twee componenten van counseling bij elkaar zijn gekomen, de inhoud en de wijze waarop de cliënte deze inhoudt percipieert en waardeert kan het zijn dat de cliënte zich voor een dilemma gesteld ziet; geen enkele keuze lijkt optimaal en/of de kloof tussen morele fictie en morele werkelijkheid lijkt lastig te overbruggen en/of cliënte en haar partner hebben een andere voorkeur. Op dat moment start dilemma-counseling.

Een concrete manier om dilemma counseling vorm te geven is het samen met uw cliënte opstellen van een beslissingsbalans. U stelt zich op als coach en vat het voorafgaande gesprek samen in de vorm van een balans. U zet samen de voors- en tegens van het doen van prenatale screening zoals de cliënte die ervaart op een rijtje. Een goede balans doet beide kanten van het dilemma, de ambivalentie recht. De kunst is dus beide kanten van de balans evenveel nadruk te geven, zowel verbaal als non-verbaal. Om dit te bewerkstelligen is het van belang voegwoorden als 'aan de ene kant hoor ik u zeggen ... EN aan de andere kant zegt u ...' of 'en tegelijk' of 'en toch' te gebruiken en het woordje 'maar' te vermijden, omdat dit hetgeen eraan voorafging diskwalificeert. Tot slot kunt een beslissingsbalans maken met behulp van scenario's 'hoe zou het voelen / wat zou er gebeuren als u... en wat als u niet...' (Van Staveren, 2015). Het gesprek kan afgerond worden met de vraag wat de cliënte nog nodig heeft om een beslissing te kunnen nemen, dat hoeft echter niet. Het voornaamste is dat u uw cliënte aan het denken gezet hebt en dat u zich realiseert dat een beslissing over prenatale screening op aangeboren afwijkingen een proces betreft. Een proces dat (in zekere zin onverwacht) langer doorloopt indien een cliënte kiest voor prenatale screening en de uitkomst daarvan een verhoogde kans op het krijgen van een kind met een aangeboren afwijking is (Martin, 2015; Van Zwieten, 2006).

Referenties

Engelstalg

- Dyer AR. (2011). The need for a New “New medical Model”: A bio-Psychosocial-Spiritual Model. *South Med J*.
- Van Deurzen-Smith, E. (1984). Existential therapy. In: Dryden W, editor. *Individual therapy in Britain*. London: Harper & Row
- Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, Cording E, Tomson D, Dodd C, Rollnick S, Edwards A, Barry M (2013). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *J Gen Intern Med* 27(10):1361–7
- Engler, B. (1995). *Personality Theories: an introduction*. Houghton Mifflin Company, Boston
- Garcia, E. (2012). *In search of motherhood*. Radboud Universiteit Nijmegen. Prom./coprom.: prof. dr. E. van Leeuwen, prof. dr. D.R.M .Timmermans.
- Gitsels-van der Wal (2015). Religious beliefs in decision-making and counselling around prenatal anomaly screening: Views of pregnant Muslim Turkish and Moroccan women and midwives. PhD project VUmc. <http://dare.ubvu.vu.nl/handle/1871/52799>
- Gijsberts, M.J.H.E. (2015). Spiritual care at the end of life in Dutch nursing homes. A mixed method study. PhD project, VUmc: <http://dare.ubvu.vu.nl/handle/1871/53575>
- Helminski, K.E. (2017). *Living Presence: The Sufi Path to Mindfulness and the Essential Self*. Tarcher Cornerstone Editions
- Kalanithi, P., Verghese, A. (2016). *When breath becomes air*. Uitgeverij: Random House
- Martin, L. (2015). Counseling for prenatal anomaly screening: Parents perspectives, midwives, perspectives, and client-midwife communication. PhD project VUmc. <http://dare.ubvu.vu.nl/handle/1871/52798>
- Mearns D., Thorne B. (1997). *Person-centred counseling in action*. Sage publications, London.
- Prinds, C. (2014). *Motherhood transition through an existential lens. Meaning-making among Danish first-time mothers*. PhD project, University of Southern Denmark
- Puett, M. (2016). *The Path. What the Great Chinese Philosophers Can Teach Us About the Good Life*. Penguin Books UK
- Rogers, C.R. (1995). *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. Constable Company Ltd, London
- Vanstone, M., Kinsella, E.A., Nisker, J. Information-Sharing to Promote Informed Choice in Prenatal Screening in the Spirit of the SOGC Clinical Practice Guideline: A Proposal for an Alternative Model. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* Volume 34, Issue 3, March 2012, Pages 269-275.
- Van Zwieten, M. (2006). *The Target of Testing. Dealing with ‘unexpected’ findings in prenatal diagnosis*. PhD project, Amsterdam: University of Amsterdam

Nederlandstalig

- Baart, A (2016). Aandacht: Etudes in Presentie. Boom Lemma Uitgevers
- Jung, C.G., Jaffe, A. (1991). Herinneringen, dromen en gedachten. C.G. Jung een autobiografie. Uitgeverij Lemniscaat (oorspronkelijke titel: Erinnerungen, Träume, Gedanken).
- Leijssen, M. Empathie als instrument voor effectieve geneeskunde. Gepubliceerd: Leijssen, M. (2004). Empathie als instrument voor effectieve geneeskunde. In M. Leijssen & N. Stinckens, Wijsheid in gesprekstherapie (pp. 313-332). Leuven: Universitaire Pers Leuven.
- Leijssen, M. (2013). Leven vanuit Liefde. Een pad naar existentieel welzijn. Lannoo, Tielt (pp 14 e.v.)
- RIVM (2017). Kwaliteitseisen counselor prenatale screening. (Versie 7, vastgesteld door het RIVM-CvB na advisering door de Programmacommissie Prenatale Screening op 23 maart 2017)
- Van Staveren, R. Patiëntgericht communiceren; gids voor de medische praktijk. 2015 De Tijdstroom (H: Gezamenlijke besluitvorming)
- Stolp, H. (2016, 3^{de} druk). Waar haal je het vandaan? Mijn weg naar het esoterisch Christendom. Ankh Hermes (pp. 85 e.v.)
- Vosselman, M., Kick Van Hout, K. Zingevende gespreksvoering: Helpen als er geen oplossingen zijn. Boom Nelissen 2013
- Wouda, J., Van de Wiel, H., van Vliet, K. (2000). Medische communicatie. Gespreksvaardigheden voor de arts. De Tijdstroom, Leusden.
- ZonMw, 2013. Positieve gezondheid in de praktijk, Verslag Invitational Conference, 19 november 2013. Toegankelijk via: <http://www.nphf.nl/actueel/nieuws/140207/verslag-invitational-conference-positieve-gezondheid-praktijk/>
- ZonMw, 2016. Signalement over Zingeving in zorg. Zingeving in de zorg: De mens centraal. Aandacht voor zingeving in de zorg draagt bij aan verbetering van kwaliteit van zorg. <https://publicaties.zonmw.nl/zingeving-in-de-zorg/>