

Een wankel evenwicht, leven met het Chronisch Vermoeidheidssyndroom.



Vraagstelling:

Welke interventies kunnen worden toegepast om het werken aan spanningsregulatie binnen de Psychomotorische therapie (PMT) toepasbaar te maken voor patiënten met CVS, in de stabiliteitsfase van de behandeling, die inzicht willen verkrijgen in hun psychische belastbaarheid?

Afstudeer project van Aline Bredewoud.

Case study

Student nummer: 204888

Scriptie begeleider: dhr. P. Verschuur

Scriptie beoordelaar: mevr. J. Verhoeven

Voorwoord.

Een zware vermoeidheid die niet over ging door een goede nachtrust, gecombineerd met een diversiteit aan bijkomende andere klachten, waren jarenlang mijn realiteit. Tijdens mijn intensieve revalidatie, heb ik veel geleerd van mijn gevecht met het chronisch vermoeidheidssyndroom; afgekort CVS. Ik zeg bewust geen gevecht tegen, maar een gevecht met de ziekte. Het vechten tegen de ziekte heeft lange tijd onnodig veel energie gekost, maar het vechten met de ziekte heeft mij veel opgeleverd. Ik werd gedwongen om te leren luisteren naar de aandoening die zich door de jaren heen met mij verweven had. Mijn revalidatie ben ik gaan zien als een dialoog met CVS. De meest nuttige dialoog was die waarin ik kon concluderen dat ik mijn eigen klankbord en heelmeester moest worden.

Ik heb een ruwe zee moeten bevaren om op het punt te komen dat ik het voorwoord kon gaan schrijven voor mijn scriptie. Het is één van de bewijzen dat CVS een geduchte en waardevolle tegenstander heeft gevonden in mij. Uitdagingen zijn een grote drijfveer in mijn leven, maar de grootste uitdaging is toch de confrontatie met CVS. Deze confrontatie leerde mij dat het hard nodig was om met een kritische blik naar mijn leven te kijken. Een scriptie schrijven over de aandoening die jaren mijn leven heeft vormgegeven is een geweldige ervaring. Naast de invaliderende invloed van CVS op mij, is het ook een inspiratiebron geworden. Ik ben er tijdens mijn revalidatie van overtuigd geraakt dat de afgenomen gezondheid omkeerbaar was. Het is geen gemakkelijke opgave, maar herstel is zeker mogelijk. Door mijn eigen ervaring te gebruiken om een oefenprogramma vorm te geven, hoop ik nog beter aan te kunnen sluiten bij de problematiek van veel CVS patiënten. Ik ben van mening dat ik het intense en invaliderende karakter van CVS pas begrepen heb door het zelf te ervaren.

Dit voorwoord wil ik gebruiken om stil te staan bij de mensen die mij ondersteund hebben tijdens het afronden van mijn studie. Ik weet zeker dat al die lieve mensen weten dat ik grote dank koester voor de tijd die zij hebben weten vrij te maken toen ik een luisterend oor zocht. Ook dank voor de momenten dat jullie hebben geluisterd naar mijn onuitputtelijk enthousiasme, hoe verwarrend en chaotisch ik op zulke momenten ook kon zijn. Ik voel me gelukkig geprezen met een aantal mensen die net als ik is blijven geloven dat 2010 een productief jaar werd voor mij. Dank voor jullie betrokkenheid en inspiratie!

Mijn dank is overweldigend richting de begeleiders van school die mij hebben laten zien wat individueel begeleiden en motiveren inhoudt. Met een benadering tussen kritisch en empatisch heb ik mij gesteund weten te voelen binnen de opleiding. Ook de begeleiding vanuit het centrum voor bewust bewegen Motus in Hattem was inspirerend. Hier is het brainstormen over een oefenprogramma voor patiënten met vermoeidheidsproblematiek immers begonnen. Iemand die het verdient om hier nadrukkelijk met naam te worden genoemd, is mijn hond en trouwe vriend Maistro. Ik kan moeilijk in woorden uitdrukken wat de impact is van zijn bestaan in mijn leven. Tijdens de moeilijkste periode in mijn korte leven heeft hij invloed op mij gehad waar geen mens aan kon tippen.

Er wordt veel geschreven over CVS. In deze scriptie probeer ik mijn ervaring met deze aandoening met divers wetenschappelijk materiaal te koppelen; experience based en evidence based. Mijn inspiratie komt van een aantal specialisten die jarenlang praktijkervaring hebben met het behandelen van CVS patiënten.

Ik wens u veel plezier met het lezen van mijn scriptie. Mijn overtuiging is dat mijn lichaam en geest een prachtig geschenk zijn, welke ik met respect ben gaan behandelen.

Diamond, H (1980) omschreef gezondheid als “ uw geboorterecht. Het hoort de normale staat te zijn waarin we verkeren, niet de uitzondering”

Inhoudsopgave.

1. Inleiding	Pg. 5,6
2. De doelgroep; patiënten met het Chronisch Vermoeidheidssyndroom, CVS.	Pg. 7
2.1 Chronische vermoeidheidsklachten met een medische verklaring:	
Structurele vermoeidheidsklachten als symptoom van een afwijking of stoornis.	Pg. 7
2.2 Het Chronisch Vermoeidheidssyndroom, CVS.	Pg. 7
2.2.1.CVS, een syndroomnaam.	Pg. 7
2.2.2.CVS of M.E (myalgische encefalomyelitis).	Pg. 7,8
2.2.3.De diagnose CVS.	Pg. 8,9
2.2.4.Symptomen.	Pg. 9
2.2.5.Functionele beperking: CVS patiënten onderverdeelt in categorieën.	Pg. 10
3. Referentiekaders	Pg. 11
3.1 Stresstheoretische benadering	Pg. 11
3.1.1 Het Stressconcept.	Pg. 11
3.1.2 Stressontwikkeling en CVS.	Pg. 12
3.2 Het een model van voorbeschikkende, uitlokkende en onderhoudende factoren.	Pg. 12,13
3.3 Biopsychosociaal perspectief.	Pg. 13
3.3.1 De psychologische en sociale componenten.	Pg. 13
3.3.2 De biologische bril.	Pg. 13
3.4 Het een model van voorbeschikkende, uitlokkende en onderhoudende factoren binnen een biopsychosociaal perspectief.	Pg. 14
3.4.1 De ontwikkeling tot CVS; de combinatie tot het chronificeren.	Pg. 14-17
4. De behandeling; een PMT oefenprogramma	Pg. 18
4.1 Stabiliteitsfase van een behandeling gericht op CVS.	Pg. 18
4.2 Indicaties en contra-indicaties voor deelname aan het oefenprogramma.	Pg. 18
4.3 Randvoorwaarden voor de deelnemer	Pg. 18,19
4.4 Doel van de behandeling.	Pg. 19
4.5 PMT modaliteiten.	Pg. 19
4.6 Groepsbehandeling.	Pg. 20
5. Casuïstiek.	Pg. 21,22,23
6. Psychotherapeutisch referentiekader.	Pg. 24
6.1 Cognitief-gedragstherapeutisch (CGT).	Pg. 24
6.2 Cliënt centered.	Pg. 25
7. Interventies om spanningsregulatie binnen de PMT toepasbaar te maken voor CVS patiënten.	Pg. 26
7.1 Opheldering referentie kader binnen het oefenprogramma; psycho-educatie omtrent CVS.	Pg. 26, 27
7.2.Interventies gericht op de beperkte fysieke belastbaarheid	Pg. 27,28
7.3 Interventies gericht op de neurologische problemen.	Pg. 28
7.4 Verminderen van de fysieke en psychische spanning; ontspanningsmethodieken.	Pg. 28,29
7.5 Interventies gericht op de psychische belastbaarheid; het doen afnemen van de somatische attributie, vermijdingsangst en laag self-efficacy.	Pg. 29
7.6 Interventies gericht op acceptatie	Pg. 30
8. Conclusies	Pg. 31
9. Literatuurlijst	Pg. 33,34
10. Bijlagen	Pg. 35

1. Inleiding

De wetenschap wordt geconfronteerd met duizenden mensen wereldwijd die zich ernstig ziek voelen, maar voor wie er nog geen eenduidige officiële medische verklaring is gevonden. Patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom (afgekort CVS) verdienen het om een brede benadering te hanteren voor de klachten om zo het totale ziektebeeld te leren begrijpen. Meijer (2000, p. 29) omschrijft gezondheid als “de aanwezigheid van somatisch, psychisch en sociaal welbevinden”, en een chronische afgenomen gezondheidstoestand kan ook bekeken worden vanuit een verstoring binnen deze drie aspecten. De biopsychosociale benadering van de klachten biedt richtlijn voor de behandeling.

Het is niet verbazing wekkend dat er zoveel mensen zijn die te maken hebben met vermoeidheidsklachten, in welke vorm en omvang dan ook. Volgens cijfers van het vermoeidheidscentrum “klaagt een derde van de Nederlandse bevolking over vermoeidheid en heeft 16 % van de huisartsbezoeken te maken met klachten over vermoeidheid”. De randvoorwaarden om deze klachten te ontwikkelen zijn in ruime mate aanwezig; van overmatig eten en drinken tot op hoog niveau willen presteren op de werkvloer. Het is een tijdperk waarin stress voor bijna niemand meer onbekend is. Het lijf en de psyche worden door velen niet langer meer gekoesterd, maar eerder gebruikt als middel om in hoge mate aan de eisen van de prestatie gerichte maatschappij te voldoen. Het heet een warm welkom aan “de stressgebonden aandoeningen”.

Binnen deze scriptie richt ik mij op de groep patiënten met CVS, waarvan het vermoeden steeds meer bevestigd wordt dat het een aandoening is waarbinnen de klachten stressgerelateerd zijn. De Nederlandse zangers Nick en Simon (2007) geven in hun song “kijk omhoog”, een prachtige en simpele weergave waar het bij stressgerelateerde problematiek over kan gaan; “je hoofd vol met zorgen houdt je lichaam in zijn macht”. Een zin die goed weergeeft wat de wisselwerking is tussen lijf en psyche en een suggestie doet over de rol die cognities spelen binnen de instandhouding van CVS. Er is een duidelijke rol weggelegd voor de angsten en spanningen die in het hoofd van de patiënt zijn ontstaan na de confrontatie met een afgenomen gezondheidstoestand. Deze “hoofdzaken” hebben ervoor gezorgd dat er chronische gezondheidsklachten zijn ontstaan, met aan de basis een overbelast stresssysteem. Een behandeling van CVS moet meer gericht worden op deze “hoofdzaken”, anders blijft het effect van een fysiek opbouwprogramma- waar veel CVS patiënten voor worden geïndiceerd- uit. De herstel bevorderende werking van bewegen bij deze doelgroep blijft op deze wijze volledig buiten beeld. Het indringende en invaliderende karakter van CVS lijkt parallel te lopen met de complexiteit en intensiviteit van het herstel proces.

De vraagstelling die centraal staat binnen deze scriptie is als volgt geformuleerd:
Welke interventies kunnen worden toegepast om het werken aan spanningsregulatie binnen de Psychomotorische therapie (PMT) toepasbaar te maken voor patiënten met CVS, in de stabiliteitsfase van de behandeling, die inzicht willen verkrijgen in hun psychische belastbaarheid?

Parallel hieraan ontwikkelde zich een tweede doel voor deze scriptie, namelijk een oefenprogramma die de context vormt waarbinnen de interventies kunnen worden uitgevoerd. Een aantal sessies voor dit oefenprogramma is te vinden als bijlage.

Deze scriptie en vraagstelling zijn mede tot stand gekomen door de vraag die mij werd voorgelegd toen ik klaar was met mijn eigen behandeling bij het centrum voor bewust bewegen “Motus” in Hattem. De vraag was of ik een oefenprogramma kon ontwikkelen, dat ik ook zelf kon gaan aanbieden en waarbinnen ik mijn ervaring kon aanspreken om een goede aansluiting te vinden bij CVS patiënten. Mijn opvatting is heel duidelijk; er moet voorafgaand aan een opbouwprogramma sprake zijn van een stabiele, voornamelijk psychische basis. Deze moest in mijn ogen worden bereikt voorafgaand aan de opbouw fase. Het herstellend effect van opbouwend bewegen is mijns inziens al bewezen. De ervaring leert echter dat veel CVS patiënten die hiervoor geïndiceerd worden een wankel basis hebben, waardoor een opbouwprogramma amper tot geen resultaat heeft. Het lijkt of het ontbreken van een solide basis verantwoordelijk is voor het terugvallen in de oude gezondheidstoestand.

Belangrijk om te vermelden is dat ik door mijn ervaring met deze aandoening erg veel literatuur door heb gelezen. Binnen deze scriptie is experience met evidence verweven, waardoor ik niet altijd goed kan onderscheiden welke gedachtegangen toebehoren aan mijzelf of welke overgenomen zijn uit literatuur. Om geen tekort te doen aan de schrijvers wil ik hier graag de namen en boeken vermelden van waaruit ik voornamelijk mijn kennis heb opgedaan. Op het gebied van etiologie en pathofysiologie heb ik mijn schrijven voornamelijk gebaseerd op de volgende boeken:

Houdenrove, B van. (2001). *Moe in tijdens van stress; luisteren naar het chronisch vermoeidheidssyndroom*

Houdenrove, B van. (2005). *In wankel evenwicht; over stress, levensstijl en welvaartsziekten.*

Houdenrove, B van. (2007) *Stress, het lijf en het brein; Ziekten op de grens tussen psyche en soma.*

Houtveen, J. (2009). *De dokter kan niets vinden.*

De hoofdstukken die gaan over het interveniëren en de psychotherapeutische referentiekaders is voornamelijk gebaseerd op het boek :

Meijer, K (1992). *Handboek psychosomatiek* Pool G, Heuvel F, Ranchor A van, Sanderman Vandereyken, W & Deth, R van (2003) *Psychotherapie, van theorie tot praktijk*

R (2004) *Handboek psychologische interventies bij chronisch somatische aandoeningen.*

”De afgelopen tien jaar heb ik zware klappen gekregen, ik heb leren leven met een onverklaarbare, slopende vermoeidheid die komt en gaat, die me weken lang lamlegt, weer afneemt en voor enkele dagen hoop op beterschap geeft. Valse hoop”, aldus Luk Saffloer in zijn boek: Te Moe om te sterven; overleven met het chronisch vermoeidheidssyndroom.

2. Doelgroep; Patiënten met het Chronisch Vermoeidheidssyndroom (CVS).

2.1 Chronische vermoeidheidsklachten met een medische verklaring: Structurele vermoeidheidsklachten als symptoom van een afwijking of stoornis.

De dualistische visie die nog sterk aanwezig is binnen de hedendaagse geneeskunde komt “onder meer tot uiting in de aanname dat er overeenstemming bestaat tussen objectief aantoonbare lichamelijke stoornissen (ziekte of disease) en het subjectieve ziektegevoel (illness)” volgens van der Molen, Perreijn & van den Hout (1997, p 561). De klachten worden nog vaak vanuit een rechtlijnig biomedisch- of psychologisch verklaringsmodel bekeken. Als een persoon zich meldt met abnormale vermoeidheidsklachten die over langere periode aanwezig zijn, zal er eerst gezocht worden naar sporen die wijzen op een lichamelijke oorzaak voor de klachten. Door middel van uitgebreid bloed, urine en radiodiagnostisch onderzoek wordt er getracht een verklaring te vinden voor de klachten. Vermoeidheid kan een teken zijn van een ziekte of stoornis, zowel op lichamelijk als psychisch vlak. Ontbreekt er een duidelijke lichamelijke verklaring, dan is de geneeskunde snel geneigd om er een etiket op te plakken die duidt op een psychische oorzaak. Dit niet zonder valide reden, er is een grote diversiteit in psychiatrische ziekten en psychische stoornissen die als symptoom langdurige of chronische vermoeidheidsklachten hebben, bijvoorbeeld: overspannen, depressie, angst- en stemmingsstoornissen en de burn-out. Daarnaast is er een groot aantal somatische aandoeningen die gepaard gaan met min of meer langdurige vermoeidheid, bijvoorbeeld: endocriene-, reumatologische-, neuromusculaire-, infectieuze of hematologische oorzaken. Daarnaast gaan kanker, organische afwijkingen en chronisch intoxicaties ook vaak gepaard met vermoeidheidsklachten.

2.2 Het Chronisch Vermoeidheidssyndroom, CVS.

2.2.1. CVS, een syndroomnaam.

Houtveen (2009, p 26) “In de loop van de tijd zijn er een aantal syndroomnamen ontstaan voor clusters van medische onverklaarbare klachten” Syndroomnamen vormen vaak een vergaarbak en een paraplueterm voor klachten die (deels) niet te verklaren zijn vanuit een medische oorzaak, of voor patiënten bij wie de beperking in geen verhouding staat met de stoornis. Houtveen (2009, p26) “een verzameling van tezamen voorkomende klachten noemen we een syndroom”. CVS is een van de syndromen die (nog steeds) valt onder medisch onverklaarde klachten. Indeling in de syndromen berust vaak op de hoofdklacht, maar vertoont ook vaak een relatie met de medische specialist waarbij de patiënt (in eerste instantie) terecht is gekomen.

Volgens de Nederlandse ME/CVS vereniging (2009, p 5) “wordt het aantal patiënten in Nederland geschat op ongeveer 30.000-40.000.

2.2.2 CVS of ME (myalgische encefalomyelitis).

De meest bekende reactie bij het noemen van de benaming CVS, als beschrijving van een afgenomen gezondheidstoestand met de hoofdklacht vermoeidheid, is dat er vreemd wordt gekeken. Bekender is de benaming van ME, waarschijnlijk omdat deze een langere historie heeft en daarom sneller wordt geassocieerd met onverklaarbare vermoeidheidsklachten. In de ME/CVS informatie gids (2009, p 5) staat vermeld dat “ de naam ME voor het eerst werd gebruikt in 1956 door redacteurs van het Engelse medische tijdschrift The Lancet”.

Voor deze module is gekozen voor de benaming van CVS, omdat dit geen oordeel geeft over een oorzaak. Er is al veel onderzoek gedaan naar en er zullen nog tal van onderzoeken volgen om meer inzicht te verwerven in de etiologie en pathofysiologie. De benaming ME staat voor Myalgische (pijnlijke spieren) Encefalomyelitis (ontsteking van de hersenen en ruggenmerg). “In de medische wereld weigeren veel artsen de term ME te gebruiken, omdat het woord

encefalomyelitis naar een ontsteking in de hersenen en ruggenmerg verwijst, terwijl hiervoor weinig wetenschappelijk bewijs is”, aldus Shephherd (2009, p 6).

2.2.3 De diagnose CVS.

Wereldwijde diagnostische criteria.

“De definitie en classificatie van een ziekte of aandoening berust normaliter op de kennis van oorzakelijke ziektemechanismen. Aangezien deze voor CVS (nog) niet is vastgesteld, spreekt men in die zin niet over een ziekte, maar over een aandoening” is een conclusie uit het Advies van de gezondheidsraad (2005, p 40). Verschillende internationale groepen van experts stelden diagnostische criteria op. “Dit zijn lijsten van alle symptomen die mensen moeten hebben om in aanmerking te komen voor de diagnose CVS, de zogenaamde criteria”, zoals beschreven in de ME/CVS- informatie gids (2009, p 13).

Amerikaanse diagnostische criteria.

Het Amerikaanse Centers for Disease Control (het CDC) heeft de veelgebruikte diagnostische criteria uit 1994 ontwikkeld, de zogeheten criteria van de Fukuda groep (Fukuda K, Strauss S.E, Hickie I et al). Die criteria zijn volgens het Advies van de Gezondheidsraad (2005, p 40) “vooral opgesteld om homogeniteit van de te onderzoeken patiënten groepen na te streven, om wetenschappelijk onderzoek met elkaar te kunnen vergelijken. Het is niet toegespitst op de klinische praktijk”.

Canadese diagnostische criteria.

Ook wel bekend als Canadees Consensus document is opgesteld in 2003. “Het probeert tegemoet te komen aan de klinische praktijk en schrijft richtlijnen voor een eenduidige klinische diagnose. Onderscheid is dat deze criteria gebruik maken van duidelijke objectieve maatstaven die uit lichamelijk onderzoek verkregen worden. Dit in tegenstelling tot de subjectieve symptomen van de patiënt die centraal staan in de Holmes, Fukuda of Reeves-criteria”. (<http://www.mecvs.net/module-Info-view-pid-13.html>). “Een universeel geldige definitie op basis van criteria die zowel wordt gebruikt door verzekeringsartsen, patiënten als wetenschappers en als zodanig ook door alle groepen wordt geaccepteerd laat volgens de Nederlandse ME/CVS- Stichting (2009, p 13) nog op zich wachten”.

Nederlandse diagnostische criteria.

Zoals de Nederlandse ME/CVS stichting (2009, p 13) ook vermeldt worden “de Amerikaanse criteria in Nederland gehanteerd, aangezien Nederlandse richtlijnen nog ontbreken”. In het Advies van de Gezondheidsraad (2005, p 39) wordt vermeld dat “deze criteria internationaal als standaard van dit moment worden beschouwd”.

CVS binnen de classificatie systemen.

Het advies van de gezondheidsraad (2005, p 45) omschrijft het “probleem van het diagnostisch rubriceren” zeer doeltreffend. “CVS plaatsen in de classificatie systemen is zeer verwarrend”. Ook van Houdenhove (2007, p 24) geeft goed weer “dat er tot nu toe een aantal moeilijke classificeerbare symptoomsyndromen zijn” waaronder CVS. Er is een duidelijke tweedeling tussen aanhangers van een neurologische (oftewel somatische) classificatie van CVS en aanhangers van een psychiatrische classificatie. Deze tweedeling geeft goed weer dat het laatste strijd over de etiologie en pathofysiologie van CVS nog niet gestreden is. Ook het hanteren van een universeel geldende benaming sluit hierbij aan.

DSM IV diagnose.

In de DSM IV zou het klachtenbeeld passen onder de As I categorie van ongedifferentieerde somatoforme stoornis; een vermoeidheid zonder lichamelijke verklaring (300.82).

IDC- 10 diagnose.

In de ICD-10 wordt sinds februari 2004 het klachtenbeeld onder de neurologische aandoeningen terug gevonden; onder het nummer G93.3. In deze meer somatisch gerichte classificatie staat de aandoening bekend onder postvirale vermoeidheid/ benigne myalgische encefalomyelitis. “In datzelfde systeem kan op grond van het klachtenbeeld een indeling plaatsvinden als psychiatrische aandoening en wel als neurasthenie (F48.0)” Dit zeer oude ziektebeeld vertoont veel overeenkomsten met het huidige beeld van CVS/ME.

Het Advies van gezondheidsraad (2005, p 68) vermeldt dat De Standaarden van het NHG (richtlijnen voor het handelen van de huisarts) ook moeheid als symptoom van diverse ziekten en stoornissen beschrijft. Doordat moeheid een atypische klacht kan zijn, ontbreekt er een standaard beleid voor de behandeling van de klacht van moeheid. In het kader van preventie zijn er diverse commissies die zich bezig houden met het ontwikkelen van richtlijnen,

2.2.4 Symptomen.

Gekozen is om de Amerikaanse diagnostische criteria aan te vullen met de Canadese diagnostische criteria, omdat volgens mij op deze manier het meest complete beeld van de patiënten in de praktijk ontstaat.

Casusdefinitie van het CDC de versie uit 1994. Overgenomen uit het Advies van de gezondheidsraad, (2005, p 41).

Minstens 6 maanden aanhoudende of steeds terugkerende vermoeidheid;

- Waarvoor geen lichamelijke verklaring is gevonden,
- Die nieuw is, dat wil zeggen niet levenslang aanwezig,
- Die niet het gevolg is van voortdurende inspanning,
- Die nauwelijks verbetert met rust, en
- Die het functioneren ernstig beperkt.

Bijkomende klachten: De vermoeidheid komt voor in combinatie met vier of meer van de volgende symptomen, gedurende zes maanden aanhoudend of regelmatig terugkerend en die niet waren voor de vermoeidheid begon:

- Zelfgerapporteerde verslechtering van geheugen of concentratievermogen
- Keelpijn
- Gevoelige hals- of okselklieren
- Spierpijn
- Gewrichtspijnen
- Hoofdpijn
- Niet-verfrissende slaap
- Na inspanning gevoel van uitputting (malaise) gedurende 24 uur of langer

Exclusiecriteria

- Een andere aandoening of ziekte die de vermoeidheid (vermoedelijk) verklaart
- Een psychotische, ernstige of bipolaire depressie (maar niet een ongecompliceerde depressie)
- Dementie
- Anorexia of boulimia nervosa
- Alcoholmisbruik of het gebruik van drugs
- Ernstig overgewicht

Vanuit de Canadese diagnostische criteria kan hieraan toegevoegd worden: verergering van symptomen na inspanning en inspanningsintolerantie. Daarnaast kan er ook sprake zijn van stoornissen van het centrale zenuwstelsel, neurologische/cognitieve-, neuro-endocriene- en immuunstoornissen.

2.2.5 Functionele beperking: CVS patiënten onderverdeelt in categorieën.

De diagnostische criteria beschrijven geen categorieën waarin patiënten kunnen worden ingedeeld, op basis van de ernst en impact van de klachten. Een globale indeling kan volgens Spaans (2008) geschieden op basis van de “beperking” en “problemen” die door de klachten ontstaan. De omvang van de beperking en problemen kan volgens Schreurs (2004, p 108) variëren van een “aanwezig zeurderig gevoel” tot totale uitputting. De patiënten kunnen worden onderverdeeld in een aantal categorieën, namelijk mild, matig, ernstig en zeer ernstig. Het oefenprogramma richt zich op de patiënten die binnen de categorie matig beperkt vallen.

* matig: ondervindt veel beperking op bij veel activiteiten. Zelfzorg kan nog zelfstandig worden gedaan. Minder werken tot niet meer werken is een logisch gevolg. Heeft veel rust nodig en er is nog geen continuïteit in het energie niveau(goede en slechte dagen), doordat er nog geen balans is tussen draagkracht en draaglast. Vaak ook psychische problemen aanwezig (somberheid, machteloos gevoel, angst). Overgenomen van Spaans (2008, p 35).

3. Referentie kaders:

Voor een functionele behandeling is het volgens van Houdenhove (2005, p 128) van groot belang om “een brede biopsychosociale benadering te hanteren”. Hierbinnen is het volgens van Houdenhove (2008, p 18) belangrijk het “onderscheidt te hanteren tussen etiologie en pathofysiologie, respectievelijk waardoor krijgt een patient de klachten en waaruit bestaan de ziektemechanismen”. Binnen de etiologische benadering is het centrale referentiekader het model van voorbeschikkende, uitlokkende en instandhoudende factoren binnen een biopsychosociaal perspectief; gebaseerd op van Houdenhove (2005, p 130) en Vingerhoets (2005, p 195-197). Vanuit dit gecombineerde referentiekader wordt duidelijk dat stress een rode draad vormt voor deze patiëntengroep. De symptomen vertonen volgens Houtveen (2009, p 201) “een diffuus (meerdere klachten) en ambigue (niet specifiek passend bij een bepaalde ziekte of aandoening) karakter. Bij patiënten met deze samenstelling van klachten neemt het vermoeden toe dat “stress en levensstijlfactoren een belangrijke rol spelen”, Houdenhove (2005, p121). De stresstheoretische benadering wordt als aanvulling hierop uitgewerkt en geeft vorm aan de pathofysiologie.

3.1 Stresstheoretische benadering.

3.1.1 Het Stressconcept.

Chronische stress kan een belangrijke rol spelen in het ontstaan en blijven voort bestaan van aandoeningen waarbinnen er sprake is van fysieke en psychische klachten, zoals bij CVS. Uitgangspunt is volgens van Houdenhove (2007) “dat de confrontatie met terugkerende stress er voor kan zorgen dat er vervorming optreedt in het vermogen om elke vorm van belasting te verwerken. Hiermee wordt geduid op het uitgebluste karakter van de aanpassingsmechanismen als gevolg van voortdurende overbelasting, met als gevolg een incorrecte verwerking van prikkels. Er is sprake van een disfunctionerend stresssysteem”. De meest op de voorgrond aanwezige symptomen als stressgevoeligheid, inspanningsintolerantie en een algeheel malaisegevoel bevestigen de stresstheorie volgens van Houdenhove (2007, p 26). Opvallend is volgens van Houdenhove ook (2007, p 26) dat veel patiënten een intolerantie hebben ontwikkeld voor externe prikkelingen; lawaai, geur, drukte, licht, geluid en temperatuur. Ook submaximale inspanning of een toename van 30% van de dagelijkse activiteiten resulteert in een verslechtering van de gezondheidstoestand, volgens Nijs (2008) die onderzoekresultaten van Sorensen et al uit 2003, Jammes et al uit 2005 en Black et al uit 2005 aanhaalt tijdens zijn lezing op het Symposium 2008 van het Vermoeidheidscentrum. Hier kan aan toegevoegd worden het vertraagde vermogen tot herstel na fysieke inspanning, welke naar voren is gekomen uit de onderzoeksresultaten van Paul et al uit 1999. <http://www.vermoeidheidcentrum.nl/magazine/symposium2008/artikel/25/symposium-vermoeidheidcentrum-een-uitgebreid-verslag>).

Houtveen (2009, p 201) concludeert dat “het klachtenpatroon kan duiden op betrokkenheid van zowel psychologische, stressfysiologische en immunologische factoren”. Van Houdenhove (2007, p 190,191) en Houtveen (2009, p 203) stellen beiden dat een ontregelde stressfysiologie in het lichaam toch maar in geringe mate samen blijkt te hangen met het ontstaan van medisch onverklaarde klachten. Ontregelingen van de stressreacties in het lichaam worden soms gevonden, maar lang niet bij iedereen. Aannemelijk is dat de ontregelingen de oorsprong vinden in de psychologische processen en zodoende gelokaliseerd zijn in de hersenen. Deze psychologische processen die zowel met het ontstaan als het blijven voort bestaan van de klachten lijken samen te hangen, worden gekenmerkt met aan stress gerelateerde negatieve emoties en angst. Psychische overbelasting kan op deze manier leiden tot psychische, maar ook lichamelijke klachten.

3.1.2 Stressontwikkeling en CVS.

Medisch onverklaarde klachten, waaronder CVS, worden in verband gebracht met stress en stressgerelateerde negatieve emoties. Het fenomeen stress is voor velen bekend, maar krijgt volgens van Houdenhove (2005, p 16) op medisch vlak pas betekenis met een duidelijke omschrijving. Stress bevat volgens van Houdenhove (2005, p 16) een aantal dimensies, namelijk;

1. Confrontatie met een externe, belastende situatie of prikkel, die zowel lichamelijk als psychisch kan zijn. Ook interne ziekmakers kunnen hiertoe gerekend worden.
2. De subjectieve beleving van de externe of interne prikkel. Afhankelijk van de draagkracht van de persoon kan deze situatie negatieve emoties en fysieke gespannenheid opleveren
3. De prikkel wordt stressor. Voorbeelden van lichamelijke stressoren zijn; een infectie, een ongeluk, operatie, ernstige ziekte of een vergiftiging met of blootstelling aan chemische stoffen. Psychische stressoren ontstaan onder andere op bij ingrijpende gebeurtenissen als een ernstig conflict, financiële situatie, juridische procedures, verlies van een dierbare of een echtscheiding of het halen van een belangrijke deadline
4. Stress als reeks van fysieke (fysiologische), gedragsmatige en psychologische “mechanismen” die op gang komen naar aanleiding van een reële of vermeende bedreiging van ons lichamelijke of psychische evenwicht; de zogeheten stressrespons. De neurobiologische basis van deze stressrespons heet het stresssysteem.

Volgens Houtveen (2009, p 42) kunnen “verschillende stressoren op verschillende niveaus inwerken en leiden tot verschillende stressreacties. Immunologische reacties van het afweersysteem zijn vereist als er sprake is van interne ziekmakers. Daarnaast zijn er eenvoudige stressoren die gekoppeld zijn aan negatieve emoties waarbij een lichamelijke toestand van vechten of vluchten opgeroepen wordt. De stressor leidt vaak tot een kortdurende functionele reactie. Een hogere en intensievere vorm van stress is de chronische vorm waarmee CVS patiënten te maken hebben gehad”.

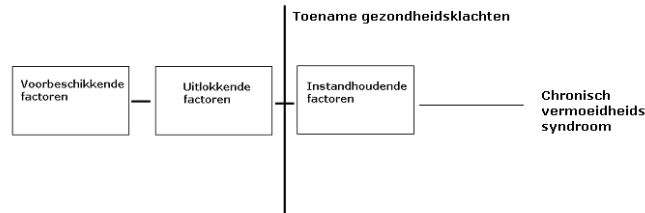
Het ontwikkelen van stress heeft voor een groot deel te maken met de persoonlijke interpretatie of beleving. Stress heeft te maken met het kunnen aanpassen aan een verandering in de omgeving. Een mens verkeert als het ware even uit evenwicht. De verwerking van een belasting of prikkel die binnen onze draagkracht valt gebeurt relatief probleemloos, maar overstijgt de draaglast echter onze draagkracht dan ontstaat er een overbelasting of stress. Vingerhoets (2005, p 195&196) concludeert dat CVS patiënten een levensgeschiedenis hebben waarbinnen ze vaak te maken hebben gekregen met stressvolle levensgebeurtenissen. Er is een duidelijke structurele onbalans tussen draagkracht en draaglast. CVS patiënten hanteren een negatieve copingstijl, waardoor de draagkracht afneemt/ of minder hoog is. De confrontatie met diverse belastende situaties wordt al snel een overbelasting of stress. Een uitgebreide omschrijving hierover is terug te vinden onder de voorbeschikkende factoren.

3.2 Het model van voorbeschikkende, uitlokkende en onderhoudende factoren.

Shepperd (2009) concludeert “dat in tal van onderzoeken naar voren komt dat CVS gekenmerkt wordt als een drie fasen aandoening, waarbij aanlegfactoren iemand gevoeliger maken voor het ontwikkelen van de aandoening als de juiste uitlokkende factor(en) zich voordoet. Verschillende andere factoren zorgen ervoor dat de ziekte en de invaliditeit aanhouden”.

Houtveen (2009, p 199) concludeert “dat medisch onverklaarde klachten voornamelijk ontstaan wanneer iemand een bepaalde aanleg heeft, en/of traumatische gebeurtenissen in het

verleden heeft meegemaakt, en/of bepaalde infecties in het verleden heeft gehad. Een bepaalde gebeurtenis kan vervolgens de druppel zijn, waardoor er gezondheidsklachten ontstaan”. Dat een combinatie van voorbeschikkende en uitlokkende factoren niet altijd tot blijvende klachten leidt geeft aan dat er een grote rol is weggelegd voor nog een derde groep factoren; de instandhoudende factoren. De etiologie van CVS krijgt op deze manier drie dimensies; de voorbeschikkende, uitlokkende en onderhoudende factoren.



3.3 Biopsychosociaal perspectief.

CVS is volgens van Houdenhove (2005) en Houtveen (2009) waarschijnlijk te wijten aan een ingewikkeld samenspel van in elkaar verweven en samenhangende biologische, psychologische en sociale factoren waarbinnen oorzaak en gevolg vaak lastig te onderscheiden zijn. Van Houdenhove (2001, p 116) omschrijft hierop aansluitend dat “clinici en onderzoekers steeds meer gaan beseffen dat CVS het beste binnen een biopsychosociaal perspectief kan worden begrepen”

3.3.1 De psychologische en sociale componenten.

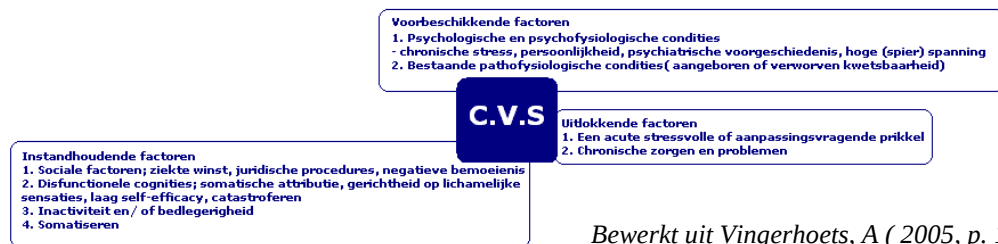
De grote hoeveelheden wetenschappelijke artikelen op het gebied van psychologische factoren, bevat volgens Houtveen (2009, p 37) “een grote hoeveelheid aan degelijk en grondig uitgevoerd onderzoek, met conclusies waar we niet omheen kunnen”. Er is bewezen dat bepaalde psychologische factoren samengaan met het ontstaan en instandhouden van medisch onverklaarde klachten.

Vanuit het primaire netwerk kunnen de gezondheidsklachten en het ziekte gedrag in stand worden gehouden, aangesterkt of verzwakt. Deze psychologische en sociale benadering wordt uitgewerkt in het model van voorbeschikkende, uitlokkende en onderhoudende factoren binnen een biopsychosociaal perspectief (p 13).

3.3.2 De biologische bril.

CVS is een aandoening die goed weergeeft dat een mens zich ziek kan voelen zonder een objectief aantoonbare lichamelijke stoornis. Hoewel het vermoeden steeds meer wordt bevestigd dat er sprake is van een disfunctionerend stresssysteem, gaat het volgens van Houdenhove (2005, p 298) “om subtiele en wisselende ontregelingen die met de gebruikelijke medische onderzoeken nog niet kunnen worden vastgesteld”. De aanpassingsmechanismen lijken het zwaar te hebben geleden. Het is eerder regel dan uitzondering dat deze uitgeblust zijn geraakt onder de voortdurende overbelasting en op dit zou een verklaring kunnen zijn voor een aantal klachten binnen het spectrum van CVS. Er ontbreekt nog vaak eenduidig antwoord vanuit wetenschappelijk onderzoek om hier een behandeling op te baseren. De benadering van de klachten vanuit de ondermijnende werking van chronische stress wordt besproken onder de stresstheoretische benadering.

3.4 Het een model van voorbeschikkende, uitlokkende en onderhoudende factoren binnen een biopsychosociaal perspectief.



3.4.1 De ontwikkeling tot CVS; de combinatie tot het chronificeren.

1. Voorbeschikkende factoren.

Er zou sprake zijn van een optelsom van verschillende risicofactoren die het krijgen van klachten in de hand werken. Dit berust vaak op de aanname dat CVS patiënten zoals van Houdenhove (2007, p 184) omschrijft “een kwetsbaarheidsfactor bezitten”, waardoor in combinatie met uitlokkende factor(en) de aandoening zich kan ontwikkelen. Het verleden van CVS patiënten laat een aantal overeenkomstigheden zien, die in theorie kunnen duiden op de ontwikkeling van en/of een bestaande kwetsbaarheid.

- Psychische en psychofysiologische condities:

1. Persoonlijkheidskarakteristieken: gevoelscomponent. Onderzoek naar het verband met persoonlijkheid wijst er volgens Houtveen (2009, p 43-45) op dat “ordelijkheid en neuroticisme de grootste kansmakers blijken te zijn voor het ontwikkelen van medisch onverklaarde klachten. De neiging tot negatieve gevoelens, perfectionisme en prestatiegerichtheid zorgen ervoor dat deze mensen vaker te maken krijgen met stressgevoeligheid, aan stressgerelateerde negatieve emoties en emotionele instabiliteit. Mensen die veel en vaak negatieve gevoelens ondervinden hebben dikwijls ook medisch onverklaarde klachten; Lichamelijke klachten kunnen onderdeel zijn van negatieve emoties, maar lichamelijke klachten leiden ook tot (toename van de) negatieve emoties.

2. Persoonlijkheidskarakteristieken: gedragscomponent.

Levensstijl: Deze karaktereigenschappen gaan gepaard met een hoog-of overactieve levensstijl. Hierdoor wordt er constant roofofbouw gepleegd op fysiek en psychisch niveau. De periode voorafgaand aan het uitbreken van de aandoening, wordt gekenmerkt door een onbalans tussen willen en kunnen. Van Houdenhove (2005, p 140) omschrijft het als “een gebrekkige balans die een bron van chronische, ondermijnende stress vormt”.

Voorbij gaan aan persoonlijke lichaamssignalen en grenzen voedt en versterkt dit patroon. Van Houdenhove (2005, p 298) verwoordt dit aspect met het citaat van een patiënt “dat het lichaam reeds vroeger signalen gaf, maar dat deze er niet naar wilde of kon luisteren”. Dit heeft in therapie (vaak)het effect dat zij niet tot amper kunnen voelen en stil staan bij het lichaam.

3. Persoonlijkheidskarakteristieken: cognitieve component. De benadering van de klachten vanuit een somatische attributie zorgt er voor dat het psychisch functioneren genegeerd wordt. De overtuiging dat de klachten toe te schrijven zijn aan een lichamelijke oorzaak valt onder de somatische attributie. Dit kan een bestaande algemene opvatting zijn over lichamelijke klachten, maar deze kan ook gedurende de duur van de klachten ontwikkeld zijn. Het ontstaat vaak als de oorzaak voor de klachten, zoals chronische stress en het ondergaan van stressgerelateerde emoties worden genegeerd en losgekoppeld van de fysieke klachten. Hierdoor krijgt de klacht een geïsoleerd karakter. De klacht als een op zichzelf staand feit

bezien, kan tot de conclusie leiden dat er een lichamelijk probleem is. Hierop volgt vaak een reactie die bestaat uit:

1. Negeren en doorgaan of
2. Grote voorzichtigheid, maar beiden in het kader van de gezondheid geen functionele probleemoplossend gedrag.

- Bestaande pathofysiologische conditie (verworven of aangeboren kwetsbaarheid).

1. Genetische aanleg voor de ontwikkeling van CVS

Van Houdenhove (2007) duidt op een erfelijkheidsfactor bij onverklaarde chronische vermoeidheid zonder onderliggend lichamelijk of psychiatrisch ziektebeeld.

Stressgevoeligheid speelt in zijn ogen een grote rol. Deze erfelijke belasting kan ook samenhangen met bepaalde persoonlijkheidskenmerken.

2. Hoog (spier)spanningsniveau,
3. Een over- of onderactieve levensstijl,
4. Ongezonde leefstijl: (roken, voedingsgewoontes, drugs en alcohol).

2. Verworven kwetsbaarheid.

Het verleden van veel CVS patiënten bestaat uit (vroeg)kinderlijk ingrijpende gebeurtenissen en belastende omgevingsfactoren. Langdurige of zeer ingrijpende negatieve ervaringen als kind verhogen volgens van Houdenhove (2005, p 137) de kans op een overprikkelbaar stresssysteem. Het gaat sneller en heftiger reageren zelfs al op geringe stimuli.

2. Uitlokkende factoren.

Gebeurtenissen die de spreekwoordelijke emmer doet overlopen en zorgen voor verslechtering van de gezondheidstoestand.

1. Acute aanvang van de vermoeidheidsklachten; een duidelijk omslagpunt.

Een acuut begin wordt volgens Vingerhoets (2005, p 197) gekenmerkt door het ontstaan van de klachten na confrontatie met een “acuut stressvolle of aanpassingsvragende gebeurtenis. Dit is in de regel vaak het doormaken van acuut lichamelijke of psychosociale gebeurtenis, zoals het doormaken van een griep, infectie, operatie, een verwonding door een ongeval, echtscheiding, werkverlies of verlies van een dierbare”. Uitgangspunt is volgens Vingerhoets (2005, p 195) dat “acute stress bij een reeds door genetische invloeden, leefstijl of omgevingsinvloeden verzwakt organisme als uitlokkende factor kan functioneren, en die de ontwikkeling van klachten in gang zet”.

2. Een geleidelijk begin van de vermoeidheidsklachten; chronische zorgen en problemen.

Er is sprake van een glijdende schaal. Langdurig bloot staan aan stress kan er voor zorgen dat de klachten meer op de voorgrond komen, grotere omvang aannemen en hierdoor steeds grotere invaliditeit veroorzaken.

Duidelijk is dat door het uitblijven van een juiste behandeling de klachten een chronische vorm aannemen. Van spontaan herstel is geen sprake meer. Spontaan herstel van medisch onverklaarde klachten gebeurt soms, indien er sprake is van het wegvallen van bepaalde zwaar belastende factoren.

Het chronificeren.

Het ontwikkelen van chronische gezondheidsklachten, zoals CVS, vanuit een afgenomen gezondheidstoestand is een complex geheel van verschillende factoren. De patiënten belanden vaak in een vicieuze- of klachten cirkel waarbinnen een domino effect gesorteerd wordt. Het eindigt immers steeds in een verergering van de klachten.

3. Instandhoudende factoren.

Een kenmerkend mechanisme voor patiënten met medisch onverklaarde klachten zijn de psychologische processen die met de syndromen samenhangen.

1. Psychische factoren: disfunctionele cognities als onderhoudende factoren.

Uitgangspunt zijn de cognities die volgens Houtveen (2009, p 43) “samen hangen met (stressgerelateerde) negatieve emoties”. De chronische gezondheidsklachten worden door de patiënt gehandhaafd door het hanteren van disfunctionele, herstelbelemmerende cognities, welke (intense) negatieve emoties en daardoor de stressreactie oproepen. Deze processen kunnen geheel automatisch gaan plaats vinden en een mentale gewoonte worden. Deze cognities vormen tevens de basis voor het hanteren van een onderactieve levensstijl.

De patiënt wordt teruggeworpen op een eenvoudig en geïsoleerd bestaan en ervaart de situatie vaak als onmenselijk. Emck & Bosscher stellen in het handboek psychologische interventies bij chronisch-somatische aandoeningen (2004, p 374) dat “chronische” aandoeningen “een reële bron van stress” vormen.

De wisselwerking tussen lichamelijke klachten, cognities en emoties is een sterk en dynamisch proces. Lichamelijke klachten kunnen oorzakelijk leiden tot negatieve cognities en emoties, maar aan negatieve emoties gerelateerde cognities over lichamelijke klachten kunnen ervoor zorgen dat klachten verergeren. In dit geval is er sprake van een versterkend effect.

CVS patiënten hanteren een aantal disfunctionele cognities, die onderdeel uitmaken van de negatieve copingstrategie. Deze staan verbetering en herstel in de weg. De mate van aanwezigheid kan per patiënt verschillen.

De overkoepelende cognitie wordt gevormd door het zogeheten “ziek denken”, welke wordt gevoed en is verweven met een aantal subcognities:

1. Onjuist ziekte inzicht.
2. Een somatische attributie, angst gerelateerde vermijding en een laag self efficacy (vermogen om zelf de klachten te beïnvloeden).

Somatische attributie leidt vaak tot en is verweven met:

1. Een sterke gerichtheid en foutieve interpretatie van lichamelijke sensaties. De waarneming, interpretatie en opgeroepen gedachten worden gekleurd door de opvatting dat er een somatische oorzaak is voor de klachten.
2. De overtuiging dat de klachten niet zelf te beïnvloeden zijn en hierdoor tot eventuele zorg afhankelijkheid.
3. Vermijdingsangst. Deze kan zijn ontstaan doordat vermijding van inspanning op korte termijn leidt tot afname van de klachten. Door de afgenomen gezondheidstoestand en inactiviteit leidt inspanning tot een toename in de lichaamssignalen en verergering van de klachten. Doordat er een angst ontstaat voor deze toename van de klachten leidt dit tot vermijding. Dit leidt vaak zelfs tot een generalisatie van inspanning in het algemeen en uiteindelijk tot een onderactieve levensstijl.

Angst versterkt de waargenomen prikkel door de aandacht erop te richten en de versterker voor waarneming open te draaien. De vicieuze cirkel waarin veel patiënten verkeren door het hanteren van de disfunctionele cognities leidt uiteindelijk tot een slechte lichamelijke conditie en een verstoord activiteiten patroon. Dit verstoord activiteitenpatroon bestaat vaak uit onderactiviteit, maar soms ook overactiviteit. Overactiviteit is vaker te bemerken in de beginfase van het chronificeren, omdat CVS patiënten dan geneigd zijn te denken dat negeren van de klachten en gewoon doorgaan of juist nog harder werken de klachten doen verminderen of verdwijnen.

2. Sociale factoren; bevestiging of niet?

Disfunctionele cognities kunnen bevestigd worden vanuit sociale contacten. Een belangrijk fenomeen is de ziekte winst. Ziek zijn kan positieve resultaten opleveren en hierdoor zorgen voor instandhouding. Vaak ontbreekt het de omgeving aan een juist ziekte inzicht, waardoor de patiënt bevestigd kan worden in de disfunctionele cognities en onderactiviteit.

3. Lichamelijke factoren; onder- of overactief.

Onjuist ziekte inzicht en het hanteren van disfunctionele cognities leiden vaak naar vicieuze cirkels die de klachten instandhouden. Bij vrijwel elke patiënt is het activiteitenpatroon verstoord en bestaat deze uit over- of onderactiviteit.

Onderactiviteit betekent voorzichtigheid en overactiviteit wordt gekenmerkt door een schommelend activiteitenpatroon (het zaagtandpatroon volgens Winter 2000). Bij onderactiviteit wordt het lichaam en de geest amper geprikkeld, met als gevolg algehele afname van de gezondheid, waardoor de klachten in stand worden gehouden of verergeren. Inspanning roept uiteindelijk steeds meer klachten op. Dit wordt gevoed door de vermijdingsangst..

Bij overactiviteit wordt een patroon gehanteerd dat gekenmerkt wordt door een hoge dosis aan activiteit gevolgd door een (relatief) lange periode van rust. Vaak wordt er tijdens het uitvoeren van de activiteiten over de belastbaarheidsgrens heen gegaan. Het gevolg is een gedwongen periode van verminderde activiteit of zelfs (bed)rust. Dit wordt vaak gevoed door disfunctioneel probleemoplossend gedrag wat valt onder negeren en doorgaan (zie 3.4.1).

Beide groepen hebben als overeenkomstigheid dat er geen of weinig balans is tussen inspanning en ontspanning. Beide groepen voelen de grens waarbij overbelasting optreedt niet meer. Overactieve patiënten gaan voortdurend over deze grens heen. Onderactieve patiënten gaan vrijwel nooit over hun grenzen heen, omdat zij daarvoor al gestopt zijn. De belastbaarheid neemt sterkt af, waardoor ze steeds eerder vermoeid raken. Door de afgenomen belastbaarheid en het ondermijnen karakter van de klachten belanden veel patiënten uiteindelijk in onderactiviteit.

4. De behandeling; een PMT oefenprogramma

4.1 Stabiliteitsfase van een behandeling gericht op CVS.

Nijs (2008) beschrijft dat de behandeling van CVS patiënten kan worden ingedeeld in twee fasen: 1. Stabiliteitsfase en

2. Opbouwfase.

Het oefenprogramma richt zich op de stabiliteitsfase. Binnen deze fase wordt getracht een stabiele gezondheidstoestand te creëren, waarbinnen de klachten en het lijden hieronder niet verder toenemen. De uitgangspunten voor een oefenprogramma gericht op de stabiliteitsfase heb ik als volgt geformuleerd:

1. Leren kennen en accepteren van de fysieke en psychische belastbaarheid,
2. Het doen afnemen van de somatische attributie, vermijdingsangst en self-efficacy,
3. Ten einde de psychische belastbaarheid te laten toenemen, om de onderactiviteit (of overactiviteit) te doorbreken en patiënten tot efficiënt bewegen aan te zetten (bewegingspatroon).

Een toename van de psychische belastbaarheid kan ervoor zorgen dat:

1. Er minder energie verbruikt wordt voor stressgerelateerde emoties en spanning, om zodoende het stresssysteem te ontlasten.
2. Er afname plaats vindt van lichamelijke spanningsklachten. Door ontspanningsoefeningen aan te bieden kunnen de spanningsklachten nog verder afnemen.
3. Bewegen weer toegankelijk wordt.

4.2 Indicaties en contra-indicaties voor deelname aan het oefenprogramma.

Indicaties

Patiënten bij wie de diagnose CVS is vastgesteld bij de (huis)arts of internist. Doorverwijzing kan geschieden door de huisarts. Daarnaast kan ook een fysiotherapeut, bij wie de patiënt in behandeling is of is geweest (uitbehandeld), de patiënt doorverwijzen. Mits deze patiënt de diagnose CVS heeft toegewezen gekregen bij de huisarts of internist.

Uit de anamnese en het lichamelijk onderzoek bij huisarts of internist is gebleken dat de vermoeidheid geen direct resultaat is van een psychiatrische stoornis, psychische en/ of neurologische problemen, organische of lichamelijk afwijking of stoornis, nog door middelenmisbruik. Daarnaast dient de patiënt te kunnen voldoen aan de randvoorwaarden genoemd onder 4.3.

Contra indicaties.

- a. Deelname in groep een probleem vormt, omdat een oefenprogramma binnen een groepssetting nog niet mogelijk is (i.v.m. psychische problematiek).
- b. Ongemotiveerd: de deelnemer ziet nog niet in dat ze zelf invloed kunnen uitoefenen om de klachten te laten verminderen (laag self efficacy) of gelooft niet in de behandeldoelstelling.
- c. Indien een psychiatrische stoornis, psychische en/ of neurologische problemen het functioneren in grote mate belemmert.
- d. Lichamelijke beperkingen die deelname aan bewegingsactiviteiten belemmert
- e. Vermoeidheidsklachten veroorzaakt door organische of lichamelijk afwijking of stoornis.
- f. Middelenmisbruik
- g. Ingrijpende levensgebeurtenissen.

4.3 Randvoorwaarden voor de deelnemer

Om rendement uit deze training te kunnen halen, wordt eisen aan de deelnemer gesteld, namelijk:

1. De deelnemer dient er rekening mee te houden dat hij elke bijeenkomst aanwezig moet zijn, dus een langere periode van aaneengesloten weken aanwezigheid kan waarborgen.

2. Om enige verandering in de werk/ thuissituatie te kunnen bewerkstelligen, is het belangrijk dat de deelnemer een vertaalslag kan maken naar parallel situaties.
3. De deelnemer is in staat om op een reële manier naar zijn eigen functioneren te kijken en hierin verandering te willen brengen.
4. Enige stabiliteit in de primaire leefomgeving is gewenst.
5. De leeftijd van de patiënten is tussen de 20-50 jaar.
6. De patiënt dient de Nederlandse taal goed te kunnen begrijpen en te spreken.

4.4 Doel van de behandeling.

Hoofddoel: herstructurering van de disfunctionele, instandhoudende cognities om zodoende de psychische belastbaarheid van de patiënt te laten toenemen. Vanuit deze herstructurering zal de patiënt zijn activiteitenpatroon kunnen aanpassen en zodoende de over- of onderbelasting opheffen, ten einde het stresssysteem te ontlasten.

Subdoelen:

1. Patient gaat eigen lichaamssignalen verkennen, herkennen, erkennen en benoemen om op deze manier betekenis te leren verlenen aan eigen lichaamssignalen. Door betekenis verlenen wordt er een positieve bijdrage geleverd aan het ontwikkelen van een reëel lichaamsbeeld.
2. Vanuit dit lichaamsbeeld kan de deelnemer inzicht verkrijgen in eigen belastbaarheid en het eigen gedrag ten aanzien van over – of onderactiviteit.
3. Patient leert de beperking als gevolg van CVS te accepteren
4. Patient kan in tachtig procent van de gevallen een juiste keuze maken in het bewegings- en activiteiten patroon zowel tijdens de PMT als in de thuissituatie.

4.5 PMT modaliteiten.

Ervaringsgericht werken: bewegen als ervaringsmiddel.

1. Door het ondergaan van diverse activiteiten die onder en boven de belastbaarheids grens liggen, wordt de patiënt in de gelegenheid gesteld om lichaamssignalen te ervaren en hierbij bewust stil te gaan staan. De patiënt leert lichaamssignalen verkennen, herkennen en erkennen. Door het verwoorden en reflecteren op lichaamssignalen verwerft de patiënt inzicht in de werkelijke of objectieve waarde van lichaamssignalen die bij CVS en de afgenomen belastbaarheid behoren.
2. De patiënt ervaart welke cognities er gehanteerd worden bij de betekenisverlening van lichaamssignalen. Daarnaast verwerft de patiënt inzicht in de invloed die deze cognities hebben op de beleving en interpretatie van de lichaamssignalen en op welke manier dit de psychische belastbaarheid beïnvloed.
3. De patiënt ervaart wat het daadwerkelijke verband is tussen de omvang van lichaamssignalen en de mate van belasting en ervaart op deze manier wat de persoonlijke grenzen zijn met betrekking tot lichamelijk en psychische belastbaarheid. Door betekenis te verlenen aan lichaamssignalen tijdens als buiten de therapie, krijgt de patiënt inzicht in het eigen bewegings- en activiteitenpatroon en kan bepalen of deze een over- of onderbelasting vormt.

Oefengericht werken:

1. De patiënt leert om stil te staan bij en aandacht te geven aan eigen lichamelijke en psychische signalen en leert deze signalen verwoorden. Op deze manier wordt gewerkt aan het vergroten van het waarnemings- en belevingsvermogen.
2. De patiënt leert om de lichaamssignalen in verband te brengen met de lichamelijke en psychische belastbaarheid en deze op waarde te leren schatten, om zodoende een reëel lichaamsbeeld te ontwikkelen.
3. De patiënt oefent met het herstructureren van cognities die de betekenisverlening van lichaamssignalen door somatische attributie, vermijdingsangst of een laag self efficacy

beïnvloeden. Er wordt geleerd om deze zogeheten instandhoudende cognities te vervangen door meer objectieve cognities. Hierdoor wordt de weg vrijgemaakt voor de patiënt om een reëel beeld te ontwikkelen van de grenzen van psychische en fysieke belastbaarheid.

4.6 Groepsbehandeling.

De groep bestaat uit maximaal 4 patiënten. Het aanbieden van een behandeling binnen een groep is voornamelijk gekozen vanuit de volgende overwegingen:

1. Herkenning. Veel CVS patiënten ervaren een groot isolement. Kennis maken en omgaan met mede patiënten zorgt er vaak voor dat dit isolement doorbroken wordt. Het herkennen van problematiek is iets waar velen naar zoeken; iemand waarmee de klachten gedeeld kunnen worden. Hierdoor is kans op afhankelijkheid naar therapeut ook kleiner.
2. Reflectie momenten. Het kunnen reflecteren op groepsniveau op de disfunctionele cognities heeft het voordeel dat er feedback gevraagd kan worden van mede patiënten. Het horen van feedback door mede patiënten kan verhelderend zijn.
3. Werkvormen. Er kan gewerkt worden in tweetallen en er kunnen groepsactiviteiten worden uitgevoerd. Het leren overleggen en grenzen aangeven wordt op deze manier uitgedaagd.

5. Casuïstiek.

1. Introductie: Patiënt is een 25 jarige dame, inwoner van de stad Hattem. Sinds zes jaar ervaart zij klachten die vallen onder de symptomen van CVS. De klachten hebben zich door de jaren heen steeds meer naar de voorgrond verplaatst en gezorgd voor grote beperkingen. Is vanuit “Motus” geïndiceerd voor eventuele deelname aan het oefenprogramma. Motus is het centrum voor bewust bewegen in Hattem.

2. Leefomgeving: R. woont samen met haar vriend, ook een lokale inwoner. Met deze man heeft ze een langdurige relatie opgebouwd. Het huishouding bestaat uit twee personen, geen huisdieren of kinderen.

Haar vriend steunt haar onvoorwaardelijk. Verder leeft R. een geïsoleerd bestaan, mede doordat de familie haar klachten niet serieus neemt. De zus van R. is overleden na een lang ziekbed. De klachten van R. zijn voor de familie moeilijk te begrijpen, en worden vaak van de tafel geveegd. Er ontstaat vaak een vergelijking met de ernstige klachten van haar overleden zus, waardoor haar klachten te niet worden gedaan. Hierdoor is er weinig contact met de familie, omdat dit toch vaak eindigt in ruzie. R. heeft een klein netwerk aan vrienden die zich om haar bekommeren en omgang zoeken.

3. Diagnose: R. is via de huisarts terecht gekomen bij de internist en deze heeft R. doorverwezen naar de behandeling van Dr. Van Ernst. Dit is een behandeling binnen de sportgeneeskundige afdeling in het algemeen ziekenhuis in Zwolle. Toen bleek dat R. dit programma niet volhield heeft de internist de diagnose CVS gesteld. Een officiële DSM diagnose is nog bij de huisarts of internist uitgeschreven. Binnen Motus is R. binnen gekomen met de diagnose CVS.

4. Voorgeschiedenis:

R. heeft een voorgeschiedenis waarbinnen de gezondheidsproblemen van haar zus een grote rol spelen. Binnen het gezin kwam R. vaak in een ondergeschoven rol terecht. Ze heeft grotendeels voor zichzelf en anderen moeten zorgen en is hierbij vaak aan haar eigen grenzen voorbij gegaan. Het overlijden van haar zus na een lang ziekbed brengt diverse gevoelens naar boven nu zijzelf ook met haar gezondheidsproblemen geconfronteerd blijft. Er komt naar voren dat er sprake is van structurele overbelasting en niet tot amper bij zichzelf heeft kunnen stil staan. Dit vertaalt zich in het nauwelijks kunnen ervaren van signalen vanuit haar lichaam. Het verschil voor en na een ontspanningsoefening is niet te voelen voor haar. Zoals de fysiotherapeut verwoordt: het lijkt wel of haar sensor om fysieke signalen te ervaren is uitgeschakeld.

Zij heeft vroeger wel gesport, geen wedstrijd sporter.

5. LECS:

Lichamelijk: Alom aanwezige vermoeidheid en weinig energie. Ze ervaart een sterke fysieke reactie op inspanning, kan inspanning kort vol houden en heeft veel tijd nodig om hiervan te herstellen. Daarnaast ervaart zij klachten als: een algeheel malaisegevoel en pijn in haar armen en benen. Nachtrust helpt weinig, R. wordt na de nachtrust met een vermoeid gevoel wakker. Rust c.q. slaapt overdag regelmatig en probeert dan oefeningen uit ter ontspanning (o.a reiki).

Emotioneel: Ervaart veel negatieve emoties en somberheid. Heeft weinig zin om iets te ondernemen en bemerkt dat ze prikkelbaar is. Ze geniet nog van weinig dingen.

Cognitief: Heeft moeite met acceptatie en wil het liefst alles weer bij het oude hebben. Ze begrijpt de waarde van bewegen, maar ervaart wel een drempel om tot bewegen te komen. Kan zich slecht concentreren, ervaart drukte in haar hoofd en merkt dat ze snel is afgeleid.

Sociaal: R. woont samen met haar partner in de stad. Haar partner steunt haar onvoorwaardelijk. De familie staat kritisch tegenover de klachten en veroorzaakt op deze manier wrijving tussen R. en haar partner en de familie. Klein sociaal netwerk.

R. is eerder werkzaam geweest in een supermarkt, waar ze in een reïntegratie traject zat. Ze was werkzaam als verkoopmedewerker. Dit is momenteel terug gebracht naar nul uren.

6. Behandelgeschiedenis.

1. Sportgeneeskundige behandeling in het ziekenhuis.
2. Fysiotherapeutische behandeling binnen Motus.

Naast het graded exercise programma op de sportgeneeskundige afdeling van het ziekenhuis heeft R. ook een fysiotherapeutische behandeling gevolgd. R. heeft deelgenomen aan het bekende opbouwprogramma van dokter van Ernst. Gebleken is dat de psychische en fysieke belastbaarheid van R. niet optimaal was om een dergelijk opbouw programma om te zetten in effectieve leermomenten en structurele toename van bewegen. Belangrijk om hieruit mee te nemen is dat dit programma sterk gericht is op het fysiek opbouwen en niet op de psychische belastbaarheid. Drie maal daags moet er worden gewandeld of gefietst en dit moet per week worden opgebouwd. Uiteindelijk moet de patiënt 3x 1 uur per dag kunnen wandelen of fietsen naast de dagelijkse bezigheden. Vaak worden CVS patiënten in dit programma geplaatst, maar blijkt dit toch te zwaar.

Binnen de fysiotherapeutische behandeling was het doel bewustwording en opbouwen. Bewustwording werd voornamelijk getracht te bereiken door oefeningen uit de adem- en ontspanningsmethodiek van van Dixhoorn. R. vond het moeilijk om stil te staan bij haar lichaamssignalen; het effect van ontspanningsoefeningen was hierdoor ook nihil. De doelstelling om binnen de behandeling haar grenzen te leren kennen en hiernaar te handelen was niet haalbaar en werkbaar, omdat lichaamssignalen amper konden worden ervaren. Hierdoor was het moeilijk een beeld te vormen van haar daadwerkelijke belastbaarheidsgrens.. Een toename van de fysieke belastbaarheid was nog buiten bereik.

Therapeutische interventies:

Interventies zijn voornamelijk gepleegd op het voelen middels diverse ontspanningsoefeningen. Het voelen van het verschil tussen inspanning ontspanning tijdens ontspanningsoefeningen maar ook afname van de gespannenheid in het algemeen. Ook het voelen en ervaren van lichaamssignalen tijdens inspanning waren belangrijke aspecten, om zodoende grenzen van haar belastbaarheid te leren kennen. Acceptatie van haar gezondheidsproblemen was nog amper bewerkstelligd. De psychische belastbaarheid was niet groot genoeg en onstabiel om een stabiele gezondheidstoestand te bereiken. R werd omschreven als een persoon die stiekem nog wel eens langer op de hometrainer doorging om de strijd aan te gaan met haar klachten.

Evaluatie fysiotherapeutische behandeling.

De klachten blijven haar leven beheersen en haar sterk beperken. De behandeling is gestopt om financiële redenen. De zorgverzekeraar betaalde haar behandeling niet meer. R. is na deze behandeling gestart met een dagbehandeling, met als indicatie haar depressiviteit. R. heeft aangegeven graag deel te nemen aan een oefenprogramma gericht op CVS.

Acceptatie van haar gezondheidsproblemen was nog amper bewerkstelligd. De psychische belastbaarheid was niet groot genoeg en onstabiel om toe te werken naar een stabiele gezondheidstoestand. R werd omschreven als een persoon die stiekem nog wel eens langer op de hometrainer doorging om de strijd aan te gaan met haar klachten.

Algemene Toestand Lijst (ATL).

De ATL is tijdens de eerste behandeling ingevuld een half jaar later tijdens een tussenevaluatie en een maand na de tussenevaluatie. Na deze laatste evaluatie is de behandeling ook gestopt.

De algemene gezondheid nam over deze 7 maanden wel licht toe, maar zoals patiënte zelf vermeldt blijft het een zeer wankel evenwicht. Dit is te zien in de algehele score, die neemt af.

Ook staan geen kruisjes meer in de kolom van zeer vaak.

De vermoeidheid is licht afgenomen. Ze geeft aan dat ze minder moeite heeft met ontspannen en hierdoor iets meer rust in haar leven ervaart. Het vrijkomen van energie en het ontlasten van het stresssysteem zal hiermee in verband kunnen worden gebracht.

Ook is er een duidelijke verschuiving te zien binnen het coördinatie vermogen, namelijk het maken van minder fouten en het minder moeite hebben met lopen en bewegen.

Het herstel na inspanning en het vermogen om inspanning te leveren vertoont nog weinig verandering. Dit klopt ook wel omdat opbouw van de fysieke belastbaarheid nog buiten bereik was.

6. Psychotherapeutisch referentiekader

Hieronder volgen twee psychotherapeutische referentiekaders die de twee hoofdstromingen representeren binnen de behandeling van CVS. Dit kan worden gezien als algehele behandelrend. Mijn oefenprogramma is zowel cognitief-gedragstherapeutisch als cliënt centered. In hoofdstuk 7 wordt op de toepassing hiervan binnen het oefenprogramma terug gekomen.

6.1 Cognitief-gedragstherapeutisch (CGT).

Van Houdenhove (2007, p 190) concludeerde dat “op dit moment cognitieve gedragstherapie en progressieve conditie training de “evidence based” hoekstenen vormen van de behandeling”. Volgens het Advies van de gezondheidsraad (2005, p16) “heeft circa 70% van de patiënten baat bij CGT”. De gezondheidsraad concludeert uit hun onderzoek ook (p 75.) dat “verslechtering als gevolg van CGT tot op heden niet is aangetoond. Het effect wordt duurzaam genoemd”.

Korte omschrijving: De wisselwerking tussen klachten instandhoudende cognitieve en gedragsmatige factoren zijn het uitgangspunt. Het ontwikkelen van alternatieve denkpatronen stelt de patiënt in staat om ook nieuw gedrag uit te proberen. Op deze manier kan toename in psychische belastbaarheid de weg vrij maken voor het doorbreken van de onderactiviteit. Omgekeerd kan ervaring in de praktijk laten zien dat de geherstructureerde cognities gegrond zijn, en dat de somatische attributie en vermijdingsangst ongegrond is.

Via operante conditionering kunnen medisch onverklaarde klachten in stand worden gehouden. Het hanteren van een somatische attributie kan een voordeel opleveren, omdat er niet naar het eigen psychisch functioneren hoeft te worden gekeken. Vermijding van lichamelijke activiteiten kan bekrachtigd worden, doordat dit tijdelijk minder klachten oplevert.

Therapeutische attitude:

1. Empatisch- respectvol. Serieus nemen van de klachten en cognities van de patiënt. Nuancerend begrip tonen voor het lijden onder de beperking. Tactisch afstemmen van de benadering en interventies naar de patiënt toe, zodat de patiënt zich niet afgewezen en onbegrepen gaat voelen.
2. Kritisch-objectief. Professioneel afstand kunnen nemen van verregaande beperkingen en intense emoties door de aandoening, om zodoende de patiënt aan te zetten tot kritisch bekijken van de geloofwaardigheid van de cognities en herstructurering hiervan.

Belangrijke punten.

1. Zelfwerkzaamheid.
2. Afstemmen op het individu. Het is belangrijk af te stemmen op de individuele verschillen, om zodoende de efficiëntie te kunnen bevorderen.
3. Uiteindelijke doel. De patiënt moet gaan beseffen dat hij niet weer de oude wordt. De patiënt zal een toekomst moeten visualiseren waarbinnen deze zich ten eerst weer gezond voelt.

6.2 Cliënt centered.

Van der Moolen (2004) concludeert dat lichaamsbeleving en de beleving van lichamelijke klachten onderdeel moeten zijn van de behandeling.

Korte omschrijving: Lichaamsbeeld, lichaamsbeleving en het zelfbeeld zijn gestagneerd door de confrontatie met de klachten. Het zijn statische gegevens geworden, terwijl deze juist voortdurend in proces horen te zijn. CVS patiënten zien alleen het beperkte lijf met veel

klachten en aan dit beeld wordt vast gehouden. In de cliënt gerichte benadering is er een belangrijke rol weggelegd voor het lichaam, omdat de gevoelsveranderingen geacht wordt plaats te vinden op lichamelijke niveau. Doel is om de stagnatie op te heffen en het proces weer in beweging te brengen. Gestreefd wordt naar een veranderingsproces om zodoende open contact met de eigen innerlijke wereld te bewerkstelligen. Contact maken met de eigen innerlijke wereld helpt de patiënt om dichterbij zijn lichamelijke beleving te komen. Belangrijk is deze lichaamssignalen ook te bewust te gaan ervaren om te aanvaarden. Open de toekomst in gaan met het lichaam, aanvaarden van wat onvermijdelijk is en aanvaarding van beperkingen. Belangrijk is dat de patiënten langs de beperkingen heen gaan kijken en de mogelijkheden tot herstel gaan zoeken.

Bij mensen met chronische aandoeningen met een somatische component trekken lichamelijke sensaties vaak de aandacht en worden verkeerd geïnterpreteerd. Dit geschiedt vaak door de emoties die met een chronische aandoening gepaard gaan. Het lichaam faalt immers en geeft aanleiding tot diverse intense emoties en gevoelens. Belangrijke thema's van deze cliënt gerichte benadering van de behandeling zijn: de relatie met het lichaam, afstand nemen van de aandoening en onderscheid leren maken tussen lichaamssignalen en emoties, acceptatie bevorderen doordat patient inzicht krijgt in eigen gevoelens, behoeften en wensen.

Therapeutische attitude: echtheid, respectvolle acceptatie, congruentie en empathie.
Inlevingsvermogen in de patiënt in de breedste zin van het woord en van hieruit oog voor individuele verschillen en afstemmen van de interventies.

7. Interventies die de werkbaarheid van de doelstelling optimaliseert.

Belangrijk is de patiënten een behandeling aan te bieden waarbinnen er een balans is tussen voelen en denken. Het oefengericht werken sluit aan op het vlak van denken waarbij het aanleren van vaardigheden centraal staat. Interventies die gepleegd worden binnen het oefengericht werken zullen voornamelijk vorm krijgen vanuit de CGT stroming. Binnen het ervaringsgerichte werken wordt staat het voelen meer centraal waarbij het vergroten van het belevings- en waarnemingsvermogen een belangrijk doel is. Interventies die gepleegd worden binnen het ervaringsgericht werken zullen voornamelijk vorm krijgen vanuit de cliënt centered benadering.

De context waarbinnen de interventies worden gepleegd is een oefenprogramma, specifiek gericht op een behandeling binnen een groep. Een ambulante behandeling met een frequentie van twee keer per week lijkt mij het meest doeltreffend. Het voordeel van twee keer in de week is dat de patiënt meer ondersteuning heeft. In verband met de complexe problematiek lijkt het mij zeer zeker nodig om deze frequentie toe te passen.

Een oefenprogramma binnen de stabiliteitsfase van de behandeling moet vorm worden gegeven met in acht name van de beperkte psychische en fysieke belastbaarheid. Hieronder worden enkele interventies uitgewerkt die aan deze beperkte belastbaarheid tegemoet komen en het werken aan de doelen optimaliseert.

Het is belangrijk om vooraf aan te geven dat de structuur van een sessie zal bestaan uit :

1. Het opstart rondje.
2. De werkvormen; introductie thema of werkvorm, oefeningen, reflectie momenten.
3. De thuiswerkopdracht.

7.1 Interventies gericht op het ontwikkelen van een juist ziekte inzicht(referentie kader van het oefenprogramma).

1. Psycho-educatie omtrent CVS. Psycho educatie omvat educatieve interventies.

Doel: De patiënt voorzien van een juist ziekte inzicht. Ziekte inzicht is erg belangrijk voor de effectiviteit van de behandeling. Volgens Meijer (1992, p 127&128) kan “het werken aan ziekte inzicht op een aantal niveaus plaats vinden; feitelijk inzicht, het ervaren ziekte-inzicht en het spiritueel ziekte inzicht. In het oefenprogramma wordt gewerkt aan het feitelijk inzicht en deze wordt verbonden met het ervaren ziekte inzicht; de koppeling naar de praktische ervaring.

Feitelijk ziekte inzicht heeft volgens Meijer (1992, p 127&128) ten doel:

1. Realiseren van de gevolgen van ziekte en de noodzaak van de behandeling,
2. Vermogen symptomen te labelen als tot ziekte behorende verschijnselen,
3. Meewerken aan de behandeling.

Belangrijk doel van het feitelijk ziekte inzicht is in feite het proces van acceptatie bevorderen, middels de stap van het erkennen van de ziekte.

Het delen van kennis over recent wetenschappelijk onderzoek heeft ten doel het referentie kader van de patiënt opnieuw vorm te geven. Het is belangrijk dat de patiënt niet alleen een kunstje aanleert, maar dat de overtuiging hierachter ook aangepakt wordt. Hierdoor zal zelfwerkzaamheid en de lage self efficacy ook bevordert worden.

Context van de interventie: tijdens introductie van de thema's met bijpassende werkvormen en reflectie momenten.

Dit kan vanaf het begin toegepast worden en met name de eerste sessie wordt gebruikt om de patiënt van informatie te voorzien omtrent het referentie kader van de behandeling.

Tijdens reflectie momenten kan psycho educatie worden toegepast indien de vermijdingsangst, somatische attributie en de zelfredzaamheid wordt besproken.

Aandachtspunt therapeut: op hoogte blijven van wetenschappelijke onderzoeken omtrent CVS, d.m.v. literatuurstudie.

Rol therapeut: Uitreiken van een kort en bondig uitgewerkt overzicht van het model van Vingerhoets (p.13). Deze ook uitgewerkt op een flap over ter ondersteuning. Uitleg omtrent het model van voorbeschikkende, uitlokkende en instandhoudende factoren binnen een biopsychosociaal model maakt het reflecteren op de somatische attributie en vermijdingsangst tastbaarder. De anamnese vanuit de doktersverklaring geeft weer dat er op somatisch gebied weinig tot geen verklaring is voor de klachten. Ook de herstellende werking van het doorbreken van de onderactieve levensstijl kan gevoed worden vanuit dit model.

7.2 Interventie rekening houdend met de beperkte fysieke belastbaarheid.

1. Een aangepast activiteiten niveau; geringe fysieke belastbaarheid van de patiënt.

Submaximale inspanning of een toename van 30% van de dagelijkse activiteiten resulteert in een verslechtering van de gezondheidstoestand, welke een globale richtlijn biedt voor het niveau van de activiteiten.

1. Aanpassen werkvormen.

Doel: De werkvormen die worden aangeboden moeten gemakkelijk vol te houden zijn en stapsgewijs worden opgebouwd. Therapie trouw is noodzakelijk.

Context van de interventie: Tijdens de werkvormen.

Rol therapeut: kiezen van werkvormen met in acht name van de fysieke belastbaarheid.

Bekend zijn met alternatieve vormen van de oefeningen als deze te zwaar zijn.

Tijdens therapie goed observeren van de fysieke gesteldheid van de patiënten en tijdens reflectie momenten bespreekbaar maken van verband tussen draagkracht en draaglast.

Aandachtspunt: belangrijk is dat het vermoeide lichaam gepasseerd moet worden om de onderactiviteit te doorbreken. Patiënten mogen wel tegen de persoonlijke grenzen aanlopen, omdat ervaringsgericht werken wel het effect moet kunnen sorteren dat de lichaamssignalen in relatie gebracht kunnen worden met de activiteit. Op deze wijze kan de patiënt de ervaring koppelen aan het feitelijk ziekte inzicht. Uitleg over een eventuele geringe toename van de klachten in de beginfase van de behandeling dient te geschieden.

Het bewegen moet echter wel een succes ervaring opleveren, omdat anders de positieve bekrachtiging van toch al zo beladen bewegen uitblijft.

2. Aanpassen duur van de sessies.

Doel: In het kader van beperkte belastbaarheid vind ik het ook noodzakelijk om de duur van de sessies kritisch te bekijken. Het is niet de bedoeling dat er een ernstige toename in de klachten ontstaat. Het starten met een oefenprogramma kan een zware belasting zijn. Getracht kan worden om te starten met een aantal sessies van vijfenveertig minuten. Ik heb gekozen voor dit tijdsbestek, om diverse redenen:

1. De werkvormen die ik in het begin aanbod wil laten komen beslaan 45 minuten.

2. De CVS patiënten hanteren een soort overlevingsmechanisme die gericht is op het overleven van bepaalde activiteiten. Doordat ze leven in een onderactiviteit is het instappen in een therapie groep een grote belasting. Het dagdeel zal ernaar ingericht worden en energie zal gespaard worden. Een half uur vind ik te kort voor zo'n omslachtig proces.

3. De intensieve aspecten die een therapie sessie met zich meebrengt zoals het luisteren naar anderen, nadenken, bewegen etc. zal weinig geschieden in het leven van de patiënten. Om de haalbaarheid van deze aspecten zo groot mogelijk te laten zijn schat ik in dat 20 verbale minuten en 25 fysieke minuten een goede indeling is. Op deze manier probeer ik te vermijden dat het een submaximale inspanning wordt en dat ik binnen 30% toename van de dagelijkse activiteiten blijf.

Context van de interventie: elke sessie van het oefenprogramma.

Rol therapeut: Tijdsindeling maken voor 45 minuten, tijd goed in de gaten houden tijdens therapie. Door zelf te analyseren en feedback van de patiënten kan eventueel gekeken worden of de 45 minuten de juiste keuze is, en indien nodig bij de stellen.

7.3 Interventies rekening houdend met de neurologische problemen.

1. Begrenzing verbale momenten.

Rekening dient gehouden te worden met de neurologische problemen. De belasting van deelname aan een groepsbehandeling zal in het begin moeite kosten. “Het afgenomen concentratie- en denkvermogen, de verstoorde prikkelverwerking, het verminderde korte termijngeheugen en praktische afasie(men kan niet op het juiste woord komen) vormen aspecten waar rekening mee dient gehouden te worden. Ook de afgenomen psychische belastbaarheid wordt met deze interventie tegemoet gekomen.

Doel: Met de interventies vernoemd onder 7.2 en 7.3 wordt getracht te voorkomen dat er overbelastingsverschijnselen op cognitief of zintuiglijk niveau en/of emotionele overbelasting ontstaat”, bewerkt uit de Canadese criteria voor CVS, Carruthers et al, 2003.

http://www.mecvs.net/PagEd-index-topic_id-0-page_id-11-ppart-6.html.

Context van de interventie: tijdens het opstartrondje aan het begin van een sessie, introductie van werkvormen en thema's en reflectie momenten zal de therapeut hier rekening mee moeten houden. Het afbakenen van deze momenten is belangrijk.

Rol therapeut: begrenzen verbale momenten, met regelmaat zaken ondersteuning op papier. Voordeel is dat de patiënt nadien terug kan kijken.

7.4 Verminderen van de fysieke en psychische spanning; aangepaste ontspanningsmethodieken.

Doel: Ervaren van verschil tussen in-en ontspanning.

Vertaalslag naar parallelsituaties om zo in totaliteit het spanningsniveau te doen afnemen, waarmee ontlasting van het stresssysteem plaats vindt.

Context van de interventie: Ontspanningsmethodieken en oefeningen gericht op de lichaamsbewustwording.

Methodieken: Het ontlasten van het overbelaste stresssysteem kan op directe wijze geschieden binnen lichaamsgeoriënteerde methodieken. Te passieve ontspanningsvormen kunnen voor patiënten de opvatting over het vermijden van bewegen bevestigen. De meer actievormen van ontspanning sluiten beter aan bij de stabiliteitsfase van de behandeling.

1. Stretch based relaxation,
2. Progressieve relaxatie methode van Jacobson,
3. Ontspanningsmethodieken van Dixhoorn,
4. Ontspanning zoeken binnen bewegen/sporten.

Rol therapeut: Aanbieden ontspanningsmethodieken. Lichaamsgerichte ontspanningsoefeningen kunnen een averechts effect hebben wanneer de patiënt te sterk de focus legt op de klachten en zich hiermee gaat identificeren. De patiënt moet leren dat deze niet de aandoening is, maar heeft. Als interventie hierop gericht kan de therapeut de aandacht van de patiënt afbakenen door te vragen deze actief te richten op het lichaam of lichaamsdelen. De patiënt in het hier en nu houden, in het moment is belangrijk. Ook het “toespreken” van de klachten door de patiënt kan controle bevorderend werken. De patiënt tracht op deze manier een “boven”positie te bereiken. De patiënt leert door ervaring dat stil staan bij het door CVS afgetakelde lichaam en/of psyche geen controle verlies betekend. Patiënten die slecht contact hebben met het lichaam of dit niet aandurven kan juist gevraagd worden actief te leren luisteren naar het innerlijk. Korte psycho educatie over het leren voelen en luisteren naar lichaamssignalen is een interventie. Mocht de patiënt erg veel moeite hebben met ontspanningsvormen dan kan eerst aangevangen worden met meer bewegingsgerichte

oefeningen (balans of actieve bewegingsvormen). Dan kan de patiënt binnen een actievere vorm van werken opmerkzaam zijn en lichaamssignalen leren herkennen. Het is belangrijk bij aanvang van de lichaamsgerichte ontspanningsoefeningen de aandacht te leren richten, de patiënt bij zichzelf te laten komen voorafgaand aan de ontspanningsoefening. Dit kan gebeuren door eerst te oefenen met het richten van de aandacht/ opmerkzaam zijn naar visuele, auditieve en geurprikkelingen.

7.5 Interventies gericht op de psychische belastbaarheid.

1. Interventies gericht op het verminderen van de somatische attributie en vermijdingsangst.

Doel: Behandeling van de (in meer of mindere mate aanwezigheid) somatische attributie en vermijdingsangst. Dit kan geschieden in een aantal fases.

1. Psycho educatie: uitleg over hanteren van disfunctionele cognities bij medisch onverklaarde klachten. Uitleg over de vicieuze cirkel bij CVS, en de instandhoudingtheorie.

Context van de interventie: tijdens introductie van een gerelateerd thema en reflectie momenten.

2. Taxatie: patiënten wijzen op het gebruik van de cognities en deze met patiënten onderzoeken op waarheid. Patiënt aansporen zichzelf te betrappen op deze cognities en hier binnen oefeningen ook ruimte en tijd voor creëren. Bv. binnen ontspanningsoefening stil staan bij welke gedachten er allemaal voorbij komen.

Context van de interventie: tijdens introductie van een gerelateerd thema en reflectie momenten. Ook tijdens het bewegen als de patiënt bv. vermijdingsgedrag vertoont.

Therapeutische vaardigheden: De Socratische dialoog.

In het contact met de patiënt speelt de Socratische dialoog een belangrijke rol. De patiënt uitdagen om de eigen gedachtegang nader te bekijken en deze te toetsen. Vragen stellen die erop gericht zijn de geloofwaardigheid van iemands beweringen aan de kaak stellen

3. Herformuleren van functionele of meer logische verklaringen of cognities.

4. Oefenen met de nieuwe cognities en deze toetsen via ervaring.

Context van de interventie: binnen oefeningen maar ook tijdens reflectie momenten.

Aandachtspunt: Het onderzoeken van de disfunctionele cognities en het herformuleren hiervan kan zowel op groep- als individueel niveau plaatsvinden tijdens reflectie momenten. Het Advies van gezondheidsraad laat zien dat CGT binnen een groepssetting niet voor iedere patiënt geschikt is gevonden. Daarom zal deze interventie met name kunnen bestaan uit een individuele reflectie.

2. Interventies gericht op de lage self efficacy.

Doel: bevorderen van zelfwerkzaamheid self efficacy.

Context van de behandeling: In het begin van de behandeling is het belangrijk de patiënt erop te wijzen dat een grote mate van zelfstandigheid en -werkzaamheid wordt nagestreefd.

Dit wordt uitgelegd in het kader van de behandelvisie (contra indicaties en randvoorwaarden).

Het zelfstandig uitvoeren van thuiswerkopdracht bevordert de zelfwerkzaamheid.

Daarnaast is het belangrijk oefeningen aan te bieden waarbinnen keuzes maken en grenzen aangeven van toepassing zijn. De patiënt wordt hiermee op zijn zelfstandigheid aangesproken.

Rol therapeut: De therapeut dient alert te zijn op een afhankelijke houding.

Therapeutische vervaardigheden: Observeren en de patiënt aanspreken dat deze zelf actief moet blijven deelnemen, omdat deze de enige is die daadwerkelijk verandering te weeg kan brengen.

Zoals beschreven in het Advies van de gezondheidsraad (2005, p15) “is de relatie met de patiënt van invloed op het verloop van de vermoeidheidsklachten. Het affectieve aspect bepaalt mede de uitkomst”. Het is belangrijk dat de therapeut de attitude beschreven onder 6.1 en 6.2 binnen deze interventies hanteert.

7.6 Interventies gericht op acceptatie.

Spaans (2008, p124) formuleert dat “het effect van je inspanning sterk wordt bepaald door je (innerlijke) houding. Naast het aanleren van vaardigheden, is het ook belangrijk de overtuiging daarachter mee te veranderen. Van hieruit kunnen logische, functionele keuzes worden gemaakt. Het teruggeworpen worden op een eenvoudig en geïsoleerd bestaan is confronterend en kan de levensovertuiging in zijn diepste gronden sterk aantasten. Volgens Spaans (2008, p 82) is “het aanvaarden van de situatie iets wat vaak geleidelijk en in fasen gebeurt”. Rekening dient gehouden te worden met de diverse gemoedstoestanden en emoties die in dit proces op de voorgrond aanwezig zijn. Globale lijn in deze fasen tot acceptatie zijn: ontkenning, opstand, rouw en acceptatie.

1. Psycho educatie.

Doel: de patiënt inlichten over het effect, de werkbaarheid, effect en bereikbaarheid van acceptatie.

Context van de interventie: tijdens het opstarttrondje, tijdens introductie van de thema's met bijpassende werkvormen en reflectie momenten gebruik gemaakt worden van deze interventie. Dit kan bespreekbaar worden gemaakt vanaf de eerste sessie. Het is heel belangrijk dat het uiteindelijke doel wat veel CVS patiënten voor ogen hebben niet kan bestaan uit het verlangen dat alles weer bij het oude komt.

Voor de rol therapeut zie 7.1.

2. Symbolisch werk. Symbolisch werk met betrekking tot acceptatie is goed toepasbaar. Het werken met voorwerpen, die de positieve en negatieve aspecten van het doormaken van CVS representeren, kan worden ingezet.

Doel: Met voorwerpen kunnen diverse symbolische handelingen, die emoties of cognities representeren, worden verricht; weggooien, omverwerpen en centraal stellen etc. Met deze interventie wordt getracht aspecten visueel een bespreekbaar te maken.

Context van de interventie: tijdens de oefeningen. Het is een oefening die ik niet direct in het begin zou gebruiken, aangezien er binnen deze oefeningen zeer persoonlijke, intensieve dingen naar voren kunnen. Ik acht het daarom prettig voor de patiënten dat er eerst een onderlinge (vertrouwens)band is opgebouwd.

Rol therapeut: Symbolisch werken uitwerken binnen de sessies. Indien een specifieke emotie erg op de voorgrond aanwezig is binnen het oefenprogramma kan een werkvorm binnen het symbolisch werken hierop toegespitst worden.

Therapeutische vaardigheden: kennis psychopathologie en typisch gedrag van CVS patiënten. Patiënten die geneigd zijn snel over emoties heen te stappen kunnen door therapeut geleid worden zodat ze hier wat langer bij stil blijven staan. Patiënten die continu overvallen worden door emoties, kunnen leren dit te reguleren.

3. Ontspanningsmethodieken.

Doel: Het richten van de aandacht op het lichaam en de signalen hiervan. Het zogeheten leren luisteren naar en aanvaarden van de klachten; het reduceren van een aanvals- of verdedigingshouding. Niet meer vechten tegen de klachten, maar mee deinzen op de golf van de klacht. Het tijdelijk bereid zijn van het ervaren geeft meer kans dat een behandeling aanslaat. Een milde, sensitieve houding tegenover zichzelf en de klachten is bevorderlijk, waarbinnen controle en zelfstandigheid een grote rol spelen.

Voor een uitgebreide aanvullende omschrijving zie 7.4.

4. Onderzoeken van cognities en opzoek gaan naar alternatieve cognities.

Zie 7.5.

8. Conclusies

De werkvormen en verschillende interventies zijn gericht op het vergroten van de psychische belastbaarheid, waarbij er rekening dient gehouden te worden met diverse instandhoudende cognities. De interventies gericht op deze psychische belastbaarheid zijn opgedeeld in vier categorieën:

Interventies gericht op het ontwikkelen van een juist ziekte inzicht

Interventies gericht op het verminderen van de somatische attributie en vermijdingsangst.

Interventies gericht op de lage self efficacy.

Interventies gericht op acceptatie.

Hierbij dient er binnen de oefeningen rekening gehouden te worden met de beperkte psychische en fysieke belastbaarheid. De oefeningen zullen dus plaats vinden in een setting waarbinnen de therapeut de verbale en fysieke momenten dient af te wisselen en af te stemmen naar de belastbaarheid.

Rode draad binnen deze interventies is het bevorderen van het proces van erkenning en acceptatie van de klachten en beperkingen. Het referentie kader van de patiënt omtrent CVS wordt gevoed door feitelijk inzicht te combineren met het ervaren ziekte inzicht. Hierdoor wordt getracht de patiënt te voorzien van een juist ziekte inzicht in de breedste zin van het woord. De geschreven wetenschappelijke kennis wordt binnen oefeningen ervaren en kan op deze manier zorgen voor een nieuw en functioneel referentie kader van de patiënt. Inzicht ontstaat immers pas echt als het beleefd wordt. Belangrijke rol is daarnaast ook weggelegd voor educatieve interventies, zowel tijdens reflectie momenten als tijdens introductie van de thema's en bijpassende werkvormen. Het bereiken van erkenning en acceptatie van de klachten zal niet alleen plaats door middel van een cognitief gedragmatige benadering, maar binnen de oefeningen zal er ook plaats zijn voor de lichaamsbeleving en de beleving van lichamelijke klachten. Het contact aangaan of herstellen met lichaam is belangrijk voor erkenning van de situatie en bevordering van de acceptatie.

Actieve lichaamsgerichte ontspanningsoefeningen zijn gericht op het reduceren van spanning maar is ook een mooie gelegenheid om de patiënt op deze manier contact te laten leggen met het innerlijk, hoewel dit vaak een drempel opwerpt. Een lichaam dat het zo laat afweten biedt vaak geen uitnodiging om daar bij stil te gaan staan.

De beperkte fysieke belastbaarheid wordt tegemoet gekomen door interventies gericht op een aangepast activiteiten niveau en een aangepaste duur van de sessies. Ook de duur van de sessie wordt opgebouwd in het kader van de beperkte fysieke en psychische belastbaarheid. Rode lijn binnen de behandeling is het ontlasten van het stresssysteem, zodat deze kan herstellen. "Actieve"ontspanningsmethodieken worden aangeboden om zodoende op directe wijze spanningsreductie te bewerkstelligen. Contact met het lichaam is een voorwaarde om spanningsreductie te bereiken. De lichaamsbeleving en interpretatie van lichaamssignalen speelt een grote rol in de behandeling om zodoende weer oprecht contact te krijgen met de innerlijke wereld. Het is belangrijk om het met klachten belaste lichaam te durven ervaren. De lichamelijkeheid moet weer een dynamisch proces worden.

9. Literatuurlijst.

1. Boeken:

- Diamond, M (1980). *Het leven lang fit receptenboek*.
Houdenhove, B van. (2001). *Moe in tijden van stress; luisteren naar het chronisch vermoeidheidssyndroom*
Houdenhove, B van. (2005). *In wankel evenwicht; over stress, levensstijl en welvaartsziekten*.
Houdenhove, B van. (2007) *Stress, het lijf en het brein; Ziekten op de grens tussen psyche en soma*.
Houtveen, J. (2009). *De dokter kan niets vinden*.
Meijer, K (1992). *Handboek psychosomatiek*.
Molen, H.T van der, Perreijn S, Hout A.M van den. (1997) *Klinische psychologie; Theorieën en psychopathologie*.
Saffloer, L. (1999) *Te moe om te sterven; overleven met het chronisch vermoeidheidssyndroom*.
Spaans, J. (2008). *Omgaan met chronische vermoeidheid*
Vandereyken, W & Deth, R van (2003) *Psychotherapie, van theorie tot praktijk*
Winter, F de (2000). *De pijn de baas*.

2. Verzamelwerk.

- Pool G, Heuvel F, Ranchor A van, Sanderman R (2004) *Handboek psychologische interventies bij chronisch somatische aandoeningen*.
Emck, C & Bosscher R. *Psychomotorische interventies: bewegingservaring op maat*. (p 368-386).
Moolen, van der C. *Het eigen lichaam: lichaamsbeeld en beleving*. (p 178-184).
Schreurs, K. *Moeheid; Leven met energie te kort en een grillig lichaam*. (p 108-116)

3. Gidsen:

1. ME/CVS Stichting Nederland. 2009. ME/CVS Informatie gids; Chronisch Vermoeidheidssyndroom
2. Stephherd, C. 2009. ME/CVS Een handleiding voor onderzoek, diagnose en behandeling vertaald uit het Engels.

4. Elektronische bronnen:

1. Elektronische scriptie.
Coppens, E (2003) *Het verband tussen gepercipieerde ouderlijke sensitiviteit en overactieve levensstijl bij het chronische vermoeidheidssyndroom*.
<http://www.me-cvs.nl/index.php?pageid=6479&printlink=true&highlight=gepercipieerde>
2. Elektronische scriptie.
Vandycke, L.(2000). *Chronisch vermoeidheidssyndroom; Ziekte van de 21ste eeuw*
<http://www.me-cvs.nl/index.php?pageid=6464&printlink=true&highlight=helpende>
3. Elektronisch tijdschriftartikel. [Electronic version]
Vingerhoets, A.(2005). 'Onbegrepen' klachten: beter begrepen in een biopsychosociaal perspectief. *Psycho Praxis*, jaargang 7, nummer 5, 195-199
4. Elektronisch tijdschriftartikel. [Elektronic version]
Gijn, J van & Hennekens, F.G.I (1988) *Het 'postvirale vermoeidheidssyndroom' of de 'myalgische encefalomyelitis'*. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, nummer 22.
5. Elektronisch artikel. Laatst gezien: 14-01-2010.
Meerendonk, P van. (1988) www.cvs-online.nl; *Lezing Paul van Meerendonk D.D. 8 januari 1998 in Den Bosch*
<http://www.vermoeidheidcentrum.nl/magazine/symposium2008/artikel/25/symposium-vermoeidheidcentrum-een-uitgebreid-verslag>
6. Elektronische presentatie. Laatst gezien: 15-01-2010.

Nijs, J (2008) *Conditie of cognitie?: Activiteitenmanagement in de aanloop naar en tijdens graded exercise therapy voor CVS.*

[www.azbrugge.be/.../BruggeAZStJan09%20\(Prof.%20Dr.%20Nijs\).pdf](http://www.azbrugge.be/.../BruggeAZStJan09%20(Prof.%20Dr.%20Nijs).pdf)

7. Elektronisch artikel. [Electronic version]

Advies van de gezondheidsraad (2005). *Het chronisch vermoeidheidssyndroom.*

<http://www.gezondheidsraad.nl/nl/adviezen/het-chronische-vermoeidheidssyndroom>

5. Readers:

1. Blink, M vd, Fellingier P, Hekking P. *Gespreksvaardigheden. Opleiding Bewegingsagogie & Psychomotorische therapie. G 049.*

6. Websites.

www.cvs-online.nl

www.me-cvs.nl

www.mecvs.net:

10. Bijlagen.

Bijlage 1: Sessies uit het oefenprogramma

- Sessie 1:** Kennismaking,
uitleg theoretisch referentie kader van CVS binnen het oefenprogramma;
werkbaarheid doelen en leermomenten,
in beweging zijn.
- Sessie 2:** Thema lichaamssignalen en spierspanning; met werkvormen,
lichaamsbewustwording.
- Sessie 3:** Lichaamsbewustwording.
- Sessie 4:** Thema inspanning en ontspanning; kennis maken met
ontspanningsmethodieken,
verkennen en reflecteren op eigen manier van bewegen binnen diversie
werkvormen
- Sessie 5:** Thema inspanning en ontspanning; ontspanningsmethodieken, ontspannen
binnen bewegen.
- Sessie 6:** Symbolisch werken: vorm geven aan gevoelens en gedachten omtrent CVS,
in beweging zijn.
- Sessie 7:** Thema; ontspannen binnen bewegen
Efficiënt en bewust bewegen; energie management
Grenzen

Sessie 1
Duur:45 min.

Doelen:

1. Kennismaking
2. Uitleg benadering van CVS binnen het oefenprogramma; werkbaarheid doelen en leermomenten
3. In beweging zijn.

Materiaal:

Stencils

Flap-over/ white board

Kussen, matjes, dekens

1. Kennismaking:15'

Tijd om kennis te maken met de groepsleden en de therapeut. Therapeut zal de sessie opstarten met een korte introductie en daarna de groepsleden zichzelf laten introduceren.

Aandachtspunten:

Therapeut dient ook te informeren naar eventuele problemen over concentratie en psychische belastbaarheid en verbale momenten hierna af te stemmen.

Therapeut benadrukt dat uitgebreide informatie over klachtengeschiedenis ingeperkt wordt.

2. Informatie rondom de benadering van CVS en doelen van het oefenprogramma. 15'

De eerste sessie wordt voornamelijk gebruikt om de groep te informeren over de aandoening CVS en op welke manier het oefenprogramma hierop aansluit.

2.1 Informatie omtrent CVS.

De therapeut vertelt welk referentie kader voor CVS gehanteerd wordt en legt de stresstheoretische benadering van de bijbehorende klachten en beperkingen uit.

De therapeut legt beknopt, met behulp van visuele ondersteuning (flap-over, schoolbord of stencils), het model van voorbeschikkende, uitlokkende en onderhoudende factoren binnen een biopsychosociaal perspectief uit en dat de doelen van het oefenprogramma aansluiting vinden bij het verminderen of opheffen van de instandhoudende factoren. Nadrukkelijk verteld wordt dat er gekeken wordt naar het hier en nu en dat er geen uitgebreide zoektocht wordt gestart naar de oorzaak/aanleiding van de klachten. De aandacht en energie concentreren zich op het opheffen van de instandhoudende factoren en eventuele voorbeschikkende en uitlokkende factoren die in nu nog een rol spelen worden meegenomen.

2.2. Praktische informatie

De patiënten wordt verteld dat makkelijk zittende kleding en schoeisel gewenst is.

Daarnaast worden enkele randvoorwaarden die gesteld worden aan deelname aan het oefenprogramma uitgelegd.

3. Werkvorm 1. In beweging zijn. 15'

Introductie: Symbolisch wordt gestart met het in beweging komen en zijn. Een korte introductie over lichaamsbewustwording en in contact zijn met het lichaam.

Oefening 1.Iedereen loopt rustig door de ruimte heen. Tijdens het lopen probeer iedereen eens stil te staan bij zijn eigen denken, voelen en handelen.

Denken; wat gaat er allemaal door je hoofd? Waar denken je aan? Probeer de gedachten er gewoon te laten zijn, laat de gedachten langs komen. Probeer dit denken af te sluiten en door te gaan naar het gevoel.

Handelen (algemeen): op wat voor manier loop je rond en wordt er invulling gegeven aan de opdracht? Wat is het loop patroon? Ontwijk je de anderen? Loop je buiten langs of meer in het midden?

Voelen: Hoe voelt het aan om rond te lopen? Roept dit bepaalde emoties of gevoelens op? Kun je wat doen met deze emoties of gevoelens? Zo ja probeer eens iets te veranderen voor jezelf zodat die emoties of gevoelens wat afnemen.

Reflectie moment. Iedereen heeft een indruk gekregen van zijn eigen denken, voelen en handelen. Is er ook gekozen om iets te veranderen gedurende de oefening?

Oefening 2. Opnieuw rustig door de ruimte heen lopen. Tijdens het rondwandelen worden er korte opdrachten gegeven.

1. Op de tenen lopen
2. Op de tenen lopen en observeer bij jezelf eens wat er verandert? Spieren, houding etc.
3. Op de hakken lopen
4. Op de hakken lopen en observeer bij jezelf eens wat er verandert?
5. Rondlopen met de handen in je zij. Wat ga je veranderen aan je loop patroon? Waar ga je op letten?
6. Rondlopen met de armen horizontaal gestrekt naast je. Wat verandert er?

Reflectie moment. Er zijn verschillende opdrachten uitgevoerd tijdens het wandelen. Kleine veranderingen brengen soms andere reacties op gang. Wat heb je gemerkt?

Oefening 3. Opnieuw rustig door de ruimte heen lopen. Tijdens het rondwandelen probeer je na te gaan hoe het met de energie is gesteld. Heb je veel energie of niet? Wat straalt je uit met de manier van lopen en komt dit overeen met de energie level?

1. Beeldt uit dat je helemaal geen energie meer hebt. Wat ga je doen?
2. Beeldt uit dat je weinig energie hebt. Wat verandert er?
3. Sta stil en probeer uit te beelden dat je geen energie hebt. Hoe doe je dat?
4. Patiënten om en om naar de groepsgenoten kijken. Wat zie je aan de houding? Wat herken je hierin?

Sessie 2
Duur: 45 minuten

Doelen:

1. Behandeling van het thema lichaamssignalen en spierspanning, met werkvormen.
2. Lichaamsbewustwording.

Materiaal:

Stencils met lichaamstekening

1 grote lichaamstekening op een flap over (groot formaat)

15'1. Opstart rondje: hoe zit iedereen erbij en hoe zijn de dagen/ week verlopen na de eerste sessie. Aandachtspunten: toename in de klachten na de sessie en hoe is hiermee omgegaan? Op welke manier stapt de patiënt deze sessie in met die gegevens in het achterhoofd?

Kennisgeving omtrent doelen

25'2. Introductie van thema lichaamssignalen en spierspanning

Lichaamsgerichte oefeningen.

In de eerste sessie staat een herkenbare vorm van lichaamssignalen centraal namelijk de spierspanning. Daarnaast is het aangrijpen van de spierspanning bedoelt om eventuele spierversporing, spierkrampen en spanningsklachten te doorbreken.

Aandachtspunten:

Rekening houdend met de psychische belastbaarheid wordt er na een korte introductie gestart met werkvorm 1.

Werkvorm 1.

Lichaamsgerichte oefening; Het verkennen en leren herkennen van spierspanning.

Oefening 1.

Er wordt begonnen met het creëren van een eigen plek in de ruimte.

Aandachtspunten: Deze ruimte voldoet aan de eisen dat de persoon zich er prettig voelt en genoeg ruimte heeft om te bewegen. Het moet een plek zijn waarbij de persoon niet te veel afgeleid kan worden of te maken heeft met allerlei energie vragende prikkels. Voordat er gestart wordt met stretch based relaxation krijgt de patiënt gelegenheid om stil te staan bij eigen psychische en fysieke gesteldheid en of er eventueel aanpassing plaats moet vinden om op deze manier onnodig energie vragende prikkels te reduceren.

Stretch based relaxation.

- voeten, kuit, bovenbenen, buik, rug, schouders, nek, gezicht

Interventies: strekken mag een beetje pijn oproepen, maar moet in de gaten gehouden worden.

Ervaring van de patiënt staat centraal; hoe voelt het verschil tussen spanning en ontspanning?

Reflectie en psycho educatie.

Hoe zit het met de kennis over ontwikkeling van de spierkracht en de onderactiviteit bij CVS.

Uitleg omtrent atrofie, krachtafname en conditie staan centraal. Het weer of meer actief worden heeft een zeer gunstig effect op het verloop van de aandoening. De onderactiviteit moet doorbroken worden en het lichaam moet weer in actie komen om zodoende de draagkracht te vergroten. Het aanvangen met oefeningen gebaseerd op stretched based relaxation is een goede manier op om gecontroleerd weer aan te vangen met bewegen. Ook eventueel opgetreden spierversporing kan afnemen.

De therapeut introduceert het begrip energie management en hoe groot het effect van ongewenste aangespannen spieren kan zijn. Het reduceren van spierspanning kan zorgen voor een vermindert energie verbruik.

5'Thuiswerk opdracht: kies in de aankomende week een vast tijdstip om een aantal keer zelfstandig bezig te zijn met stretching. Het mag heel simpel, maar probeer die cirkel waarin de spieren verkeren te doorbreken.

Sessie 3:
Duur: 45 minuten

Doelen:

1. Lichaamsbewustwording.

15'1. Opstart rondje: hoe zit iedereen erbij en hoe zijn de dagen/week verlopen na de sessie, Reflectie op de thuiswerk opdracht.
Kennisgeving omtrent doelen van deze sessie

25'2. Thema lichaamsbewustwording.

Introductie van het thema.

Een chronische aandoening verandert het contact met het eigen lichaam. Hoe speelt dit bij de patiënten en hoe verwoorden zij dit.

Hoe kijkt de patiënt tegen zijn eigen lichaam aan? Elke patient krijgt een A4 formaat van de lichaamstekening. In de lichaamstekening wordt een soort sterkte/ zwakte analyse geschetst, waar ervaart de patiënt veel klachten en zijn er gebieden die vrijwel klachten arm zijn?

Therapeut legt in het kader van de klachten uit wat de effecten van CVS en onderactiviteit zijn op de fysieke gesteldheid en gebruikt als ondersteuning een grote afbeelding met een lichaamstekening. Gebieden als het hart, spieren etc worden daarin aangegeven en zijn uitgewerkt. Effecten van het weer in beweging komen en actiever worden middels deze tekening uitgelegd.

Werkvorm 1. Contact met eigen lichaam; eigen lichaam aanraken en aangeraakt worden.

Oefening 1.

Individueel:

Zittende houding:

Aandacht richten op voeten, bovenbenen en onderbenen.

Let eens op de houding. Hoe zit je? Waar bevinden de voeten zicht? Houding voeten, benen etc.

Hoe voelt dit aan? Welk cijfer krijgt het voor ontspanning?

Druk eens je voeten in de grond/ mat. Wat voel je?

Probeer eens 1 voor 1 de tenen te bewegen. Lukt dat? Hoe doe je dat?

-kloppen/ zachtjes (met vlakke hand op vuist) slaan op eigen bovenbenen, onderbenen, voeten. Tenen ook individueel bewegen

Reflectie. Hoe voelen de benen en voeten aan na het kloppen? Is er verschil te merken tussen het been dat aangeraakt is en het andere, en hoe voelt dat aan? Is er verschil te merken voor aanvang van de oefening en nadien?

Oefening 2. Liggende houding:

Aandacht richten op voeten, boven benen en onderbenen.

- zachtjes op de dijen, heupen, buik, borst kloppen. Hoe voelt dit aan? Als het onprettig is op welke manier kun je jezelf daar aanraken dat het prettig en ontspannen is?

- zachtjes je hals en gezicht aftasten, door je haren strijken.

Vorm een indruk hoe het lichaam daar aanvoelt? Wat roept aanraking daar op?

- probeer jezelf zachtjes te masseren in hals en op het gezicht.

Reflectie. Hoe voelt dit aan? Zorgt dit voor meer ontspanning? Is er verschil te merken voor aanvang van de oefening en nadien?

Oefening 3. Werkvorm 2. In 2-tallen

Zittende of liggende houding:

- bij het maatje op de rug zachtjes kloppen

- met de knokkels masseren; probeer verschillende maten van druk uit te oefenen
- in overleg ook de benen en voeten behandelen

Reflectie.

Op welke manier is het verschil tussen spanning en ontspanning aanbod gekomen en is er een manier gevonden om ontspanning te bereiken? Zo ja kies elke dag een moment om deze als thuis werk opdracht terug te laten komen.

Hoe voelt het aan om zo met het lichaam bezig zijn? Wat zou je tegen je lichaam willen zeggen?

Oefening 4.

Maak een plek voor jezelf in de ruimte, die goed aanvoelt een waarbij je even alleen kan zijn. Bespreek in je hoofd wat je tegen je lichaam wilt zeggen.

Begin bij je voeten, benen en ga zo door omhoog. Neem er rustig te tijd voor. De therapeut geeft de lichaamsdelen aan die 1 voor 1 behandeld gaan worden.

Reflectie. In welke vorm heeft de patiënt het lichaam benaderd? Hoe voelt het om expliciet het lichaam aan te spreken? Heeft patiënt het gevoel op deze manier de regie in handen te hebben?

5'Thuiswerk opdracht:

Elke dag de klop of masseer oefening te herhalen. Kies hier een bewust ingepland moment voor.

Sessie 4:
Duur: 45 minuten

Doelen:

1. Kennis maken met ontspanningsmethodieken; thema inspanning en ontspanning,
2. Lichaamsbewustwording.

Materiaal:

Matjes

Kussen

Dekens

Banken

Balance board + onstabiel materiaal

Stokken

10'1. Opstart rondje: hoe zit iedereen erbij en hoe zijn de dagen/week verlopen na de sessie, Reflectie op de thuiswerk opdracht.

Kennisgeving omtrent doelen van deze sessie

30'2. Werkvorm 1. Lichaamsgerichte oefeningen: inspanning en ontspanning. Accent ligt op de kennismaking met deze vorm van ontspanningsoefeningen en het ervaren van het verschil tussen inspanning en ontspanning.

Korte introductie van het thema ontspanning en het effect op de gezondheid van CVS patiënten. In het kader van energie management is het reduceren van onnodige spierspanning een belangrijk werkdoel. Duidelijk wordt benadrukt dat passiviteit niet gelijk staat aan ontspanning en dat dit bij CVS een valkuil kan zijn.

Oefening 1.

Aandacht verzamelen/ opmerkzaam worden.

Oefening 2 Progressieve relaxatie van Jacobson. Eerst wordt er gestart met het creëren van een prettige plek om te gaan ontspannen. Deze sessie alleen bovenste extremiteiten, hals en gezicht.

Interventies:

Aandacht richten op reactie in het lichaam op het aanspannen. Als je aanspant wat gebeurt er in de rest van het lichaam? Spannen andere spiergroepen ook aan?

Aandacht richten op de ademhaling. Hoe reageert deze op het aanspannen?

Efficiënt bewegen; probeer onnodige spierspanning in lichaamsdelen die niet hoeven aan te spannen te verminderen en het ademen rustig door te laten gaan.

Reflectie: de ervaring staat centraal. gericht op de ervaring van het verschil tussen inspanning en ontspanning en de vertaalslag naar efficiënt bewegen. Toepasbaarheid in het dagelijks leven en deze vorm als thuiswerk opdracht.

Oefening 3.

Balansoefeningen.

Wipwap oversteken.

Het doel is om de bank die als een soort wipwap is opgebouwd over te steken. Dit kan eerst met hulp, maar de uitdaging is om de oversteek steeds subtieler en geluidlozer te maken.

Aandachtpunten: indien een patiënt hulp nodig heeft kan deze steeds verder worden afgebouwd. Uitdaging is wel om het zonder hulp te gaan proberen.

Reflectie: op welke manier is actie – reactie te bemerken, of te wel op welke manier werkt spierspanning tegen binnen deze oefeningen?

Op welke manier kwam de patiënt de grenzen tegen? Is er om hulp gevraagd en hoe was de ervaring om hulp te ontvangen of te geven?

Oefening 4. Balanceren op een board.

Doel is om de balans te vinden op een onstabiel vlak (board boven op een instabiel kussen).

Bewustwording van aandacht, ademhaling en spierspanning en de reactie hierop binnen de oefening zijn aangrijpingspunt.

Reflectie: op welke manier is actie – reactie te bemerken, of te wel op welke manier werkt spierspanning tegen binnen deze oefeningen?

Op welke manier kwam de patiënt de grenzen tegen? Is er om hulp gevraagd en hoe was de ervaring om hulp te ontvangen of te geven?

Transfer naar parallel situaties zoals in het dagelijks leven. Wat is het nadeel van spierspanning in het kader van CVS en hoe kan deze verbeterd worden?

5'Thuiswerkopdracht.

Aantal maal per dag een activiteit uitkiezen waarbij de patiënt bewust stil staat bij zijn houding en spierspanning en op welke manier deze te verbeteren is.

Sessie 5.
Duur 60 minuten.

Doelen:

1. Ontspanningsmethodieken; thema inspanning en ontspanning,
2. Ontspannen binnen bewegen.

Materiaal:

Badmintonrackets, shuttles

Pylonnen.

Hoepels

10'1. Opstart ronde.

Reflectie op de thuiswerk opdracht.

Kennisgeving omtrent doelen van deze sessie

20' Werkvorm 1; Lichaamsgerichte oefeningen: inspanning en ontspanning.

Oefening 1.

Aandacht verzamelen/ opmerkzaam worden.

Progressieve relaxatie van Jacobson. Eerst wordt er gestart met het creëren van een prettige plek om te gaan ontspannen en het aandacht richten op zichzelf. Deze sessie hele lichaam.

Interventies:

Aandacht richten op reactie in het lichaam op het aanspannen. Als je aanspant wat gebeurt er in de rest van het lichaam? Spannen andere spiergroepen ook aan?

Aandacht richten op de ademhaling. Hoe reageert deze op het aanspannen?

Efficiënt bewegen; probeer onnodige spierspanning in lichaamsdelen die niet hoeven aan te spannen te verminderen en het ademen rustig door te laten gaan.

Reflectie: de ervaring staat centraal. Gericht op de ervaring van het verschil tussen inspanning en ontspanning en de vertaalslag naar efficiënt bewegen. Toepasbaarheid in het dagelijkse leven.

30'. Werkvorm 2

Oefening 1. Badminton in twee tallen.

Gestart wordt met rustig overspelen, het doel is de shuttle in de lucht te houden en de spieren op te warmen.

Interventie: patiënten krijgen de opdracht om 10 minuten vol te maken met deze warming up. Patiënten kiezen er zelf voor hoe deze 10 minuten worden vol gemaakt.

Aandachtspunten:

Afbakenen van de tijd.

Reflectie: Hoe zijn de 10 minuten ingevuld? Op welke manier kom je de grenzen van de belastbaarheid tegen? Wat zijn de alternatieven?

Oefening 2. Nogmaals 10 minuten overspelen. Neem de overdenkingen uit de reflectie mee en geef opnieuw invulling aan de 10 minuten.

Reflectie: hoe zijn deze 10 minuten gegaan? Vergelijking maken met de vorige 10 minuten qua invulling, grenzen en vermoeidheid etc.

Oefening 3. Opbouwend badmintonnen binnen een afgebakend gebied. Er wordt weer gespeeld vanuit de hoepel, 45 seconden lang. De eerste keer wordt geteld hoe vaak er over

geslagen wordt. Nadrukkelijk wordt bij aanvang van deze oefening verteld dat het om een opbouw oefening gaat. Het doel is om elke keer 5 slagen per persoon extra te maken. Deze verhoging gebeurt 5 keer. Na elke 45 seconden wordt een rust moment in gebouwd.

Reflectie: op welk niveau wordt er ingestapt? Is er vooruitgedacht en gepland?
Hoe is de opbouw verlopen en is er hierin tegen grenzen aangelopen?

Oefening 5. Nogmaals dezelfde oefening, maar wisselen van speelspartner.
Vooraf en kort moment om na te denken over de te hanteren strategie.

Reflectie: hoe is er omgegaan met grenzen? Hoe gaat het met de vermoeidheid en op welke manier is er rekening gehouden met de belastbaarheid.

3'Thuiswerkopdracht.

Aantal maal per dag een activiteit uitkiezen waarbij de patiënt bewust stil staat bij zijn houding en spierspanning en op welke manier deze te verbeteren is

Sessie 6.
Duur 60 minuten.

Doelen: 1. Vorm geven aan gevoelens en gedachten omtrent CVS.
2. In beweging zijn.

Materiaal:
Diverse materiaal uit de zaal.
Pylonen,
Ballen

50'Werkvorm 1

Oefening 1: Groepsopdracht.

In het midden van de zaal wordt een ontwerp gemaakt welke CVS symboliseert. Dit kan zijn van een voorwerp tot een berg van materialen; het moet CVS kunnen symboliseren. De plek waar dit gebeurt en de materialen zijn niet afgebakend, maar mag door de patiënten zelf worden gekozen.

Reflectie: rolverdeling. Wie leidt en wie volgt? Welke keuzes zijn hierover gemaakt door groep of door individu zelf?

Welke materialen zijn er gekozen? Bewust of onbewust en wat symboliseert dit materiaal of de vorm?

Hoe is het om CVS te symboliseren en dit zo concreet te zien worden binnen de oefening? Wat roept dit op?

Wil iemand er nog iets aan veranderen?

Oefening 2.

Het symbool voor CVS staat in het midden. De opdracht is om jezelf in de ruimte op een plaats neer te zetten die weergeeft hoe jij jezelf ziet t.o.v. van het beïnvloeden van de klachten en beperkingen.

Eerst wordt deze opdracht uitgevoerd met een voorwerp. Dit voorwerp vertegenwoordigt de plek.

Reflectie: als je ernaar kijkt klopt het dan? Op basis waarvan vul je deze plek in?

Hoeveel invloed en grip heb je op de klachten? In hoeverre heb je er controle over?

Het voorwerp wordt verruild voor de persoon zelf. Neem de plek in van het voorwerp en laat de situatie eens rustig doordringen. Laat de situatie eens 2 minuten op je inwerken. De gedachten en gevoelens die dit oproept mogen er zijn en laat deze maar een voor een langs komen. Geef aandacht aan deze gevoelens en emoties.

Reflectie: Hoe voelt dat om deze plek in te nemen tegen over de CVS? Welke gedachten en gevoelens kwamen er langs en hoe is het om op deze manier de interactie op te zoeken met de aandoening die je leven momenteel bepaalt?

Waarkom gekozen voor deze plek? Is het nodig een verandering aan te brengen in de positie? Aandachtspunt: let op of er gebruik gemaakt wordt van hoogte(zittende, staande positie) of positie(met gezicht of de rug naar "CVS" toe) verschillen.

Oefening 3.

Er liggen 2 hoepels op de grond voor het symbool van CVS.

Hoepel 1 symboliseert de ruimte waarin 1 of meerdere aspecten symbolisch weg kunt zetten die je bent tegen gekomen tijdens deelname aan het oefenprogramma die je graag achter je wilt laten. *Dit kan zijn van onjuiste cognities tot gedragingen. Maar ook emoties of misopvattingen over herstel.*

Hoepel 2 symboliseert de ruimte waarin je 1 of meerde aspecten symbolisch weg kunt zetten die je kracht in het herstelproces vertegenwoordigen. *Waar liggen de sterke kanten als het gaat om het aanpakken van de klachten?*

Reflectie: als er gekeken wordt naar oefening 2 en 3 wat helpt dan om meer grip te krijgen op de klachten en zodoende herstel bevorderen?

10'Werkvorm 2. In beweging zijn.

Lijnbal.

Er worden twee teams gevormd. Elk team plaats een aantal pylonen op de achterlijn van een kant van de zaal. Het team neemt plaats achter de pylonen en probeert met de bal(len) de pylonen van het andere team om te gooien. Er zullen in het begin 3 ballen in het spel zijn.

De pylonen mogen alleen beschermt worden met de ballen (dus wegkaatsen) en niet met de voeten. Niemand gaat voor de pylonen staan!

Het spel eindigt als 1 team alle pylonen om heeft.

Het uiteindelijke doel is dat er 10 minuten gespeelt wordt!!

Aandachtspunten: met nadruk zeggen dat er 3 ballen in het spel zijn! Het is aan de patiënten hoe deze de energie en aandacht gaan verdelen.

Er zijn een aantal regels die de patiënt de gelegenheid geven om een rust moment te nemen; therapeut kan invallen, er kan een centrale pauze worden ingelast.

Reflectie: hoe wordt er omgegaan met de prikkelingen van de ballen, pylonen en het verdelen van de aandacht?

Hoe is er omgegaan met grenzen?

Sessie 7
Duur 60 minuten

Doelen: 1. Thema; ontspannen binnen bewegen,
Subdoelen. 1. Efficiënt en bewust bewegen; energie management,
2. Grenzen.

Materiaal:
Badminton/tennismateriaal
Softballen
Grote bal.

10'1. Opstart ronde.

Oefening van vorige week nog bespreekbaar gemaakt thuis? Wat is er gedaan met de opgedane ervaring?

30'Werkvorm 1: Circuit

Introductie doel van het circuit; verwijzing naar de afgelopen weken en dat deze sessie een soort oefenmoment is waarbinnen veel sessie doelen terug kunnen komen.

Oefening 1:

Korte warming up in twee tallen.

5 minuten vol maken met badminton of tennis. De taak ligt bij de twee tallen om die 5 minuten in te delen.

Oefening 2; het circuit.

Er zijn 4 (als er 4 patiënten zijn) onderdelen, van elk onderdeel is een plastic kaartje. Om het eerste onderdeel te bepalen wordt er een kaart gepakt. Elke patiënt pak er 1 en leest de opdracht. Elke opdracht beslaat een opdracht die maximaal 3 minuten duurt. Het doel is de oefening individueel uit te voeren. Hierna is er een korte pauze. Na de pauze wordt een nieuwe kaart getrokken.

Aandachtspunt: er zijn 6 kaarten, de patiënt wordt vrijgelaten in de invulling van de 3 minuten. Ook kan het gebeuren dat de patiënten moeten gaan onderhandelingen over de kaarten.

Kaart 1: 3 minuten op de home trainer fietsen

Kaart 2: met een badminton racket een soft balletje hoog houden. Dit moet 4x 30 keer uitgevoerd worden.

Kaart 3: zitten op een grote bal, evenwicht houden en om en om de benen heffen.

Kaart 4: 3 minuten roeien.

Reflectie:

Hoe wordt er invulling geven aan de 3 minuten? Er zijn immers weinig regels opgesteld, hoe wordt er omgegaan met deze "vrijheid"?

Hoe is de energie verdeelt?

Hoe is er met persoonlijke grenzen omgegaan?

15'Werkvorm 2:

Lichaamsgerichte oefening: ontspanning.

Aandacht verzamelen/opmerkzaam worden.

Ontspanningsmethodiek van Jacobson.

5'Thuiswerkopdracht:

In het dagelijks leven kijken hoe er om wordt gegaan met een taak. Welke tijd wordt er uitgetrokken voor een taak uit het dagelijks leven. Hoe is dan de energie verdeling?
