

Gedragstherapie bij de behandeling van het chronisch vermoeidheidsyndroom; concrete toepassing van het gedragstherapeutisch proces: Draaiboek.

Alle thema's uit de evidence based protocollen van Knoop en Bleijenberg en van Chalder worden bewerkt. Enkele thema's die in de praktijk van groot belang bleken om veel voorkomende instandhoudende factoren te couperen, werden eveneens ingebracht.

(Er wordt aangegeven in cursief welke inhoud, deels, efficiënter in groep aangebracht kunnen worden.)

In de gedragstherapeutische begeleiding worden achtereenvolgend de volgende stappen gezet:

1. Probleeminventarisatie

In het intake/anamnesegegesprek worden alle **probleemvelden**, alle factoren die de draaglast vergroten, of een afname van draagkracht veroorzaken, nu en in het verleden, **opgelijst** en besproken.

Doel: de impact van bepaalde life events, situaties en persoonlijke kwetsbaarheden wordt duidelijker voor de patiënt.

2. Probleemsamenhang (holistische theorie)

Bovenstaande problemen worden, samen met de patiënt, causaal met mekaar in verband gebracht en gevat in een duidelijk schema. Het **biopsychosociaal verklaringsmodel** van CVS, dat tijdens de educatiesessie in het MDC, voorafgaandelijk aan de behandeling, aangebracht werd, wordt als kader gebruikt: hierin worden de probleemvelden uit 1 gekaderd als **faciliterende factoren**, **triggers** of **instandhoudende** factoren en worden vicieuze cirkels zichtbaar.

Doel: patiënt herkent duidelijk de rol van de verschillende velden in de probleemsamenhang bij het ontstaan van de klachten. Het zoeken naar andere oorzaken en/of therapieën wordt stopgezet. De rationale van de behandeling, die ook reeds in de educatie werd besproken, wordt nu concreet toegepast op de persoonlijke en complexe problematiek van de patiënt, aan de hand van dit schema.

Rationale: wanneer de huidige draaglast verkleind wordt door, waar mogelijk, instandhoudende factoren te doorbreken, krijgt het lichaam de kans om te herstellen. De uitlokkende factoren, eens gekend, worden niet verder besproken. Door het automatiseren van nieuw gedrag tijdens het traject (bv. grenzen stellen) nemen bepaalde persoonlijke kwetsbaarheden in ernst af.

3. Eerste te bewerken probleem en basislijnmeting

De probleemfactor die eerst bewerkt wordt is steeds het instandhoudend **activiteitenpatroon** (wisselend actief of weinig actief)

Via **filmisch verloop** en **zelfobservatie** opdrachten zoals de **dagboekregistraties** wordt het activiteitenpatroon van de patiënt, bij de start van de behandeling (basislijn), duidelijk. Bij de opvolggesprekken in het MDC Leuven en in de individuele sessies bij de gedragstherapeut, worden deze metingen telkens vergeleken met recente observatiegegevens.

Wanneer zelfobservatie opdrachten, zoals ondermeer de dagboekregistraties, in groep aangebracht worden, is zowel de motivatie tot doelgericht observeren als tot het maken van een aanvang met de nodige gedragsveranderingen, sterker. Het in groep bespreken van deze observaties maakt vergelijken mogelijk en maakt het stellen van realistische doelen van gedragsverandering makkelijker.

Via vragenlijsten worden ook de belangrijkste **klachten** en hun ernst geregistreerd. In de opvolgessies binnen het MDC wordt opnieuw gemeten en vergeleken met de basislijnmetingen.

4. Analyses

Om de gedragsveranderingen op het vlak van het activiteitenmanagement te realiseren moet eerst, samen met de patiënt, de analyse gemaakt worden welke factoren het ongewenste gedrag in stand houden (operante conditionering, **functie-analyse**). Indien nodig dient ook een **betekenisanalyse** gemaakt te worden.

Doel: via het bespreken van de operante conditionering en het samen analyseren van het gedrag herkent de patiënt de hindernissen bij dit proces van gedragsverandering. De analyse toont ook meteen de juiste weg naar een succesvolle aanpak. Deze analyses zijn een belangrijke stap in het motivationeel proces van de patiënt en voorkomen drop out.

Bij de blended care trajecten zal deze functie-analyse in groep gebeuren. Dit brengt inzicht in een aantal algemene patronen van conditionering, die voor elke deelnemer herkenbaar zijn. Dit heeft een verduidelijkende, normaliserende en motiverende werking.

5. Behandeldoelen – behandelplan en 6. Therapeutische technieken

Op het vlak van activiteitenmanagement worden de volgende tussendoelen van een aangepast **dagritme** gespecificeerd: vast slaap/waakritme, vast eetpatroon, vaste rustpauzes (liggend, zittend), vaste momenten voor beweging en lichamelijke oefeningen, momenten voor zelfzorg en het opdelen van taken in korte deeltaken. Na het installeren van het goede dagritme volgt de verdere lichamelijke activiteitenopbouw en nadien mentale en sociale activiteitenopbouw, scholing, vrijwilligerswerk, werkherleving. Belangrijk bij dit activiteitenmanagement is dat het de patiënt is die het veranderingsproces stuurt en dat **zelfcontrole technieken** aangeleerd worden: stellen van realistische doelen, hulpmiddelen en helpende gedachten inschakelen (stimuluscontrole), responspreventie, registratie van het doelgedrag, evaluatie, bijsturen of nieuw doel stellen.

Bij de blended care trajecten zullen zelfcontrole technieken in groep aangebracht en besproken worden. De onderlinge feedback van de deelnemers, versterkt de werkzaamheid. De inbreng van elk van hen bezorgt de groep meer uitgebreide mogelijkheden van stimuluscontrole, responspreventie en registratiemogelijkheden.

Een werkpunt dat samenhangt met het activiteitenmanagement is het stimuleren en automatiseren van **grenzen stellen**: durven neen zeggen, hulp vragen en hulp toelaten.

Het thema "grenzen stellen" is zeer geschikt om grotendeels in groep te bewerken. Het in groep bespreken van verschillende concrete situaties, versterkt het inzicht in de conditioneringen die een rol spelen en die gewenst gedrag bemoeilijken. De herkenning in de groep verkleint de impact van niet helpende automatische gedachten. Tevens biedt de groep een groter aanbod aan helpende rationale gedachten en andere hulpmiddelen om het gewenste doelgedrag te kunnen stellen. "Grenzen stellen" is ook meteen doelgedrag dat binnen het groepsgebeuren kan geoefend worden.

Het volgende behandeldoel, na installeren van het dagritme, is het verminderen van de impact van de **emotionele instandhoudende factoren**. Er wordt informatie gegeven over emoties en over emotionele gijzeling, de impact op het lichaam, het verband tussen emotionele kwetsbaarheid en de ontregelde stressfysiologie. Via **observatieopdrachten** wordt de patiënt bewuster van de steeds terugkerende emotionele stressoren, van de ernst en de frequentie ervan. De emoties die bij de meeste patiënten erg belastend zijn, de zogenaamde **algemene emotionele instandhoudende factoren**, zijn de angst om niet te herstellen, het piekeren over de toekomst, frustratie bij het niet kunnen presteren en schuldgevoelens. Er worden **copingvaardigheden** aangeleerd om de impact van de emotionele instandhoudende factoren te verkleinen, en dit zowel vanuit de **cognitieve therapie** (2^e generatie gedragstherapie) als vanuit **Acceptance and Commitment Therapy** (3^e generatie). Door veelvuldig **experimenteren** met de verschillende technieken worden de nieuwe strategieën geautomatiseerd, wordt de impact van de emoties kleiner en neemt acceptatie toe. Door zelfobservatie wordt de patiënt zich ook meer bewust van meer **persoonlijke emotionele stressoren**. De nieuw aangeleerde vaardigheden worden ook op deze persoonlijke overbelasting toegepast.

Via observatie-opdrachten, die in groep besproken worden, herkennen de deelnemers bij zichzelf makkelijker de algemene emotionele stressoren, de daarbij horende niet helpende automatische gedachten en hun impact. Educatie rond emoties en hun ziekte instandhoudende rol, gebeurt efficiënter in groep. Ook het aanleren van en het experimenteren met nieuwe copingvaardigheden wordt geïntensifieerd door de groepswerking. Het is belangrijk om eerst de algemene emotionele stressoren te bewerken, vooraleer meer persoonlijke stressoren te bespreken. Deze komen nadien in de individuele sessies aan bod.

Een belangrijke instandhoudende factor is het **terugkerende herval**. Het ontwikkelen van goede coping hier rond is dan ook een belangrijk werkpunt.

Het in groep bespreken van mogelijke copingstrategieën rond herval, zorgt voor normalisering van dit herval, zodat het minder angst en piekeren uitlokt. Ook wordt het aanbod van mogelijke strategieën op die manier groter.

Het samen uitwerken met de patiënt van een **toekomstplan** wat betreft **werkhervatting**, in het beste geval (wanneer de draagkracht snel toeneemt), maar ook in het slechtste geval. Wanneer beide plannen duidelijk zijn brengt dit een zekere rust en wordt de patiënt minder angstig tijdens de onvermijdelijke herval periodes. Het hernemend bespreken van toekomstplannen gebeurt best in individuele sessies, doorheen het traject, hierbij steeds inspeland op de evolutie van de draagkracht.

Een ander belangrijk werkpunt is de **coping** met **onbegrip**.

Deze algemene ziekte instandhoudende factor "onbegrip" veroorzaakt bij de meeste groepsdeelnemers, gelijkaardige gevoelens, gelijkaardige negatieve gedachten en niet helpende reacties. Dit maakt het thema ook zeer werkbaar om in groep aan te vatten, om het nadien, in individuele sessies, persoonlijk verder uit te diepen.

7. Evaluatie

➤ **Procesevaluatie**

Op verschillende momenten tijdens de begeleiding worden de **gedragsveranderingen** op het vlak van **dagritme** geëvalueerd, aan de hand van registratie opdrachten en wordt er bijgestuurd.

Dit gebeurt eveneens wat betreft lichamelijke, mentale en sociale **activiteitenopbouw**.

De ernst en impact van de **emotionele instandhoudende factoren** wordt eveneens regelmatig geobserveerd en getoetst in vragenlijsten.

Voor de educatiesessie vult de patiënt een vragenlijst in die peilt naar zijn **attributie, visie**, verwachtingen van klachtenverloop en zoekgedrag. Deze vragenlijst wordt opnieuw voorgelegd tijdens de opvolgsessies op het MDC

➤ **Evaluatie van de draagkracht en het herstel**

Na sessie 10 wordt er in de opvolging binnen het MDC gepeild naar de aanwezigheid van tekenen van **hernemend recuperatievermogen** en van beginnend herstel.

Inspanningstolerantie en **functioneren** worden op verschillende momenten gemeten via dagboekregistraties en psychodiagnostische vragenlijsten, zowel in het MDC als bij de ambulante gedragstherapeut.

De toename van de **draagkracht algemeen** en de afname van de **klachten** worden in het MDC geëvalueerd na sessie 15.

8. Finale bemerkingen

Op bovenstaande manier wordt een kwaliteitsvolle gedragstherapeutische begeleiding gegarandeerd, die zowel inwerkt op de algemene als op de persoonlijke instandhoudende factoren. Gezien de complexe problematiek van de meeste patiënten is dit een noodzaak wil men de belangrijkste instandhoudende factoren zo goed mogelijk doorbreken en het lichaam de kans bieden om te herstellen.

Deze stappen en thema's worden als een draaiboek gebruikt. Alle boven vermelde werkpunten vormen een noodzakelijk onderdeel van de therapie. Het is aan de therapeut om de voorgestelde technieken zo aan te wenden dat ze het zelfsturings-proces van de patiënt optimaal ondersteunen. Patiënt en therapeut beslissen samen, en aan de hand van de criteria van eerste te bewerken probleem, de volgorde waarin de thema's bewerkt worden. Wanneer bepaalde gewenste gedragsveranderingen uitblijven of vooropgestelde doelen dreigen niet bereikt te worden, dienen stappen teruggezet te worden in het gedragstherapeutisch proces.

Het werkpunt "installeren van een aangepast dagritme" dient echter steeds bij aanvang van de therapie aangevat te worden. Ook de veilige vormen van lichamelijk activiteitenopbouw zoals stretchoefeningen, wandelschema, ademhalingsoefeningen en dergelijke, dienen van bij de start ingepland te worden. De verdere activiteitenopbouw dient systematisch gekoppeld te worden aan de evolutie van de draagkracht.

Wanneer er zich nieuwe acute belasting voordoet, dient de gedragstherapeut, teruggrijpend naar de probleemsamenhang van stap 2, te beslissen of deze nevenproblematiek gelijktijdig ook besproken kan worden, naast het lopende behandelplan, of het vooropgestelde behandelplan voorrang kan houden, of doorverwijzing naar een andere hulpverlener (psychiater bv.) noodzakelijk is.....