Gedragstherapie bij de behandeling van het chronisch vermoeidheids-syndroom; 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.

In de gedragstherapeutische begeleiding worden achtereenvolgend de volgende stappen gezet:

1. Probleeminventarisatie

In het intake/anamnesegesprek worden alle **probleemvelden**, alle factoren die de draaglast vergroten, of een afname van draagkracht veroorzaken, nu en in het verleden, **op gelijst** 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 de revalidatie (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 worden deze metingen vergeleken met recente observatiegegevens.

Via vragenlijsten, deels in te vullen bij de ambulante gedragstherapeut en deels binnen het MDC, worden ook de belangrijkste **klachten** en hun ernst geregistreerd. In de opvolgsessies 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.

5. Behandeldoelen – behandelplan en 6. Therapeutische technieken

Op het vlak van activiteitenmanagement worden de volgende tussendoelen van een aangepast **dagritme** gespecifieerd: 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, werkhervatting. 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.

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

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** (2e generatie gedragstherapie) als vanuit **Acceptance** **and** **Commitment** **Therapy** (3e 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 **persoonlijke** **emotionele** **stressoren**. De nieuw aangeleerde vaardigheden worden ook op deze persoonlijke overbelasting toegepast.

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

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.

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

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.

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 terug gezet 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 activiteiten opbouw 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…..