



Signaal Digitaal

Significant voor de
professionele hulpverlener

2022 - nummer 2

Verschenen op 21 juni 2022

Signaal Digitaal is het digitale tijdschrift van Sig vzw.
Meer info op www.sig-net.be > Signaal Digitaal

Redactie

Geert Andries
Dieter Baeyens
Greetje Desnerck
Annemie Desoete
Hilde Roeyers
Sven Van Geel
Herman Van Hove
Marc Van Ussel
Hilde Van Waelvelde
Petra Warreyn
Inge Zink



INCLUSIE IN-ZICHT

De werking van Sig wordt ondersteund door het Wetenschappelijk Netwerk, bestaande uit meer dan 40 leden verbonden aan universiteiten en hogescholen. De volledige namenlijst vindt u op www.sig-net.be > Wetenschap

Redactiesecretariaat

Tijdschrift Signaal Digitaal > signaaldigitaal@sig-net.be
p/a Sig vzw, Pachthofstraat 1, 9308 Gijzegem (Aalst) (B)

Functioneel neurologische symptoomstoornis (FNSS) bij kinderen en jongeren

Residentieel interdisciplinair revalidatietraject

An De Cock, Perri De Mol en Chloë Theeuws

An De Cock, klinisch orthopedagoog - psychotherapeut, Revalidatiecentrum Pulderbos

Perri De Mol, klinisch psycholoog - psychotherapeut, Revalidatiecentrum Pulderbos

Chloë Theeuws, kinderneuroloog, Revalidatiecentrum Pulderbos

Functioneel neurologische symptoomstoornis (FNSS) is geen uitsluitingsdiagnose, maar een ziektebeeld dat vastgesteld wordt op basis van specifieke neurologische tekens en kenmerken. Een positieve diagnose is helpend voor zowel patiënt, omgeving als hulpverleners om inzicht te krijgen in de klachten, onnodige aanvullende onderzoeken te vermijden en passende zorg op te starten. In de praktijk blijken zowel het stellen van een duidelijke diagnose als het uitwerken van een behandeling op maat een grote uitdaging te vormen.

Dit artikel geeft een overzicht van relevante terminologie en staat uitgebreid stil bij FNSS bij kinderen en jongeren. Daarnaast wordt een residentieel interdisciplinair revalidatietraject voorgesteld, dat geïllustreerd wordt aan de hand van twee gevalbeschrijvingen. In de discussie onderstrepen we het belang van een positieve diagnose en van goede multidisciplinaire samenwerking en netwerking.

Inleiding

Inleiding en terminologie: ALK, SOLK, SSS en FNSS

Aanhoudende Lichamelijke Klachten (ALK), voorheen omschreven als Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK), laten zich omschrijven als lichamelijke klachten die langer dan enkele weken bestaan en waarbij adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoening kan aantonen die de klachten voldoende verklaart. Ook wanneer er wel sprake is van een somatische aandoening kunnen er dus aanhoudende lichamelijke klachten zijn die ernstiger of langduriger zijn, of het functioneren sterker beperken dan op grond van de aandoening verwacht wordt. Er wordt uitgegaan van een multifactoriële etiologie met voorbeschikkende, uitlokkende en in stand houdende factoren in zowel biologische, psychologische als sociale domeinen (Spaans, Rosmalen, Van Rood, Van Der Horst & Visser, 2017).

In de praktijk en de literatuur worden nog termen zoals bijvoorbeeld ‘onbegrepen lichamelijke klachten’, ‘psychosomatische klachten’ en ‘functionele klachten’ gebruikt. De veelheid aan termen zorgt voor verwarring. Voor het bevorderen van duidelijkheid in communicatie met patiënt en hulpverleners wordt gepleit voor het gebruik van een neutrale, uniforme terminologie. De term Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) werd hiertoe naar voren geschoven (Kallen & Pennings, 2013). Eind 2021 werd door het Netwerk Aanhoudende Lichamelijke Klachten in Nederland (www.nalk.info) de nog meer neutrale term Aanhoudende Lichamelijke Klachten (ALK) geïntroduceerd, vanuit de vaststelling dat bij SOLK soms te veel, en bij aanhoudende klachten bij een onderliggende somatische aandoening soms te weinig aandacht besteed werd aan psychosociale aspecten.

In de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), die in mei 2013 verscheen, zijn de termen ‘medically unexplained symptoms’ en ‘somatoforme stoornissen’ (zoals die in de DSM-IV gebruikt werden) vervangen door de ‘somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen’ (APA, 2014). De focus werd hierbij verschoven naar de impact van de klachten, zonder uitspraak te doen over de aan- of afwezigheid van onderliggende somatische en/of psychische oorzaken (Vermeulen & Willems, 2015).

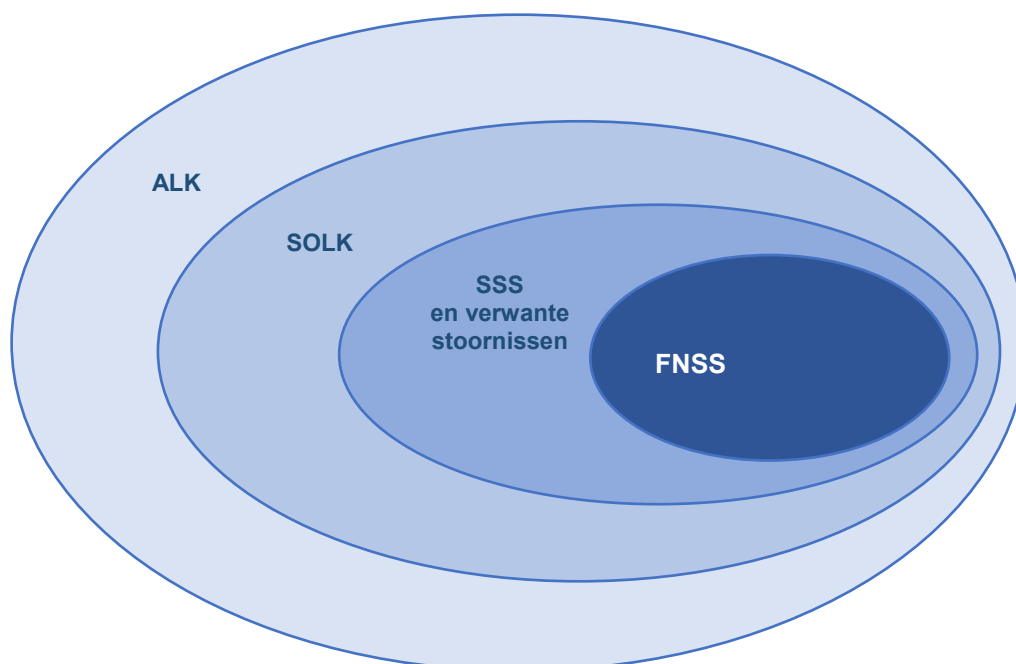
De somatisch-symptoomstoornis (SSS) wordt omschreven als aanhoudende (doorgaans omschreven als minstens zes maanden bestaande) lichamelijke klachten die veel lijdensdruk teweegbrengen en/of het dagelijks functioneren significant verstoren. Er is sprake van “excessieve gedachten, gevoelens of gedragingen samenhangend met de lichamelijke klachten of de hiermee gepaard gaande zorgen over de gezondheid” (APA, 2014). Bij de conversiestoornis of functioneel neurologische symptoomstoornis (FNSS) hebben de op de voorgrond staande lichamelijke klachten betrekking op het zenuwstelsel. Figuur 1 (hieronder) toont een grafische weergave van de hier besproken terminologie.

Functioneel neurologische symptoomstoornis (FNSS)

Klinisch beeld

Patiënten met ALK kunnen heel diverse klachten vertonen. Veel voorkomend zijn pijnklachten zoals bijvoorbeeld hoofdpijn, buikpijn of spierpijn, en vermoeidheid. Daarnaast kunnen specifieke klachten in verschillende orgaansystemen optreden. Na verloop van tijd zien we vaak fluctuaties en verschuivingen van klachten optreden, in één orgaansysteem of uitbreidend naar meerdere orgaansystemen (Kallen & Pennings, 2013).

Bij de conversiestoornis of FNSS hebben de op de voorgrond staande lichamelijke klachten betrekking op het zenuwstelsel, en treden veranderingen in de willekeurige motorische en/of sensorische functies op. Het kan bijvoorbeeld gaan om motorische uitval, abnormale bewegingen of psychogene niet-epileptische aanvallen (PNEA). De klachten kunnen niet verklaard worden door een onderliggende somatische of psychische stoornis. Bovendien zijn er bij neurologisch onderzoek zogenaamde positieve neurologische tekens en kenmerken die de diagnose FNSS ondersteunen (APA, 2014). Tabel 1 (zie p. 3) geeft een overzicht van de diagnostische criteria voor FNSS.



Figuur 1: Grafische voorstelling van de verhouding tussen ALK, SOLK, SSS en verwante stoornissen, en FNSS

Tabel 1: Diagnostische criteria in de DSM-5 voor de conversiestoornis of FNSS

A

Een of meer symptomen van veranderingen in de willekeurige motorische of sensorische functie.

B

Uit klinisch onderzoek blijkt dat het symptoom incompatibel is met bekende neurologische of andere somatische aandoeningen.

C

Het symptoom of de deficiëntie kan niet beter worden verklaard door een somatische of psychische stoornis.

D

Het symptoom of de deficiëntie veroorzaakt klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen, of behoeft somatisch onderzoek.

De conversiestoornis moet gespecificeerd worden met de volgende symptoomtypen:

- Met parese of paralyse
- Met abnormale bewegingen (tremor, dystone beweging, myoclonus, loopstoornis)
- Met sliksymptomen
- Met spraaksymptomen (dysfonie, onduidelijk spreken)
- Met aanvallen of convulsies
- Met anesthesie of sensibiliteitsverlies
- Met speciale zintuiglijke symptomen (visus, reuk, gehoor)
- Met gemengde symptomen.

Verder wordt aangegeven of de stoornis acuut ontstaan is (minder dan 6 maanden) of persisterend (langer dan 6 maanden) en of er wel of niet een psychische uitlokkende factor is.

Opmerking: Aangepast overgenomen uit de Nederlandse vertaling van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition, APA (2014)

Bij de motorische conversiestoornis kunnen patiënten motorische uitval (verlammingverschijnselen) of abnormale bewegingen zoals tremor of dystonie ervaren. Daarnaast kunnen ook gevoelsveranderingen optreden. Bij neurologisch onderzoek vallen vaak incongruenties op en zijn er zogenaamde positieve neurologische tekens, bijvoorbeeld het aantonen van spierkracht wanneer de patiënt zich hiervan niet bewust is of specifieke kenmerken van de aanwezige tremor of gevoelsveranderingen (Chouksey & Pandey, 2020). De klachten zijn vaak fluctuerend in ernst en/of uitgebreidheid.

Psychogene niet-epileptische aanvallen (PNEA) zijn te omschrijven als paroxysmale gewaarwordingen of gedragsveranderingen die een oppervlakkige gelijkenis vertonen met epileptische aanvallen, maar die niet gepaard gaan met epileptische ontladingen. De aanvallen vertonen specifieke kenmerken zoals een lange duur met fluctuerend verloop, asynchrone bewegingen,

heen en weer bewegen van hoofd of lichaam, sluiten van de ogen en afwezigheid van postictale verwardheid (Reuber & Brown, 2017). PNEA presenteren zich bij dezelfde patiënt stereotiep, maar verschuivingen op langere termijn zijn mogelijk.

Patiënten met FNSS kunnen ook een gemengd klachtenpatroon vertonen, met bijvoorbeeld naast PNEA ook een verstoord gangpatroon en gevoelsveranderingen (De Gusmao e.a., 2014).

De impact van de klachten op het functioneren en participeren is vaak groot. Bij kinderen en jongeren kunnen de klachten invloed hebben op fysieke en sociale activiteiten, vriendschappen en schoolse aanwezigheid (Bolger, Collings, Michels & Pruitt, 2018; De Gusmao e.a., 2014). Bovendien kan FNSS ook financiële problemen opleveren omwille van oplopende gezondheidszorgkosten en werkverlet van de ouders (Doss & Plioplys, 2018).

Zoals Vermeulen en Willems (2015) benadrukken, is FNSS geen uitsluitingsdiagnose, maar een ziektebeeld dat vastgesteld wordt op basis van specifieke neurologische tekens en kenmerken. Het is belangrijk deze te kennen, te bespreken met de patiënt en zijn omgeving, en een positieve diagnose te stellen. Het stellen van een duidelijke diagnose is helpend voor zowel patiënt, omgeving als hulpverleners om inzicht te krijgen in de klachten, onnodige aanvullende onderzoeken te vermijden en passende zorg op te starten.

Epidemiologie

Prevalentiecijfers variëren sterk, afhankelijk van de gebruikte terminologie, diagnostische criteria en de studiepopulatie. Epidemiologische gegevens over FNSS bij kinderen zijn beperkt. De gepubliceerde prevalentie van FNSS bij kinderen varieert in studies internationaal, van 4 op 100.000 in het Verenigd Koninkrijk en Australië tot 1 op 1000 in Duitsland. In andere studies werd aangetoond dat FNSS tot 5 à 20 procent van de neurologieconsulten uitmaakt (De Gusmao e.a., 2014).

De voorbije jaren groeide de interesse in en kennis rond FNSS. Momenteel wordt aangenomen dat FNSS wellicht één van de meest voorkomende aandoeningen is in de neurologische praktijk (Carson e.a., 2012).

Etiologie en pathogenese

De etiologie van FNSS is complex en heterogeen. Verschillende voorbeschikkende, uitlokkende en onderhoudende factoren op biologisch, psychologisch en sociaal vlak kunnen een rol spelen in het ontstaan en blijven bestaan van FNSS.

Er worden verschillende risicofactoren beschreven, waaronder neurobiologische factoren (bv. geslacht, comorbiditeit epilepsie of hersenletsel), psychologische factoren (bv. trauma, problemen met emotieregulatie, maladaptieve copingstijlen, bepaalde persoonskenmerken, psychiatrische comorbiditeit), sociale factoren (bv. dysfunctionele gezinsdynamieken) en cognitieve factoren (Ertan e.a., 2022). Elke patiënt heeft zijn eigen samenspel van factoren.

Er werden de voorbije jaren verschillende etiologische en pathofysiologische verklaringen¹ gepubliceerd in een poging om de lichamelijke, psychologische en neurobiologische factoren te integreren (Popkirov, Hoeritzauer, Colvin, Carson & Stone, 2018; Reuber & Brown, 2017).

Behandeling

Het stellen van een positieve diagnose en het uitgebreid informeren van de patiënt en zijn omgeving omtrent verschillende aspecten van FNSS vormen een essentiële start voor de behandeling van FNSS.

Het is belangrijk om zicht te krijgen op de verschillende voorbeschikkende, uitlokkende en onderhoudende factoren binnen het biopsychosociaal kader, en vervolgens een behandelplan op maat uit te werken. Afhankelijk van de ernst van het klachtenpatroon en de impact op het functioneren moet een ambulante of residentieel multidisciplinaire team samengesteld worden. De behandeling moet gericht zijn op het verkrijgen van inzicht in en grip op de klachten, en het verbeteren van het functioneren en participeren. Een goede interdisciplinaire samenwerking met een consistente aanpak is hierbij van wezenlijk belang. Doorheen de hele behandeling blijft educatie rond het groeiend inzicht in het samenspel van biopsychosociale factoren en de onderliggende mechanismen een belangrijke rol spelen.

De enkele studies waarin verschillende behandelingen bij kinderen en jongeren met FNSS onderzocht werden, tonen een meerwaarde van onder andere cognitieve gedragstherapie (Gooch, Wolcott & Speed, 1997; Kozłowska e.a., 2018; McFarlane e.a., 2019), kinesitherapie (FitzGerald, Southby, Haines, Hough & Skinner, 2015) en interdisciplinaire behandeling in een residentieel revalidatie-setting (Bolger e.a., 2018; Gooch e.a., 1997).

Er zijn slechts beperkte gegevens over het nut van medicamenteuze behandeling van FNSS bij kinderen. Opstart van medicatie wordt meestal in eerste instantie vermeden, tenzij voor de behandeling van significante psychiatrische comorbiditeit (Weiss e.a., 2021).

¹ In het bestek van dit artikel gaan we niet uitgebreid in op de etiologische en pathofysiologische verklaringen. Tijdens het bijbehorende webinar wordt hier wel de nodige aandacht aan geschonken.

Prognose

De prognose van FNSS bij kinderen en jongeren lijkt gunstiger te zijn dan bij volwassenen. Na gespecialiseerde multidisciplinaire behandeling zou ongeveer driekwart van de kinderen en jongeren met motorische FNSS volledig herstellen (Perez e.a., 2021). Een recente observationele studie bij kinderen en jongeren met PNEA in het Children's Hospital Colorado toonde dat na gespecialiseerde multidisciplinaire behandeling ongeveer de helft van de patiënten een significante vermindering van aanvallen en schoolverzuim vertoonde, en bovendien tot 50 procent minder gebruikmaakte van de spoedgevallendiensten (Flewelling, Koehler, Shaffer & Dill, 2020).

Wanneer FNSS vroegtijdig herkend en behandeld wordt, lijkt bij de meerderheid van de patiënten dus een verbetering van het klachtenpatroon en een vermindering van de impact op het functioneren op te treden. Toch is er een subgroep waarbij de prognose minder goed is, wellicht omwille van comorbiditeit en/of contextfactoren. Er is nog onvoldoende duidelijkheid over welke factoren hierin prognostisch voornamelijk bepalend zijn. Dankzij de groeiende interesse en onderzoeksinitiatieven van de voorbije jaren zal ook hierover de volgende jaren wellicht meer bekend worden.

FNSS in het revalidatiecentrum

Situering

Vanuit de expertise in revalidatie en behandeling van kinderen en jongeren met complexe neurologische aandoeningen werd in revalidatiecentrum Pulderbos een residentieel interdisciplinair revalidatietraject uitgewerkt voor FNSS. Dit programma richt zich op kinderen, jongeren en jongvolwassenen tot de leeftijd van 20 jaar. Bij het uitwerken van het FNSS-traject baseerden we ons onder andere op de Nederlandse Zorgstandaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke klachten (ggzstandaarden.nl). In een eerste luik lichten we enkele algemene principes toe van het FNSS-traject in ons revalidatiecentrum. In een tweede luik illustreren we deze aan de hand van twee gevalsbeschrijvingen.

FNSS-traject

Diagnostische fase

Er wordt steeds gestart met een diagnostische opname met als doel het mechanisme achter de klachten te begrijpen door een gepersonaliseerde verklaring op te bouwen. Hiervoor baseren we ons enerzijds op het biopsychosociaal model van Engel (1977) en anderzijds op de diagnostiek volgens het gevolgenmodel van Van Rood (2017). De bedoeling is om tot een gedeelde verklaring voor de klachten te komen als uitgangspunt voor behandeling.

Zowel bij het ontstaan als bij het blijven bestaan van de klachten spelen verschillende biologische, persoonlijke en omgevingsfactoren een rol. Het is belangrijk om dit biopsychosociaal model in kaart te brengen. Hierbij denken we aan voorbeschikkende kwetsbaarheden bij de patiënt of in zijn context, factoren die klachten kunnen uitlokken en factoren die klachten in stand houden of verergeren. Op die manier kan een matrix opgesteld worden van op elkaar inwerkende factoren. Het gevolgenmodel van Van Rood (van Rood & van der Horst, 2017) is een cognitief-gedragstherapeutisch model dat het chronisch worden van lichamelijke klachten verklaart. De nadruk wordt gelegd op in stand houdende factoren. De diagnostiek volgens het gevolgenmodel resulteert in een gepersonaliseerde verklaring voor het in stand houden van de klachten (vicieuze cirkel) en een behandelplan dat als doel heeft de omstandigheden voor het herstel te optimaliseren door vicieuze cirkels te doorbreken. Factoren die de klachten in stand houden zijn de lichamelijke, emotionele, gedragsmatige, cognitieve en/of sociale gevolgen. Voorbeelden hiervan zijn: verminderde conditie, angst om aanvallen te hebben, vermijdingsgedrag, gedachten van hulpeloosheid, niet meer naar school gaan en verlies van sociale contacten.

Behandelfase

De focus van de behandeling ligt niet op het wegnemen van de klachten, maar wel op het meer grip krijgen op de klachten en het verbeteren van het functioneren op activiteiten- en participatieniveau. We streven ernaar om de patiënt en zijn gezin weer zo goed mogelijk te

laten functioneren, zodat de klachten het dagelijks functioneren niet meer overheersen. Het zoeken naar een haalbaar activiteitenprogramma wat betreft school, hobby's en sociale contacten staat hierbij centraal.

Behandeldoelstellingen worden steeds op maat van het gepersonaliseerde verklaringsmodel uitgewerkt. Er zijn wel een aantal algemene principes die in elke behandeling gehanteerd worden.

Behandeldoelstellingen zijn vaak gericht op de in stand houdende factoren, omdat voorbeschikende en uitlokkende factoren moeilijker beïnvloedbaar zijn. Reacties van de omgeving, in de eerste plaats van de ouders, op de klachten hebben een grote invloed op gedrag, gedachten en emoties omtrent de klachten. Uitgebreide educatie aan zowel de patiënt als zijn omgeving vormt dan ook de hoeksteen in de FNSS-behandeling. Binnen educatie worden zowel het gepersonaliseerd verklaringsmodel als theoretische modellen besproken. Voorbeelden van deze theoretische modellen zijn het FNSS-model (Popkirov e.a., 2018), het integratief cognitief model (Reuber & Brown, 2017) en het *Window of tolerance* (Siegel, 1999).

We hanteren altijd een tijdcontingente, en dus geen klachtencontingente aanpak. Bij patiënten met FNSS wordt de deelname aan activiteiten vaak sterk bepaald door de klachten, waarbij een patroon van 'goede' en 'slechte' dagen ontstaat en het participatieniveau sterk afhankelijk wordt van de klachten. In een tijdcontingente benadering worden doelen op vlak van beweging en deelname aan activiteiten (bv. school) opgesteld die, ondanks het optreden van klachten, als haalbaar ingeschat worden. Door een stapsgewijze opbouw van activiteiten kan de patiënt weer succeservaringen ervaren en groeit het vertrouwen van zowel de patiënt als zijn omgeving. Hierbij worden gedragstherapeutische principes toegepast zoals het geleidelijk toewerken naar een vooropgesteld doel en positieve bekrachtiging van behaalde stappen richting doel. We richten onze aandacht hierbij op de vooropgestelde participatiedoelen en niet op de klachten, waardoor we het mogelijk bekrachtigend effect van aandacht op de klachten proberen uit te doven.

Ook het uitbouwen van een evenwichtig energiemanagement, waarbij gezocht wordt naar een gezonde draagkracht/draaglast-balans, vormt een vast onderdeel van de behandelfase. Het geleidelijk afbouwen van geïnstalleerde beschermingsmaatregelen en hulpmiddelen (bv. rolstoel) sluiten hierbij aan.

Een goede multidisciplinaire omkadering is nodig. Zowel de individuele therapeutische expertise als de interdisciplinaire samenwerking met continue afstemming, bijsturing en consistente aanpak zijn van wezenlijk belang.

Psychomotorische therapie wordt ingezet om de patiënt meer bewust te laten worden van zijn eigen lichaam en lichamelijke waarschuwingssignalen.

Ook psychotherapie vormt een vast onderdeel van de FNSS-behandeling. Deze kan zich enerzijds richten op de emotionele en gedragsmatige gevolgen van de klachten. Er kan bijvoorbeeld gewerkt worden rond het disfunctioneel gedrag en disfunctionele cognities die de lichamelijke klachten in stand houden. Anderzijds kan er gewerkt worden aan de voorbeschikende kindkwetsbaarheden. In therapie kunnen copingvaardigheden vergroot en emotieregulatiestrategieën uitgebreid worden. Specifiek voor aanvalsgewijze functionele klachten zoals PNEA worden strategieën aangeleerd, waardoor de patiënt vlak vóór, tijdens of na een aanval meer grip op zijn lichaam krijgt. Wanneer er sprake is van psychiatrische comorbiditeit kunnen specifieke behandelprogramma's opgestart worden, bijvoorbeeld rond angst of depressie. Wanneer onverwerkte traumatische herinneringen een belangrijke rol spelen in de verklaring van de klachten, kan specifieke traumabehandeling zoals *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) overwogen worden (Shapiro, 2018).

Omdat het reactiepatroon van ouders klachten mee in stand kan houden, neemt ook ouderbegeleiding/gezinsbegeleiding een belangrijke plaats in binnen de behandelfase. Ouders worden gecoacht in het aanleren van een alternatief reactiepatroon. Niet zelden wordt parallel ambulante gezins- of systeemtherapie opgestart.

Terwijl in het begin van de behandelfase het opbouwen van activiteiten in het revalidatiecentrum opgestart wordt, wordt naarmate er meer grip op de klachten komt toegewerkt naar re-integratie in de thuiscontext. De heropstart in de thuishoofschool en hobby's worden geleidelijk opgebouwd of uitgebreid. De opname wordt afgerond wanneer de patiënt weer op een aanvaardbaar activiteiten- en participatieniveau functioneert. Vaak is het zo dat de patiënt bij ontslag niet geheel klachtenvrij is.

Nazorgfase

Het uitwerken van een nazorgplan vormt een laatste belangrijk onderdeel van onze FNSS-behandeling. Het is van belang dat de patiënt en zijn omgeving zich bewust zijn van mogelijke triggers die een terugval in functioneel neurologische klachten kunnen uitlokken. Verder is het belangrijk dat zij de geleerde strategieën en de balans tussen draagkracht/draaglast ook na de residentiële behandeling blijven toepassen. Soms kan het inschakelen van ambulante professionele ondersteuning hierbij helpend zijn.

Gevalsbeschrijvingen

Casus 1: Motorische conversie

Sien is een meisje van vijftien jaar dat aangemeld werd omwille van sterk verminderde kracht in armen en benen, ontstaan na een craniocerebraal trauma bij een val. Er werden verschillende medische onderzoeken uitgevoerd. Deze konden geen somatische oorzaak aantonen. De klachten hadden een uitgesproken impact op het leven van Sien. Ze ging niet meer naar school, nam niet meer deel aan haar hobby's en was volledig afhankelijk van derden voor dagdagelijkse verzorging.

We leerden Sien kennen als een meisje met gemiddelde cognitieve, schoolse vaardigheden, een enorm doorzettingsvermogen en zeer hoge prestatiemotivatie. In de basisschool was de term 'hoogbegaafd' gevallen. Er bleek een geschiedenis van overpresteren, waarbij de lat op verschillende domeinen zeer hoog gelegd werd, zowel door zichzelf als door belangrijke personen in haar omgeving. Op sociaal-emotioneel vlak zagen we dat Sien gemakkelijk

overspoeld werd door haar emoties. Ze was op die momenten niet in staat om hier woorden aan te geven. Ze hanteerde een internaliserende copingstijl, waarbij ze de neiging had om zich af te zonderen, moeilijke zaken op te kroppen of te vermijden.

Sien groeit op als jongste in een intact gezin met een oudere broer. Haar broer heeft autismespectrumstoornis en een cognitieve beperking. Dit gegeven heeft - op verschillende vlakken - een invloed op het gezin, zowel qua structuur, mogelijkheden als tijdsinvestering. Tijdens de opname bleek dat Sien al jaren een sterke neiging had om zichzelf weg te cijferen in het gezin. Sien werd gezien als de perfecte dochter zonder moeilijkheden. Er ontstond een toxische wisselwerking, waarbij de ouders steeds minder oog hadden voor de individuele noden van Sien, gezien de perceptie van haar perfecte parcours, zodat ook Sien minder voeling kreeg met zichzelf. We merkten een bemoeilijkte identiteitsontwikkeling.

We zagen een aantal vicieuze cirkels die de lichamelijke klachten verder in stand hielden. Er was sprake van een zorg uitlokkende cirkel met als centrale emotie kwaadheid, waarbij Sien de volgende cognities kon verwoorden: "Ik verdien mijn eigen plekje. Zie mij staan." Haar frustraties uitte zich in eisend gedrag naar anderen toe, waardoor haar afhankelijkheid van anderen vergrootte.

Een cruciale stap in de behandeling was zowel Sien als haar ouders meer inzicht geven in de verschillende factoren die de klachten in stand hielden. Daarnaast werd intensieve psychomotore therapie opgestart. Na enkele maanden kon Sien haar bovenste ledematen weer volledig functioneel gebruiken. Hierdoor nam haar zelfstandigheid opnieuw toe. Ze kon met haar rolstoel rijden, eten, zich wassen, typen, enz. Op vlak van de onderste ledematen verliep de evolutie trager. Faalangst was hierbij een belangrijke remmende factor. Bovendien had ze, gezien de lange periode van deconditionering, in haar onderste ledematen krachtsverlies opgebouwd. Uiteindelijk lukte het Sien om de veiligheid van haar rolstoel los te laten en over te schakelen naar het gebruik van krukken.

Een belangrijk onderdeel van de meer cognitieve component van de behandelopname vormde het benoemen van haar capaciteiten, alsook haar beperkingen. Het deed Sien zichtbaar deugd dat de sluier van perfectie mocht afvallen. Ze had sterk de nood te tonen dat ook zij niet onfeilbaar was en recht had op begeleiding en omkadering. Daarnaast werd er tijdens psychotherapie gewerkt aan het onderkennen van de voor haar energie gevende en energie rovende zaken, met als doel een betere balans te vinden in haar energiebesteding. Tot slot vond ze meer rust in het gebruik van een uitgebreider copingpallet, waarbij ze ook leerde hoe haar emoties te reguleren en plaatsen. Er werd ook ruimte gemaakt voor identiteitgerelateerde thema's.

Bij ontslag gebruikte Sien haar krukken voor langere afstanden, maar was ze weer in staat te participeren aan het dagelijkse leven. Haar onderwijskeuzes, evenals hobby, waren aangepast aan haar noden, behoeften en capaciteiten. Met het gezin werden afspraken gemaakt over tijdsinvestering en onafhankelijkheid. Een paar jaar later heeft Sien haar plekje gevonden in de 'volwassen' wereld, hoewel ze nog altijd bewust bezig blijft met haar energiebalans en noden om te kunnen blijven functioneren.

Casus 2: PNEA

Noor is een zeventienjarige patiënte die aangemeld werd met psychogene niet-epileptische aanvallen (PNEA). Haar aanvallen bestonden uit ongecontroleerde bewegingen van armen en benen, vaak gepaard met krachtverlies, en wisselend bewustzijn. De duur varieerde van enkele minuten tot één uur. Aanvankelijk werd gedacht aan epileptische aanvallen en werd anti-epileptische medicatie opgestart. Deze had geen effect op de aanvalsfrequentie. Er vonden verschillende medische onderzoeken plaats die geen duidelijke somatische oorzaak konden weerhouden. De aanvallen hadden vooral een impact op Noors schools functioneren. Er waren concentratieproblemen en ze miste door de aanvallen vaak lessen. Omwille van de angst dat sporten aanvallen zou uitlokken, was ze gestopt met sporten.

Aanvankelijk probeerden de ouders Noor tijdens een aanval weer bij bewustzijn te brengen door op haar wangen te kloppen, haar te knijpen en tegen haar te spreken. Omdat dit geen effect had, lieten ze dit na een tijdje achterwege. Ze bleven Noor wel beschermen tegen verwondingen door haar op te vangen of door haar zo veel mogelijk te laten zitten. Wanneer er een aanval op school optrad, was er veel paniek en werden stevast de hulpdiensten gebeld.

Op somatisch vlak was er sprake van een hogere gevoeligheid van het autonoom zenuwstelsel, waarbij al op jonge leeftijd een neiging tot flauwvallen gezien werd.

Op cognitief vlak toonde het intelligentie-onderzoek gemiddelde verstandelijke mogelijkheden en een minder flexibele manier van denken. Noor volgde nochtans een studierichting die zich richtte op sterk lerende jongeren. Dit deed vermoeden dat Noor in de huidige studierichting overvraagd werd.

Op vlak van temperament en persoonlijkheid zagen we duidelijke kenmerken van een grote mate van perfectionisme, een sterk doorzettingsvermogen en hoge prestatiemotivatie, wat geleid had tot onrealistische verwachtingen, zowel van Noor zelf als vanuit haar omgeving.

We zagen een internaliserende copingstijl waarbij Noor onaangename emoties wegduwde (vermijding) en bij zich hield (internaliseren), waardoor de ervaren stress moeilijk gereguleerd raakte.

Verder merkten we in de context waarin Noor opgroeide een aantal kwetsbaarheden. Noor is de oudste in een intact gezin. Ze heeft nog één broer die gekend is met aandachtsproblemen en druk gedrag, wat vaak voor spanningen in het gezin zorgt. Noor heeft zich altijd heel verantwoordelijk gevoeld voor haar broer en stelde zich al op jonge leeftijd op als een tweede moeder, zeker op momenten dat de ouders uit werken waren. Recent was het gezin verhuisd van het platteland naar de stad omwille van het werk van vader. Noor miste het landelijke leven en kende aanpassingsmoeilijkheden.

De laatste maanden verliepen de interacties in het gezin moeilijk. Noor trok zich meer en meer terug en reageerde vaak prikkelbaar. Moeder had het gevoel dat Noor het haar ouders kwalijk nam dat ze niet verder zochten naar een somatische oorzaak van haar aanvallen. Noor vertelde dat ze zich niet begrepen voelde door haar ouders in haar klachten. Noor had zich in het gezin lang als het perfecte kind opgesteld. Ook op schools vlak profileerde ze zich als een perfecte student. De ouders hadden Noor hierin altijd bevestigd door aan te geven dat goed presteren op school voor hen belangrijk was. De start in het secundair onderwijs was moeilijk geweest. Noor vond niet onmiddellijk aansluiting bij haar medeleerlingen.

Uit Noors levensverhaal kwam een cumulatieve opbouw van stressoren naar boven, die haar draagkracht ondergraven hadden en luxerend waren voor het ontstaan van aanvallen.

Ten gevolge van deze klachten waren een aantal vicieuze cirkels ontstaan die de klachten verder in stand hielden. We zagen een cirkel van anticiperende angstige cognities, angst voor nieuwe aanvallen en een toenemend vermijdingsgedrag. Daarnaast zagen we ook een cirkel van een evolutie naar depressieve gevoelens met gevoelens van schaamte, zelfdevaluatie, piekergedrag en eenzaamheid. We herkenden bij Noor symptomen van een depressie en van een paniekstoornis, die zich vooral uitten in het blijven piekeren over haar aanvallen en schrik hebben dat deze opnieuw zouden optreden.

Op basis van dit verklaringsmodel werden doelstellingen voor de behandelfase opgesteld, met als doel het optimaliseren van haar dagelijks functioneren, ondanks haar lichamelijke klachten. Behandeldoelstellingen waren zowel gericht op Noors kwetsbaarheden als (voornamelijk) op de in stand houdende vicieuze cirkels.

Zowel Noor als haar ouders hadden nood aan eenduidige, geruststellende informatie over het mechanisme achter de aanvallen.

Op vlak van voorbeschikende factoren zagen we dat het voor Noor niet haalbaar was om haar studierichting aan hetzelfde tempo te volgen. Er

werd een haalbaar schools programma uitgewerkt dat afgestemd was op wat Noor aankon.

Tijdens de psychomotorische therapie werden oefeningen aangeleerd om Noor meer grip te geven op het krachtsverlies, dat vaak gepaard ging met een aanval. Deze oefeningen werden gekoppeld aan het beeld van de *Window of tolerance*, waarbij haar aanvallen zich situeren in de fase van hypo-arousal. Telkens als Noor een aanval deed met krachtsverlies werd ze gevraagd om de oefeningen te doen die ze aangeleerd gekregen had.

In de wekelijkse individuele psychotherapie werd gewerkt aan Noors perfectionisme en de disfunctionele cognitieve schema's rond hoge normen die bij haar aanwezig waren. Er werd gewerkt rond het verleggen van de focus, weg van de klachten, het leren relativeren en het uitdagen van niet-helpende cognities, het stoppen van vermijding. Er werd gewerkt rond emotieregulatie, waarbij gezocht werd naar een weg om over haar gevoelens te vertellen op een manier die voor Noor weinig weerstand opriep.

Om de ontstane in stand houdende cirkel van angst en vermijdingsgedrag te doorbreken werden activiteiten gradueel opgebouwd. Om Noors angst voor aanvallen op openbare plekken en het daardoor ontstane vermijdingsgedrag te doorbreken, werd ze stapsgewijs blootgesteld aan activiteiten die negatieve cognities en angst oproepen.

Daarnaast werd het opstarten van gezinstherapie buiten het revalidatiecentrum geadviseerd om aan de slag te gaan met de relationele en contextuele invloeden die bijdroegen tot het in stand houden van de klachten.

De opname werd na vijf maanden beëindigd. Noor startte weer in haar thuischool, met een aangepast schoolprogramma waarbij ze één dag van thuis uit les volgde en de leerstof verspreid werd over twee jaar. De aanvalsfrequentie was afgenomen tot één aanval per week. Zowel Noor, de ouders als de ruimere omgeving vertelden nu niet meer in paniek te slaan en de aanvallen vooral te zien als een alarmsignaal van het overschrijden van Noors draagkracht.

Noor gaf aan zich duidelijk beter in haar vel te voelen. De ouders lieten ons na een jaar weten dat Noor haar secundair onderwijs afgerond had en hoger onderwijs zou aanvragen. Ze vertelden dat het begrijpen van het mechanisme van de klachten voor hen als een routekaart was, die richting gaf aan de weg naar een ‘normaal leven’.

Discussie

De aanpak en behandeling van aanslepende lichamelijke klachten waarvoor geen eenduidige somatische verklaring gevonden wordt, is een grote uitdaging in onze gezondheidszorg.

Deze uitdaging begint al bij het stellen van de diagnose. De leidraad voor het stellen van de diagnose FNSS bestaat uit het vaststellen van inconsistenties bij klinisch neurologisch onderzoek en/of incongruenties tussen de presenterende symptomen en klinische tekens en gekende neurologische ziekten (Weiss e.a., 2021). Bovendien zijn er specifieke neurologische tekens en kenmerken die de diagnose FNSS kunnen onderschrijven.

In de praktijk zien we echter vaak dat de patiënt en zijn omgeving al een hele zoektocht achter de rug hebben alvorens de klachten gekaderd worden als FNSS. Onvoldoende vertrouwdheid van artsen met de specifieke tekens en kenmerken en de gebruikte terminologie, onzekerheid om een (bijkomende) onderliggende somatische aandoening te missen en de uitdaging om dit te bespreken met de patiënt en zijn omgeving, vormen elementen die hierin zeker een belangrijke rol spelen. We voelen de nood aan bijkomende opleiding van artsen en hulpverleners, naast de uitbouw van expertisenetwerken.

Het beeld van dichotomie tussen lichaam en geest blijft vaak nog bestaan. Naarmate de zoektocht naar een verklaring van de klachten vordert, neemt de neiging toe om de klachten te duiden als ‘psychisch’. Het niet vinden van een somatische verklaring doet veel hulpverleners concluderen dat het dan maar psychisch moet zijn. Deze eenvoudige dichotomie (“Het is ofwel somatisch, ofwel psychisch”) gaat aan de

complexiteit van ons menselijk functioneren voorbij en wordt door de patiënt en zijn omgeving vaak als schuldinducerend ervaren.

Langdurige lichamelijke klachten vereenvoudigen tot stressklachten roept bij de patiënt en zijn omgeving vaak veel weerstand op en drijft hen tot meer medisch onderzoek. De klachten hebben zo niet alleen impact op het functioneren en participeren, maar gaan ook gepaard met eventuele nevenwerkingen van ingestelde onderzoeken of behandelingen en hoge kosten voor de gezondheidszorg. Sociaal isolement, schoolverzuim, medische shopping, langdurig medicatiegebruik, interventies door spoedhulpdiensten en herhaalde technische onderzoeken zijn eerder regel dan uitzondering. Wanneer bovendien aan ‘functionele klachten’ gedacht wordt, zorgt de veelheid aan gebruikte termen voor bijkomende verwarring. Onduidelijke of tegenstrijdige boodschappen kunnen onderhoudend werken in het blijven bestaan van de klachten. We onderstrepen dus het belang van het tijdig stellen van een positieve diagnose met gebruik van een uniforme terminologie.

Het stellen van een diagnose zorgt voor duidelijkheid en erkenning, en vormt ook meteen een eerste belangrijke stap in de behandeling. Het uitgangspunt dat achter langdurige lichamelijke klachten een complex mechanisme schuilgaat met biologische (vaak ook somatische) kwetsbaarheden, contextfactoren en in stand houdende factoren, geeft erkenning aan de patiënt en zijn omgeving. Pas wanneer deze complexiteit stap voor stap ontrafeld is, kan gerichte behandeling gestart worden. Dit proces vraagt tijd en vertrouwen, en kan pas starten wanneer de patiënt zich serieus genomen voelt in zijn klachten.

Het opstellen van dit gepersonaliseerd verklaringsmodel en de organisatie van het behandelplan vormen in de praktijk vaak een uitdaging. Gezien de complexiteit vraagt dit om goede samenwerking en afstemming tussen verschillende disciplines in de gezondheidszorg. Ook hier dreigt het nadelige effect van het dichotomiseren van hulpverlening. Functioneel neurologische klachten vragen om intensieve samenwerking tussen artsen en therapeuten, tussen

therapeuten onderling, tussen hulpverleners en de patiënt en zijn omgeving (bv. gezin, school), maar ook tussen het somatische en (kinder-)psychiatrische werkveld. De zorg voor FNSS vereist dat neurologie en psychiatrie hand in hand gaan. We houden dan ook een pleidooi voor het oprichten van netwerkverbanden waarbij niet uitsluitend vertegenwoordigers vanuit de geestelijke gezondheidszorg, maar ook de revalidatiesector en het somatisch werkveld aansluiten.

Naar analogie van de Zorgstandaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten pleiten we ook in Vlaanderen voor een *stepped care model* waar iedere zorgverlener zijn rol heeft in het zorgspectrum. Aan de ene kant van het spectrum staan milde SOLK-klachten, waarbij huisartsen en eerstelijns hulpverleners een fundamentele rol hebben. Aan de andere kant van het spectrum staan matig tot ernstige somatische symptoomstoornissen (o.a. FNSS), waarvoor de expertise van en soms ook opname in revalidatiecentra en/of psychiatrie nodig is. Het flexibel kunnen opschuiven in dit zorgcontinuüm, tussen residentiële en ambulante revalidatie, zal niet alleen de patiënt maar ook de gezondheidszorg in Vlaanderen ten goede komen.

Tot slot zorgt de veelheid aan gebruikte terminologie ook in de wetenschappelijke literatuur voor verwarring. Wetenschappelijk onderzoek specifiek naar FNSS bij kinderen is nog schaars. Hierdoor is nog onvoldoende geweten over comorbiditeit en risicofactoren. Dankzij de groeiende interesse en meer uniforme terminologie zal hierin de komende jaren hopelijk meer duidelijkheid komen.

Op dit moment staat het onderzoek nog in de kinderschoenen. Er is een aanvoelen dat bepaalde kenmerken in persoonlijkheid je meer kwetsbaar maken voor het ontstaan van functioneel neurologische klachten, net zoals trauma als een belangrijke oorzakelijke factor is gekend. Ook over het samen voorkomen van bepaalde comorbiditeiten, als gevolg van of als onderliggende biologische kwetsbaarheid voor FNSS, is nog te weinig bekend. In de praktijk zien we ontwikkelingsstoornissen zoals

autismespectrumstoornis vaak als onderliggende kwetsbaarheid, maar epidemiologisch onderzoek ontbreekt. Hoe duidelijker kwetsbaarheden in kaart gebracht zijn, hoe sneller gerichte behandeling gestart kan worden. Hoe vroeger een juiste gepersonaliseerde verklaring, hoe vroeger de opstart van een interdisciplinaire behandeling en hoe gunstiger de prognose is.

Referenties

- APA (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. Nederlandse vertaling van *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Bolger, A., Collins, A., Michels, M., & Pruitt, D. (2018). Characteristics and outcomes of children with conversion disorder admitted to a single inpatient rehabilitation unit. A retrospective study. *PM&R*, *10*, 910-916. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2018.03.004>.
- Carson, A. J., Brown, R., David, A. S., Duncan, R., Edwards, M. J., Goldstein, L. H., ... Voon, V. (2012). Functional (conversion) neurological symptoms: Research since the millennium. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, *83*, 842-850. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2011-301860>.
- Chouksey, A., & Pandey, S. (2020). Functional movement disorders in children. *Frontiers in Neurology*, *11*, 1-7. <https://doi.org/10.3389/fneur.2020.570151>.
- De Gusmao, C. M., Guerriero, R. M., Bernson-Leung, M. E., Pier, D., Ibeziako, P. I., Bujoreanu, S., ... Waugh, J. L. (2014). Functional neurological symptom disorders in a pediatric emergency room: Diagnostic accuracy, features, and outcome. *Pediatric Neurology*, *51*, 233-238. <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2014.04.009>.
- Doss, J. L., & Plioplys, S. (2018). Pediatric psychogenic nonepileptic seizures: A concise review. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *27*, 53-61. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.08.007>.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, *196*, 129-136.
- Ertan, D., Aybek, S., Lafrance, W. C., Kanemoto, K., Tarrada, A., Maillard, L., ... Hingray, C. (2022). Functional (psychogenic non-epileptic/dissociative) seizures: why and how? *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, *93*, 144-157. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2021-326708>.

FitzGerald, T. L., Southby, A. K., Haines, T. P., Hough, J. P., & Skinner, E. H. (2015). Is physiotherapy effective in the management of child and adolescent conversion disorder? A systematic review. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *51*, 159-167. <https://doi.org/10.1111/jpc.12630>.

Flewelling, K. D., Koehler, A., Shaffer, J., & Dill, E. (2020). Medical and psychosocial outcomes of youth with psychogenic nonepileptic seizures: An observational study. *Epilepsy & Behavior*, *112*. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107383>.

Gooch, J. L., Wolcott, R., & Speed, J. (1997). Behavioural management of conversion disorder in children. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *78*, 264-268.

Kallen, B., & Pennings, M. (2013). *Grip op SOLK*. Den Haag: Boom Lemma.

Kozłowska, K., Chuldleigh, C., Cruz, C., Lim, M., McClure, G., Savage, B., ... Gill, D. (2018). Psychogenic non-epileptic seizures in children and adolescents: Part II – explanations to families, treatment, and group outcomes. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *23*, 160-176. <https://doi.org/10.1177/1359104517730116>.

McFarlane, F. A., Allcott-Watson, H., Hadji-Michael, M., McAllister, E., Stark, D., Reilly, C., ... Heyman, I. (2019). Cognitive-behavioural treatment of functional neurological symptoms (conversion disorder) in children and adolescents: A case series. *The European Journal of Paediatric Neurology*, *23*, 317-328. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2018.12.002>.

Perez, D. L., Edwards, M. J., Nielsen, G., Kozłowska, K., Hallett, M., & LaFrance, W. C. (2021). Decade of progress in motor functional neurological disorder: Continuing the momentum. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, *92*, 668-677. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2020-323953>.

Popkirov, S., Hoeritzauer, I., Colvin, L., Carson, A. J., & Stone, J. (2018). Complex regional pain syndrome and functional neurological disorders: Time for reconciliation. *Journal of Neurology, Neurosurgery and*

Psychiatry, *90*, 608-614. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2018-318298>.

Reuber, M., & Brown, R. (2017). Understanding psychogenic nonepileptic seizures – Phenomenology, semiology and Integrative Cognitive Model. *Seizure*, *44*, 199-205.

Shapiro, F. (2018). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy. Basic principles, protocols and procedures*. New York, NY: Guilford.

Siegel, D. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press.

Spaans, J., Rosmalen, J., van Rood, Y., van der Horst, H., & Visser, S. (2017). *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten*. Houten: LannooCampus.

Van Rood, Y., & van der Horst, H. (2017). Het opstellen van een gepersonaliseerde verklaring. In J. A. Spaans, Y. van Rood, J. van Rosmalen, H. E. van der Horst, & S. Visser (red.), *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (pp. 117-131). Houten: LannooCampus.

Vermeulen, M., & Willems, M. H. A. (2015). Conversiestoomis: van DSM-IV naar DSM-5 of van psychiatrische naar neurologische diagnose. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *57*, 569-575.

Weiss, K. E., Stein, K. J., Kodish, I., Sim, L., Yurs, S., Steggall, C., Fobian, A. D. (2021). Functional Neurological Symptom Disorder in children and adolescents within medical settings. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *28*, 90-101. <https://doi.org/10.1007/s10880-020-09736-2>.

Contact

An De Cock
an.decock@revapulderbos.be

K. Van den Bosch

Book of Lemons

Meer maken van de citroenen die het leven je geeft

ISBN 9789085750697 • 92 blz. • €19,50 • Cyclus
(Cyclus is een imprint van Garant)



'When life gives you lemons, make lemonade.' Ieder van ons heeft ideeën over hoe het leven hoort te zijn. Vanaf jonge leeftijd fantaseren we over onze loopbaan, onze partner, onze fysieke verschijning, ons gezin, de plek waar we wonen, wie onze vrienden zijn enz. Voortdurend loopt ons leven echter anders dan gepland, verwacht of gehoopt. Hoe goed je ook je zaken op een rij hebt, je komt narigheid tegen. Je gaat voor kersen, aardbeien of watermeloenen maar je krijgt citroenen. Die kunnen erg zuur zijn, vooral wanneer

het er een heleboel na elkaar zijn of wanneer het om een heel groot exemplaar gaat. Je wil er wel limonade van maken, maar hoe? Ook wanneer een oud recept niet meer blijkt te smaken of onvindbaar is, wordt het lastig.

Dit boek leert je aan de hand van de citroenenmetafoer om anders te kijken naar en om te gaan met moeilijke situaties. Op een speelse manier verneem je meer over thema's als gewoontevorming, coping en stress. Reflectievragen helpen je om de citroenen op jouw pad onder de loep te nemen en er zelf mee aan de slag te gaan. Dit is een werkboek, een reflectie-instrument dat een ander licht zal werpen op de citroenen in jouw leven. Een klein, fris boek met een mogelijk groots resultaat voor jouw levensloop.

Sven De Weerd

Levenskracht, zelfzorg en persoonlijk meesterschap

10 strategieën om je levenskwaliteit duurzaam te verbeteren

ISBN 9789044138351 • 195 blz. • €23,00 • Garant

Meer dan ooit zijn kennis en andere middelen voorhanden om vitaal, vreugdevol en vredig door het leven te gaan. Tegelijk kan dit moderne leven ons ook ziek, gestressed en ongelukkig maken. Aan ons de keuze. Hoe maak je die keuze? Hoe ontwikkel je een levenskracht die van binnenuit komt? Hoe breng je dat concreet in de praktijk?

De kwaliteit van je leven duurzaam verbeteren kan door goed voor je hele zelf te zorgen. Dit boek laat 10 elkaar aanvullende strategieën aan bod komen die de lichamelijke, mentale, relationele en spirituele dimensie van jezelf aanspreken. Vanuit die strategieën wordt er een waaier van 100 kleine, haalbare acties voorgesteld, waaruit je kan kiezen en die elk een groot verschil kunnen maken.

Hoe ga je daarmee aan de slag? Hoe kom je in actie? Dat kan maar door leiding te geven aan jezelf. Dit persoonlijk meesterschap vraagt om toewijding, mildheid en inzicht. Net zoals zelfzorg is ook persoonlijk meesterschap een directe bron van levenskracht. Het is die levenskracht die ons ertoe aanzet om telkens weer in te zetten op de kwaliteit van ons leven.

A. Meesschaert

Burn-out ontmaskerd

De dieperliggende oorzaken van een burn-out

ISBN 9789044136012 • 164 blz. • €26,90 • Garant



In 2008 krijgt ze een zware burn-out als gevolg van een echtscheiding en herstructurering op het werk. Dit was voor Ann Meesschaert de trigger om antwoorden te zoeken. Ze volgde verschillende opleidingen waarvan ze de inzichten nu toepast in haar multidisciplinaire aanpak bij de behandeling van burn-outpatiënten. Ze werkt als zelfstandige coach en helpt mensen met klachten van stress, burn-out en bore-out en geeft eveneens

loopbaanadvies. Ze woont en werkt in de buurt van Gent.

Check ook haar website www.coachingbijburnout.be



VERRIJK JEZELF MET LEVENSLANG LEREN

TOEGEPASTE PSYCHOLOGIE | ANTWERPEN

Postgraduaten

POSTGRADUAAT Bemiddeling
POSTGRADUAAT Client-centered spelcounseling
POSTGRADUAAT Forensische psychodiagnostiek & counseling
POSTGRADUAAT Gedragscounseling
POSTGRADUAAT Interculturele hulpverlening
POSTGRADUAAT Neuropsychologische diagnostiek & counseling
POSTGRADUAAT Positieve psychologie
POSTGRADUAAT Psychodiagnostiek
POSTGRADUAAT Relatie-, gezins-, en systeempsychotherapie
POSTGRADUAAT Systeemcounseling
POSTGRADUAAT Perinatale psychologie - NIEUW!
POSTGRADUAAT Werken vanuit een gedragstherapeutisch kader - NIEUW!



WORKSHOPS EN LEZINGEN ROND DIVERSE TOPICS

Meer info? www.thomasmore.be/tpvorming

THOMAS
MORE