

Overspanning en burn-out in een antroposofisch perspectief

Inleiding

Dit artikel geeft een summiere beschrijving van de behandeling van burn-out en overspanning in een antroposofische huisartsenpraktijk. Het pretendeert niet de enige antroposofisch gemotiveerde aanpak te zijn. Integendeel, het kan zelfs redelijk uniek genoemd worden omdat burn-out en overspanning mogelijk alleen in mijn praktijk op deze wijze benaderd worden. Ik heb de beschreven aanpak gedurende de afgelopen vijftien jaar gaandeweg in mijn eigen praktijk ontwikkeld en pas het consequent bij mijn patiënten toe. Sinds enkele jaren is het plan vrijwel onveranderd gebleven. Het is buitengewoon dankbaar om mensen die al maanden tot jaren klachten hebben op relatief eenvoudige wijze te zien opknappen. Relatief eenvoudig, want de aanpak is tegelijkertijd nogal radicaal, en vergt dat mensen een keuze maken voor herstel. En een keuze voor herstel gaat niet samen met een keuze voor doormodderen. In dit artikel geef ik een beknopte presentatie van de uitgangspunten, uitvoering en beloop in vier fasen. Ik noem het plan tegenwoordig het 4-fasenherstelplan bij overspanning en burn-out. Dit herstelplan vormt tevens de basis voor de behandeling van burn-out, maar vormt bij burn-out slechts een opmaat, een kader waarbinnen een verdergaande behandeling noodzakelijk is. Als mijn patiënten naar een bedrijfsarts gaan krijgen ze, naast een computeruitdraai van de consulten die op de overspanning betrekking hebben, tevens een speciaal voor bedrijfsartsen geschreven versie van dit plan mee. Dit leidt tot zeer diverse reacties. Bedrijfsartsen zijn niet gewend dat een huisarts zich actief en beslist met hun beleid bemoeit. Ze voelen zich soms enigszins gepasseerd, maar kunnen ook enthousiast worden over het feit dat een huisarts de moeite neemt deze patiënt te coachen en zijn soms geïnteresseerd in het plan. Het plan verhoudt zich nogal moeizaam met hun richtlijnen vanwege de uitgesproken ruimte voor herstel. De knelpunten worden in de voor hen geschreven versie uitgelegd. Meer informatie¹⁾ alsmede deze bedrijfsartsversie²⁾ zijn vanaf mijn site te downloaden.

Ernst Ellis is antroposofisch huisarts te Doetinchem

Overspanning, chronische overspanning, burn-out of chronische vermoeidheid?

Volgens de 'LESA overspanning en burn-out'³⁾ dient de term burn-out gereserveerd te worden voor de situaties waarbij klachten van overspanning langer dan een half jaar duren. Bij burn-out is extra zorg nodig in de vorm van psychologische hulp. Overspanning gaat volgens de LESA meestal vanzelf over.

Ikzelf prefereer om het begrip burn-out te reserveren voor die situaties waarbij er door interne biografische oorzaken sprake is van een emotioneel en mentaal vastlopen in beroeps- en/of privéleven, waarbij dit leidt tot een situatie van chronische uitputting. Dit betreft echter een kleine minderheid van de patiënten die onder de definitie van de LESA vallen.

Mijns inziens lijkt er sprake te zijn van een inflatie van het begrip burn-out. Het lijkt soms wel of het begrip overspanning geheel verdrongen wordt door het begrip burn-out. Zoeken op internet naar burn-out levert veel meer 'hits' op dan zoeken op overspanning.

'Er lijkt sprake te zijn van een inflatie van het begrip "burn-out". Bij burn-out zijn de herstelmechanismen niet meer intact'

Ook ontbreekt het begrip chronische overspanning. Van chronische overspanning is sprake wanneer een overspanning onjuist behandeld wordt en dan langer duurt dan nodig is. Dan lijkt het op burn-out. Bij een correcte benadering gaat het echter alsnog vlot over omdat de herstelmechanismen – zie onder 4-fasenplan - intact zijn. Dit komt zeer vaak voor. Bij burn-out zijn de herstelmechanismen niet meer intact. Tenslotte is het nog van belang om de burn-out te onderscheiden van het chronisch vermoeidheidssyndroom. Bij deze laatste diagnose staat de vermoeidheid op de voorgrond. Bij de burn-out staan de concentratieproblemen op de voorgrond en deze ontstonden anamnestic vóór de vermoeidheid. Verwarring van deze twee ziektebeelden leidt mijns inziens tot de indruk dat cognitieve gedragstherapie werkzaam is bij chronische vermoeidheid* terwijl er in werkelijkheid sprake is van de behandeling van burn-out. Dit artikel bespreekt, zoals gezegd, de behandeling van overspanning en chronische

overspanning. Bij burn-out pas ik het 4-fasenherstelplan eveneens toe, maar deze problematiek vergt ook aanvullende behandeling.

Het 4-fasenherstelprogramma; het verband tussen slaap en concentratieboog

Het 4-fasenherstel-programma is sterk georiënteerd op twee ‘kernaspecten’: de slaapduur en de concentratieboog. De slaapduur en de concentratieboog staan in een onderling verband. Door de overspanning is er een slechte concentratie ontstaan. De slechte concentratie zorgt ervoor dat lichte prikkels – bijvoorbeeld geluiden – al als hinderlijk worden ervaren en tot nieuwe overprikkeling leiden. De overprikkeling van het brein stoort de slaap. De slaap op zijn beurt is noodzakelijk voor een goed functionerend brein. Wanneer deze slaap fors gestoord raakt, belemmert dat het herstel van het brein of zorgt ervoor dat de stoornis zelfs toeneemt. Zo ontstaat er een vicieuze cirkel die slechts door gestructureerde, gerichte interventies, gericht op de verbetering van deze kernaspecten, doorbroken kan worden.

‘Het 4-fasenherstelplan is sterk georiënteerd op twee “kernaspecten”: de slaapduur en de concentratieboog’

De slaap als bron van herstel, concentratie als maat voor herstel

De slaapduur is bij ziekmelding wegens overspanning vaak fors verkort; vaak 4-5 uur in plaats van 7-8 uur. Deze korte slaapduur is de hoofdreden voor het voortbestaan van de klachten. Het brein herstelt onvoldoende bij deze korte slaap.

De concentratieboog is tegelijkertijd zeer sterk verkort. Bij het gros van de patiënten met een recent ontstane overspanning blijkt deze concentratieboog slechts 5-10 minuten te bedragen.

* In Nederland overheerst de mening dat cognitieve gedragstherapie (CGT) helpt bij het chronisch vermoeidheids syndroom (CVS), en dat het bij CVS dus om een somatisatiestoornis moet gaan. In het buitenland wordt deze mening over het algemeen niet gedeeld. De trials met CGT zijn in Nederland door één instituut (het NKCV) uitgevoerd, en extern niet bevestigd. De inclusiecriteria van deze trials waren vergeleken met de huidige, sinds 2011 gepubliceerde, internationale consensuscriteria voor de diagnose van CVS (4) te licht om van CVS te kunnen spreken. Het is derhalve in principe mogelijk dat er patiënten die eigenlijk een burn-out hadden in plaats van een CVS, bij deze trials waren geïncludeerd.

** Deze tijdsindicaties gelden bij een gebruikelijke startconcentratie van 5-10 minuten en een totale slaapduur van circa 4 uur. Bij een betere startconcentratie en/of slaap worden de fasen sneller doorlopen. Scholieren herstellen doorgaans ook sneller.

Het plan voorziet in maatregelen om deze slaapduur te verlengen, waarbij gelijktijdig wordt bijgehouden hoe lang de concentratieboog overdag is. Deze twee functies, de slaap en de concentratieboog, vormen de ‘kernaspecten’ waar het 4-fasenherstelplan op gericht is.

Het plan zet ik overigens op dezelfde wijze in bij persistente commotioklachten.

Herstel in 4 fasen

Wanneer de richtlijnen van het 4-fasenplan goed gevolgd worden blijkt het herstel in vier duidelijk te onderscheiden fasen te verlopen. Het beleid is in deze vier fasen zeer verschillend. In fase 1 en 2 deactiverend, en in fase 3 en 4 activerend. De gemiddelde duur van fase 1-3 bedraagt een maand** per fase.

Fase 1 : Ontprikkelingsfase In deze fase wordt de slaapduur bewust verlengd, tot een duur die twee uur meer bedraagt dan waar de patiënt onder normale omstandigheden behoefte aan heeft. Bij een gezonde persoon zal dit niet lukken. Bij een patiënt met overspanningsklachten echter wel en dat weken lang (zonder gebruik van slaapmiddelen) totdat deze herstelslaap, naarmate het herstel vordert, uiteindelijk geleidelijk weer afneemt.

Hoe is het mogelijk de slaap zover uit te breiden? Dit gebeurt door een maximale ‘ontprikkeling’ van het brein. Die ontprikkeling kent een aantal voorwaarden.

1. Wonderlijk genoeg: de introductie van een middagslaap gedurende twee uur, van 13.00-15.00 uur. Met de middagslaap wordt bereikt dat de dag in tweeën wordt geknipt. Tijdens de middagslaap vindt er een vorm van voorverwerking van de eerste daghelft plaats. Daarmee wordt de hoeveelheid te verwerken prikkels tijdens de nacht gereduceerd en kan de slaap zich 's nachts verdiepen. Bij een gezonde persoon zou een middagslaap een recept kunnen zijn voor een forse slaapstoornis. Bij een overspannen patiënt echter niet. Voorwaarde voor een goede middagrust is wel: tijdig opstaan 's morgens en afzien van cafeïne-houdende dranken; ook in de morgen. Ook als de patiënt niet echt slaapt dan is de rust gedurende twee uur toch van belang. Dommelen is beter dan wakker-zijn.
2. Het meten van de concentratieboog met de instructie deze concentratieboog tijdens de dagelijkse activiteiten niet te overschrijden. De concentratieboog wordt gemeten door de patiënt te instrueren een eenvoudig boek te lezen. Wanneer deze bemerkt dat de tekst niet meer opgenomen wordt, wordt de leestijd genoteerd. Deze tijdsduur vormt de concentratieboog. Er zijn uiteraard nog andere methoden om deze tijd te bepalen,

bijvoorbeeld bij dyslexie/visusproblemen/leesaversie etcetera, maar dat valt buiten het bestek van dit artikel. Het feit dat bij het gros van de patiënten met een recent ontstane overspanning de concentratieboog slechts 5-10 minuten bedraagt, betekent dat alle activiteiten die een langere concentratie vergen – boodschappen doen, bezoek ontvangen, de dokter of een psycholoog bezoeken, werken – een nieuwe overprikkeling vormen. Dit is te vergelijken met de klachten bij een tenniselleboog. Een gezonde persoon kan zonder probleem een kop thee oppakken. Bij een patiënt met een tenniselleboog kan dit echter tot pijn en een loslaatreflex leiden. Bij overspanning zullen de geringste activiteiten de aandoening al onderhouden, en hier dient dus rekening mee gehouden te worden. In eerste instantie zullen zoveel mogelijk activiteiten die concentratie vergen, juist achterwege gelaten moeten worden, om zodoende tot een maximale ontspanning van het brein te komen en daarmee tot een zo diep mogelijke slaap.

‘In fase 1 moeten activiteiten die concentratie vergen zoveel mogelijk achterwege worden gelaten’

Door de genoemde maatregelen neemt de slaap geleidelijk toe. Wanneer de patiënt uiteindelijk zover is, dat de slaap twee uur meer bedraagt dan de patiënt in kwestie onder gezonde omstandigheden nodig heeft, neemt deze meestal niet verder toe. De concentratieboog neemt slechts licht toe. De slaapduur is in deze fase de maatstaf voor verbetering van het beeld.

Nogal wat patiënten hebben moeite met de middagslaap en hebben het gevoel dat ze hun tijd hiermee verdoen. Ze denken dat wat rust in een stoel of liggen op de bank ongeveer op hetzelfde neerkomt. Of ze staan na 15 minuten al weer op omdat ze toch niet in slaap vallen. Het coachen is in deze fase geweldig belangrijk. Al dit verzet is precies de reden waardoor de patiënt tot nu toe niet herstelde.

Fase 2 : Slaapfase De slaap is stabiel; de patiënt leeft idealiter ook overdag een wat dromerig, zombie-achtig bestaan, als in een cocon, voelt zich moe en wil het liefst met rust gelaten worden. Deze houding bevordert het herstel optimaal en dient gerespecteerd te worden. Midden in fase 2 kan er een soort wanhoopsgevoel optreden; het gevoel zo moe te zijn en zo weinig cognitief te presteren dat er de angst ontstaat nooit meer te zullen herstellen. Het verdient voor een coachende therapeut dan ook aanbeveling om juist rond dit tijdstip een afspraak te plannen om de patiënt gerust te stellen. Dit dieptepunt vormt, paradoxaal genoeg, het bewijs dat het herstelproces juist erg

goed gaat. Wanneer de uiterlijke prestaties minimaal zijn herstelt het brein juist optimaal. De concentratie neemt in deze fase toe tot ongeveer 1 uur, en deze toename van de concentratie is in de fases 2 en 3 de maat voor herstel. De patiënt is nog steeds 100% arbeidsongeschikt en dient zich nog niet om reïntegratie te bekommeren. Starten met werk in fase 1 of 2 is contraproductief en frustrereert het herstel.

‘Het ervaren van een dieptepunt in de moeheid is juist een bewijs dat het herstel in fase twee goed verloopt’

Fase 3: Leerfase met instabiele energie Wanneer de concentratieduur ongeveer één uur bereikt neemt de totale slaapduur af tot één uur meer dan normaal en dit wordt doorgaans 's nachts gerealiseerd. Een middagslaap is vaak niet meer of slechts incidenteel nodig en duurt dan maximaal 30 minuten. De patiënt heeft het gevoel hersteld te zijn en voelt zich hier erg gelukkig bij, maar dat is een enigszins bedrieglijk gevoel, want in fase 3 is dat nog niet het geval. De moeheid is over, de interesse voor de omgeving, voor werk, voor reïntegratie leeft op, maar de energie is nog instabiel, de accu is slechts half vol en loopt nog snel leeg. De concentratie neemt in deze fase toe tot twee uur, mits dat voorheen ook mogelijk was.

In deze fase mag de patiënt de eigen mentale en fysieke conditie gecontroleerd uitdagen. Gecontroleerd betekent hier: met oog voor de eigen grenzen mogen deze grenzen bewust overschreden worden om te leren wat de consequenties zijn. Er volgt in deze fase dan prompt een vermoeidheidsgevoel van halve tot hele dag. Hierdoor leert de patiënt het eigen grensgevoel herkennen en respecteren. In deze fase is het zinvol om reïntegratieplannen te maken en is de patiënt hier ook in geïnteresseerd. Indien de werkzaamheden weinig mentale belasting vragen en er met name sprake is van fysieke belasting dan kan hiermee in deze fase ook al gestart worden, maar succes is in fase 3 niet gegarandeerd vanwege de nog instabiele energie. Beleid: tijdens fase 1-3 is het doorgaans nodig de patiënt een maal per een of twee weken te coachen gedurende twintig minuten, om de consequente opvolging van de richtlijnen te bevorderen.

Fase 4 : Reïntegratiefase De concentratie is gestegen tot twee uur. De slaap is genormaliseerd; de energie is stabiel en beide blijven stabiel, ook wanneer de patiënt zich kortdurend overbelast. Multitasken en vergaderen blijft echter nog moeilijk.

Beleid: drie-vier wekelijkse coaching; start reïntegratie op therapeutische basis, in een *backoffice*-situatie en liefst in een kamer apart, is vanaf nu pas aan te bevelen; werk

bevordert vanaf deze fase pas het herstel en niet eerder. De reïntegratiefase duurt bij een fulltime baan gemiddeld nog eens drie maanden. Er wordt gestart met 3 x 2 uur per week en vervolgens met twee uur per week opgebouwd. Indien fase 1 t/m 3 succesvol zijn doorlopen gaat deze fase eigenlijk niet meer fout. Uitsluitend wanneer te vroeg begonnen is met de reïntegratie, bijvoorbeeld voordat de concentratieboog twee uur omspant, zijn problemen te verwachten.

Antroposofische beschouwing

Een van de vruchtbare zienswijzen uit het antroposofische mensbeeld vormt het zogenaamde vierledige mensbeeld. Een mens beschikt naast zijn fysieke lichaam (het 'tastbare' lichaam) over een onzichtbaar levenslichaam dat alle levensfuncties regelt en coördineert. Dit levenslichaam hebben wij gemeen met planten. Planten beschikken over geweldige opbouwkrachten. Snijdt ze af, snoei ze op de juiste wijze en ze groeien op uitbundige wijze eenvoudig verder. Dit vermogen wordt toegeschreven aan dat levenslichaam. De planten zijn zich echter niet bewust van hun omgeving. Mens en dier beschikken wel over een bewustzijn, en ervaren emoties. Op de omgeving kan een reactie ontstaan die innerlijk wordt beleefd. We beleven sympathie, antipathie, liefde, angst en een heel scala van andere gevoelens als reactie op onze omgeving en deze innerlijke beweeglijkheid gaat gepaard met een navenante uiterlijke beweeglijkheid. Deze innerlijke en uiterlijke beweeglijkheid wordt ons mogelijk gemaakt door ons zenuwstelsel. In het vierledige mensbeeld wordt dit bewustzijn, deze mogelijkheid tot 'bewegen en bewogen worden', gezien als functie van het 'astraallichaam'. Dit zenuwstelsel gedraagt zich echter als een parasiet. Het slurpt energie. Ongeveer een kwart van de menselijke bloedsomloop gaat er naar toe. Bewustzijn kost dus energie. Dit is alleen maar mogelijk dankzij een afbraakstofwisseling. Planten bouwen hun lichaam zelf op en hebben hier grondstoffen en lucht voor nodig. Dier en mens kunnen dat niet in die mate en zijn afhankelijk van voeding, van planten. De bewustzijnsmogelijkheid van mens en dier berust op hun afbraakstofwisseling. Afbraak maakt moe en daarom moet dit bewustzijn geregeld uitgeschakeld worden in de slaap om herstel mogelijk te maken. Tijdens de slaap groeien mens en dier en herstellen zij zich van hun vermoeidheid. Het bewustzijn van mensen is beduidend krachtiger dan dat van dieren. Wij hebben namelijk ook nog een 'ik', de vierde 'laag' van het vierledige mensbeeld. Ons 'ik' maakt het mogelijk dat wij ons van onszelf bewust

worden, en kunnen leren om te handelen op een manier die niet rechtstreeks door onze emoties, impulsen en instincten wordt gestuurd. Wij hebben onze gevoelens, dieren zijn hun gevoelens. Dat komt omdat wij kunnen nadenken. De ontwikkeling van het denkvermogen van de mens is gepaard gegaan met de ontwikkeling van een 'reusachtig' brein. Vooral een die alle primaire gevoelens onderdrukt en -ten dele- tot bewustzijn brengt. Een brein dat echter ook navenant energie slurpt en een extra diepe slaap nodig maakt. Hazenslaapjes zijn voor ons onvoldoende. Vogelslaapjes, waarbij de ene helft van de kop slaapt en de andere waakt, zijn ook onvoldoende. Wij moeten als volwassenen ongeveer een derde van de dag slapend doorbrengen om gezond te blijven. Onze afbraak door ons brein is intensiever en daarom moet de opbouw ook navenant intensiever verlopen. Een soort eb en vloedbeweging, die elkaar op een gezonde manier moeten afwisselen. Bij overspanning en burn-out is dit evenwicht verstoord geraakt. Er is een periode geweest van teveel bewustzijn, teveel afbraak, teveel wakkerheid, waarbij de opbouwkrachten zich hebben teruggetrokken. De vloed blijft uit. Dan blijkt plots hoe belangrijk die vloed was. Niet alleen voor het fitte gevoel maar ook voor het denken. Het brein raakt vol, er kan niets meer bij, de concentratie en de inprenting nemen dramatisch af en het wordt duidelijk: met alleen wakker blijven functioneert ons brein niet. Het moet in de slaap kunnen archiveren.

Sterker nog, in de slaap 'herbronnen' we innerlijk. In de antroposofische visie is de slaap ook zeer belangrijk om contact te kunnen maken, en houden, met dat wat in ons leven wezenlijk voor ons is, dus voor ons 'ik'. Daarom kunnen we ook pas in fase 3 weer het wezenlijke van het onwezenlijke onderscheiden. In fase 2 leren we nog niet van onze fouten, omdat ons brein en ons lijf gewoonweg te moe zijn geworden. Maar wie fase 3 eenmaal goed heeft doorlopen, heeft echt wat geleerd, en is, op het gebied van het omgaan met grenzen, ook niet zelden een voorbeeld voor collega's.

Begeleiding

De instructie van de patiënt wordt onder andere gerealiseerd door deze te verwijzen naar de online-versie van dit 4-fasenprogramma¹⁾. Hier is ook een voorbeeld reïntegratieplan te vinden en enkele patiëntervaringen. Aanvullende (antroposofische) therapieën zijn afhankelijk van het verloop van de fasen. Bij stagnatie in fase 1 is een therapeutische aanpak zinvol die de slaap bevordert. Ik bied mijn patiënten geregeld inwijzingen aan met Solum

uliginosum cp. oleum. Deze inwrijvingen bevorderen de ontspanning, en geven de ervaring van een soort cocon waarin de patiënt zich veilig wil kunnen terugtrekken. Wanneer dit om bijvoorbeeld budgettaire redenen niet mogelijk is valt te denken aan enkele eenvoudige euritmie- en/of kunstzinnige oefeningen die de patiënt thuis kan doen.

In fase 2 is doorgaans geen therapie nodig, maar aan het einde van fase 2 kunnen onopgeloste (arbeids)conflicten wel voor stagnatie zorgen. De concentratie neemt niet toe of de moeheid blijft bij een verbeterde concentratie. Bij aanhoudende moeheid kunnen injecties met Hepar Magnesium D10 zinvol zijn; dit ondersteunt de levenskrachten. Het inzetten van deze injecties in een eerder stadium raad ik af. De overspannen patiënt moet eerst leren de leefregels te waarderen en te respecteren en zijn eigen energie bij zich te kunnen houden. Zo niet, dan is het dweilen met de kraan open. Indien er een onopgelost conflict is dan wordt het nu tijd om dit op te lossen en dat kan bij een concentratieboog van ongeveer één uur meestal goed worden gerealiseerd.

In fase 3 kan in principe stagnatie optreden doordat de patiënt onvoldoende op de eigen grenzen let. Dit komt niet zo vaak voor omdat de 'afstraffing'- vermoeidheid – prompt na een 'overtreding' optreedt.

Eerder komt het voor dat een patiënt wel de eigen grens bemerkt maar onvoldoende assertief optreedt naar de omgeving om deze grens aan te geven. Bij stagnatie in fase 3 zijn therapieën aangewezen die dit grensgevoel en de assertiviteit bevorderen, zoals euritmitherapie en/of spraaktherapie. Psychologische hulp is bij (chronische) overspanning zelden nodig, fase 3 is namelijk een uitstekende leerschool, maar indien gewenst pas zinvol vanaf deze fase. De patiënt moet namelijk over voldoende concentratie beschikken om emotionele gesprekken van 45-60 minuten aan te kunnen, anders stoort deze therapievorm het herstel.

'In fase 3 kunnen sommige patiënten hun grenzen wel waarnemen, maar daar nog niet naar handelen. Dat vraagt aanvullende therapie, gericht op het grensgevoel en assertiviteit.'

Slotbeschouwing

De afgelopen vijf jaar alleen al werden op deze wijze ongeveer 25 patiënten per jaar begeleid naar herstel. Aangezien ieder herstelproces 3-6 maanden in beslag neemt is dit voor mij als huisarts een stevige, maar dankbare, tijdsinvestering. Wekelijks komen er meerdere patiënten op het spreekuur die zich in de diverse fasen van hun herstelproces bevinden.

Daarbij valt steeds weer op hoe essentieel de coaching hierbij is. De patiënten zitten in een put waar ze zelf onmogelijk uit komen. Het brein is verzwakt, het overzicht ontbreekt, structuur ontbreekt en de verkeerde doelen worden nagestreefd, meestal in een poging toch vooral nog wat te kunnen blijven presteren. Het 4-fasenplan biedt houvast, geeft duidelijke richtlijnen voor de verschillende fasen en geeft ook aan hoe lang de fasen in principe duren. Door dit laatste is het mogelijk een normaal van een vertraagd herstel te onderscheiden en daardoor alert te blijven op eventuele comorbiditeit: depressie, chronisch vermoeidheidssyndroom, niet-aangeboren hersenletsel en dergelijke.

Soms is het om praktische redenen niet mogelijk om dit plan volledig uit te voeren; voor het werk kan je je ziekmelden, maar voor het ouderschap niet. Er moeten bijvoorbeeld kinderen van school gehaald worden en die zijn uitgerekend tijdens de middagslaap thuis. Het vergt soms veel creativiteit van de coach, van de patiënt en veel bereidwilligheid van de omgeving om dergelijke situaties dan toch te plooiën. De omgang met overactieve werkgevers of bedrijfsartsen vergt vaak ook nogal wat diplomatie. Dit maakt dat het plan uiteindelijk door iedereen net even anders uitgevoerd wordt en het voor de coach steeds een uitdaging blijft om zoveel mogelijk van de richtlijnen te realiseren binnen de mogelijkheden die de individuele levenssituatie biedt.

Helaas is het tot nu toe niet mogelijk geweest dit plan middels een trial wetenschappelijk te testen en te vergelijken met de meer gebruikelijke aanpak van de bedrijfsartsen als omschreven in de LESA. Deze laatste aanpak is echter zeer zwak wetenschappelijk onderbouwd. Zo zwak, dat deze aanpak niet is opgenomen in de *evidence based* standaarden van de Nederlandse huisartsen. Vooralsnog komt het begeleiden vooral aan op het leren begrijpen van hetgeen patiënten met overspanning onderscheidt van patiënten met een burn-out en van het leren begrijpen van hetgeen deze mensen nodig hebben: een *cognition based approach*. ■

Literatuur

1. <http://therapeuticumvenkelveld.nl> > specialiteiten > overspannen herstelprogramma > 4-fasenherstelprogramma
2. <http://therapeuticumvenkelveld.nl> > specialiteiten > overspannen herstelprogramma > algemene vragen
3. Bastiaanssen MHH, Loo MAJM, Terluin B, Vendrig AA, Verschuren CM, Vriezen JA. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning en burn-out. Huisarts Wet 2011;54(12):10-S11-6 Ook te downloaden vanaf http://www.burnout.nl/docs/LESA.LR_overspanningburnout.pdf
4. Carruthers BM, van de Sande MI, De Meirleir KL, Klimas NG, Broderick G et.al. Myalgische Encefalomyelitis: Internationale consensus-criteria. Journal of Internal Medicine: doi: 10.1111/j.1365-2796.2011.02428.x