



## **Gedragsgewoonteerde behandeling door de kinderfysiotherapeut.**

Gert Dedel, kinderfysiotherapeut DOK018 en docent Master Kinderfysiotherapie  
Hogeschool Rotterdam Transfergroep  
Correspondentieadres: Duinstraat 4, 4371 AZ Koudekerke  
[gdedel@dok018.nl](mailto:gdedel@dok018.nl)

### **Inleiding.**

Bij behandelcentrum DOK018 is een multidisciplinair team verantwoordelijk voor de behandeling van kinderen en jongeren met 'functionele klachten'. DOK018 is een expertise centrum voor Zeeland en omstreken. De disciplines kinderfysiotherapie, kinder- en jeugdpsychologie en maatschappelijk werk werken nauw samen met specialisten (kinderartsen, -neurologen, -orthopeden, -revalidatieartsen en jeugdartsen).

Kinderfysiotherapeutische behandeling vraagt om een uitgesproken aanpak. Deze aanpak bestaat uit 8 stappen, die richting geven in de complexe materie van functionele klachten. Samenwerking met andere disciplines is van essentieel belang.

### **Functionele klachten.**

Kinderen en jongeren met functionele klachten presenteren zich in de praktijk met uiteenlopende klachten: buikpijn, hoofdpijn, pijn in ledematen, vermoeidheid, pijn in gewrichten. Vaak zijn er meerdere klachten aanwezig en is de impact op hun leven enorm; er is vaak ernstig schoolverzuim, sociale isolatie en fysieke deconditionering. Binnen het gezin ontstaan spanningen. Medisch onderzoek leidt niet tot het diagnosticeren van een medische aandoening, met als gevolg groot onbegrip en ongenoegen van het kind of de jongere en zijn ouders.

### **Terminologie.**

In de literatuur worden veel verschillende benamingen gebruikt voor functionele klachten: psychosomatische klachten, medisch onverklaarde klachten, somatisch onvoldoende verklaarde klachten<sup>1</sup>. De term functionele klachten heeft de laagste beledigingsscore vergeleken met oa. psychosomatisch of Medisch Onverklaarde Klachten of Somatoforme Stoornissen DSM-IV of Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). In een recent verschenen artikel<sup>2</sup> is de conclusie dat de termen 'chronisch vermoeidheidssyndroom' en 'functionele moeheid' het minst geassocieerd worden met negatieve interpretaties.

### **Chronisch vermoeidheidssyndroom.**

De diagnose CVS kan gesteld worden wanneer kinderen en jongeren voldoen aan de criteria beschreven door de United States Center for Disease Control<sup>3</sup>; klinisch geëvalueerde, maar onverklaarbare, aanhoudende of steeds terugkerende vermoeidheid gedurende zes maanden of meer die nieuw is (niet levenslang al aanwezig). Ook mag de

vermoeidheid niet het gevolg zijn van voortdurende inspanning. Tevens moet de patiënt tenminste vier van de volgende symptomen ervaren: zelf gerapporteerde verslechtering van het geheugen of concentratievermogen, keelpijn, gevoelige en/of verdikte klieren in de hals en oksel, spierpijnen, gewrichtspijnen (zonder artritis), hoofdpijn, niet verfrissende slaap of na inspanning een gevoel van uitputting hebben gedurende 24 uur of langer.

Men kan zich afvragen of de genoemde termijn van 6 maanden in de criteria van de CDC houdbaar is voor kinderen en jongeren die in ontwikkeling zijn of dat de termijn verkort kan worden naar 3 maanden. Zes maanden uit de roulatie zijn vanwege ernstige vermoeidheid heeft grote consequenties voor de ontwikkeling.

De prevalentie van CVS bij kinderen en jongeren wordt in Nederland geschat op 0.11%. De oorzaak van CVS is onbekend.

Bij het ontstaan en de ontwikkeling van CVS is het van belang de biologische, psychologische en sociale factoren die met elkaar interacteren in kaart te brengen<sup>4</sup>. CVS heeft ingrijpende gevolgen op activiteiten en participatie niveau. Schoolbezoek, sociale activiteiten en relaties en sportbeoefening worden vaak ernstig beperkt<sup>5</sup>.

### **Chronische pijn.**

De definitie voor chronische pijn gegeven door de International Association for the Study of Pain<sup>6</sup> luidt: "Patiënt klaagt al langere tijd over pijn. Onder langer wordt verstaan: pijn die langer duurt dan op basis van objectiveerbare bevindingen en kennis van fysiologische herstelprocessen verwacht mag worden. In termen van tijd wordt een periode van 3 maanden gehanteerd".

De prevalentie van chronische pijn bij kinderen en jongeren in Nederland wordt geschat op 25%<sup>7</sup>. De meest voorkomende pijnklachten bij kinderen en jongeren zijn pijn in ledematen(22%), hoofdpijn(23%) en buikpijn(22%)<sup>7</sup>. Ongeveer 3% van de kinderen en jongeren tussen 11-18 jaar ervaart ernstige beperkingen in activiteiten en participatie en heeft de pijn negatieve gevolgen voor de jongere en zijn omgeving. De beperkingen hebben betrekking op schoolbezoek, sociale activiteiten, sportbeoefening en slapen<sup>8</sup>.

### **Diagnostiek en verklaringsmodel.**

Elk kind of elke jongere moet allereerst uitgebreid medisch onderzoek ondergaan. De medische differentiaaldiagnose is lang en moet degelijk worden afgewerkt door kinderarts of andere medisch specialist. Het uitsluiten van een organische oorzaak is van belang voor het vervolgtraject van de behandeling. Gedragsgeoriënteerde behandeling kan dan pas beginnen en met goed resultaat worden ingezet.

Bij functionele klachten is er geen medische oorzaak te vinden, maar wel degelijk een verklaring voor de klachten. Bij chronische pijn of vermoeidheid bij kinderen en jongeren is het van belang de klachten te erkennen en serieus te nemen, alhoewel op dit moment de medische kennis niet in staat is te verklaren hoe oorzaak en gevolg met elkaar in verband staan. De verklaring is wellicht niet sluitend vanuit een medisch-biologisch perspectief, er liggen wel degelijk mogelijkheden de functionele klachten te verklaren vanuit biopsychosociaal perspectief.

### **Een cognitief-gedragsmatige aanpak is gebaseerd op een aantal uitgangspunten<sup>9</sup>.**

Gedragsgeoriënteerde begeleiding is gericht op veranderen van gedrag van de jongere

en de ouders in relatie tot het bewegend functioneren. Hierbij worden vaak cognitieve benaderingen gebruikt, dit wil zeggen dat invloed wordt uitgeoefend op de rationele opvattingen (cognities) van mensen over hun klachten en hun gedragingen. Er spelen vaak meerdere factoren een rol. Op biologisch gebied kunnen een ontregeling van het autonome zenuwstelsel en slaapstoornissen een rol spelen. Op psychologisch vlak betreft het over coping en persoonlijkheidsstructuur. Hoe gaat het kind om met stress? Is het kind introvert of extravert? Heeft het kind een hoog streefniveau? Bij sociale factoren kan men denken aan de omgang met leeftijdsgenoten, broers en zussen en anderen in de omgeving.

Oplossingsgericht denken is een ander uitgangspunt<sup>10</sup>. Het is belangrijk dat men zich richt op het zoeken naar oplossingen voor de beperkingen. Deze houding geeft mogelijkheden tot verandering.

De analyse van de problematische situatie berust op het gevolgen model<sup>11</sup>. Welke cognitieve, gedragsmatige, lichamelijke en inter-persoonlijke gevolgen zijn er?

Cognitieve gevolgen kunnen zijn disfunctionele gedachten over bewegen, over het ontstaan en over de gevolgen van functionele klachten. Gedragsmatige gevolgen zijn de problemen in het dagelijks leven: niet meer naar school gaan, niet meer sporten, geen hobby's meer uitvoeren wat leidt tot een achteruitgang van lichamelijke en geestelijke gesteldheid. Lichamelijke gevolgen kunnen zijn vermoeidheid, overmatige spierspanning, overbelasting van andere delen van het lichaam, vermijden van bewegen en het gericht zijn op de sensaties van het lichaam. Inter-persoonlijke gevolgen kunnen zijn sociaal onbegrip waardoor het kind zich gaat irriteren aan mensen om zich heen en daardoor geïsoleerd raakt.

De kinderfysiotherapeut heeft een coachende houding nodig bij de behandeling van deze groep kinderen en jongeren<sup>10</sup>. De zelfsturing en zelfverantwoordelijkheid van het kind, de jongere en zijn ouders moeten gestimuleerd worden. Bij coaching gelden een aantal uitgangspunten: geen oordeelsvorming over de klachten, aansluiten bij de klachtenbeleving, overleg over interventie, inzicht vergroten in de ontstane problemen en respect voor de persoon.

Een belangrijke rol voor de ouders van deze kinderen is weggelegd in het feit dat zij hun zorgzame positie (tijdelijk) gaan verlaten. Nu zullen zij moeten meegaan in de cognitieve gedragsmatige behandeling. Ouders zullen daarin begeleid en ondersteund moeten worden.

### **Kinderfysiotherapeutisch onderzoek en behandeling van functionele klachten.**

Het verhogen van het activiteiten- en participatieniveau is het uitgangspunt van de behandeling. Deze aanpak die bij functionele klachten wordt gehanteerd is effectief, omdat er geen aangrijpingspunt is voor de medische oorzaak van de klachten. Het is belangrijk dat de arts en kinderfysiotherapeut voordat de behandeling start een dergelijk verklaringsmodel heeft doorgesproken met het kind of de jongere en zijn ouders. De kern van de behandeling bestaat er uit dat het kind of de jongere inzicht krijgt in het feit dat zijn klachten niet alleen lichamenlijk bepaald zijn, maar dat vele factoren de klachten beïnvloeden.

Door preventie kunnen ernstige klachten worden voorkomen en is het wellicht mogelijk om kinderen en jongeren een ernstig en langdurig 'ziekteproces' te besparen.

Onderwerpen die tijdens preventie kunnen worden besproken en waar voorlichting over gegeven kan worden zijn; het belang van schoolbezoek<sup>12</sup>, lichamelijke activiteit<sup>5</sup>,

adviezen aan ouders/systeem over bekrachtiging van gedrag, slaap- en eet patroon en attributies en emoties<sup>13</sup>.

### **Graded Activity en Graded Exercise.**

Voor kinderen en jongeren met chronische pijnklachten wordt gebruik gemaakt van Graded Activity<sup>9</sup>: dit is een gestructureerde behandeling, gebaseerd op cognitieve en gedragsmatige theorieën, gericht op tijdcontingent, stapsgewijs toenemen van het functioneren in de domeinen activiteiten en participatie.

In de behandeling van CVS wordt gebruikt gemaakt van Activity Pacing en Graded Exercise<sup>5</sup>. Graded exercise wordt door de Centers for Disease Control and Prevention (2012) gedefinieerd als: het langzaam stapsgewijs opbouwen van inspanning tot het niveau van het normale dagelijkse niveau. Activity Pacing wordt omschreven als het uitvoeren van dagelijkse vaardigheden in haalbare stappen met eventueel rustmomenten tussendoor.

GA of GE kan in 8 stappen worden beschreven:

1. **Probleeminventarisatie:** belangrijk is een goede anamnese waarin duidelijk wordt wat het kind weer wil gaan kunnen en waarbij de motivatie voor de behandeling duidelijk wordt. Een lichamelijk onderzoek wordt gebruikt om de beperkingen in lichaamsfunctie en structuur te onderzoeken. Vragenlijsten worden aan het kind en ouders meegegeven. Door middel van de Patiënt Specifieke Klachtenlijst kan duidelijk worden welke activiteiten aandacht vragen binnen de behandeling. De Checklist Individual Strength-20<sup>14</sup> en dan specifiek de CIS-8 (de vragen gericht op de ernst van de vermoeidheid) kunnen als instrumenten behulpzaam zijn om de ernst van de vermoeidheid te bepalen. Het gevolgenmodel kan samen met ouders en kind ingevuld worden.
2. **Probleemanalyse:** alle verkregen gegevens worden geordend en geanalyseerd in ICF termen. Een verklaringsmodel wordt opgesteld en uitgelegd aan kind en ouders. Het gevolgenmodel kan een uitgangspunt vormen voor het verklaringsmodel.
3. **Educatie:** is gericht op het faciliteren van de bereidheid tot gedragsverandering. Er wordt uitgelegd dat er een verandering gaat plaatsvinden in het activiteitsniveau ondanks de pijn of vermoeidheid, de winst die behaald kan gaan worden in het gedrag van het kind. Tijdens de educatie kan verteld worden dat men bij instandhoudende factoren uitgaat van de veronderstelling dat de oorzaak van klachten niet bekend en dus niet behandeld kan worden. En dat bij lang bestaande klachten wat het herstel verhindert belangrijker is. De instandhoudende factoren moeten worden weggenomen.
4. **Activiteiten kiezen:** activiteiten die vanuit het kind zelf worden gekozen en betekenisvol en doelgericht zijn worden in deze fase duidelijk.
5. **Startniveau bepalen:** voordat begonnen kan worden aan de behandeling wordt het basisoniveau bepaald. Er vinden 3-5 meetmomenten plaats waarbij, pijncontingent (op basis van pijn), het niveau van de activiteiten bepaald wordt. Het gaat hierbij om inzichtelijk te krijgen wat het niveau is in termen van duur, afstand of aantal herhalingen. Inspanningstesten bij deze groep geven vaak normale waarden. Toch vinden veel jongeren vinden het lastig om een activiteit lang vol te houden en is het zinvol om daarin een basislijn te bepalen en deze te

- gebruiken bij de opbouw van activiteiten.
6. Doel en opbouw: bij het opbouwen van het activiteiten niveau wordt er in de therapie gericht gewerkt aan het laten toenemen van het activiteitsniveau. Men start onder het basisniveau, zodat succes mogelijk is en het kind gemotiveerd wordt. De opbouw bestaat uit een tijdcontingente opbouw, waarbij binnen een aantal sessies een doel behaald wordt.
  7. Opbouwschema uitvoeren: hier worden de afgesproken doelen gerealiseerd en worden gedragstherapeutische technieken toegepast. Gezond gedrag wordt bekrachtigd en pijngedrag dooft uit. De kleine stappen die gemaakt worden om het einddoel te behalen worden bekrachtigd, consequent en kort na het gewenste gedrag. In tegenstelling tot GA waar het tijdcontingente behandelen vaak een termijn heeft van 10-12 weken<sup>15</sup>, varieert het tijdcontingente behandelen bij CVS. Uit de literatuur is bekend dat de termijn varieert van 1 maand tot 12 maanden<sup>5, 13</sup>. De ervaring leert dat de behandeltermijn ligt tussen de 3 en 12 maanden. De behandel frequentie in het begin van het behandeltraject ligt op 2x per week en wordt afgebouwd naar 1 x per maand.
  8. Generalisatie: de laatste stap is een kritieke stap. De behandeling loopt ten einde, de frequentie wordt verminderd en het kind en zijn ouders moeten het geleerde zelf gaan volhouden.

### **Conclusie en aanbeveling.**

Bij kinderen en jongeren met functionele klachten spelen verschillende factoren een rol bij het ontstaan en instandhouden van de beperkingen op activiteiten- en participatie niveau. Het is belangrijk deze groep vanuit een biopsychosociaal kader te begeleiden. De kinderfysiotherapeut kan hierin een belangrijke rol vervullen en een gedragsgeoriënteerde behandeling kan door middel van de 8 stappen van Graded Activity en Graded Exercise een leidraad zijn voor onderzoek en behandeling.

### **Literatuur.**

1. Dieren van Q. Vingerhoeds AJJM. Medisch onverklaarde somatische symptomen zijn geen onverklaarbare, onbegrepen of vage lichamelijke klachten. Tijdschrift voor psychiatrie 49(2007)11 823
2. Kingma E.M. Moddejonge R.S. Rosmalen J.G.M. Hoe interpreteert de patient de huidige terminologie voor lichamenlijk onverklaarde klachten? Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 2012;156:A4541
3. Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaro EA. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. Ann Intern Med 1994; 121: 953-59.
4. Putte E.M. van de (2006). Exploring Chronic Fatigue Syndrome in Adolescents. Utrecht: Utrecht University (doctoral thesis).
5. Viner R, Christie D. Fatigue and somatic symptoms BMJ VOLUME 330 30 april 2005
6. International Association for the Study of Pain. Classification of chronic pain. Pain.1986;Suppl.3:S1-S226.
7. Perquin CW. Hazebroek-Kampscheur AAJM. Hunfeld JAM, Bohnene AM. van Suijlekom-Smit LWA. Passchier J. van der Wouden JC. Pain in children and adolescents: a common experience. Pain. 2000;87:51-8.
8. Konijnenberg AY. Uiterwaal CSPM. Kimpfen JLL et al. Children with unexplained chronic pain: substantial impairment in everyday life. Arch Dis Child. 2005;90:680-686.
9. Köke A. Wilgen van P. Engers A. Geilen M. Graded Activity: een gedragsmatige

behandelmethode voor paramedici. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2007. ISBN 978-90-313-5094-0.

10. Voet F., Essink M., Putte van der, E (2006) Medisch overklarebare klachten. In: Kinderfysiotherapie. R. van Empelen, R. Nijhuis van der Sanden, A. Hartman (red.) Elsevier Gezondheidszorg. Maarsse

11. Rood van YR. de Jong LWAM. de Roos CJAM. Behandeling van medisch onverklaarbare klachten bij jongeren: de intake. Kind en adolescent in praktijk. 2005;3:108-118.

12. Janssens K.A.M. The etiology of functional somatic symptoms in adolescents. Groningen University (doctoral thesis).

13. Wright B. Partridge I. Williams C. Management of chronic fatigue syndrome in children. Advances in psychiatric treatment, vol.6, pp. 145-152

14. Stulemeijer M. de Jong LW. Fiselier TJ. Hoogveld SW. Bleijenberg G. Cognitive behaviour therapy for adolescents with chronic fatigue syndrome: randomised controlled trial. BMJ 2005; 330: 14.

15. De Blécourt AC. Schiphorst Preuper HR. Van Der Schans CP. Groothoff JW. Reneman MF. Preliminary evaluation of a multidisciplinary pain management program for children and adolescents with chronic musculoskeletal pain. Disability and Rehabilitation, 2008;30(1): 13-20