

ZELFREGULATIE ALS CENTRAAL CONCEPT BINNEN DE FYSIOTHERAPIE

Drs. P. van Burken¹

Binnen de gezondheidszorg/fysiotherapie is er een trend zichtbaar richting het begeleiden van chronisch zieken (Van der Maas, 2000). Patiënten met acute rugklachten of acute enkel letsels zijn in vele praktijken een zeldzaamheid geworden. Ondanks deze ontwikkelingen laat onderzoek zien dat fysiotherapeuten in het algemeen nog onvoldoende voorbereid zijn op het begeleiden van chronisch zieken (Heerkens, e.a., 1997).

DE PERSOON CENTRAAL STELLEN

Het begeleiden van chronisch zieken vraagt een andere benadering en om andere vaardigheden dan het begeleiden van patiënten met acute klachten. Bij acute klachten domineert het stoornis niveau; de pijn en de zwelling, of bijvoorbeeld de aanval van benauwdheid. De fysiotherapeut verschijnt hier vooral als monteur of directief adviseur. Bij chronische ziekten staat de 'persoon' centraal, de persoon die zich geplaatst ziet voor de adaptieve opgaven die zijn chronische ziekte met zich meebrengt (Pool, e.a., 1999). Deze liggen op het vlak van stoornissen zoals omgaan met pijn en vermoeidheid, beperkingen in persoonlijk functioneren ADL en HDL, en problemen in de sociaal maatschappelijke participatie. Men kan bij dit laatste denken aan discriminatie bij sollicitaties, financiële achterstelling in inkomen, en sociale isolatie door onbereikbaarheid en/of ontoegankelijkheid van openbare bronnen (Mast, 1999; Van Wijnen, 1999). De fysio-

therapeut verschijnt hier als begeleider die de persoon met zijn chronische ziekte bijstaat zijn leven met een ziekte te managen.

BEGELEIDINGSMODEL VERDER UITWERKEN

Binnen de fysiotherapie is er een begeleidingsmodel geïntroduceerd bestaande uit de stappen; openstaan, begrijpen, willen, kunnen, doen en blijven doen (Van der Burgt en Verhulst, 1998). Men vindt ze in de richtlijnen van het KNGF terug. De stappen 'doen' en 'blijven doen' kunnen fijnmaziger worden uitgewerkt. Je 'blijven aanpassen' aan de wisselende omstandigheden van de chronische aandoening of omstandigheden doet immers een continu appel op 'blijven doen'.

In tegenstelling tot het 'doen' van een machine/computer, kenmerkt het 'zelf doen' van de mens zich door (Bandura, 2001):

- Intentionaliteit: men handelt met een bepaalde intentie, een vanuit het 'zelf' (vrij en zelf verantwoordelijk) ontstane bedoeling gegrond op persoonlijke waarden.
- Vooruitdenken: vooruitzien en plannen om adaptief gedrag te motiveren en te sturen
- Zelf beïnvloeding: zichzelf (bij)sturen, (zelf-regulatie)
- Zelfreflectie: evalueren van eigen functioneren op meta-niveau in termen van motieven, waarden, gedrag en gedachten processen.

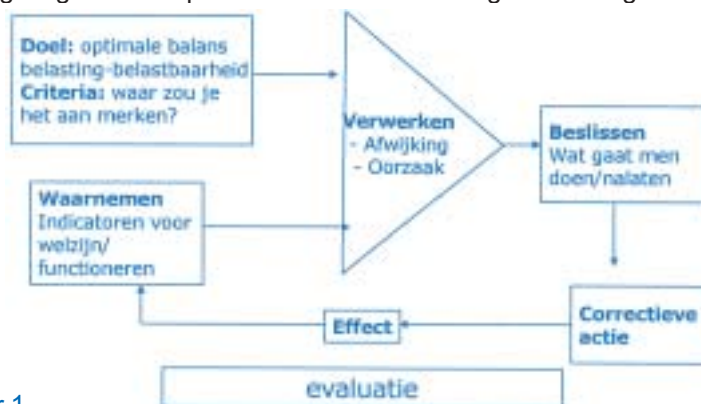
Het gaat bij het 'zelf blijven doen', dus om 'zelf blijven managen'. Het 'zelf' en 'zelfregulatie/zelfmanagement' zijn twee belangrijke sturende concepten voor het begeleiden van chronisch zieken door fysiotherapeuten/paramedici. Zelf-regulatie wordt enorm bevorderd als men de chronisch zieke helpt een expert te worden (attitude, kennis en vaardigheden) ten aanzien van zijn ziekte en de gevolgen daarvan (Department of Health, 2002).

ELEMENTEN BINNEN ZELFREGULATIE

Carver en Scheier (1982/1990) beschreven al een eenvoudig cybernetisch model dat intentioneel gedrag beschrijft. Ook gezondheidsgedrag valt hier onder. Een aantal elementen komt in de verschillende modellen over zelf-regulatie telkens terug (Creer, e.a., 1997): doelen stellen, waarnemen, verwerken, beslissen, correctieve actie en evaluatie (zie figuur 1). Door deze elementen te kennen en te analyseren in voorwaardelijke attitude, kennis en vaardigheden die de chronisch zieke moet hebben kan de fysiotherapeut hem gericht begeleiden richting zelf-regulatie.

DOEL(EN) STELLEN

Het uiteindelijke doel zal vaak welbevinden zijn. Welbevinden wordt bevorderd door gemak ('pleasure') te verhogen en ongemak ('dis-



Figuur 1

¹ Fysiotherapeut/psycholoog
Docent NPi, Stichting Flow,
Fontys paramedische hogeschool.
Fysiotherapeut in de eerstelijns
te Helmond.
E-mail: pvanburken@tip.nl

pleasure') te vermijden. Wat (on)gemak inhoudt is in belangrijke mate persoonlijk bepaald. Behoudens deze 'hedonistische benadering' van welbevinden, blijkt welbevinden ook sterk geassocieerd te zijn met autonomie, competentie en je verbonden voelen met anderen (Ryan, e.a., 2001). Bij deze 'eudaimonische benadering' van welbevinden staat het verminderen van ongemak niet centraal, maar het zo volledig als mogelijk functioneren vanuit de eigenheid van de persoon, ook al zijn de omstandigheden ongemakkelijk.

VERSCHILLENDE ZELFMANAGEMENTTAKEN

De adaptieve opgaven waar de persoon met een chronische ziekte zich voor geplaatst ziet zijn deels ziektegerelateerd en deels gerelateerd aan andere levensgebeurtenissen. Ziekte-gerelateerd: Lorig e.a. (2000) onderscheiden de volgende clusters in zelfmanagement taken:

- Medisch/gedragmatig management. Zoals het doen van oefeningen, omgaan met pijn en vermoeidheid, en bijvoorbeeld het al dan niet gebruiken van hulpmiddelen.
- Rolmanagement (participatie). Het onderhouden, veranderen of creëren van nieuwe betekenisvolle levensrollen/identiteiten: "Ik kan geen voetballer meer zijn, wat kan en ben ik wél".
- Emotiemanagement. Het omgaan met angst, zorgen, irritaties, teleurstellingen, die van invloed of een gevolg zijn van het chronisch ziek-zijn.

Andere levensomstandigheden: ook het 'zelf-managen' van niet-ziekte gerelateerde levensgebeurtenissen moet een plaats krijgen, omdat ze mede een beslag leggen op de coping-bronnen, en omdat bijkomende levensproblematiek de beleving van het chronisch ziek-zijn beïnvloedt (Maes, e.a., 1996).

Vanuit deze perspectieven kunnen in samenspraak met de chronisch zieke vele verschillende doelen geformuleerd worden. Doelen kan men beschrijven in waarden waar men belang aan hecht (de gewenste toestand). Voor elk van deze waarden stelt men daarna de criteria/normen

vast waaraan getoetst kan worden of het doel bereikt is of juist niet. 'Zelf boodschappen doen' kan een belangrijke waarde zijn, met als criteria 'alleen op pad', '3 maal per week' en 'in het dichtstbijzijnde winkel centrum'. 'Kalm blijven' kan een emotionele waarde zijn, met als criteria dat 'gejaagd voelen', 'trillen' en 'moeilijk kunnen nadenken' niet sterker oplopen dan mild bij een subjectief oordeel (van Burken, 2000).

Het kiezen van doelen wordt sterk beïnvloed door het wereldbeeld, zelfbeeld en ook de ziekte representatie die de chronisch zieke en fysiotherapeut hebben. Albert Ellis evaluatieve categorieën mogen hier als voorbeeld dienen (Ellis, A., 1977). Als de chronisch zieke meent dat hij pijnvrij moet worden (moetisme), omdat hij pijn werkelijk verschrikkelijk vindt (catastrofen), hij zichzelf ziet als iemand die daar absoluut niet tegen kan (lage frustratietolerantie) en meent dat het leven met pijn niets waard is, hij zichzelf zo niets waard vind en/of de hulpverleners niets waard vindt (waardeoordelen), dan kan men begrijpen dat hij niet haalbare doelen stelt als volledig vrij zijn van pijn en beperkingen (Rothschild, B.H., 1993; Calabro, L.E., 1990).

BOVENGESCHIKTE EN ONDERGESCHIKTE DOELEN

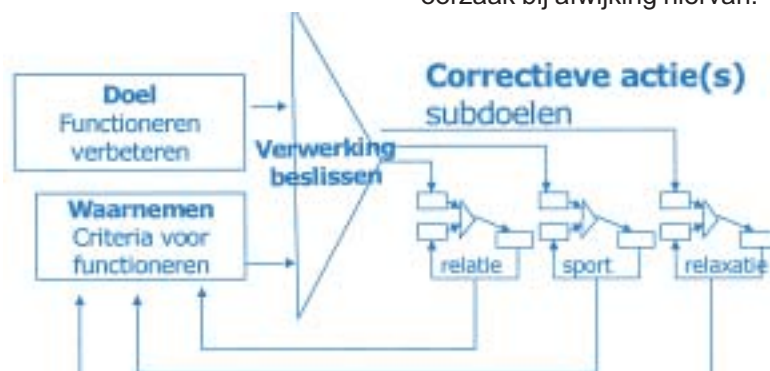
Doelen zijn vaak hiërarchisch georganiseerd. Op hoog niveau kan bijvoorbeeld welbevinden staan. Een niveau daar onder bijvoorbeeld subdoelen in termen van medisch management, rolmanagement en/of emotiemanagement. Op nog lagere niveaus de uitwerking daarvan weer in subdoelen. Ook deze subdoelen vormen op hun beurt elke weer een zelf-regulatie lus (zie figuur 2).

WAARNEMEN ('MONITORING')

Voor zelfregulatie/zelfmanagement is toestand monitoring van belang. Wat is de huidige toestand? Dat betekent dat de chronisch zieke een aantal doel-relevante zaken in de gaten moet houden. De chronisch zieke moet leren waar hij op moet letten om te kunnen bijsturen. Als de chronisch zieke als doel heeft de fysieke belastbaarheid te onderhouden of zelfs uit te breiden, dan kunnen het monitoren van de geleverde fysieke belasting, pijn (intensiteit, duur, uitstraling en nachtelijke pijn), gewrichtszwelling en lokale temperatuursverhogingen enkele van de variabelen zijn die de chronisch zieke moet leren te observeren. Behalve weten waar men op moet letten moet men ook criteria kennen voor 'pluis en niet-pluis', bijvoorbeeld: een toename op de VAS boven de 30 en/of bijvoorbeeld het opnieuw optreden van nachtelijke pijn. Een logboek kan van dienst zijn in dit proces. Soms kunnen vragenlijsten dienen als monitor. Meestal echter moet men de chronisch zieke dit expliciet zelf leren, zoals bijvoorbeeld symptoom waarneming of bijvoorbeeld lichaamsbewustwording bij spanningsregulatie (van Dixhoorn, 1996). Ook het in een grafiek uitzetten van de waarnemingen (bijvoorbeeld loopafstand) kan zeer informatief zijn en zo zelf-regulatie bevorderen. Men moet er wel voor waken dat sommige chronisch zieken slechter gaan functioneren als ze te veel geconfronteerd worden met hun ziek zijn (Devins, 1996).

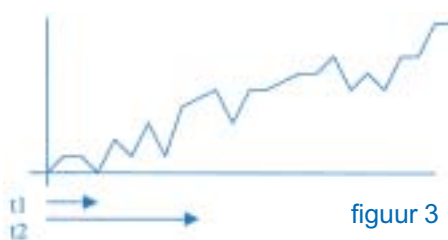
VERWERKING

Verwerking bestaat uit twee stappen. Vaststellen van voor- of achteruitgang richting de gewenste toestand (doel) en de analyse van de oorzaak bij afwijking hiervan.



figuur 2

Vaststellen: de chronisch zieke moet leren de waargenomen huidige toestand bewust te vergelijken met de gewenste toestand. 'Ben ik goed bezig?' 'Ga ik richting mijn doel, ben ik er al of wijk ik juist af?'. Dit zijn de vragen die beantwoord moeten worden. De geformuleerde criteria bieden hier uitkomst in deze analyse. Belangrijk is wel welke tijdschappen de chronisch zieke hanteert bij vergelijken. Als men de evaluatie periode te kort maakt, mist men mogelijke reële progressie (vergeleijk t1 en t2 in figuur 3).



Analyseren van de oorzaak: bij het overschrijden van de criteria (bijvoorbeeld, 's nachts wakker van de pijn) kan men stellen dat daarmee tegelijkertijd een probleem is gedefinieerd. Feitelijk is het proces van zelfregulatie op te vatten als een proces van probleem oplossen. 'Problem solving' is daarom een volgend proces dat de chronisch zieke moet initiëren en dus geleerd moet hebben (D'zurilla, e.a., 1999). 'Waarom heb ik nu weer 's nachts pijn en voelt mijn knie weer warm aan?' Voor probleem oplossen is een positieve attitude nodig en inzicht in mogelijke causale factoren. Voldoende cognitieve vermogens zijn daarbij een voorwaarde. De fysiotherapeut kan de chronisch zieke begeleiden richting betere 'problem solving' vaardigheden.

De representatie die de zieke over zichzelf, de wereld en meer specifiek (zijn) ziekte heeft gemaakt bepalen in hoge mate de oorzaken die hij kan bedenken. Het gaat bij ziekte representaties om attributies, interpretaties en voorstelling die de zieke over zijn ziekte heeft gemaakt in termen van ziekte identiteit, tijdslijn (verloop in de tijd), waargenomen oorzaken, consequenties van de ziekte en beheersbaarheid (Leventhal, e.a., 1997). De chronisch zieke moet hier mogelijk in gecorrigeerd worden. Immers als hij meent dat de

oorzaak alleen maar fysiek is, zal hij bijvoorbeeld niets ondernemen ter spanningsregulatie. Soms is uitleg voldoende, soms moet hij zelf corrigerende ervaringen opdoen. Bijvoorbeeld via succestraining de eigen-effectiviteit en uitkomstverwachtingen verhogen, door te ondervinden dat er op bepaalde gebieden van het chronisch ziek-zijn wel degelijk invloed mogelijk is. De chronisch zieke inwijden in een breed adaptief biopsychosociaal model van (zijn) ziek-zijn is noodzakelijk om te kunnen komen tot adequate zelfregulatie/zelf management (van Burken, 2000).

BESLISSEN

Ook beslissen is onderdeel van zelfregulatie en daarmee van 'problem solving'. Als de chronisch zieke de oorzaken weet kan hij gaan brainstormen over de mogelijk oplossingen (coping procedures). In plaats dat de fysiotherapeut zelf kant-en-klare oplossingen biedt, kan hij het adaptieve vermogen van de chronisch zieken vergroten door hem zelf te leren brainstormen. Twee principes gelden daarbij. Kwantiteit: genereer zoveel mogelijk potentiële oplossingen. Kwaliteit: stel het beoordelen van de kwaliteit uit. Pas daarna bepaalt men aan de hand van onder andere kosten-baten analyse de meest optimale oplossing. Leventhal stelt dat ook copingprocedures gerepresenteerd zijn in termen van label, tijdslijn (hoe snel werkt het?), werkingsmechanisme, gevolgen (bijwerking?) en controle (kan ik het?). En net zo als bij het element 'verwerking' geldt ook nu dat de representaties die de chronisch zieke er op nahoudt over zijn ziekte en de mogelijke copingprocedures, in sterke mate bepalen welke potentiële oplossingen hij kan bedenken (Leventhal, e.a., 1997).

De oplossingen moeten daarna omgezet worden in een intentie ze uit te voeren. Belangrijk daarbij is de concreetheid van de actieplannen. Vage plannen worden niet omgezet in daden (Abraham, 1998). We zien dat bij 'beslissen' het ASE-model weer verschijnt. Immers, elke oplossing die men wil gaan uitvoeren is een 'doen en blijven doen'. Het ASE-model dient overigens aangevuld te worden met 'zelf-representaties' (Abraham, 1998). Zoals we al op meer plekken gezien hebben moet het 'zelf' een expliciete plaats krijgen bij het begeleiden van chronisch zieken (Leventhal, e.a., 1999). Het gaat om 'zelf'-relevante doelen, 'zelf'-waarnemen, 'zelf'-sturing en bijvoorbeeld 'zelf'-relevante ziekteopvattingen.

CORRECTIEVE ACTIE(S)

De chronisch zieke voert de beslissing daadwerkelijk uit. Misschien zelfs meerdere dingen tegelijk die elk op zich weer een zelfregulatievormen (zie figuur 2).

EVALUATIE

Op meta-niveau wordt dit hele zelfregulatie proces ook bewaakt: "Neem ik de juiste stappen?", "Moet ik mijn doelen bijstellen?" Vooral de conclusies over eigen-effectiviteit ("Kan ik het?") ten aanzien van zelfregulatie zijn erg belangrijk voor het al dan niet voortzetten van het zelfregulatieproces.

INTEGRATIE VAN ZELFREGULATIE BINNEN HET STAPPENPLAN VAN VAN DER BURGT EN VERHULST

In principe zijn er twee soorten theorieën in het stappenplan te onderscheiden: motivatietheorieën en actietheorieën (doen en blijven doen fase). Het 'willen' moet uitgebreid worden met 'zelf-representaties'.



figuur 4

De actiefase kan uitgewerkt worden met een theorie over zelfregulatie. Wanneer we het stappenplan van gedragsverandering in relatie brengen met de elementen van zelfregulatie ontstaat er een inspirerende matrix (zie figuur 4) die tot uiterst zinvolle vragen kan leiden, enkele willekeurige voorbeelden: staat de chronisch zieke 'open' voor het idee een logboek bij te houden (waarnemen), 'begrijpt' hij waarom brainstormen belangrijk is (beslissen), 'wil' hij zelf het probleem analyseren (verwerken), 'kan' hij zich zelf evalueren (evalueren), etc.

'ON BLAMING THE VICTIM'

Het is foutieve logica als men stelt dat als iets mogelijk of wenselijk is (zoals adequaat zelfmanagement door de chronisch zieke), dat hij dit dan ook zou moeten uitvoeren (moestime). En dat als hij dat niet doet en zo zijn 'lijden' vergroot en hulpverleners/maatschappij ongemak bezorgt, dat dan hem zeer kwalijk te nemen is (waardeoordelen).

Natuurlijk zijn er 'supercopers' zoals Renoir die na het krijgen van ernstige reumatische pijnen en deformaties nog 400 schilderijen maakte (Boonen, e.a., 1997). Maar mensen verschillen enorm in coping potentieel. Alleen al het hebben van pijn/ongemak triggert gegeneraliseerd negatieve stemmingen en negatieve herinneringen en maakt zo coping extra moeilijk (Berkowitz, 1990). En ego-bronnen zijn uitputbaar (Baummeister). Enkele andere zelfregulatie ondermijnende factoren zijn: vroegtijdige verstoring van de persoonlijk ontwikkeling (Maunder, e.a., 2001), beperkte emotionele intelligentie om andere te mobiliseren (Salovey, e.a., 1993), beperkte intelligentie om praktische problemen op te lossen, of omdat het nu eenmaal een kenmerk van mensen is om irrationeel te denken en zich irrationeel te gedragen (Ellis, 1976). Met het verheerlijken van zelfregulatie verheft men dit tot ideaalbeeld waar menig chronisch zieke niet aan kan voldoen. Teleurstelling, depressie en angst liggen dan op de loer (Higgins, 1987).

LITERATUUR

- Abraham, C., Sheeran, P. & Johnston, M. (1998). From health beliefs to selfregulation: theoretical advances in the psychology of action control. *Psychology and health*, 13, 569-491.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13, 623-649. Hij stelt bijvoorbeeld: The self-management of chronic diseases provides another example of translation of self-regulatory theory to effective implementation models.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of psychology*, 52, 1-26.
- Berkowitz, L. (1990). On the formation and regulation of anger and aggression: A cognitive-neoassociationistic analysis. *American Psychologist*, 45, 494-503.
- Boonen, A., van de Rest, J., Dequeker, J., van der Linden, S. (1997). How Renoir coped with rheumatoid arthritis. *BMJ*, 315, 1704-1708.
- Burken, P. van, (2000). Zelfregulatie en het gezondheidsadviesproces. In: P. van Burken & J. Swank (Eds.). *Gezondheidspsychologie voor de fysiotherapeut*. (pp65-81). Bohn, Stafleu, Van Loghum: Houten.
- Van der Burgt, M. & Verhulst, F. (1998). *Doen en blijven doen*. Bohn, Stafleu Van Loghum: Houten
- Calabro, L.E. (1990). Living with disability: a rational approach. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, volume 8, number 2.
- Carver, S.C., & Scheier, M.F. (1982) Control Theory: A useful conceptual framework for personality-social, clinical and health psychology. *Psychological Bulletin*, 92, 111-135.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1990). Origins and function of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Review*, 97, 19-35.
- Creer, T. L., & Holroyd, K.A. (1997). Self-management. In: Andrew Baum, Stanton Newman, John Weinman, Robert West & Chris McManus (Eds). *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. (pp 255-258). Cambridge University Press.
- Department of Health, (2002). The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st century. London. <http://www.doh.gov.uk/healthinequalities>
- Devins, G.M. & Binik, Y.M. (1996). Facilitating coping with chronic illness. Coping with chronic diseases. In: Moshe Zeidner and Norman S. Endler (Eds.). *Handbook of coping*. John Wiley: New York (pp 640-696).
- Dixhoorn, J. Van, (1996). Körperwahrnehmung und Selbstregulation. In: G. Kaiser, J. Siegrist, E. Rosenfeld, K. Wetzel-Vandai (Eds). *Die zukunft der medizin. Neue wege der gesundheit?* Pp 209-224. Frankfurt: Campus Verlag
- D'Zurilla, T.J. & Arthur M. Nezu, A.M. (1999). *Problem-solving therapy. A Social Competence Approach to Clinical Intervention*. 2nd Edition.
- Ellis, A. (1977). The basic clinical theory of rational-Emotive Therapy. In: A. Ellis, & R.M. Grieger, R.M. (Eds.). *Handbook of Rational-Emotive Therapy*, (pp3-34). Vol 1. Springer: New York
- Ellis, A. (1976). The biological basis of human irrationality. *Journal of Individual Psychology*, 32, 145-168.
- Heerkens, Y.F., Rijken, P.M., Dekker, J., Wams HWA, Oostendorp, R.A.B. (1997). *Inventarisatie van paramedische zorg voor chronisch zieken*. Amersfoort/Utrecht: Nederlands Paramedisch Instituut (NPI)/Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL).
- Higgins, E.T. (1987). Self-Discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340.
- Leventhal, H., Idler, E.L., Leventhal, E.A. (1999). The impact of chronic illness on the self system. In: R.J. Contrada & R.D. Ashmore (Eds.). *Self, social identity and physical health*. Oxford University Press (pp185-208)
- Lorig, K. & Holman, H. (2000). Self-management education: context, definition, and outcomes and mechanisms. *Chronic Disease Self-Management Conference*, Sydney: Australia.