
VERMOEIDHEID EN DAN...?

Een cognitief gedragsmatige training bij aanhoudende vermoeidheidsklachten.

Tonja van Andel, sociaal psychiatrisch verpleegkundige i.o. en werkzaam bij Sinai ambulans Amsterdam

Inleiding

Voor u ligt dit artikel met als titel *'Vermoeidheid en dan...? Een cognitief gedragsmatige training bij aanhoudende vermoeidheidsklachten.*

Het schrijven van een artikel behoort tot de eindopdrachten van de opleiding tot sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Het artikel is het sluitstuk van een gedane innovatieopdracht. Het woord zegt het al, doel van de opdracht was om tot een aanvulling op, of verbetering van het zorgaanbod te komen. Na inventarisatie, (enig) denkwerk van mijn kant en in overleg met mijn werkgever, stagebegeleider en mentor van de Hogeschool van Amsterdam, heb ik in oktober 2007 het plan opgevat om een cognitief-gedragsmatige training te ontwikkelen voor cliënten met aanhoudende vermoeidheidsklachten. Een draaiboek voor de cursusleiders is het tastbare product van deze inspanningen.

In dit artikel wil ik, na verantwoording van mijn keuze voor dit onderwerp, uitgebreid stilstaan bij het begrip vermoeidheid, oorzaken van vermoeidheid en onderhoudende factoren. Daarna wil ik ingaan op de uitgangspunten van de training waarmee een beeld van de inhoud van de training geschetst wordt. Ten slotte volgt een samenvatting. Van tijd tot tijd wordt een kort 'vignetje' gegeven ten einde het beschrevene te illustreren.

Dit artikel is gebaseerd op mijn uitgebreide startdocument voor een cognitief-gedragsmatige training en op het genoemde draaiboek voor de cursusleiders. Voor diegenen die verder zijn geïnteresseerd zij daarnaar verwezen.

Verantwoording

Chronische ofwel aanhoudende vermoeidheid is een veel voorkomende klacht. Soms op zichzelf staand, meestal in combinatie met andere psychische of psychosociale klachten. Deze vermoeidheidsklachten hinderen deze groep cliënten zo, dat zij hierdoor in hun algeheel functioneren behoorlijk worden beperkt. In het algemeen worden cliënten niet naar de tweede lijn verwezen voor louter deze vermoeidheidsklachten maar is het een klacht secundair aan de aanmeldingsklacht. Vermoeidheid is een van de symptomen die bij veel DSM-IV diagnoses genoemd wordt. In de individuele therapieën wordt vooral gewerkt aan de aanmeldingsklacht bijvoorbeeld depressieve klachten. De therapie kan uiteraard een positieve invloed hebben op de ervaren vermoeidheidsklachten. Bij langer durende vermoeidheidsklachten kan dit positieve effect echter uitblijven en krijgt de cliënt geen grip op zijn vermoeidheid. De vermoeidheidsklachten gaan 'als het ware' een eigen leven leiden. Een training specifiek gericht op deze klachten en doorbreking van dit patroon zou dan uitkomst kunnen bieden.

Op grond van de literatuur en op grond van ervaringen van mijn collega's en mijzelf met deze cliënten ben ik er vanuit gegaan dat er een grond is voor het ontwikkelen van een geschikte training. Cliënten zelf geven vaak te kennen dat zij door hun aanhoudende vermoeidheidsklachten tot weinig komen en willen daar graag gerichte hulp bij krijgen.

In de literatuur heb ik de volgende cijfers gevonden:
Van dat deel van de bevolkingsgroep dat aanhoudende vermoeidheidsklachten rapporteert zou bij ongeveer de helft sprake zijn van een psychiatrische aandoening. Dit speelt vooral bij cliënten met angst- en somatisatiestoornissen maar is vooral het geval bij depressie. 'Vraagt men psychiatrische patiënten naar hun langdurige vermoeidheidsklachten, dan beantwoordt 80 % deze vraag positief, ongeacht de diagnose' (De Ridder e.a., 2000, p. 43).

Ik heb mijzelf tot doel gesteld een training te ontwikkelen waarbij het focus ligt op het verbeteren van het functioneren in relatie tot deze vermoeidheidsklachten. Her en der zijn binnen de geestelijke gezondheidszorg trainingen ontwikkeld met betrekking tot dit onderwerp. Op grond van deze (soms beperkte) inzage lijkt het erop dat men in deze trainingen als primair doel heeft de vermoeidheidsklachten te verminderen of het functioneren aan te passen aan de klachten. Het is mijn bedoeling hieronder duidelijk te maken dat als het focus van de cliënt verlegd wordt naar het verbeteren van het functioneren, de cliënt minder bezig zal zijn met de vermoeidheidsklachten 'an sich' waardoor hij of zij zich uiteindelijk minder vermoeid zal gaan voelen. De aandacht van de cliënt zal dus meer gericht worden op zijn of haar functioneren. Daarnaast wordt in de bestaande trainingen die ik heb ingezien het systeem rondom cliënt niet betrokken, in deze ontwikkelde training is dat wel het geval.

Clíente A meldt chronisch slecht te slapen. Zij blijft hierdoor vaak langer in bed liggen en voelt zich overdag verre van energiek. Dag- en nachtritme zijn enigszins onregelmatig geraakt. Er liggen overdag belangrijke taken op haar te wachten. Zaken die zij eigenlijk zou moeten doen, maar ja. Misschien, zo denkt zij, lukt het beter als zij er 's middags aan begint of misschien voelt zij zich morgen wel beter...

Begripsbepaling

Het blijkt niet gemakkelijk om een definitie te geven van het begrip vermoeidheid. Ieder weet wat vermoeidheid is, want ieder heeft het wel ervaren in zijn leven. Er zijn veel manieren waarop men zich hierover uitlaat. Van een simpel 'ik ben moe', 'ik kan mijn kop er niet meer bijhouden' tot het gevleugelde 'ik heb er geen kracht meer voor' (Gerard Joling, 2007). Meijman beschrijft dat mensen, als zij melden vermoeid te zijn, een 'evaluatief-motivationeel oordeel geven'. Enerzijds melden zij hoe het op dat moment met hen gesteld is anderzijds doen zij een uitspraak over hun bereidheid om verder te gaan met waar zij dan ook op dat moment mee bezig waren.

Bij vermoeidheid gaat het in de eerste plaats om de persoonlijke beleving. Aan vermoeidheid kan men een positieve connotatie geven. Dit is het geval als men 'moe maar voldaan is'. Anders gezegd: 'wanneer men eigen controle over de situatie of inspanning ervaart' (De Ridder e.a., 2000). Vermoeidheid is een normale fysiologische reactie van het lichaam op inspanning. Men is moe, rust uit en kan er weer tegen aan. Dit is een gezonde moeheid waarvan men snel herstelt. De relatie tussen activiteit en vermoeidheid is dan helder. Als men langere tijd vermoeidheidsklachten heeft, is de relatie tussen de inspanning en de ervaren klachten niet meer duidelijk. 'Rust leidt niet langer tot herstel en in de meeste gevallen wordt geen spontaan herstel gevonden' (De Ridder e.a., 2000, p. 39).

Zo ook bij cliénte A. Zij hoopt fitter te worden door langer in bed te blijven liggen en stelt taken uit op grond van hoe zij zich voelt. Echter, de relatie tussen activiteit en vermoeidheid is niet duidelijk meer. De vermoeidheidsklachten zijn een eigen leven gaan leiden en niet langer herleidbaar naar een inspanning die zij heeft verricht.

Vermoeidheid wordt wel in drie categorieën ingedeeld (Van der Meer e.a., 1997, geciteerd in: De Ridder e.a., 2000, p. 85). Aan deze indeling, gemaakt ten behoeve van richtlijnen voor huisartsen, worden consequenties verbonden hoe men de patiënt zal behandelen. De indeling ziet er als volgt uit:

- Acute vermoeidheid, tot 1 maand, de houding van de huisarts is dan van afwachtende aard
- Subacute vermoeidheid, 1 tot 6 maanden, hierbij is het beleid van de huisarts dat de patiënt een gezonde leefstijl gaat aanhouden en wordt gekoerst op acceptatie van de klachten. Ook wordt beperkt laboratorium onderzoek verricht en wordt onderzocht of sprake is van bepaalde lichamelijke aandoeningen of psychische problemen
- Chronische vermoeidheid, langer dan 6 maanden, in deze fase wordt door de huisarts overgegaan op verdere diagnostiek of dat sprake is van CVS

Conform bovenstaande indeling is het een logische keuze om de duur van de vermoeidheidsklachten van de deelnemers volgens bovenstaande indeling te volgen. Dit houdt in dat als vermoeidheidsklachten slechts een maand spelen het te voortvarend zal zijn om hen direct een training te laten volgen. In de praktijk zal deze kwestie zich naar verwachting niet voordoen. Alleen al het doorlopen van een intakeprocedure vereist vaak meer tijd dan een maand.

Er zal bij deze cliënten daarom altijd sprake zijn van subacute of chronische vermoeidheid. Deze vermoeidheid kan vervolgens van verschillende aard zijn. Het lijkt mij voor de begripsbepaling van belang om deze verschillende 'diagnoses' (De Ridder e.a., 2000, p. 88) hier kort te noemen:

'Overspannenheid of surménage duidt op een toestand van vermoeidheid, lusteloosheid, prikkelbaarheid, slapeloosheid, hoofdpijn, concentratieproblemen, duizeligheid, gejaagdheid, gespannenheid en emotionele labiliteit. Er is dan tevens sprake van sociaal disfunctioneren. Bij burnout is tevens sprake van een zeer cynische houding ten aanzien van de werksituatie. De term chronische vermoeidheid wordt gebezigd bij klachten die langer dan 6 maanden bestaan.'

Bij overspannenheid en burnout wordt geen tijdsduur genoemd. Wel is duidelijk dat vooral het herstellen van een burnout zeer lange tijd kan duren en ook een langere 'aanloop' heeft dan overspannenheid.

Bij het chronisch vermoeidheidssyndroom, ook wel ME genoemd, geldt dat aan een breed scala van diagnostische criteria moet worden voldaan. Hiervoor verwijz ik graag naar het rapport van de Gezondheidsraad (2005/02, p. 14).

Cliënt B heeft zich destijds bij Sinai ambulante aangemeld met klachten in het kader van 'tweede generatieproblematiek'. Hij vertelde angstig te zijn en last van herbelevingen te hebben naar aanleiding van mishandeling in zijn jeugd. Daarnaast noemde hij dat er sprake is van 'burnout' waardoor hij in de WAO is beland. Hij is zeer bezorgd dat hij weer aan het werk zal moeten want hoe zou dat moeten met zijn vermoeidheidsklachten?

In de praktijk van de GGZ worden genoemde 'diagnoses' niet vaak gesteld. Al komt het wel degelijk voor dat cliënten zelf noemen dat zij overspannen zijn of een burnout hebben. Het is belangrijk met hen te bespreken wat zij onder deze (zelf)diagnoses verstaan.

In geval van cliënt B is het zo dat hij geen grip op zijn vermoeidheidsklachten heeft en niet weet hoe het tij te keren. Voor de 'tweede generatieproblematiek' neemt hij deel aan een groepstherapie, daarnaast zou hij stapsgewijs zijn leven weer vorm kunnen gaan geven. Echter, de vermoeidheidsklachten belemmeren hem zijn beroepsmatig leven op te pakken.

Hij is erg bang om herkeurd te worden in de toekomst. Concluderend mag gezegd worden dat langdurige vermoeidheidsklachten op zichzelf staande klachten kunnen zijn met of zonder verdere etikettering. Vaak worden diagnoses genoemd door cliënten zelf. Het is van belang om op de hoogte te zijn van de diverse diagnoses en vooral na te gaan welke betekenissen en conclusies cliënten hieraan verbinden.

Oorzaak

Vermoeidheid kan veroorzaakt worden door diverse factoren. Belangrijk is hier om eerst te benadrukken dat 'aan vermoeidheid zowel lichamelijke als psychologische aspecten verbonden zijn en dat deze aspecten nauw met elkaar verbonden zijn en elkaar wederzijds beïnvloeden'(De Ridder e.a., 2000, p. 2).

Aanhoudende vermoeidheid (De Ridder e.a., 2000, p. 43) kan worden veroorzaakt door onder andere:

- 'een ongezonde leefstijl bijvoorbeeld een verstoord dag/nachtritme
- somatische aandoeningen bijvoorbeeld infectieziekten, longaandoeningen
- psychosociale problemen bijvoorbeeld stress in het gezin
- psychiatrische aandoeningen bijvoorbeeld eerder genoemde depressie
- medicatiegebruik
- vitamine tekort
- vergiftiging'

Cliënte C is al enkele maanden erg moe. Zij vraagt zich af hoe dit komt. Zij probeert toch goed voor zichzelf te zorgen? Gaat op tijd naar bed, eet goed, leidt een regelmatig leven. Doorvragend blijkt echter dat zij voortdurend op haar qui-vive is. Zij voelt zich na een bedreiging, enkele maanden geleden, onveilig en is voortdurend alert dat niet opnieuw gevaar dreigt.

In het voorbeeld van cliënte C is het evident dat sprake is van een duidelijke oorzaak voor de vermoeidheidsklachten. Het is vooral van belang dat zij werkt aan de traumatische beleving van de bedreiging. Mogelijk dat, wanneer zij niet meer voortdurend alert hoeft te zijn, zij meer rust zal ervaren en de vermoeidheidsklachten spontaan verminderen.

Onderhoudende factoren

Het voortduren van de klachten hangt samen met de wijze waarop de cliënt over de vermoeidheid denkt en daarmee vervolgens om gaat. Als deze er van overtuigd is dat er een lichamelijke oorzaak is dan zal men in die richting blijven zoeken naar een verklaring, ook al is die er niet. Als gedacht wordt dat uitsluitend rust zal helpen dan raakt men conditioneel verder achterop. Een kleine inspanning wordt dan al als uitputtend ervaren. Hierdoor voelt de persoon zich ernstig beperkt in het doen en laten. Als dit laatste eenmaal het geval is, dan wordt voorstelbaar dat deze ervaren ernstige beperking vervolgens leidt tot het ontwikkelen van bijvoorbeeld stemmingsklachten. De vermoeide cliënt kan niet doen wat hij wil en raakt hierdoor gefrustreerd en gedemoraliseerd. Men is in een vicieuze cirkel beland.

Voorstelbaar is dat persoonlijke eigenschappen als perfectionisme of een lage assertiviteit in de weg zitten om uit genoemde cirkel te kunnen ontsnappen. Cliënt vindt het moeilijk om minder van zichzelf te vragen en blijft zichzelf dan overbelasten. Of men vindt het moeilijk om hulp te vragen of grenzen te stellen waardoor verdere overbelasting dreigt.

Cliënt D probeert al tijden iets aan zijn inactiviteit en laag energiepeil te doen. Hij heeft besloten om te gaan sporten. Verschillende mensen hebben hem dit aangeraden. Nu is D niet 'van dat flauwe'. Hij wil er stevig tegenaan want 'anders zet het geen zoden aan de dijk'. Helaas blijkt na enkele weken dat hij alleen maar vermoeider lijkt te zijn geworden. Hij is diep teleurgesteld en voelt zich 'down'.

Cliënt D is door zijn aanpak, namelijk hard van stapel lopen na een lange periode van inactiviteit, opnieuw in een negatieve spiraal geraakt. Hij is vergeten dat hij beter met kleine, haalbare stapjes kan gaan opbouwen en heeft teveel van zichzelf gevraagd. Voor hem, zo'n stoere vent, is het moeilijk om niet direct flink te gaan trainen.

Omgevingsfactoren zijn eveneens van belang. Het kan zijn dat geen (h)erkenning van de klacht plaatsvindt. Onbewust zal de cliënt daar naar op zoek blijven. Of de omgeving, de partner of kinderen, neemt juist teveel uit handen waardoor de vermoeide niet de kans krijgt om de zaken zelf aan te pakken. Zelf de controle weer te krijgen.

Uitgangspunten en kenmerken van de training

De training is gebaseerd op de uitgangspunten van de Sociale Psychiatrie (Onderwater et al., 2005). Onderstaand zal ik dit toelichten. Tot slot zal ik nog enkele inhoudelijke aspecten van de training beschrijven zodat van de training een concreet beeld ontstaat.

Het lijden aan aanhoudende vermoeidheidsklachten heeft gevolgen voor het sociaal en maatschappelijk functioneren. Als men minder kan doen, minder de deur uit kan gaan of minder contacten met anderen kan onderhouden of bijvoorbeeld niet meer kan werken dan heeft dit op de lange duur gevolgen voor de mate van participatie in de maatschappij. Dit moet zoveel mogelijk voorkomen worden.

Als het gaat om de sociale context zal in de training op micro niveau aandacht geschonken worden aan wat de deelnemers ervaren als 'de eisen des tijds'. Wat wordt tegenwoordig van mensen gevraagd, maar juist ook: hoe kunnen zij met deze eisen omgaan? Vandaar dat veel aandacht in de training uit zal gaan naar dit soort van belemmerende cognities. De cognitie 'ik moet van alles kunnen op alle levensterreinen'. Een baan, een gezin, een bloeiend sociaal leven, enzovoorts. Het zou kunnen dat cliënten zich schuldig voelen naar de maatschappij of naar de naaste omdat zij 'niet kunnen meekomen'.

Cliënte E geeft aan dat zij ook overdag naar bed gaat terwijl eigenlijk de huishouding gedaan moet worden en haar kinderen aandacht behoeven. Haar man uit zijn ongenoegen hierover en E voelt zich dan ook erg schuldig. Zij durft nu bijna niet te overwegen om te gaan schilderen terwijl dit iets is waar zij erg van kan genieten en haar energie geeft.

Voorts wordt rekening gehouden met de maatschappelijke en sociaal-culturele achtergrond van cliënten die in onze kleurrijke maatschappij erg kan verschillen. Mensen hebben hun eigen waarden, gewoonten en religies. Hierdoor zullen ook de doelen die zij in de training stellen erg kunnen verschillen. Ook de betekenis die zij aan de klachten geven zal (kunnen) verschillen. Zo kan vermoeidheid als een excuus dienen om bepaalde zaken niet te hoeven doen. Het is belangrijk dit 'op tafel te krijgen'.

Meestal zal deze training een onderdeel van de totale behandeling van de cliënt zijn afhankelijk van de setting waarin de training wordt gegeven. Misschien heeft een cliënt naast de training behoefte aan extra uitleg of begeleiding. Dit moet dan geboden worden. Ook kan doorverwijzing plaatsvinden als blijkt dat deze training niet voldoende is. Mogelijk wordt duidelijk dat cliënten behoefte hebben om zich na deze cursus verder te verdiepen in bijvoorbeeld de RET, assertiviteit of opbouwen van lichamelijke activiteit. Hiervoor zijn 'in den lande' genoeg cursussen voor handen.

Naast alle aandacht voor de individuele cliënt zal aandacht besteed worden aan het systeem rondom hem. In enkele bijeenkomsten voor naasten zal uitleg gegeven worden over de training. Er zal worden stil gestaan bij de vraag waar de naaste de cliënt juist wel en niet mee kan helpen en vragen zullen worden beantwoord.

Zoveel mogelijk cliënten moeten de kans krijgen om deze te kunnen volgen. Omdat in de training van diverse kanten het probleem wordt benaderd en 'behandeld', is de kans groot dat er altijd voor iemand iets van zijn gading bij zal zitten waarmee deze zijn voordeel kan doen. Zo zal vooral gewerkt worden vanuit een cognitief-gedragstherapeutisch kader. Het vergroten van de persoonlijke effectiviteit aan de hand van verschillende technieken als de RET, assertiviteitsoefeningen en ontspanningsoefeningen vinden daarom een plek in de training. Verder wordt met de cliënten onderzocht waar zij plezier in hebben en wat een meer bij hen zelf passende stijl is van de dingen aanpakken. In combinatie met het vergroten van de lichamelijke activiteit, volgens het concept 'Graded Activity', wordt aldus een complete aanpak nagestreefd (Bleijenberg et al., 2006).

Terug naar cliënt D

Cliënt D zal een eerste stap voor zichzelf formuleren waarvan hij zeker weet dat deze haalbaar is. Bijvoorbeeld een kwartiertje rustig wandelen. Deze stap zal hij gedurende enkele dagen herhalen. Daarna volgt een kleine ophoging, bijvoorbeeld 20 minuten wandelen. Ook deze stap voert hij enige dagen uit ongeacht het aanwezig of afwezig zijn van de vermoeidheidsklachten dus op goede dagen en op slechte dagen. Volgens dit principe kan hij verder opbouwen met meer kans op succeservaringen.

De training bestaat concreet uit acht wekelijkse groepsbijeenkomsten van twee uur. Daarna volgen twee follow ups na 2 en na 6 weken. Daarnaast worden twee bijeenkomsten voor naasten georganiseerd.

Samenvatting

Aanhoudende vermoeidheid is een vaak gehoorde klacht waarvoor in de geestelijke gezondheidszorg weinig gerichte groepsprogramma's bestaan. Hierop heb ik een antwoord willen geven door een cognitief-gedragsmatige training te ontwikkelen. Hierdoor zullen cliënten meer grip op deze klachten ervaren en hun functioneren stapsgewijs leren verbeteren. Omdat bij aanhoudende vermoeidheid meestal sprake is van meerdere factoren die bij het voortduren van de klachten een rol spelen, wordt in de training op diverse levensgebieden ingegrepen, namelijk op psychisch, lichamenlijk en sociaal gebied.

Literatuuropgave

- Bleijenberg, G., M. Gielissen, & H. Knoop (2006), Het chronisch vermoeidheidssyndroom. Psychopraxis, 08, p. 104-110
- Gezondheidsraad (2005) Het chronische vermoeidheidssyndroom. Den Haag: Gezondheidsraad, publicatie nr 2005/02.
- Meijman, T.F. (1991), Over vermoeidheid: arbeidspsychologische studies naar de beleving van belastingseffecten. Proefschrift Groningen.
- Onderwater, K., I. van der Padt, M. Romme, B. Venneman, & F. Verberk, (2005), Sociale psychiatrie. Visie, theorie en methoden van een maatschappelijk georiënteerde psychiatrie. Lemma, Utrecht.
- Ridder, D. de, K. Schreurs, & W. Schaufeli, (red.), (2000), De psychologie van vermoeidheid. Van Gorcum, Assen.

Geraadpleegde literatuur

- Andel, van, A.J. (2007), Startdocument voor een cognitief-gedragsmatige training bij aanhoudende vermoeidheidsklachten. Sinai ambuland. Amsterdam.
- Andel, van, A.J. (2007), Draaiboek voor de cursusleiders. Sinai ambuland. Amsterdam
- Beroepsdeelprofiel 'Sociaal psychiatrische verpleegkundige' (2004), V&VN - SPV, Eindhoven.
- Bleijenberg, G. (2000), Chronisch vermoeidheidssyndroom: cognitieve gedragstherapie hielp meer dan ontspanningsoefeningen. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 55, p. 53-55.
- Breedveld, K. & A. van den Broek (2004), Werkdocument 'De veeleisende samenleving'. De sociaal-culturele context van psychische vermoeidheid. Sociaal en Cultureel Planbureau/NWO, Den Haag.
- Everts, L., T. de Graaff, & M. van Rooij (2007). Vaak moe? Herwin uw energie! Training voor mensen met vermoeidheidsklachten. GGZ-Delfland.
- Dixhoorn, van, J.J. (2001), Ontspanningsinstructie: principes en oefeningen. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen.
- Fordyce, W.E. (1976), Behavioral methods for chronic pain and illness. The C.V. Mosby Company, Saint Louis.
- Gerritsen, P. (update 2007), Slaapcursus: Leer stap voor stap je slaapproblemen te verminderen. Mentrum, Amsterdam.
- Heuvel, van den, E. (2000), Kortdurende behandeling van burn-out. Psychopraxis, 02, p. 457-462.
- Huibers, M.J.H. & S. Wessely (2007) Diagnose als daad. De voor- en nadelen van het label chronisch vermoeidheidssyndroom. In: MGZ, 62, 2007/3, p. 208-219.
- Joosen, M.C.W., W. Stal, R.H. Swijnenburg, J.K. Sluiter & M.H.W. Frings-Dresen (2007), Evaluatie van een multidisciplinair vitaliteitsprogramma bij aanhoudende vermoeidheidsklachten, Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, jaargang 15, nummer 10, p. 437-443.
- Knijn, J. (2004), In de juiste versnelling: een doe-boek voor meer energie en minder stress. Thema, bedrijfswetenschappelijke en educatieve uitgeverij, Zaltbommel.
- Lange, A. (2006), Gedragsverandering in gezinnen. Wolters-Noordhoff bv, Groningen.
- McGee-Cooper, A. (1990), Vertaald uit het Engels: Neehus, R. (1996), Energetics. Je hoeft niet bekaf te zijn als je dagtaak erop zit. Bruna, Utrecht.
- Neut, van der, D. (2003), Meer energie! Veerkracht, vitaliteit, levenslust, streefkracht. Psychologie Magazine, 11, p. 52.
- Neut, van der, D. (2005), Meditatie; De genezende kracht van de stilte. Psychologie Magazine, 5, p. 12-15.
- Nix, W.A. (1996), Vertaald uit het Duits: Keulen, van, E. (1998), Vermoeidheid overwinnen. Het Spectrum, Utrecht.
- Pek, A. (2006), De rust van een witte villa; centrum voor psychisch herstel. Psychologie Magazine, 01, p. 76-81.
- Pek, A. (2006), Waarom denken vermoeiend is. Psychologie Magazine, 04, p. 7-9.
- Plomp, J. (2004), Ik ben zo moe. Psychologie Magazine, 06, p. 39.
- Portmann, R. & E. Schneider (1998), Vertaald uit het Duits: Bannink, M. (2000), 100 ontspannings- en concentratiespellen: een bundel oude en nieuwe spelletjes ter bevordering van de ontspanning en concentratie in een groep. Panta Rhei, Katwijk.
- Roeck, de, B.P. (1981), Recepten om in de puree te raken. De Toorts, Haarlem.
- Verwijzersinformatie (2007) Meer doen met minder energie. Groepstraining omgaan met energie. De dijk. GGZ-circuit langdurige zorg.
- Zee, van der, K.I. & R. Sanderman (1993), Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de Rand-36. Een handleiding. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken. Rijksuniversiteit Groningen.

Websites

- www.amc.nl, geraadpleegd op 26 oktober 2007
- www.burnout.startpagina.nl, geraadpleegd op 24 oktober 2007
- www.dijkenduin.nl, geraadpleegd op 26 oktober 2007
- www.ggz-delfland.nl, geraadpleegd op 26 oktober 2007
- www.ggzoostbrabant.nl, geraadpleegd op 27 oktober 2007
- www.leefstijl-trainingscentrum.nl, geraadpleegd op 27 oktober 2007
- www.ME.pagina.nl, geraadpleegd op 25 oktober 2007
- www.stress.startpagina.nl, geraadpleegd op 24 oktober 2007
- www.rug.nl, geraadpleegd op 21 november 2007
- www.umcn.nl, geraadpleegd op 25 oktober 2007-10-27
- www.wikipedia.org/wiki/Joling_&_Gordon_Over_De_Vloer, geraadpleegd 24 oktober 2007