

Masterproef deel II

Betekenis en ervaring van het klinisch fenomeen 'tissue release' voor de kinesitherapeut.

Kwalitatief onderzoek

Promotor: Dr. Joeri Calsius
An De Bruyn en Sanne Tielens

Woord vooraf

In masterproef deel II wordt nagegaan hoe kinesitherapeuten, gespecialiseerd in manuele therapie of in fasciatherapie, het fenomeen 'tissue release' beleven en verklaren in hun klinische praktijk.

Het opzet van deze masterproef werd mede mogelijk gemaakt door de inzet en toewijding van belangrijke sleutelfiguren.

Hiervoor willen wij graag onze dank betuigen aan promotor Dr. Joeri Calsius. Dankzij zijn ondersteuning, begeleiding en expertise was het mogelijk om deze masterproef af te werken tot een mooi resultaat. Dit alles heeft onze interesse in de wereld van 'tissue release' nog meer opgewekt waarvoor oprechte dank.

Dankzij de medewerking van acht kinesitherapeuten, gespecialiseerd in manuele therapie of in fasciatherapie, hebben we een rijke data-extractie mogen verwerken. Zij hebben ons telkens hartelijk ontvangen en ons hun belevingen en ervaringen toevertrouwd waarvoor dank.

Deze studie heeft niet enkel energie geveerd van onszelf, maar ook veel ondersteuning en vertrouwen van onze familieleden. Zelfs in moeilijke tijden mochten we op hun steun rekenen waarvoor dank.

Niet in het minst wensen we elkaar te bedanken voor de vele inzet, motivatie en ondersteuning die we als masterproef partners van elkaar mochten ontvangen. Samen hebben we deze masterproef tot een mooi geheel afgewerkt waarin we beiden geloven.

Mol, 16 juni 2016

A.D.B.

Beringen, 16 juni 2016

S.T.

Situering

De huidige maatschappij is veeleisend en vraagt veel flexibiliteit en inzet wat mogelijk aanleiding geeft tot spanning gerelateerde klachten. Ook meer artsen richten zich op deze problematiek. Zij hebben hierbij een belangrijke doorverwijzende functie waarbij de kinesitherapeut een belangrijke schakel in het proces vormt. Hierdoor vinden patiënten hun weg naar de kinesitherapeut. Sedert medio 2000 wint het fenomeen 'tissue release' aan belang binnen de klinische praktijk van kinesitherapeuten (Schleip, Jäger, Klingler, 2012). Steeds meer legt men de focus op 'release' binnen hun behandelconcept.

Deze kwalitatieve studie exploreert de belevings- en ervaringswereld van kinesitherapeuten, gespecialiseerd in manuele therapie of fasciatherapie. Er wordt gepeild naar hoe zij het intrigerende begrip 'tissue release' ervaren en mogelijk kunnen verklaren. Aangezien het fenomeen 'tissue release' steeds meer zijn plaats inneemt in het behandelconcept van de kinesitherapeut, wordt er getracht na te gaan waarom dit precies aan belang wint. Hoe wordt dit fenomeen ervaren, beleefd en verklaard vanuit de kinesitherapeutische visie?

Masterproef deel II is een alleenstaande studie waarbij het onderzoeksdesign werd aangereikt door Dr. Joeri Calsius. Zowel rekrutering als data-acquisitie en –verwerking werden zelfstandig uitgevoerd. Alsook het academisch schrijfproces werd zelfstandig uitgevoerd en geschreven conform de richtlijnen van het wetenschappelijk tijdschrift "Physical Therapy".

Masterproef deel II

Betekenis en ervaring van het klinisch fenomeen 'tissue release' voor de kinesitherapeut.

Kwalitatief onderzoek

Promotor: Dr. Joeri Calsius
An De Bruyn en Sanne Tielens

Inhoudstabel

Abstract	7
Introductie	9
Methode	11
Participanten	11
Procedure	11
Data-analyse	12
Resultaten	15
‘Tissue release’ en de invloed van het autonoom zenuwstelsel	15
‘Tissue release’ en tensegrity	16
‘Tissue release’ en het fenomenologisch kader van de therapeuten	16
‘Tissue release’ en lichaamsgerichte psychotherapie	17
Discussie	19
Belangrijkste bevindingen	19
Sterktes en beperkingen	20
Implicaties voor het klinisch werkveld	21
Aanbevelingen toekomstig onderzoek	21
Referentielijst	23
Bijlagen	
Bijlage 1: rekrutering participanten	25
Bijlage 2: codering volgens IPA	25
Bijlage 3: ‘preparatory set’ en zijn 5 elementen	30

Abstract

Achtergrond: Steeds meer kinesitherapeuten passen het concept ‘tissue release’ toe in de klinische praktijk. Er is een groeiende belangstelling voor dit intrigerende fenomeen. Patiënten bieden zich bij de kinesitherapeut aan met spanning gerelateerde klachten. De oorzaak van deze klachten kan zeer verscheiden zijn. Kinesitherapeutische behandelingen beogen een release van deze spanningsnetwerken.

Methode: Acht kinesitherapeuten, gespecialiseerd in manuele therapie of fasciatherapie, werden tijdens een diepte-interview bevraagd omtrent hun ervaringen, belevingen en verklaringen wat betreft ‘tissue release’. De Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) wordt aangewend ter analyse van de subjectieve data. Alle data worden verbatim uitgeschreven en vervolgens geanalyseerd en gestructureerd volgens open – en axiale coderingen. Als laatste stap in het analyseproces worden de axiale coderingen omgevormd tot sub-thema’s en thema’s die uitvoerig besproken worden in de resultaten sectie.

Resultaten: Vier hoofdthema’s werden herleid uit de data-analyse. In de twee eerste thema’s ‘tissue release en de invloed van het autonome zenuwstelsel’ en ‘tissue release en tensegrity’ worden vooral de neurofysiologische kenmerken beschreven. ‘Tissue release en het fenomenologisch kader van de therapeuten’ is geschreven vanuit de betekenis die therapeuten verlenen aan het fenomeen. Het laatste thema ‘tissue release en lichaams-gerichte psychotherapie’ legt de nadruk op emotionele en onderbewuste processen.

Discussie en conclusie: Kinesitherapeuten, gespecialiseerd in manuele therapie of fasciatherapie, houden er verscheidene ervaringen en verklaringen op na wat betreft ‘tissue release’. Eenieder benadrukt de waarde van ‘tissue release’, maar een concreet antwoord blijft voorlopig nog schuldig. Er kan voorzichtig gesteld worden dat er enige consensus en visie gedeeld wordt op basis van de therapeutische achtergrond, met name tussen fasciatherapeuten onderling alsook tussen manueel therapeuten onderling.

Doel van het onderzoek: Deze kwalitatieve studie exploreert de belevingswereld van kinesitherapeuten, gespecialiseerd in manuele therapie of fasciatherapie, wat betreft ‘tissue release’ in de klinische praktijk. Hoe verklaren en ervaren zij het klinisch concept ‘tissue release’?

Keywords: tissue release – manuele therapie – fasciatherapie – beleving – verklaring

Introductie

‘Tissue release’ is een intrigerend begrip en wordt in verscheidene therapievormen toegepast.

In de klinische praktijk van kinesitherapeuten wordt voortaan meer waarde gehecht aan het realiseren van een zekere ‘tissue release’ (Benjamin,2009; Findley,2012). In deze kwalitatieve studie wordt het begrip ‘tissue’ in de ruime zin van het woord opgenomen. Gaande van spierweefsel tot myofasciaal weefsel. In 1899 werd door Andrew Taylor Still reeds gewezen op de invloedrijke rol van het myofasciale weefsel (Still, 1899).

Doorheen de tijd trachtten verscheidene modellen te verklaren hoe het fenomeen ‘tissue release’ precies tot stand komt. Na een literatuurstudie hieromtrent kan er geen sluitend antwoord geformuleerd worden. Dit kan mogelijks verklaard worden door een grote verscheidenheid zowel in de toegepaste onderzoeksmethodologie alsook in de gehanteerde terminologie. Zo blijkt het klinisch concept ‘tissue release’ tot op heden wetenschappelijk onvoldoende onderbouwd en is verder onderzoek noodzakelijk.

In de ruime context van ‘tissue release’ zijn ‘biotensegrity’ en ‘mechanotransductie’ belangrijke verklaringmodellen. In 1961 hanteerde Fuller het begrip tensegrity als zijnde een combinatie van ‘tensional’ en ‘integrity’. Fuller (1961) verklaarde dat lichaamscellen hun stabiliteit bewaren dankzij de triangulaire opbouw van het cytoskelet (CSK) en de continue voorspanning die in de cel aanwezig is. Ondanks de daarop inwerkende compressie en krachten behouden deze zelf-stabiliserende lichaamsstructuren hun vorm en voorspanning. Mechanotransductie vormt hierbij een belangrijk proces. Krachten worden opgevangen en verspreid naar omliggende weefselstructuren.

Wat veroorzaakt dan pathologische situaties zoals spanningsgerelateerde klachten? Mogelijks zijn mechanisch inwerkende krachten zoals bewegingen en houdingen verklarende factoren voor veranderingen in weefselstructuren. Spanningsvelden in het lichaam veroorzaken extra collageenproductie waardoor deze collageenvezels een spanningsgeheugen vormen. In pathologische situaties nemen deze lichaamsstructuren hun oorspronkelijke vorm niet meer aan en vormt er zich een ‘dysfunctioneel geheugen’ (Tsao, Galea & Hodges, 2008).

Schleip (2003a, 2003b) beklemtoont het belang van de betrokkenheid van het autonome zenuwstelsel (AZS). Manuele technieken triggeren intrafasciale mechanoreceptoren.

Voornameijk het triggeren van Interstitiële myofasciale receptoren alsook Ruffini receptoren leidt tot een prikkeling van het AZS. Dit veroorzaakt een verminderd vuren van motorische eenheden waardoor een tonusverandering optreedt. Het triggeren van het parasympathische zenuwstelsel bevordert niet enkel een tonusverlaging, maar veroorzaakt ook vasodilatatie, emotionele rust, ... Schleip (2003a, 2003b) benoemt dit als 'een zelf-regulerende dynamische systeemtheorie'. De therapeut kan deze tonusverlaging als een 'release sensation' ervaren (Basmajian & De Luca, 1985). Het bewustzijnsmodel van Halligan en Oakley (2000) sluit zich hierbij nauw aan. Het triggeren van mechanoreceptoren kan bijkomend een onbewust gebied in de hersenen stimuleren. Het AZS bevindt zich vervolgens in een ruststatus waardoor onbewuste ideomotorische reflexen ontstaan zoals een diepere ademhaling, tonusdaling, ...

Deze verklaringsmodellen ontwikkelen zich steeds naarmate wetenschappelijk onderzoek zich exploreert in deze materie.

Deze kwalitatieve studie stelt als doel de ervarings- en belevingswereld omtrent het fenomeen 'tissue release' te exploreren vanuit het standpunt van de kinesitherapeut. Hoe ervaart hij/zij deze 'release sensation'? Hoe verklaart hij/zij die release? Diepte-interviews worden aangewend om na te gaan hoe kinesitherapeuten, gespecialiseerd in manuele therapie of fasciatherapie, het klinisch concept 'tissue release' ervaren en verklaren.

Methode

De onderzoeksvraag richt zich op de belevingen en ervaringen die kinesitherapeuten, gespecialiseerd in manuele therapie of fasciatherapie, geven aan het concept 'tissue release'. Dit betreft een kwalitatief onderzoek. Door middel van diepte-interviews worden subjectieve ervaringen uitgediept. De data van deze diepte-interviews kaderen in een belevingsgerichte en hermeneutische context. Een diepte-interview biedt de mogelijkheid om diepgang en subjectiviteit te creëren en is een zeer individuele methode om deze complexe materie te verwerken (Baarda, Bakker, Julsing, Fischer, Peters, van der Velden, 2013). Er werd geen goedkeuring bij de commissie voor medische ethiek aangevraagd daar de studie zich richt op therapeuten en niet op patiënten. Een stroomdiagram in bijlage 1, figuur 1 geeft een duidelijk overzicht.

Participanten

In samenspraak met promotor Dr. Joeri Calsius werd ervoor geopteerd om acht diepte-interviews uit te voeren waarvan vier interviews bij kinesitherapeuten gespecialiseerd in fasciatherapie en vier interviews bij kinesitherapeuten gespecialiseerd in manuele therapie. Met behulp van internet en snowball-sampling werden huidig praktiserende kinesitherapeuten gerekruteerd. In de zoektocht naar een geschikte participant werden volgende inclusiecriteria reeds telefonisch besproken en geëvalueerd, met name: actief praktiserend als kinesitherapeut, een bijkomende postgraduaat opleiding als fasciatherapeut of manueel therapeut, het begrip 'tissue release' staat centraal in de huidige behandeling, meer dan vijf jaar werkervaring en de therapeut spreekt en begrijpt de Nederlandse taal. Kinesitherapeuten zonder vijf jaar werkervaring en/of die niet vertrouwd zijn met het begrip 'tissue release' en/of de Nederlandse taal niet spreken of begrijpen, werden geëxcludeerd. Duidelijke informatie betreft opzet en het doel van deze masterproef werd telefonisch verleend.

Procedure

Zodra de desbetreffende therapeut beantwoordde aan de in- en exclusiecriteria, werd vervolgens een begeleidende brief en een informed consent per e-mail verstuurd. Dit ter bevestiging en verklaring van akkoord tot deelname aan de studie. Vragen omtrent het

verloop van de studie werden voorafgaandelijk aan het interview verduidelijkt. In samenspraak met de kinesitherapeut, gespecialiseerd in manuele therapie of fasciatherapie, werd een afspraak gemaakt om het diepte-interview te laten plaatsvinden.

Elk diepte-interview vindt plaats bij de therapeut thuis of in de praktijkkamer, indien mogelijk. Dit type interview biedt de mogelijkheid om de subjectieve belevingswereld van de therapeut in kaart te brengen en dieper in te gaan op zijn/haar individuele ervaringen en belevingen omtrent 'tissue release'. Dit vormt dan ook de primaire uitkomstmaat van het onderzoek. Tegelijkertijd wordt er gepeild naar de betekenis die dit fenomeen krijgt binnen de behandeling. Er vindt telkens een éénmalig interview plaats en wordt door twee onderzoekers afgenomen. Dit alles neemt ongeveer 45 minuten in beslag. Het volledige interview wordt met behulp van twee audiorecorders opgenomen waarvan de therapeut reeds vooraf op de hoogte werd gesteld. Vervolgens wordt het interview verbatim uitgeschreven en verwerkt volgens de Interpretative Phenomenological Analysis (IPA – Howitt, 2012).

Data-analyse

Deze kwalitatieve studie vereist een specifieke data-analyse. De Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) biedt de mogelijkheid om subjectieve data te analyseren (Howitt, 2012).

Na elk diepte-interview wordt het volledige interview verbatim uitgeschreven met behulp van de audiorecorder. Relevante data worden vervolgens aangeduid, genummerd en geregistreerd als 'open codering'. Vervolgens worden alle open coderingen geanalyseerd en gegroepeerd in 'axiale coderingen'. Open coderingen zoals bijvoorbeeld 'normalisatie van de spanning' en 'verandering van spierspanning' worden gegroepeerd aangezien zij gemeenschappelijke kenmerken vertonen. Deze worden vervolgens benoemd onder een gemeenschappelijke 'axiale codering' zoals bijvoorbeeld 'tonusnormalisatie'. Zulke codes vormen eenzelfde abstracte beschrijving. Het is zeer belangrijk dat de open codes relevant zijn voor de onderzoeksvraag en dat deze volgens een allesomvattende axiale code gebundeld worden. Als laatste stap in het analyseproces stelt de onderzoeker sub-thema's en thema's op welke een duidelijke connectie hebben met de axiale codes. De bekomen thema's zijn de uiteindelijke resultaten die beschreven worden in onderstaande sectie

(Howitt, 2012). Voor een schematisch overzicht van het uitgevoerde proces zie bijlage 2, figuur 2 en tabel 1.

Resultaten

Na data-analyse werden tien sub-thema's weerhouden en herleid naar vier hoofdthema's (zie bijlage 2, tabel 1), met name 'tissue release en de invloed van het autonome zenuwstelsel', 'tissue release en tensegrity', 'tissue release en het fenomenologisch kader van de therapeuten', 'tissue release en lichaams-gerichte psychotherapie'. Deze hoofdthema's worden hieronder toegelicht.

'Tissue release' en de invloed van het autonoom zenuwstelsel:

Wanneer de therapeuten spreken over 'tissue release' spreekt men bijna allemaal over tonusnormalisatie. Het spierweefsel verandert van toniciteit. Niet enkel afname van spierspanning, maar eerder een normalisatie. Enkele participanten omschreven het als volgt: *"Het is eigenlijk een normalisatie van de spanning, het hoeft niet altijd een ontspanning te zijn, het is gaan naar een normale spanning voor die patiënt op dat moment. Het spierweefsel verandert van toniciteit."* Eén andere participant stelde dat: *"Die veralgemeende spierspanning die moet dalen, die is te hoog, dat put uit en zorgt voor opstapeling van afvalstoffen in de spier. De spier is dan te krampachtig aan het werken. . . .Dus het eerste voor mij is het normaliseren van spierspanning die te hoog is"*.

Eén participant sprak over 'war of the muscles', namelijk hypertone zones inhiberen en hypotone zones stimuleren. Wanneer men dit beoogt, wordt er een circuit opgewekt wat een heel aantal reacties in het weefsel teweegbrengt. De huid wordt rood en/of warm als teken van een verbeterde doorbloeding. Er heerst echter geen eensgezindheid bij de therapeuten of dit een positief of eerder negatief element is. Een aantal therapeuten beschouwen dit als een verbeterde microcirculatie, afvalstoffen worden afgevoerd door vasodilatatie van de bloedvaten. Zij omschrijven dit als: *"Je krijgt een dilatatie van de bloedvaten waardoor er warmte optreedt, ook zien we dat de huid heel rood wordt, deze wordt beter doorbloed, wat meestal een goed teken is"*. Anderen omschrijven roodheid van de huid eerder als een duidelijk teken van hypertonie. Het bloed kan als het ware niet goed doorheen de spierbuik omdat er te veel spanning en afvalstoffen aanwezig zijn. Het bloed zoekt zich dan een andere weg via de huid. Eén therapeut omschrijft het als volgt: *"Wat je dus heel goed ziet als je bijvoorbeeld op een hypertone structuur werkt is dat er uitwendig een uitgesproken roodheid kan ontstaan. Juist*

bij die spier waar het heel fel rood wordt, algemeen of lokaal, daar zit iets onderhuids". Andere reacties die beschreven worden zijn o.a. zweten en kippenvel als teken van een onevenwicht tussen het para- en orthosympatisch zenuwstelsel. Dit werd door enkele participanten omschreven als: *" . . . ook vagale reacties in teken van het verstoord zijn van het autonome systeem dat zich vaak in 'vecht en vlucht' bevindt als het ware , is het ontstaan van kippenvel . . . als je dat ziet weet je dat het autonome zenuwstelsel overstuurd is en dat zou tot rust gebracht mogen worden."*

'Tissue release' en tensegrity:

Spanning in het weefsel zorgt voor een verstoorde balans. Het weefsel is niet meer aanpasbaar naar wat er gevraagd wordt. In normale omstandigheden is een cel vloeibaar, maar naargelang er zich spanning manifesteert wordt de consistentie van een cel harder. Met behulp van manuele of myofasciale technieken tracht men de toestand van een cel weer elastischer te maken. Men wil de homeostase weer in evenwicht brengen. Vooral fasciatherapeuten omschreven dit als volgt: *"Als een cel vloeibaar is dan is het ok want dan is deze aanpasbaar. Het probleem is wanneer er een spanning zit en het weefsel is niet meer aanpasbaar aan wat er gevraagd wordt."*

Ons lichaam bestaat uit verschillende dynamische systemen. Het toepassen van 'hands-on' technieken op het weefsel heeft niet enkel een fysische impact (neurofysiologisch, -vegetatief, -endocrien), maar ook psychisch. Wat telkens een afdruk nalaat in het weefsel. Dit werd door één therapeut op volgende manier omschreven: *" . . . resonantie van een shock noemen ze dat, je doet iets met het weefsel en afhankelijk van de impact, hetzij fysisch of psychisch, hoe meer afdrukken er gelaten worden in het weefsel. . . "*

'Tissue release' en het fenomenologisch kader van de therapeuten:

"Die afvalstoffen binden zich en die groeperen dan in knopen als het ware. . . eigenlijk gewoonweg een massa, een massa in het weefsel en die voert dan druk uit want die zit beklemd door de omliggende structuren. Die druk manifesteert zich dan op de bezenuwing, nociceptoren hele kleine gevoelszenuwen die verdrukt worden en dan ontstaat er pijn." Dit citaat van één therapeut toont aan hoe moeilijk het blijkt weefselspanning als fenomeen te beschrijven. De manifestatie van de spanning wordt omschreven als verklevingen in het

bindweefsel, triggerpoints, tenderpoints, myogelose, strengen en knopen,... Deze probeert men dan te beïnvloeden op verschillende manieren. Manueel therapeuten gebruiken een vrij intense contactname met het weefsel om een adequate prikkel te kunnen geven. Dit doet men bijvoorbeeld via dwarse rek, glijden, druk uitoefenen,... Fasciatherapeuten hanteren daarentegen een zachtere manier. Zij maken gebruik van een zekere traagheid in hun behandeling. Zij spelen in op de beweging van het weefsel die ze waarnemen.

Waarnemen en onder woorden brengen wat ze voelen bleek niet evident te zijn. Men geeft aan dat het weefsel meer aanspreekbaar wordt, dat je meer grip krijgt op het weefsel. Ze voelen meer vitaliteit, veerkrachtigheid in het weefsel komen waardoor het weer elastisch en soepeler aanvoelt en bewegingen groter worden. Fasciatherapeuten omschreven dit als volgt: *“ Dan krijg je terug een verzachting van het weefsel, een zachtheid die een soort veerkracht in zich houdt, dat wordt meer elastiek, meer rekbaar. Je krijgt een gevoel van ruimte, een gevoel dat het allemaal open gaat.”*

‘Tissue release’ en lichaamsgerichte psychotherapie:

De invloed van emoties op weefsel, psychosomatiek, mag men niet onderschatten. Emotionele reacties treden vaak op wanneer men doorheen de fysieke spanning gaat. Patiënten ervaren bepaalde emoties, gevoelens waar ze zich niet bewust van zijn. Vaak is het opgekropte woede of verdriet wat maakt dat er een lichamelijke letsel zich installeert. In de kern van de spier ligt een rechtstreekse link met het limbische of prefrontale systeem. Eén therapeut verwoordde dit op volgende manier: *“. . . een shift van bewustzijnsniveau. Je moet dus eigenlijk iets wat onderhuids borrelt ergens omhoog laten komen, om de druk van de ketel te laten. Er is te veel druk vanuit het limbisch apparaat.”* Spierspanning kan dus een vorm van pantsering zijn ter onderdrukking van wat er zich onderbewust afspeelt. Zo ga je via therapie niet enkel op weefselniveau behandelen, maar ook op onbewust niveau. Dit werd omschreven door één participant als volgt: *“. . . de persoon de gelegenheid bieden om dat onderliggende dat zich in de spieren heeft genesteld, door de behandeling van de spieren, wat naar boven te laten komen. Dat is heel belangrijk want in dat geval is de spierspanning vaak een soort pantsering ter onderdrukking van wat er zich onderbewust afspeelt.”*

Discussie

Vanuit de literatuur spreekt men over meerdere verklaringmodellen omtrent 'tissue release' als klinisch concept. Ook deze verscheidenheid blijkt uit de huidige studie. Alle kinesitherapeuten, gespecialiseerd in manuele - of fasciatherapie, benadrukken het belang van het concept 'tissue release' in de klinische praktijk. Er wordt een enorme waarde gehecht aan het desbetreffende concept. Ongeacht de opleiding ervaart men een 'release sensation', maar een concrete verklaring hiervoor ontbreekt.

Belangrijkste bevindingen:

Zowel manueel therapeuten als fasciatherapeuten streven naar 'tissue release' in hun behandeling. Hierbij benadrukt men wel dat dit zeker niet het enige en ook niet het primaire doel vormt binnen hun behandelconcept. Het doel van deze studie is na te gaan hoe zij dit fenomeen beleven, ervaren alsook verklaren. Hieruit kan duidelijk geconcludeerd worden dat kinesitherapeuten, gespecialiseerd in manuele therapie, een andere mening hebben dan fasciatherapeuten, gespecialiseerd in fasciatherapie. Vanuit manuele therapie hanteert men voornamelijk een biomechanische visie. Zij richten zich voornamelijk op lichamelijke aspecten. Datgene wat men als therapeut mechanisch ervaart en vanuit een bepaald mechanisme kan verklaren. Fasciatherapeuten daarentegen hanteren eerder een holistische visie. Zij richten zich veeleer op innerlijke bewegingen van weefsels alsook de invloed van de psyché op weefselconsistentie. Deze verscheidenheid in visie kan mogelijks verklaard worden aan de hand van het concept 'preparatory set' (Payne & Crane – Godreau ,2015). Men beschrijft het als een uniform, subcorticale organisatie van het organisme, wat zich klaar houdt om te reageren op omgevingsgebeurtenissen (Payne & Crane – Godreau ,2015). Het is een geïntegreerd systeem dat bestaat uit vijf elementen, dewelke elkaar continu beïnvloeden ('affect' , 'autonomic & visceral readiness' , attention & arousal', 'expectation & impliciet memory' , 'posture & muscle tone', zie figuur 3, bijlage 3). Deze vijf elementen zijn mogelijke handvaten die leiden tot hetzelfde doel, namelijk het verlichten van spanning. Manueel therapeuten maken eerder gebruik van het 'autonome zenuwstelsel' en 'houding en spiertonus' als insteek. Dit blijkt uit het voorbeeld : *"Als je weefsel-spierspanning daalt is dat een aangename warmte en ontspanning."* Fasciatherapeuten werken meer via de emotionele aspecten van het motorische systeem en de gewaarwordingen van het lichaam

bij patiënten. Hiermee wordt bedoeld dat zij meer inspelen op interoceptie¹, proprioceptie en lichaamservaring. Enkele voorbeelden ter illustratie: *“is er een onderliggende ook wel mentale spanning feitelijk die zich kan veruitwendigen in spierspanning”* en *“Je moet de persoon de gelegenheid bieden om dat onderliggende dat zich in de spieren heeft genesteld als het ware, door die behandeling van de spieren, naar boven te laten komen. In dat geval is die spierspanning vaak een soort pantsering ter onderdrukking van wat er onderbewust speelt.”* Elke specialisatie heeft dus zijn eigen visie, stelt specifieke doelen op, hanteert andere technieken en bekijkt een persoon vanuit een andere invalshoek. Maar aangezien de ‘preparatory set’ een geïntegreerd systeem is, zal een interventie op eender welk element een invloed hebben op het gehele systeem (Payne & Crane – Godreau ,2015).

Sterktes en beperkingen:

De wijze waarop een diepte-interview wordt afgenomen, kan een risico op bias vormen. De mate van vertrouwdheid met het afnemen van zulke interviews bepaalt enigszins de rijkdom van de verworven data. Naarmate meer diepte-interviews plaatsvonden, was er enige vordering merkbaar op vlak van vraagstelling. Ervaring en vertrouwdheid met dit type interview biedt de mogelijkheid om zeer concrete vragen te stellen van meer diepgaande aard. Acht diepte-interviews zijn echter onvoldoende om bedreven te zijn in de afname hiervan. Een andere mogelijke bias waarmee rekening dient gehouden te worden, is dat de diepte-interviews telkens door dezelfde onderzoeker werden afgenomen. Doordat eenzelfde persoon telkens de meerderheid van de vragen stelde en zich bewust is van wat er vermeld werd tijdens voorgaande interviews, heeft dit enigszins geleid tot het stellen van suggestieve vragen. Informatie uit een voorgaand interview kan zich als het ware vermengen in de vraagstelling van het huidige interview. Een ruimere spreiding tussen afname van interviews kan mogelijks deze bias beperken. Ook kan de beperkte ervaring en kennis van de onderzoekers in deze specialisaties, een mogelijke bias vormen.

Alle acht therapeuten hebben ervaren dat het verwoorden van wat men precies voelt, namelijk de ‘release sensation’, niet eenvoudig is. Vaak werd het voorstel gedaan om het als onderzoeker ‘aan den lijve’ te ervaren. Dit maakt wel dat het moeilijk is om de objectiviteit te bewaren.

Implicaties voor het klinisch werkveld:

Ongeacht de vervolgopleiding gelooft men in 'tissue release' als behandelconcept, aangezien men in de klinische praktijk opmerkt dat dit zowel op fysisch als psychisch niveau een positieve uitwerking heeft. Echter ontbreekt er wel een theoretisch kader om deze interventies te kunnen verklaren.

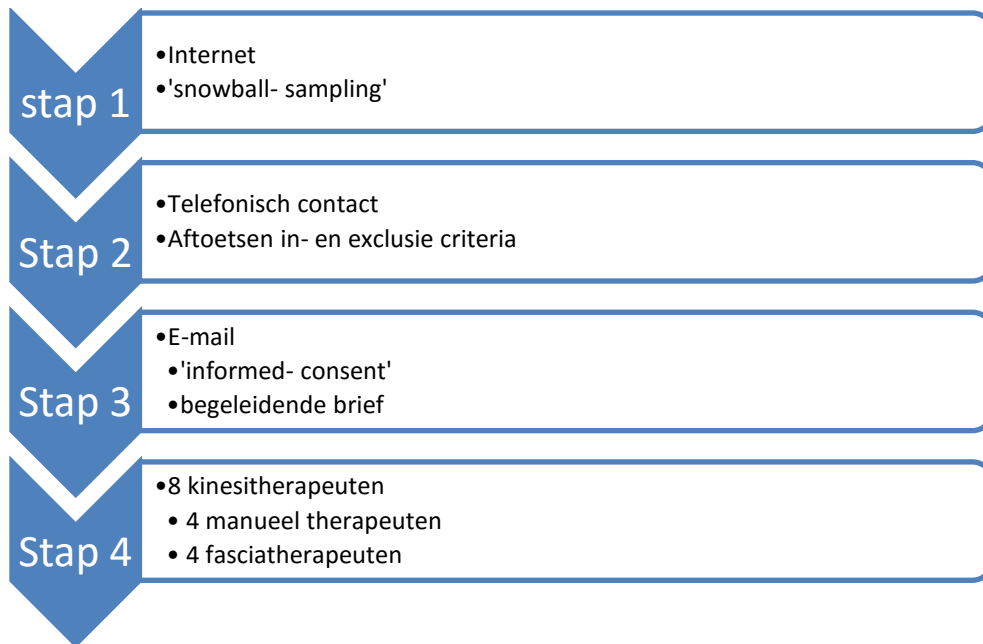
Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek:

Meer wetenschappelijk onderzoek is noodzakelijk om het belang van 'tissue release' voor de patiënt aan te tonen alsook te verklaren en op welke manier dit in het behandelconcept van (para)medici kan geïntegreerd worden.

Referentielijst

- Baarda.B., Bakker E., Julsing M., Fischer T., Peters V., van der Velden T. (2013) *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Wolters-Noordhoff.
- Basmajian, J.V., De Luca, C. (1985). *Muscles alive – their functions revealed by Electromyography*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Benjamin, M. (2009). The fascia of the limbs and back: a review. *Journal of Anatomy*,214,1-18.
- Findley, T.W. (2012). Fascia science and clinical applications: a clinician/researcher's perspectives. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*,16,64-66.
- Fuller, R.B. (1961). Tensegrity. *Portfolio Art News Ann.*,4, 112-127.
- Halligan, P.W., Oakley, D.A. (2000). Greatest myth of all. *New Scientist*,168, 35-39.
- Howitt, D. (2012). *Introduction to Qualitative Methods in Psychology*. Pearson Education.
- Schleip, R., (2003a). Fascial plasticity – a new neurobiological explanation: Part 1. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*,7, 11-19.
- Schleip, R., (2003b). Fascial plasticity – a new neurobiological explanation: Part 2. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*,7, 104-116.
- Still, A.T. (1899). *Philosophy of Osteopathy*. Kirksville: Published by Still Andrew Taylor.
- Tsao, H., Galea, M.P., Hodges, P.W. (2008). Reorganisation of the motor cortex is associated with postural control deficits in recurrent low back pain. *Brain*, 131, 2161-2171.
- International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE (2015). Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, Chapter 4, manuscript Preparation and Submission, pp 12-17.
- Schleip, R., Jäger, H., Klingler, W. (2012). What is 'fascia'? A review of different nomenclatures. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, 16, 496-502.
- Payne, P., Crane-Godreau, M.A. (2015). The preparatory set: a novel approach to understanding stress, trauma, and bodymind therapies. *Front.Hum.Neurosci*,9,176.

Bijlage 1



Figuur 1: Rekrutering participanten

Bijlage 2:



Figuur 2: Codering volgens IPA

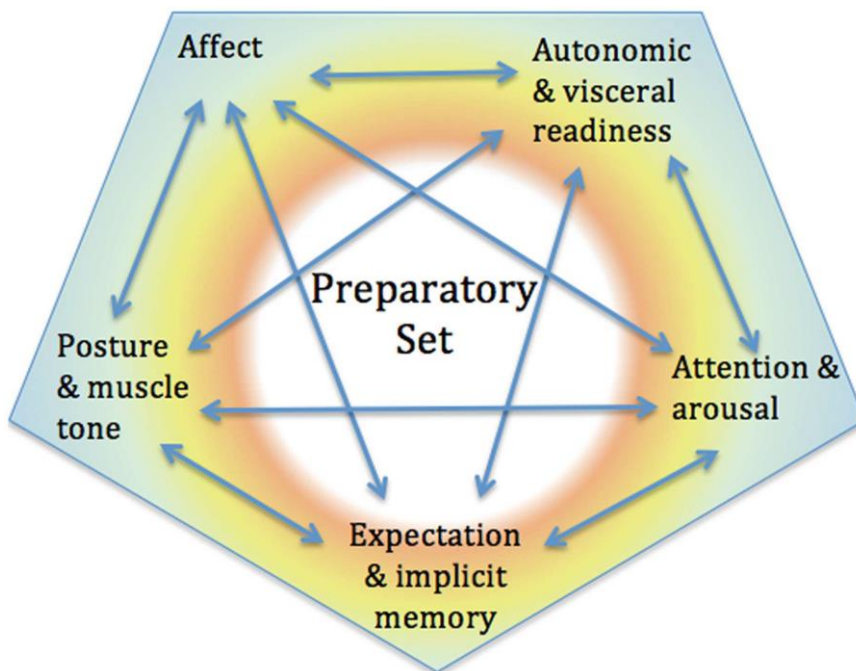
Tabel 1: Codering data

Thema's	Sub-thema's	Axiale codering
<p>Thema 1: 'Tissue release' en de invloed van het autonome zenuwstelsel</p>	<p>Dalen van de spiertonus (hypertonie) / toenemen van de spiertonus (hypotonie) = tonusnormalisatie</p>	2.Het is eigenlijk een normalisatie vd spanning, het hoeft niet altijd een ontspanning te zijn, het is gaan naar een normale spanning voor die P op dat moment. Het spierweefsel verandert van toniciteit.
		6.verandering van spierspanning en dat voel je echt onder je handen.
		10.Het is echt wel normalisatie en niet enkel ontspanning,ik weet dat hier vaak de nadruk op wordt gelegd, op de 'release' maar bij sommige spieren moet je de toniciteit ook gewoon verhogen. Sommige P hebben zo weinig spanning in hun lichaam zitten, ze voelen wel gespannen aan, maar er zit heel weinig gezonde spanning in. Spanning is niet noodzakelijk iets negatief, nu wordt dat zo aanzien, maar spanning heb je nodig anders kan je niets. Je spanning moet genormaliseerd zijn.
		11. ...de spier gaat dan ook naar de juiste toniciteit....
		37.Weefsel dat volledig slap is bestaat eigenlijk niet. Het is eerder een normalisering waardoor je lichaam weer meer als een geheel kan functioneren, dat het eigenlijk zijn taak in het geheel opneemt.
		43. ...en loslating van spanning.
		51. ...Dat zijn 3 lagen tonus dus die worden beschreven: allereerst die vitale tonus die je overerft hebt affectief-emotionele tonus (gespannen, spanning, gemakkelijk, moeilijk – emotionele stress of niet) , en dan daarna nog de functionele tonus van de handeling van het moment. Het opgericht zijn, in evenwicht zijn en wat ik ga doen. Het systeem wordt beschreven in 3 lagen, maar het werkt allemaal op elkaar in. Dat maakt een complex geheel.
		55. ...Dus het is de kwestie om de hypertone zones te gaan verlagen , maar ook de eerder hypotone zones te gaan stimuleren, opkrikken zodat je een mooi geheel krijgt. Hendrickx spreekt van een tonusregulatie
		59. De tonusdaling is maar een onderdeel van weefsel loslating, je hebt verschillende soorten weefsels in lichaam en de tonus is één van die weefsels, tonus loslating is dus een onderdeel.
		61. ...krijg je een dilatatie van de bloedvaten waardoor er warmte optreed en de spiertonus zal dalen,...
		64. ...het is een belangrijk doel, een belangrijk onderdeel, wanneer je dat niet beoogd, weefselspanning daling, als je dat niet beoogd of bereikt dan begint je circuit niet. Dat is eigenlijk het tool waardoor je het circuit ingang zet,...
		65. ... als je een weefsel-spierspanning daalt dat is een aangename warmte en ontspanning...
		72. Release is voor mij ook van boven naar beneden dus van te hoog naar normaliseren.
		73. ... optimaliseren van tonus of van het weefsel....
		74.... traagheid om tot ontspanning te komen... hypotone mensen is het net het omgekeerde, die moet je verrassen. Je gaat dus tonus moeten opbouwen...
	84.... trigger points en daar ga je dan naar zoeken of daar veel spanning zit....	
	95. ... Welke structuren zijn dan te verkrampt en hebben dan door die verkramptheid vaak ook allerlei verklevingen gekregen dus knooppjes, de textuur, weerstanden, myogelose, triggerpoints, tenderpoints....	
	97. die veralgemeende spierspanning die moet dalen, die is te hoog, dat put uit en dat zorgt voor opstapeling van afvalstoffen in de spier. Die spier is dan te krampachtig aan het werken ... Dus het eerste voor mij is het normaliseren van spierspanning die te hoog is.	
	110. ... dat is voor mij nog altijd het eerste niveau, het normaliseren van de hypertonie...	
	114. ...'the war of the muscles' de spieren voeren een gevecht, een innerlijk gevecht....	
	3.Heel vaak komt dan die microcirculatie dan ook op gang.	
	9. ... je hebt de doorbloeding die op gang komt,...	
	14. ... Het kan zijn dat de klachten eerst gaan verhogen omdat de afvalstoffen vrijkomen. Je maakt iets los, wat al langer vastzit, er komen afvalstoffen vrij en dat kan pijn geven.	
	18.P krijgen ook een betere kleur, dat voel je echt.	
	23.Het kan vanalles zijn, kan ook zijn dat ik voel dat er warmte opkomt.	

	Microcirculatie van het weefsel (afvalstoffen, roodheid,...)	<p>30. ... Ik werk dan ook op de doorbloeding, die microcirculatie, dat het bot mee begint te pulseren, het wordt warmer, begint mee te pulseren zo precies.</p> <p>43. Waarbij je vaak ook een temperatuur-reactie krijgt, verhoogde stofwisseling</p> <p>52. ... dat heel die stofwisseling verandert, vertraagt als ze te hoog is. Als je te laag zit moeten ze verhoogd worden natuurlijk,...</p> <p>54. ... dat heel de stofwisseling daarbij verandert....</p> <p>58. ... dat er in een keer pulsaties optreden...</p> <p>61. ... krijg je een dilatatie van de bloedvaten waardoor er warmte optreed...</p> <p>79. ... Je gaat misschien die doorbloeding wat gaan verbeteren waardoor de warmte zich misschien wat vrijzet....</p> <p>81. Dan eventueel met warmte er nog eens bij dus die lokale doorbloeding wordt verbeterd, uw afvalstoffen dus bij een contractuur is ook uw melkzuur ... je gaat door die doorbloeding ook uw melkzuur laten afvoeren</p> <p>85. Wat we ook bij veel mensen zien is dat de huid heel rood wordt, dat de huid goed doorbloed wordt, dat is meestal een goed teken.</p> <p>106. Wat je dus heel goed ziet als je bijvoorbeeld op een hypertone structuur werkt is dat er uitwendig een uitgesproken roodheid kan ontstaan. Roodheid is vaak een heel duidelijk teken van hypertonie. Juist daar, juist bij die spier waar het heel fel rood wordt, algemeen of lokaal, daar zit iets onderhuids. Het bloed kan er als het ware niet goed door, in de spierbuik, omdat daar teveel spanningen en teveel afvalstoffen zitten. Dus zoekt het bloed zich een andere weg. Het is zo als je op een bepaalde plaats werkt dan krijg je een vasodilatatie.</p>
	Ortho- en parasympatische reacties	<p>48. Je probeert altijd een parasympatische toestand te krijgen om op die manier hun gewaarwording, hun gevoelens aan te spreken. Want via hun gevoel worden ze ook gewaar wat we aan het doen zijn.</p> <p>52. Ja ik denk dat je meer in een parasympatische toestand komt dat heel die stofwisseling verandert, vertraagt als ze te hoog is.</p> <p>57. Laat ons zeggen dat wanneer je iemand in parasympaticus brengt, als je iemand tot rust brengt, dat is ook een ervaring, dat lichaam ervaart dat, de persoon ervaart hoe dat voelt, is ook vaak lang geleden voor die mensen en als ik dan vraag hoe lang het geleden is dat ze hun nog gevoeld hebben zoals nu, gaat dat terug tot hun kindertijd, het lichaam heeft die parasympatische ervaring niet meer beleefd.</p> <p>62. Het gevolg daarvan is, dat als de persoon dit ook gewaar wordt, gaat er zich een rust algemeen in het lichaam installeren. Dat kan emotioneel een aanvulling zijn of een openbaring voor de patiënt, dat het wel goed aanvoelt.</p> <p>65.... een aangename warmte en ontspanning, begint je patiënt te zweten dan is het eerder een signaal van 'ik ben niet goed bezig eh'....</p> <p>71. Maar dan komt er soms ook zo'n onevenwicht het gene wat zorgt voor uw actie dat gaat echt in overdrive en het gene wat zorgt voor de rust en recuperatie wordt zo een beetje verdrongen. En daardoor kan uw klacht zich installeren.</p> <p>108. ... ook vagale reacties in teken van het verstoord zijn van het autonome systeem dat vaak in 'vecht vlucht' zich bevindt als het ware is het ontstaan van kippenvl.... al je dat ziet dan weet je van ja het autonome zenuwstelsel is overstuurd en dat zou tot rust gebracht mogen worden.</p>
Thema 2: 'Tissue release' en tensegrity	Evenwicht moet aanwezig zijn binnen alle structuren	<p>26. ... normaal is de toestand binnen in een cel min of meer vloeibaar en die wordt naargelang een bepaalde spanning wordt die hard...</p> <p>29. Eigenlijk is het de bedoeling om die cel terug meer naar vloeibaar te brengen, om die elasticiteit er terug in te krijgen. Eigenlijk meer de homeostase weer in balans brengen</p> <p>32. Als een cel vloeibaar is dan is het OK want dan is deze aanpasbaar. Het probleem is wanneer er een spanning zit en het weefsel is niet meer aanpasbaar aan wat er gevraagd wordt. En dan zou het goed zijn moest er iets veranderen.</p> <p>47. ... een verstoorde balans als resultaat van de spanning...</p> <p>70. Je hebt altijd al die aspecten aanwezig, neurofysiologisch, neuro-endocrien, neurovegetatief, dat zijn allemaal feitelijk dynamische systemen die constant ook een evenwicht zoeken en die allemaal tezamen dan opnieuw een evenwicht zoeken. Dus je kan nooit alleen op het een werken of alleen op het ander, het is altijd een samenwerking van systemen. Het zijn altijd dynamische systemen die altijd aanwezig zijn in uw lichaam. Wanneer je iets doet heeft dat een invloed op het een of op het ander en dat evenwicht moet daar behouden blijven en daar maar samen moeten die ook in evenwicht blijven en dat is wat we beogen feitelijk.</p>

	Weefsel en zijn geheugen	<p>33. ..., 'resonantie van een shock' noemen ze dat. Je doet iets met het weefsel en afhankelijk van de impact, hetzij fysisch of psychisch, hoe meer afdrücken er gelaten worden in het weefsel....</p> <p>41. ... elk weefsel een geheugen heeft, elke cel heeft een geheugen. Dat je soms ergens op werkt dat er een gevoel, iets van vroeger wat geweest is, terug naar boven komt. En dat ze dat dan ineens zien of herbeleven....</p>
Thema 3: 'Tissue release' en het fenomenologisch kader v/d therapeuten	Manifestatie van de spanning	<p>86. ... verklevingen in het bindweefsel...</p> <p>105... Die afvalstoffen die binden zich en die vormen dan en die groeperen zich in knopen als het ware myogelose, triggerpoints tenderpoints eigenlijk gewoonweg een massa, een massa in het weefsel en die massa die voert een druk uit want die zit daar beklemmend door de omliggende structuren en die druk die manifesteert zich op de bezenuwing die overal zit, nociceptoren hele kleine fijne gevoelszenuwen worden verdrukt door die myogelose en daardoor ontstaat er pijn natuurlijk.</p> <p>109... musculaire pantser dat te verkramp is...</p> <p>111... vind je vaak ook strengen en knopen en anomalieën qua textuur...</p> <p>33... En dat kan gaan van gewoon de huid die wat verstrakt zit of dat kan ook gaan tot de doorbloeding die verstoord is. In bloedvaten zit ook fascia...</p> <p>81... een contractuur...</p> <p>89... triggerpoints...</p>
	Beweging / aanvoelen van het weefsel	<p>13. ... Je merkt dat aan de beweging, heel vaak wordt die minder groot. Een huidbeweging is heel groot, want er zit heel veel rek op de huid. Hoe meer weefsel je meekrijgt hoe voller je beweging wordt en hoe minder groot deze wordt. Je hebt meer massa, het is heel fysiek, je beweging wordt kleiner, je hand zit voller, je hebt meer mee.</p> <p>16. Je weefsel wordt ook anders, wordt aanspreekbaarder, je voelt dat je meer grip krijgt uit het weefsel.</p> <p>17. Dan kan je de vitaliteit terug voelen, het leeft terug</p> <p>19. ... zijn vrijer, minder star of veerkrachtiger.</p> <p>22. Voor mij voelt dat dat het weefsel meer begint mee te geven. Dat bv de elasticiteit, dat het meer elastisch wordt. Ik moet er minder aan duwen en trekken, het begint meer mee te geven, het wordt soepeler.</p> <p>24. Het kan ook zijn dat de beweging meer gecoördineerd verloopt. Meer een globale beweging wordt, kan ook zijn dat ik voel dat de beweging een andere kant op wil.</p> <p>45. ... en zelfs ahw terugveert als ik het contact loslaat, zoals een spons eigenlijk. Ook die lagen er rond hebben diezelfde capaciteit – absorptie en expansievermogen</p> <p>46. ... Dat betekent dat het weefsel geen enkele veerkracht heeft, is zo hard als steen...</p> <p>49. Dan krijg je terug een verzachting van weefsel, een zachtheid die een soort veerkracht in zich houdt, dat wordt meer elastiek. Het wordt rekbaarder, het wordt allemaal beter. Je krijgt ook een gevoel van ruimte, een gevoel dat het allemaal open gaat.</p> <p>53. ... het weefsel weer veerkrachtiger is, zijn vitaliteit heeft terug gevonden</p> <p>56. ... diepte vaak ook een gebrek aan veerkracht en te hard zijn van lagen....</p> <p>69. Je krijgt een release of dilatatie uit het weefsel zelf en dat is in feite die beweging in die materie, als je dat nu een interne beweging noemt of iets anders</p> <p>89. Ik voel niet bij iedereen de trigger points ontspannen onder mijn vingers, heel belangrijk is de feedback dan van de mensen. Na x aantal seconden als je voelt dat het wat aan het lossen is dan vraag je of het nog zo pijn doet. En dan weet je of het werkt of niet.</p> <p>110. ... maar ook in de loop van de therapie voel je dus vaak de spieren werkelijk ontdooien hoe langer hoe meer beginnen meegeven als het ware. Soms voel je het ook in één sessie of in een handgreep dat de spier tot een soort van verzachting komt eigenlijk dus inderdaad dan heb je uw zogenaamde 'tissue release' op dat moment en dat is voor mij nog altijd dat eerste niveau het normaliseren van de hypertonie....</p> <p>115. ... in het begin voel je de weerstand, ik kan nog niet kuisen, ik kan er nog niet in maar op een bepaald moment gaat die spier loslaten en kan je er in gaan. En dan ga je dus meer in de diepte beginnen, je gaat beïnvloeden als het ware....</p>

	De manier van contact name met het weefsel	<p>84. ... Dan moet je proberen 90 sec zachtjes te duwen en dan moet het inderdaad een release geven, bij de ene persoon voel je al na 15 sec en dan stop je ook. Bij sommigen begint het na een halve minuut meer pijn te doen, dan stoppen we er ook mee....</p> <p>98. En als die spanning er is dan zorg ik voor een goeie contactname met het weefsel in de zin van een dwarsrek bijvoorbeeld. Dus ik pak die spier dan vrij krachtig vast, er moet naar mijn aanvoelen een voldoende intensiteit zijn. Dat is dan soms het contrast met sommige fasciatherapeuten ofzo of anderen die misschien eerder zacht benaderen maar toch spreek je van dieptewerking. Werk ik ook puur fysiek vrij diep dus dat is dan meer myofasciaal. Dus ik werk myofasciaal met een vrij intense toch ja contact name met het weefsel omdat ik geloof heel erg in de adequate prikkeling....</p> <p>99. Het contact maken met het weefsel en er echt over glijden, press en vrij intens.</p> <p>101. ... de hands-on techniques</p> <p>109. ... gebruik van warme stenen, dan krijg je bijna zo de allure van iets wellness achtigs en dan zegt men ook van 'ah dat doet deugd' maar ook dan ben je eigenlijk nog steeds de persoon aan het prikkelen...</p>
Thema 4: 'Tissue release' en lichaams-gerichte psychotherapie	Emotionele reacties	<p>35. Maar soms is het een gevolg dat als er ergens iets vrij komt dat het gepaard gaat met emoties</p> <p>41. ... Dat je soms ergens op werkt dat er een gevoel, iets van vroeger wat geweest is, terug naar boven komt. En dat ze dat dan ineens zien of herbelevan. Dat kan ook op een andere manier, het kan hun enorm raken maar ze kunnen het ook heel anders beleven. Precies zo in de 1^{ste} en 3^{de} persoon, dat ze het zien gebeuren maar dat ze tegelijkertijd ook naar kijken dat het gebeurt en niet zo gelijk vroeger dat ze er alleen maar in zaten, dat ze niet vanuit een afstand konden kijken.</p> <p>66. Als die diepe axiale fascia vrij komt krijg je een emotionele ontlading. Soms moet het, moet je een weefsel laten loskomen en dan komen er wel tranen bij.</p> <p>67. Vaak is het ook opgekropte verdriet of woede wat maakt dat hun lichamelijk letsel zich installeert.</p> <p>78. Emotioneel zeker dus ik geloof heel hard in ja dat is een zwaar woord en dat is de 'psychosomatiek' dat is zeker iets dat je niet mag onderschatten. Het emotionele aspect is dus stress zoals de mensen het zeggen of de emoties dan. Dat heeft ook zeker een invloed op tissue.</p>
	Onderbewuste processen	<p>40. ...Je hersenen zorgen er dan voor dat die zone wordt uitgeschakeld, die zone wordt a.h.w. onbewust. Dat zorgt ervoor dat je kan blijven functioneren, maar die zone staat dan precies in de schaduw, het leeft niet meer ten volle mee. Waardoor je soms dan ook erboven of er beneden meer gaat belasten en zo kan je een vicieuze cirkel komen van allemaal klachten...</p> <p>92. ... Is er een onderliggende ook wel mentale spanning feitelijk die zich kan veruitwendigen in spierspanning...</p> <p>93. ... gericht luisteren naar 'zijn er links naar de relevante anderen?' voor die persoon of zijn er links naar de existentiële positie van die persoon? Hoe staat die ten opzichte van het leven tout court.</p> <p>94. ... de persoon de gelegenheid te bieden om ja dat onderliggende dat zich in de spieren heeft genesteld als het ware, door die behandeling van de spieren, wat naar boven te laten komen als het ware. Dat is heel belangrijk want in dat geval is die spierspanning vaak een soort van pantsering ter onderdrukking van wat er onderbewust speelt. Dus eigenlijk ga je op dat moment ..niet alleen op weefselniveau therapie geven maar ook op onbewust niveau. Dan ben je dus eigenlijk bezig met een lichaamsgerichte psychotherapie.</p> <p>96. ...in die kern van de spier ligt er een rechtstreekse link met het limbisch of het prefrontale systeem of aspect van het brein waar dus dat onderbewustzijn heel fel zit en emotie en dergelijke. Dus je praat eigenlijk via die gespannen structuur dan die aangeeft van 'het zit hier niet goed bij mij' dan praat je eigenlijk met uw onderbewustzijn, met uw limbisch apparaat...</p> <p>103. ... een shift van bewustzijnsniveau. Heel belangrijk om in contact te komen met uw onderbewustzijn want daar ging het over feitelijk. Je moet dus eigenlijk iets wat onderhuids borrelt ergens omhoog kunnen laten komen omdat de druk als het ware van de ketel te laten komen. Er is teveel druk vanuit het limbisch apparaat, er wil iets uit.</p> <p>104. Want het punt is als je enkel op weefselniveau werkt maar ook de manier waarbij er nog teveel plaats is voor de cognitie, voor het denken en zoverder dan heb je onvoldoende effect op termijn want dan gaat dat onderbewustzijn alsnog na de kinésessies opnieuw de aandacht vragen...</p> <p>102. ...gelijkaardig effect 'distraction', een ontkoppelen eigenlijk van gedachten en emoties om zogenaamd tot leegte te komen maar die leegte is dan eigenlijk een leeg zijn van gedachten maar een vol zijn van bewust beleven van zintuiglijke prikkels.</p>



Figuur 3: 'preparatory set' en zijn 5 elementen (Payne & Crane – Godreau, 2015).

Auteursrechtelijke overeenkomst

Ik/wij verlenen het wereldwijde auteursrecht voor de ingediende eindverhandeling:

Betekenis en ervaring van het klinisch fenomeen "tissue release" voor de kinesitherapeut.

Richting: **master in de revalidatiewetenschappen en de kinesitherapie-revalidatiewetenschappen en kinesitherapie bij musculoskeletale aandoeningen**

Jaar: **2016**

in alle mogelijke mediaformaten, - bestaande en in de toekomst te ontwikkelen - , aan de Universiteit Hasselt.

Niet tegenstaand deze toekenning van het auteursrecht aan de Universiteit Hasselt behoud ik als auteur het recht om de eindverhandeling, - in zijn geheel of gedeeltelijk -, vrij te reproduceren, (her)publiceren of distribueren zonder de toelating te moeten verkrijgen van de Universiteit Hasselt.

Ik bevestig dat de eindverhandeling mijn origineel werk is, en dat ik het recht heb om de rechten te verlenen die in deze overeenkomst worden beschreven. Ik verklaar tevens dat de eindverhandeling, naar mijn weten, het auteursrecht van anderen niet overtreedt.

Ik verklaar tevens dat ik voor het materiaal in de eindverhandeling dat beschermd wordt door het auteursrecht, de nodige toelatingen heb verkregen zodat ik deze ook aan de Universiteit Hasselt kan overdragen en dat dit duidelijk in de tekst en inhoud van de eindverhandeling werd genotificeerd.

Universiteit Hasselt zal mij als auteur(s) van de eindverhandeling identificeren en zal geen wijzigingen aanbrengen aan de eindverhandeling, uitgezonderd deze toegelaten door deze overeenkomst.

Voor akkoord,

De Bruyn, An

Tielens, Sanne