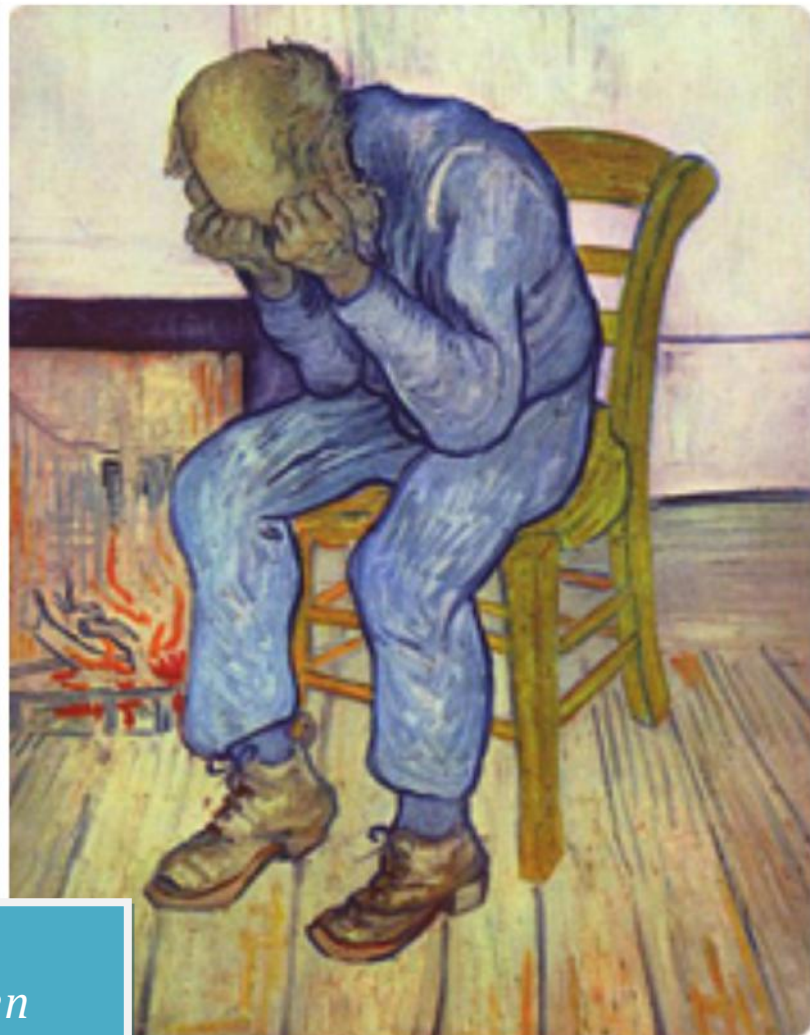




2011

Psychomotorische Therapie bij Stemningsstoornissen
“meer dan runningtherapie alleen”



*Onderzoek naar het aanbod en
legitimering van Psychomotorische
Therapie bij stemmingsstoornissen
in Nederland*

Masterthesis

Master opleiding Psychomotorische Therapie
Chr. Hogeschool Windesheim

Auteurs : Marieke van Egmond
Marion Beldman

Begeleider : Dr. R.J. Bosscher

Voorwoord	1
Samenvatting	2
1. Inleiding	3
2. Methode	4
2.1 Onderzoekspopulatie en werving	4
2.2 Onderzoeksdesign en procedure	5
2.3 Meetinstrumenten	5
2.4 Dataverwerking en statistische analyse	6
3. Resultaten	6
3.1 Enquête	6
3.2 Fysieke training	10
3.2.1 Running	14
3.2.2 Wandelen	17
3.3 Ontspanningsoefeningen	19
3.4 Sport en spel	23
3.5 Mindfulness	25
4. Discussie en Conclusie(s)	28
Literatuur	32
Bijlagen	35
Bijl. 1 Enquête	35
Bijl. 2 Uitnodiging tot invullen enquête	43
Bijl. 3 Voorbeeld uitgewerkt stappenplan literatuuronderzoek	44
Bijl. 4 Uitwerking onderzoeken	47

I N H O U D S O P G A V E

Voorwoord

In het kader van de afronding van de Master opleiding PsychoMotorische Therapie (PMT) aan de hogeschool Windesheim te Zwolle presenteren wij u na een periode van hard werken het onderzoek “psychomotorische therapie bij stemmingsstoornissen”. Het werken “met” en “voor” de doelgroep stemmingsstoornissen bracht ons tot elkaar, waarop besprekingen op Windesheim, telefonische overleggen en talloze mails volgden op weg naar het antwoord op onze vraagstelling. Het onderzoek speelt in op een actueel thema waar menig psychomotorisch therapeut mee wordt geconfronteerd, namelijk de onderbouwing en legitimering van ons aanbod, nu en in de toekomst.

Allereerst willen wij Ruud Bosscher bedanken voor het feit dat hij onze hersenspinnen wist te structureren tot een concrete opzet, en zijn deskundigheid met ons deelde in onze eerste kennismaking met onderzoek.

Daarnaast willen wij alle psychomotorisch therapeuten bedanken die hebben deelgenomen aan dit onderzoek middels het invullen van de enquête. Zonder jullie tijd en bijdrage was dit onderzoek niet tot stand gekomen.

Marieke van Egmond

Marion Beldman

December, 2011

Samenvatting

In deze masterthesis wordt een onderzoek beschreven naar het aanbod en de legitimering van Psychomotorische Therapie bij stemmingsstoornissen in Nederland. De doelgroep betreft volwassenen in de leeftijd van 18-65 jaar. Het betreft een kwantitatief onderzoek in de vorm van een enquête in de eerste fase waaraan 86 psychomotorisch therapeuten deelnamen. De tweede fase bestond uit een literatuuronderzoek.

Doel van het onderzoek was om enerzijds meer duidelijkheid te bieden over de psychomotorische behandeling van stemmingsstoornissen in Nederland en anderzijds een legitimering van het behandelaanbod. De twee fasen werden als volgt uitgewerkt: vanuit de eerste fase werd informatie ingewonnen met betrekking tot de werkwijze van de deelnemers. Na sluiting werd overgegaan tot een beschrijvende analyse van de data waarbij specifiek werd gekeken naar de behandelvormen die het meest werden aangeboden door de deelnemers. Vanuit deze behandelvormen werden door de onderzoekers vier categorieën gecreëerd die als overkoepelend kunnen worden beschouwd binnen het aanbod psychomotorische therapie bij stemmingsstoornissen. Deze categorieën werden volgens een uitgebreid zoekplan onderworpen aan literatuuronderzoek.

Vanuit de enquête werden de volgende vier categorieën bepaald: (1) fysieke training, (2) ontspanningsoefeningen, (3) sport en spel en (4) mindfulness. Onderzoek omtrent evidentie liet wisselende resultaten zien. Fysieke training, waaronder runningtherapie en wandelen, zijn veel aan onderzoek onderworpen vanwege de fysiologische factoren die de meetbaarheid vergemakkelijken naast de psychologische factoren. Echter, de kwaliteit van de studies laat te wensen over, o.a. vanwege de kostbare en tijdrovende Randomized Controlled Trials (RCT's). Ontspanningsoefeningen hebben weliswaar effect bij depressieve patiënten, maar niet even veel als psychologische behandeling. Empirisch onderzoek is nog in ruime mate nodig om het effect van ontspanningsoefeningen aan te tonen. Sport en spel blijkt een categorie te zijn waarvan geen empirische studies bekend zijn. Mindfulness is in opkomst en onderwerp van veel wetenschappelijk onderzoek. Echter, de toepassing van mindfulness vindt met name plaats middels Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) wat suggereert dat de behandeling meer tot het domein van de psychologen behoort.

Conclusie van het onderzoek is allereerst dat door deelnemende psychomotorisch therapeuten aan het onderzoek, in volgorde van meest voorkomend naar minst voorkomend de volgende behandelcategorieën worden ingezet bij patiënten met stemmingsstoornissen: (1) fysieke training, (2) ontspanningsoefeningen, (3) sport en spel en (4) mindfulness. Daarbij is opvallend dat de psychomotorisch therapeuten in de enquête nauwelijks empirische onderbouwing (kunnen) geven voor wat ze aanbieden. Echter, uit het literatuuronderzoek blijkt dat empirische onderbouwing voor deze behandelvormen, hoewel in wisselende mate, voorhanden is (evidence-based practice).

1. Inleiding

Het belang en de noodzaak van evidence-based werken wordt steeds meer zichtbaar in de praktijk van de zorgverlening. De vraag om zorgproducten te leveren die op basis van wetenschappelijk onderzoek effectief zijn bevonden wordt dringender. Binnen steeds meer zorginstellingen worden de zgn. “zorgpaden” geïntroduceerd. Een zorgpad is een instrument in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) waarbij via een -diagnostische- beslisboom keuzes gemaakt worden voor de inzet van specifieke behandelmodules (Dijkhuis, 2010). Om daarvoor in aanmerking te komen wordt doorgaans een duidelijke positie binnen de landelijke multidisciplinaire richtlijnen als voorwaarde gesteld en dat geldt dus ook voor de psychomotorische therapie (PMT). Onderzoek is in deze een vereiste.

De laatste jaren zijn resultaten van wetenschappelijk onderzoek een steeds belangrijkere rol gaan spelen bij het nemen van beslissingen over indicatiestelling en interventie. De stand van wetenschap is echter niet zo ver gevorderd dat hulpverleners in alle gevallen kunnen teruggrijpen op onderzoeksresultaten. Dit betekent dat er grijze gebieden (Naylor, 1995) bestaan waarin sprake is van onduidelijkheid over het handelen (van Hattum & Hutschemaekers, 2003). Grijze gebieden waarin praktijk en wetenschap niet aansluiten en van waaruit verscheidene vragen kunnen worden gesteld; “welke producten worden op dit moment aangeboden en hoe worden ze gelegitimeerd?”, “welke discrepanties cq overeenkomsten bestaan er tussen de praktijk en interventies die op onderzoek zijn gebaseerd?”. Deze vragen liggen ten grondslag aan dit onderzoek. Gezien de beschikbare tijd en de werksetting van beide onderzoekers is gekozen voor de doelgroep stemmingsstoornissen. Hierbij wordt een onderverdeling gehanteerd in: dysthyme stoornis, bipolaire stoornis, chronische depressie en acute depressie.

Stemmingsstoornissen (en specifiek depressie) staan om verschillende redenen in de maatschappelijke belangstelling. Dit heeft niet alleen te maken met het feit dat deze aandoeningen ongeveer één op de vijf mensen gedurende het leven zal treffen, maar ook met recente voorspellingen dat de totale ziektelast een verontrustende omvang dreigt aan te nemen (Huysen, Schene, Sabbe, & Spinhoven, 2008). Omdat depressieve klachten zich ook manifesteren in de motoriek, het bewegingsgedrag en in de beleving van de lichamelijkeheid lijkt hierin een duidelijke plaats weggelegd te zijn voor PMT. Probst, Knapen en Pieters (in Huysen et al., 2008) beschrijven in deze dat PMT binnen een therapeutische relatie de lichamelijkeheid en het bewegen als aangrijpingspunt neemt met het oog op het bevorderen, stimuleren en beïnvloeden van fysieke, cognitieve, affectieve en sociale dimensies van het persoonlijk welzijn. De vraag is echter hoe duidelijk de plaats van PMT is in de behandeling van deze stoornissen. De afgelopen jaren zijn er verschillende documenten verschenen die op wetenschappelijke gronden aangeven wat een bepaalde professional ten aanzien van een globale klinische vraagstelling zou moeten doen (Huysen et al., 2008). Maar in hoeverre wordt hier in de praktijk naar gehandeld? Stammes en Spijker (2009) schrijven over fysieke training bij depressie: “In de multidisciplinaire richtlijn Depressie 2005 noemt men fysieke training (waaronder runningtherapie) een effectieve methode voor de behandeling van depressieve klachten. Er wordt echter weinig vermeld over de wijze van toepassen en deze interventie lijkt haar weg naar de praktijk nog niet gevonden te hebben” (p.821). Het wordt niet duidelijk waar deze auteurs hun stelling op baseren en het is ook de vraag of het klopt.

Maar evenzeer is het de vraag welke andere vormen van behandeling binnen de PMT worden gehanteerd bij de doelgroep stemmingsstoornissen. In dit onderzoek wordt in de eerste fase nagegaan wat het praktijk aanbod PMT is en welke onderbouwing psychomotorisch therapeuten geven voor dit aanbod. Van belang is daarbij ook na te gaan of voor het genoemde aanbod onderzoek aanwezig is dat het aanbod kan legitimeren. In de tweede fase zal daarom een literatuurstudie uitgevoerd worden naar de vier meest genoemde behandelcategorieën. In de literatuurstudie wordt gezocht naar de empirische onderbouwing voor deze behandelcategorieën (evidence-based practice). Met dit onderzoek wordt getracht onderzoek en praktijk van de psychomotorische therapie bij stemmingsstoornissen dichterbij elkaar te brengen.

Doel van dit onderzoek is enerzijds meer duidelijkheid te bieden over de psychomotorische behandeling van stemmingstoornissen en anderzijds een legitimering van het behandelaanbod. Deze verduidelijking kan op termijn tot meer overeenstemming en afstemming leiden en daarmee tot een verbetering van de positie van de PMT in de behandeling van stemmingstoornissen. Te denken valt daarbij aan het benutten van deze verduidelijking in opleiding, na- en bijscholing. Daarnaast kan gedacht worden aan de verspreiding ervan in de vakliteratuur en wellicht in de toekomst in het opzetten van een werkgroep stemmingstoornissen van de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT).

De ontwikkeling van stoornisgerichte PMT-modules vraagt om consensus tussen psychomotorisch therapeuten over de plaats van de PMT binnen stoornisgerichte behandeling en om afstemming over de inhoud. Daarnaast kunnen ook aanbevelingen worden gedaan voor wetenschappelijk onderzoek naar PMT behandelvormen die vanuit de praktijk effectief (practice-based evidence) zijn gebleken. Het expliciteren van de collectieve ervaringen van vaktherapeuten is een essentiële stap op weg naar effectonderzoek (van Hattum, & Hutschemaekers, 2003).

De vraagstelling van het onderzoek wordt als volgt geformuleerd:

“Wat is het aanbod PMT bij stemmingstoornissen in Nederland en in hoeverre is het aanbod te legitimeren op basis van empirische gegevens?”

2. Methode

2.1 Onderzoekspopulatie en werving

Fase 1 van het onderzoek naar het behandelaanbod PMT bij stemmingstoornissen heeft plaatsgevonden onder psychomotorisch therapeuten in Nederland. Tot de onderzoekspopulatie behoorden alle psychomotorisch therapeuten in Nederland die geheel of gedeeltelijk werken met cliënten met stemmingstoornissen. Hierbij werd de aandacht vooral gericht op psychomotorisch therapeuten die werkzaam zijn in GGZ instellingen, Universitaire Medische Centra (UMC) en Psychiatrische Afdelingen in Algemene Ziekenhuizen (PAAZ), omdat hier de meeste cliënten met stemmingstoornissen worden behandeld. Voor het werven van de deelnemers werd gebruik gemaakt van de ledenlijst van de NVPMT, met goedkeuring van de NVPMT. Uit deze lijst werden de psychomotorisch therapeuten geselecteerd die werken in ziekenhuizen en GGZ instellingen. Daarnaast werd tweemaal (in juni en september) een oproep geplaatst in de nieuwsbrief

van de NVPMT en via de PMT Infosite met de vraag of psychomotorisch therapeuten die werken met de doelgroep stemmingsstoornissen zich per e-mail wilden aanmelden voor het onderzoek. Ook werd gebruik gemaakt van de deelnemerslijst van het Internationaal Congres “Crossing Borders” van het European Forum of Psychomotricity, dat in 2008 in Amsterdam plaatsvond. Verder werd gebruik gemaakt van contacten van de onderzoekers en begeleider. Er zijn op deze manier ruim 400 deelnemers benaderd, waarbij van ongeveer 200 deelnemers bekend was dat zij tot de juiste doelgroep behoorden.

2.2 *Onderzoeksdesign en procedure*

Fase 1: Enquête

Er heeft een kwantitatief onderzoek plaatsgevonden onder de deelnemers. Voor het onderzoek werd een enquête ontwikkeld die online ingevuld kon worden via de website www.thesistools.nl (zie bijlage 1). De deelnemers werden per e-mail benaderd met de uitnodiging deze digitale enquête in te vullen (zie bijlage 2). De enquête werd in september 2011 online gezet en 8 weken later gesloten. In totaal hebben 102 deelnemers de enquête ingevuld. Omdat de website ook bezoekers van de enquête zonder deze in te vullen meetelt als deelnemer, werden na selectie 86 ingevulde enquêtes geïnccludeerd in het onderzoek. Deelnemers die hebben aangegeven op de hoogte gehouden te willen worden van de resultaten zullen na goedkeuring van de masterthesis dit document toegestuurd krijgen met een bedankmail.

Fase 2: Literatuuronderzoek

Naar aanleiding van de uitkomsten van de enquête is in eerste instantie een overzicht gemaakt van de meest gebruikte behandelvormen bij stemmingsstoornissen, vervolgens zijn hier overkoepelende behandelcategorieën van gemaakt. De vier meest voorkomende behandelcategorieën vormden uitgangspunt voor het literatuuronderzoek. In verschillende databases, waaronder Web of Science, PsycArticles, PubMed, Cochrane Library en Google Scholar, werd gezocht naar meta-analyses, reviews, clinical controlled trials en randomized controlled trials (RCT) die na 2000 gepubliceerd zijn naar de betreffende behandelmethoden. Hiervoor werd een uitgebreid zoekplan ontworpen dat per behandelmethode werd ingezet (zie bijlage 3 voor een voorbeeld).

De literatuuroverzichten werden handmatig op grond van titel en abstract onderzocht op geschikte verwijzingen waarbij de betreffende categorie moest worden ingezet als interventie binnen de behandeling van stemmingsstoornissen. Ten slotte werd het literatuuronderzoek gezien de beschikbare tijd per categorie afgesloten met een overzicht van maximaal vijf belangrijke studies gevolgd door een conclusie.

2.3 *Meetinstrumenten*

Fase 1: Enquête

De enquête (zie bijlage 1) bevatte gesloten vragen en open vragen waarbij de gesloten vragen eindigden met een antwoordalternatief; “anders, namelijk...”. De enquête startte met algemene vragen over de deelnemer om zicht te krijgen op werkervaring, opleiding en werkplek. Daarnaast bevatte de enquête vijf secties met steeds dezelfde vragen voor vijf verschillende settings: klinische setting, meerdaagse dagbehandeling, eendaagse dagbehandeling, poliklinische setting en andere setting. Deelnemers konden de vragen voor de

sectie(s) die bij hun werksetting paste(n) invullen. De enquête sloot vervolgens af met de uitnodiging om naam en telefoonnummer te noteren om op de hoogte te worden gehouden van de resultaten, en/of om benaderd te worden binnen een nieuw samen te stellen werkgroep “depressie” bij de NVPMT en/of voor interesse in een telefonisch interview over dit onderwerp.

2.4 Dataverwerking

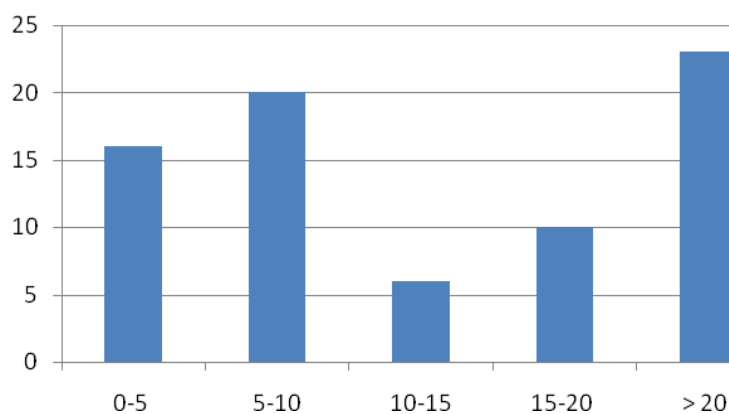
Na sluiting van de online enquête werd een beschrijvende analyse (frequenties en gemiddelden) gemaakt van de data m.b.v. SPSS versie 18.0 (de Vocht: 2010). Met Excel 2007 werden de resultaten gepresenteerd in grafieken.

3. Resultaten

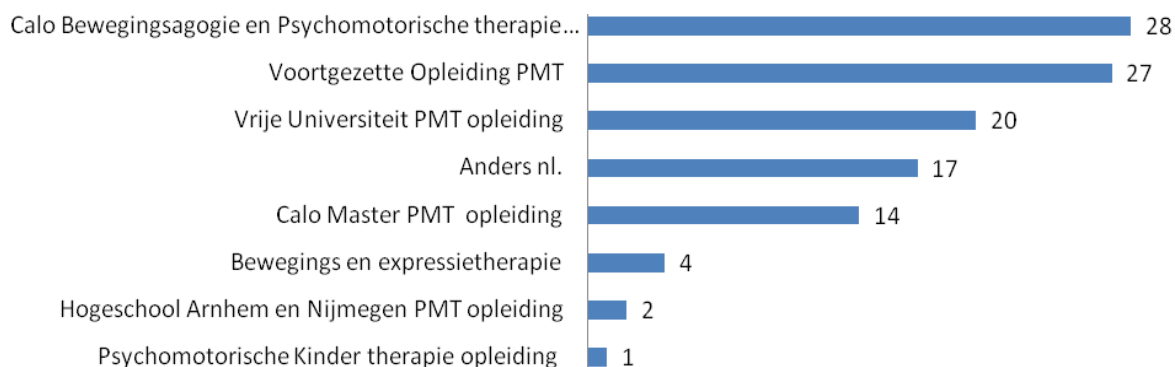
3.1 Enquête

Als we de resultaten van de enquête samenvatten, is de respons goed te noemen. Door 86 deelnemers (43%) is de enquête volledig genoeg ingevuld om een overzicht te geven van wat in Nederland door psychomotorisch therapeuten aangeboden wordt binnen de behandeling van patiënten met een stemmingsstoornis. Hoewel uiteraard onbekend is welk aanbod verzorgd wordt door niet-deelnemers, doet het relatief grote aantal deelnemers vermoeden dat de uitkomsten redelijk representatief zijn voor het totaalaanbod. Verdere informatie met betrekking tot de deelnemers die de enquête niet volledig genoeg hebben ingevuld om geïnccludeerd te worden is vanwege de anonieme enquête niet te achterhalen.

De deelnemers (N=86) hebben een gemiddelde werkervaring van 14.6 jaar, waarvan het grootste percentage tot de categorie van “5 -10 jaar” ervaring en “meer dan 20 jaar” ervaring behoren (zie figuur 1).

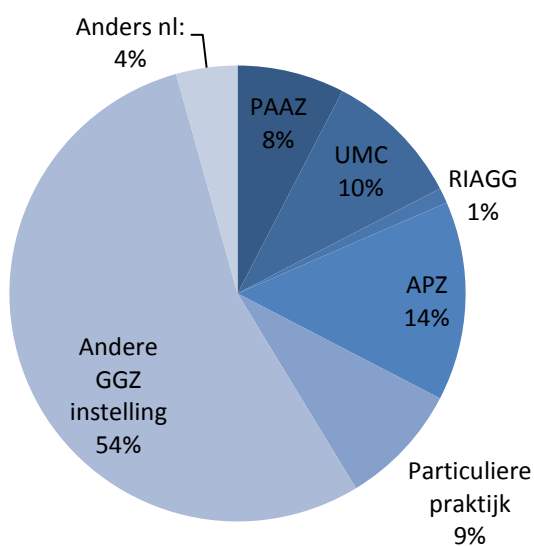


Figuur 1: Werkervaring in jaren

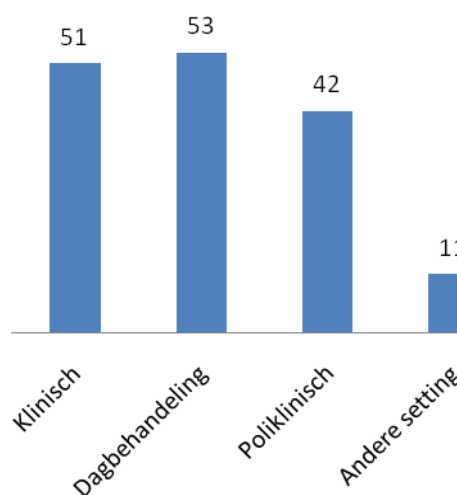


Figuur 2: Opleidingsachtergrond

De gevolgde opleiding is weergegeven in figuur 2, waarbij ook combinaties mogelijk waren. Onder “anders” wordt de opleiding integratieve bewegingstherapie (IBT) 6 keer genoemd, maar ook bijvoorbeeld de Academie Lichamelijke Opvoeding (ALO) met aanvullende cursussen. De instelling waar deelnemers werkzaam zijn wordt weergegeven in figuur 3, waarbij duidelijk wordt dat de grootste groep werkzaam is in een GGZ instelling.



Figuur 3: Instelling

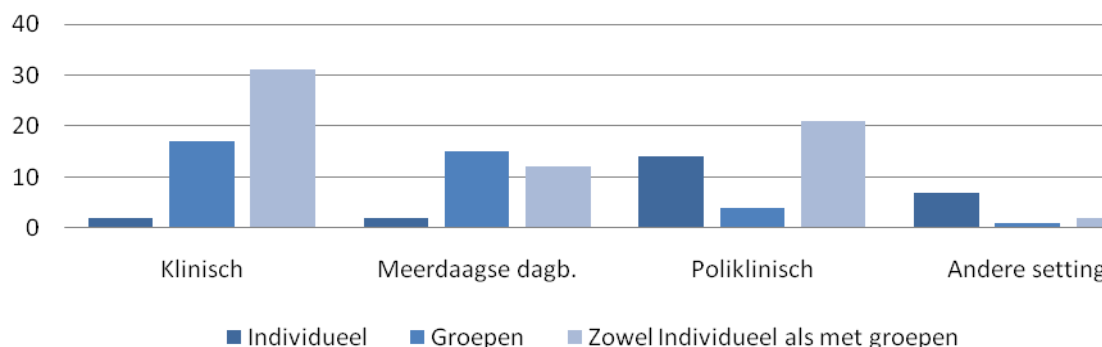


Figuur 4: Werksetting

Figuur 4 laat zien hoe de respondenten verdeeld zijn over de verschillende werksettings, ook hierbij waren combinaties mogelijk. Vanwege het geringe aantal deelnemers in de eendaagse dagbehandeling (9) is besloten deze samen te voegen met de meerdaagse dagbehandeling tot “dagbehandeling”. De meeste deelnemers werken klinisch en binnen een dagbehandeling, maar ook een grote groep werkt poliklinisch. De doelgroep waar de deelnemers mee werken bevat zowel patiënten met bipolaire stoornissen als dysthyme stoornissen, chronische depressie en acute depressie. Deze komen binnen alle settings ongeveer evenveel voor.

In de enquête is ook gevraagd of deelnemers met name individueel, met groepen, of zowel individueel als met groepen werken. Hier zijn per setting een aantal verschillen in te benoemen, zoals wordt weergegeven in figuur 5. Zichtbaar is onder meer dat er in de klinische setting nauwelijks alleen individueel wordt gewerkt. In de meerdaagse dagbehandeling wordt veelal met groepen gewerkt en in de poliklinische setting verhoudingsgewijs weer meer individueel. De groepen zijn doorgaans samengesteld uit patiënten met

verschillende ziektebeelden. De deelnemers zien hun patiënten in de meeste gevallen 1 keer per week. Binnen de dagbehandeling worden patiënten ook regelmatig 2 keer per week gezien. In de klinische setting worden patiënten over het algemeen 2 keer per week gezien en zijn er 11 deelnemers die aangeven patiënten meer dan 2 keer per week te zien.



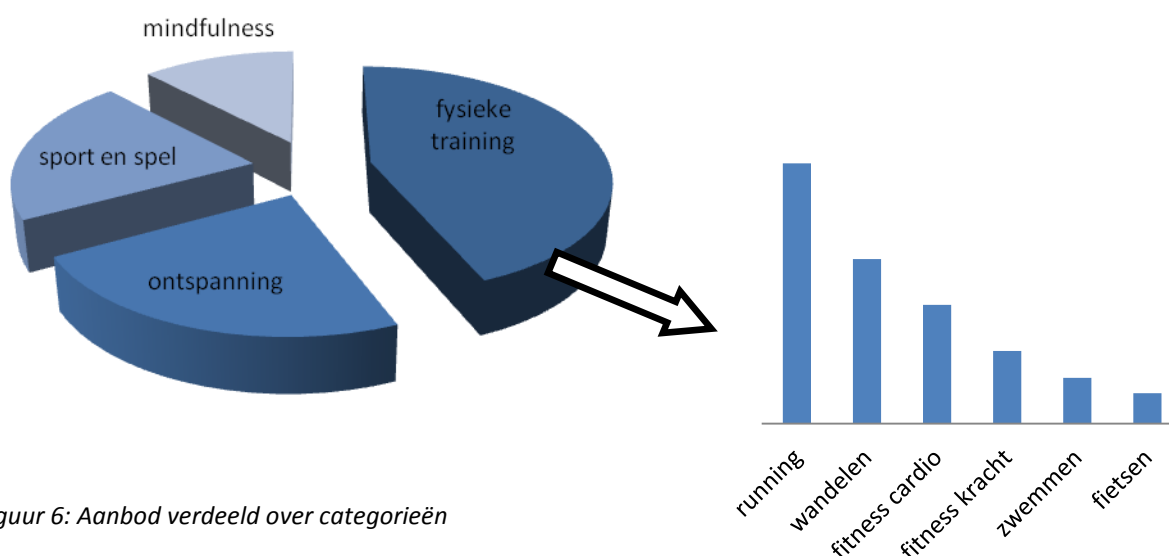
Figuur 5: Werkwijze: Individueel of met groepen

De belangrijkste vraag is wat deelnemers nu precies aanbieden aan patiënten. Tabel 1 geeft een overzicht van dit aanbod per werksetting.

Tabel 1: Aanbod verdeeld over werksetting

	Klinisch N = 51	Dagbehandeling N = 53	Poliklinisch N = 42	Andere setting N = 11
Running	22	21	22	3
Wandelen	19	14	8	2
Fitness Cardio	17	5	6	3
Fitness Kracht	13	2	2	2
Zwemmen	9	2	1	0
Fietsen	5	2	4	0
Ontspanning	38	26	24	8
Sport en spel	38	30	10	8
Mindfulness	14	18	13	5

Vanuit bovenstaande behandelvormen zijn vier behandelcategorieën samengesteld: Fysieke training, ontspanning, sport en spel en mindfulness. Onder fysieke training vallen de volgende behandelvormen: running, wandelen, fitness-cardio, fitness-kracht, zwemmen en fietsen. Running en wandelen worden zoals weergegeven in figuur 6 het meest aangeboden en zullen van daaruit binnen fysieke training worden onderzocht.



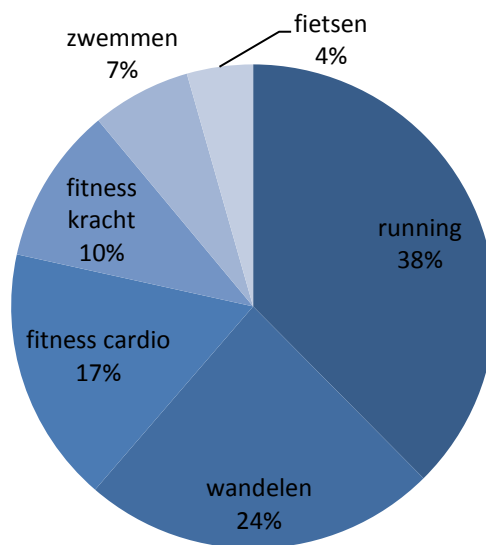
Figuur 6: Aanbod verdeeld over categorieën

Voor de relatie tussen genoten opleiding, setting en aangeboden behandelvormen is gekeken naar de vier meest genoten opleidingen: “Calo BaPMT bachelor”, “VO PMT”, “VU PMT opleiding” en/of de “Master PMT opleiding”. Met name VU opgeleide deelnemers werken in een particuliere praktijk en verhoudingsgewijs minder binnen GGz instellingen. Binnen de UMC’s zijn Master PMT opgeleide deelnemers in de meerderheid. Binnen de “dagbehandeling” werken verhoudingsgewijs minder Ba-PMT bachelor deelnemers. De deelnemers vanuit deze opleiding die hier wel werken bieden opvallend vaak fitness-kracht aan en opvallend weinig mindfulness. De deelnemers met een Master PMT achtergrond bieden veel ontspanning en wandelen aan, terwijl deelnemers die hun opleiding aan de VU gedaan hebben meer fitness-cardio aanbieden. Binnen de “klinische setting” zien we als het gaat om aanbod dat deelnemers die de VU gedaan hebben minder sport en spel, running en fitness-kracht aanbieden dan de andere deelnemers (bv. running, 25 % van de VU opgeleide deelnemers versus 63% van de deelnemers die hun opleiding op de Calo Ba-PMT bachelor gevolgd hebben).

Op de vraag “welke door de NVPMT uitgegeven modules gebruikt u?” wordt opvallend vaak als antwoord gegeven dat er geen modules gebruikt worden. De modules van de NVPMT die wel gebruikt worden zijn: Assertiviteitsmodule (Maliepaard, Fellingier), module Burn out (van Beurden, van der Meijden), Spanning/ontspanning (Biemond, de Boer) en Impulsregulatie (Kuin). Verder komen een aantal modules naar voren die niet door de NVPMT worden uitgegeven; Stressmanagementtraining (Emck), module “Expressie”, “Van minderwaardig naar minderaardig” en “Lichaam & interactie”.

De vraag ‘Welk referentiekader, inspiratiebron en/of onderzoek gebruikt u om uw aanbod te legitimeren?’ leverde beperkte informatie op. Het cliënt centered en biopsychosociaal model zijn de referentiekaders die het meeste genoemd worden. Daarnaast wordt met name aangegeven dat aspecten uit de (cognitieve) gedragstherapie, mindfulness, integratieve bewegingstherapie en schemagerichte therapie worden gebruikt. De onderzoeken van Bosscher naar runningtherapie vormen een belangrijke inspiratiebron. Daarnaast wordt regelmatig eigen ervaring als referentiekader genoemd. De richtlijn stemmingsstoornissen van het Trimbosinstituut wordt slechts twee keer genoemd. Hieruit blijkt dat er concreet nauwelijks empirische en/of theoretische legitimering wordt genoemd voor het gekozen aanbod. Er wordt wel gesproken over “literatuur” of “empirisch onderzoek”, maar dit wordt niet concreet gemaakt. Bovendien is het zo dat deze vraag door ten minste 15 deelnemers werd overgeslagen.

3.2 Fysieke Training; “Alternatief of aanvulling op medicatie in de behandeling van stemmingsstoornissen?”



Figuur 7: Enquête resultaat fysieke training

“On order for man to succeed in life, god provided him with two means, education and physical activity. Not separately, one for the soul and the other for the body but for the two together. With these two means, men can attain perfection” (Plato, geciteerd in StrÖhle, 2009).

Zoekcriteria

- In de titel van de Nederlandse artikelen moest de term stemmingsstoornis of depressie gecombineerd zijn met fysieke training.
- In de Engelse literatuur werden de volgende titelcombinaties geselecteerd: exercise, depression; exercise, depressive; exercise, depressed; exercise, antidepressant; exercise, mood.

Zoektermen:

NL: fysieke training, stemmingsstoornis/depressie; fysieke activiteit, stemmingsstoornis/depressie; sportgedrag, stemmingsstoornis/depressie

EN: exercise, mood disorder/depression

Definitie

Onder “fysieke training” -in het Engels “exercise” wordt een scala aan bewegingsactiviteiten verstaan, en van daaruit gebruikt als overkoepelende term voor zowel aerobe als anaerobe activiteiten.

Inleiding

Vanuit de enquête kunnen we stellen dat fysieke training het grootste aanbod van psychomotorisch therapeuten is. Figuur 7 laat zien hoe de verdeling is met betrekking tot de verschillende activiteiten. In de geschiedenis van de mensheid bestaat al heel lang de gedachte dat fysieke activiteit en welbevinden met elkaar te maken hebben. In de Griekse oudheid beschreven befaamde artsen als Herodictus, Hippocrates en Galenus

de gunstige preventieve en therapeutische effecten van lichamelijke activiteit. Al vele eeuwen is het duidelijk dat personen met een inactieve leefstijl meer gezondheidsproblemen hebben dan actieve mensen. Pas sinds enkele decennia heeft men dit ook wetenschappelijk kunnen onderbouwen. De gunstige effecten van een actieve leefstijl zijn multifactorieel en kunnen onder meer aan fysiologische en psychologische effecten worden toegeschreven. De laatste jaren zijn er tevens steeds meer aanwijzingen dat lichamelijke inspanning of training ook gunstige effecten kan hebben op psychische aandoeningen, zoals depressiviteit en angststoornissen (Petruzzello e.a., Lawlor & Hopker & De Araujo e.a., geciteerd in Esquivel, Hartgens, Schruers & Griez, 2008). In 2001 publiceerden Lawlor en Hopker een systematische review en meta-regressie-analyse van gerandomiseerde gecontroleerde studies naar de effectiviteit van fysieke training als een interventie bij depressie. Zij concludeerden dat de 14 studies die zij konden vinden belangrijke methodologische zwaktes lieten zien. Tevens concludeerden zij dat de effectiviteit van fysieke training in het verminderen van de symptomen van een depressie niet konden worden bepaald als gevolg van een gebrek aan goede onderzoekskwaliteit. Vraag is in hoeverre hier in de afgelopen tien jaar verandering in is opgetreden. Is de onderzoekskwaliteit de afgelopen tien jaar verbeterd waardoor de uitkomsten van onderzoek betrouwbaarder zijn geworden?

Evidentie

Sinds 2001 zijn er vijf systematische reviews en meta-analyses gepubliceerd naar het antidepressieve effect van fysieke training (Lawlor & Hopker, 2001; Sjösten & Kivelä, 2006; Stathopoulou, Powers, Berry, Smits & Otto, 2006; Mead, Morley, Campbell, Greig, McMurdo & Lawlor, 2008; Rethorst, Wipfli & Landers, 2009, geciteerd in Krogh, Nordentoft, Sterne, & Lawlor, 2011). Twee van deze concludeerden dat het onmogelijk was om vast te stellen of fysieke training een effectief antidepressivum was vanwege methodologische zwakke punten van de beschikbare studies (Krogh et al., 2011). Over de recente Cochrane systematische review (Mead et al. 2008) waarbij 23 studies die aan hun selectiecriteria voldeden werden geanalyseerd, lijken de standpunten te verschillen met betrekking tot het klinisch effect. Stammes en Spijker (2011) spreken van een gepoolde, significante effect size (0,82) welke een groot klinisch effect suggereert. Terwijl Krogh et al. (2011) spreken van een matig niet-significant effect van fysieke training toen de analyses zich beperkten tot de methodologisch robuuste studies. De inclusiecriteria in alle vijf reviews hebben hun klinische bruikbaarheid beperkt. Lawlor & Hopker (2001), Rethorst et al. (2009) en Mead et al. (2008) (Cochrane review) hadden brede inclusiecriteria, wat betekent dat een aantal van de opgenomen onderzoeken gebaseerd was op vrijwilligers die omschreven werden als depressief op basis van cutoff scores op vragenlijsten, in tegenstelling tot individuen met een klinisch gestelde diagnose depressie (Krogh et al., 2011). Vanwege deze beperkingen voerden Krogh et al. (2011) een meta-analyse uit van fysieke training bij depressie welke zich beperkte tot studies waarin depressie werd gediagnosticeerd door een zorgverlener in een klinische setting. Volgens hen was dit de enige manier om de vraag "of het voorschrijven van fysieke training in de klinische praktijk effectief is" aan te pakken. Daardoor werden slechts 3 van de 13 studies (Dunn, Trivedi, Kampert, Clark & Chambliss, 2005; Blumenthal et al., 2007; Krogh, Saltin, Glud & Nordentoft, 2009) door hen beoordeeld als van een hoge kwaliteit (goede aselecte toewijzing, geblindeerde uitkomst evaluatie en "intention-to-treat" analyse). De eerste twee studies worden in de tabel behorende bij fysieke training uitgewerkt, de derde studie wordt in het hoofdstuk ontspanning beschreven.

Hun resultaten suggereren een kortetermijneffect van fysieke training op depressie. Er is weinig bewijs voor een gunstig langetermijneffect van fysieke training bij patiënten met een klinische depressie. Er zijn aanwijzingen voor een dosis-effectrelatie: intensiever trainen heeft een beter effect, zowel bij krachttraining als bij aerob training. Veelal wordt een programma van minstens 9 tot 12 weken geadviseerd met drie keer per week minstens een half uur fysiek trainen (Craft & Perna 2004; Meyer & Brooks 2000; Otto, Church, Craft, Greer, Smits & Trivedi, 2007, geciteerd in Stammes & Spijker, 2009). Echter, er zijn ook weer aanwijzingen dat de intensiteit van de inspanning moet worden aangepast aan het individu. Trivedi et al. (2011) beschrijven in dit kader dat mannen met en zonder een familiegeschiedenis van psychische ziekten en vrouwen zonder een familiegeschiedenis meer effect lieten zien met een hogere dosis fysieke training in vergelijking met een lagere dosis. Oftewel voor vrouwen met een belastbare familiegeschiedenis kan een lagere dosis volstaan.

Tabel 2: Studies fysieke training

1 ^e auteur/ jaar van publicatie	Patiënten-populatie	Leef-tijd	N	Interventie	Controle-interventie	Resultaat	Follow-up
Blumenthal, J.A. (1999) Follow-up: Babyak, M. (2000).	Volwassen vrijwilligers met depressie volgens de DSM-IV criteria voor major depressive disorder (MDD). En een Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) score >13.	50-77	156 F-U 133	1) fysieke training: 3x p/w 16 wk lang/wandelen + hardlopen op loopband N=53 2) medicatie N=48 3) combinatie van beide N=55.	Medicatie (Sertraline)	De resultaten van deze studie bieden empirische ondersteuning voor het idee dat een groepsprogramma van aerobe training een haalbare en effectieve behandeling voor depressie bij ouderen is.	Na 10 mnd had de oefengroep een significant lagere terugval dan de medicatiegroep en de combinatiegroep. Het voortzetten van de fysieke training tijdens de follow-up leidde tot een verminderde kans op depressie aan het eind van die periode.
Dunn, A.L. (2005)	Patiënten met een milde (HRSD 12-16) tot matige (HRSD 17-25) depressie	20-45	80	Vier aerobe fysieke trainingsgroepen: met uiteenlopende low dose, 7.0 kcal/kg/week; high dose, 17,5 kcal/kg/week en 2 frequenties: 3dg/wk of 5 dg/wk; of placebo controle groep.	Rekoefeningen (3 dg/wk)	High dose aerobe training is effectief. Een lagere dosering is vergelijkbaar met placebo-effect.	Geen
Blumenthal, J.A. (2007) Follow-up: Hoffman, B.M. (2011).	MDD, Beck Depression Inventory (BDI) >12.	>40	202 F-U 172	Random toewijzing aan: 1) fysieke groepstraining onder begeleiding (wandelen /hardlopen) N=51. 2) Fysieke training in thuissituatie (gelijk aan 1) N=53 3) Antidepressiva: Sertraline N=49 4) Placebo controlegroep	Placebopil voor de duur van 16 weken N=49	Na 4 maanden behandeling bereikte 41% van de deelnemers remissie, d.w.z. niet langer voldoen aan de criteria voor MDD. Patiënten welke behandeling hadden ontvangen bleken een hogere remissie (1. 45%/ 2. 40%/ 3. 47%) te hebben dan de placebo controlegroep(31%).	De effecten van aerobe training op de remissie van depressie lijken overeen te komen met sertraline na 4 mnd van de behandeling: blijven sporten gedurende de follow-up periode lijkt de korte termijn voor-

							delen van fysieke training te vergelijken en kan het effect van antidepressiva versterken.
Harris, A.H.S. (2006)	Klinische depressie.	>18	424 <i>F-U</i> <i>1jr:</i> <i>N=</i> 395 <i>4jr:</i> <i>N=</i> 370 <i>10jr:</i> <i>N=</i> 313	Deelnemers vulden op vier tijdstippen, nm. bij aanvang, na 1, 4 en 10 jaar de "Health and Daily Living Form" (HDL; Moos et al., 1992) in, een overzicht van het sociaal, psychologisch en fysiek functioneren.	n.v.t.	Verhoogde fysieke training werd geassocieerd met gelijktijdig minder depressie op 4 evaluaties verspreid over 10 jaar. Het cross-sectionele verband tussen fysieke training en depressie kon niet worden verklaard door leeftijd, medische problemen, of de aanwezigheid van negatieve levensgebeurtenissen in de afgelopen 3 maanden. Een intensievere fysieke training bleek de gevolgen van medische aandoeningen en de negatieve gebeurtenissen in het leven op depressie tegen te gaan. <u>De inhoud van de fysieke training wordt niet genoemd, ook frequentie, duur en intensiteit ontbreken en worden beschreven als beperkingen van de studie.</u>	
Trivedi, M.H. (2011)	MDD volgens de DMS-IV die geen effect meer lieten zien op behandeling van selectieve serotonine heropname remmers (SSRI).	18-70	126	Fysieke training bestaande uit wandelen/fietsen of een combinatie van beide met een intensiteit van 16kcal/per kg/per week (KKW) of 4 KKW voor 12 weken, terwijl behandeling met SSRI's constant werd gehouden	SSRI's	Er waren significante verbeteringen voor beide gecombineerde groepen. In week 12 was er een remissie van 28,3% tegenover 15,5% voor de 16KKW en 4KKW groep.	Geen

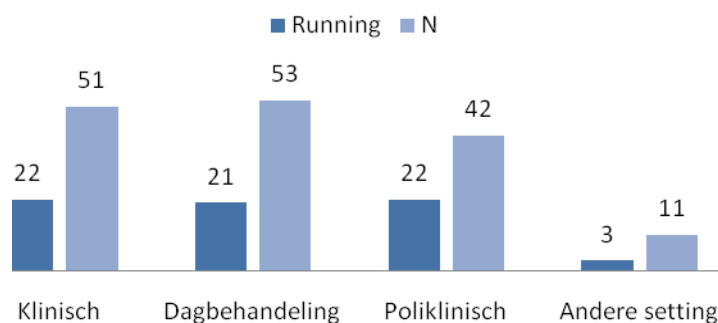
Zie bijlage 5 voor de uitwerkingen van de onderzoeken die in bovenstaande tabel zijn weergegeven.

In deze bijlage worden ook de onderzoeken die in de tabellen in volgende paragrafen staan uitgewerkt.

Conclusie

Hoewel de kwaliteit van de studies sinds 2001 verbeterd is en de meeste studies positieve resultaten laten zien, blijken slechts weinig studies van hoge kwaliteit te zijn. Deze tekortkomingen resulteren over het algemeen in een groter effect dan het in werkelijkheid betreft (Krogh et al., 2011).

3.2.1 Runningtherapie; "Paradepaardje vanuit het verleden of evidence based visitekaartje voor de toekomst?"



Figuur 8: Enquete resultaat running

Running is a melody of my life, of all my life: to sweat out anger, to concentrate on the tasks of life, to feel the pleasure and delight of loneliness and freedom, to be all of a human being.

—Fritz Schreiber, a runner for 70 of his 80 years—.

Zoekcriteria

- In de Engelse literatuur werden de volgende titelcombinaties geselecteerd: running, depression; running, depressive disorder; running, minor depression; running, clinical depression; running dysthymia,

Zoektermen:

NL: hardlopen, stemmingsstoornis/depressie; joggen, stemmingsstoornis/depressie; trimmen, stemmingsstoornis/depressie; runningtherapie; duurloop, stemmingsstoornis/depressie

EN: running, mood disorder/depression; running, depressive disorder; running, minor depression; running, clinical depression; running therapy

Definitie

“Runningtherapie is het gebruik van de rustige duurloop door een professional in de geestelijke gezondheidszorg met het oog op de realisatie van therapeutische doelen die fysiek en psychisch van aard zijn. Het toepassingsgebied kan breed zijn, maar in de praktijk wordt het met name ingezet in de behandeling van depressieve en angststoornissen” (Bosscher, 2001, p. 142-143).

Inleiding

Hoewel runningtherapie in de multidisciplinaire richtlijn voor depressie (Meeuwissen et al., 2005) staat omschreven als een aannemelijke werkzame behandelvorm voor depressieve ambulante patiënten, welke tevens aannemelijk werkt bij verschillende ernst van depressie, lijkt er nog veel discussie over de werkingsmechanismen van deze vorm van behandeling bij depressie. Desondanks lijkt runningtherapie tegenwoordig niet meer weg te denken uit het behandel aanbod bij stemmingsstoornissen, wat bevestigd wordt door de resultaten uit de enquête. Figuur 8 laat zien dat in de klinische, dagbehandeling en poliklinische setting 40-50% van de psychomotorisch therapeuten het aanbod runningtherapie geeft.

Sinds het eind van de jaren zeventig verschijnen publicaties (Greist, Klein, Eischens, Faris, Gurman & Morgan, 1979; Martinsen, Medhus & Sandvik, 1985; Klein et al., 1985; Doyne, Ossip-Klein, Bowman, Osborn, Douglas-Wilson & Niemeyer, 1987 in Bosscher, 2001) waarin de positieve psychische gevolgen van lichamelijke activiteit systematisch gerapporteerd worden en die er toe geleid hebben dat runningtherapie de aandacht heeft getrokken als potentieel effectieve component in de behandeling van depressie en bijgevolg een vaste plaats heeft gekregen in het aanbod van diverse psychiatrische instellingen (Bosscher, 2001). De jaren negentig staan in het teken van het onderzoek van Bosscher dat nog een stapje verder gaat door een loopprogramma te vergelijken met medicamenteuze behandeling.

Echter, in de zoektocht naar studies vanaf 2000-heden blijkt de ingezette tendens vanuit de jaren zeventig het nieuwe millennium niet te hebben bereikt. Het afgelopen decennium zijn er slechts enkele publicaties verschenen naar de effectiviteit van runningtherapie. Vanuit Zweden zijn er onderzoeken met ratten gedaan om het effect van running in het brein te analyseren. De onderzoekers hebben ervoor gekozen –gezien het feit dat dit een dierenexperiment betreft- om hier 1 onderzoek van te beschrijven. Daarnaast is er slecht 1 noemenswaardig onderzoek gevonden, geschreven door Parnassia Groep in samenwerking met de Universiteit van Leiden. Mogelijk is het niet voorbarig om hieruit de conclusie te trekken dat runningtherapie zijn wortels in de 20^e eeuw heeft (laten) liggen. Om toch een wat completer overzicht van het onderzoek naar runningtherapie te kunnen publiceren, is ervoor gekozen om onderzoek uit de jaren zeventig, tachtig en negentig mee te nemen in het overzicht. Daaruit trekken wij de conclusie dat de wetenschappelijke evidentie voor runningtherapie nog niet waterdicht is. Bakker en van Woerkom (2010) gaan nog een stapje verder en constateren dat de wetenschappelijke evidentie voor runningtherapie zelfs “relatief zwak” is.

Wetenschappelijke onderbouwing voor de werkzaamheid van deze niet-medicamenteuze interventie is echter moeilijk te verkrijgen omdat RCT's kostbaar en tijdrovend zijn. Wat opvalt in de studies is dat de effectmeting van runningtherapie bij de klinische patiëntenpopulatie zo goed als uitblijft. Het aantal patiënten in de gepresenteerde studies laat ook te wensen over met een minimum van n=28 en een maximum van n=41. Daarnaast blijft de follow-up in vrijwel alle gevallen uit en lijken met betrekking tot de juiste of noodzakelijke dosis nog geen eenduidige uitspraken gedaan te kunnen worden. Al met al verontrustende uitspraken.

Tabel 3: Studies running

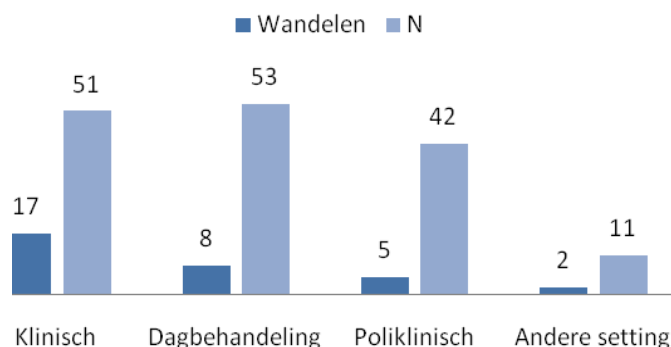
1 ^e auteur/ jaar van publicatie	Patiënten- populatie	Leef- tijd	N	Interventie	Controle- interventie	Resultaat	Follow- up (ja/nee)
Greist, J.H. (1979)	Ambulant	18- 30	28 (13v) (15m)	De pt. in de loopgroep oefenden 3 tot 4x p/w, 1 uur 10 weken lang, supervisie werd geleidelijk afgebouwd.	Een kortdurende en langdurende psychotherapiegroep.	De pt. in de looptherapie en in de kortdurende psychotherapie verbeterden in gelijke mate op een globale maat voor psychisch (on)welbevinden, De Symptom Checklist (SCL-90) en meer dan de patiënten in de groep langdurige psychotherapie.	Nee
Klein, M.H. (1985)	Depressieve patiënten in een poliklinische setting.	Gem leef- tijd: 30	74	Hardlopen vond plaats in individuele sessies.	Psychotherapie en Meditatie-relaxatie (MR) in kleine groepjes.	Na 12 weken waren de patiënten in alle groepen significant minder depressief wat bij een follow-up na 9 maanden nog steeds het geval was. Wanneer echter gekeken	Ja

						werd a.d.h.v. de SCL-90, dan bleken hardlopen en MR bij nameting effectiever te zijn geweest. Dit resultaat was nog duidelijker bij de follow-up.	
Bosscher, R.J. (1996)	“major depression” overeenkomstig de criteria van de DSM-III-R, een score van >14 op de HRSD en van >16 op de BDI. De setting is poliklinisch.	22-54	29 (17v) (12m)	Het loopprogramma werd in groepsverband aangeboden gedurende 16 weken met een frequentie van 1x/pw.	De medicamenteuze therapie bestond uit de toediening van fluvoxamine, een SSRI.	Het bleek dat beide groepen statistisch significant verbeterden, maar onderling niet van elkaar verschilden. Wanneer we de effect sizes bekijken, zien we een identiek groot effect op de HRSD terwijl het effect op de BDI voor runningtherapie bijna 2x zo groot is als voor de medicatie.	Nee
Bjørnebekk, A. (2005)	Het betreft een dierenexperiment met ratten.	n.v.t	32 Flinders Sensitive Line Rats (FSLR) (n=16) Flinders Resistant Line Rats (FRLR) (n=16)	De ratten werden individueel gehuisvest met toegang (FSLR, n=8; FRLR, n=8) of geen toegang (FSLR, n=8; FRLR, n=8) tot het looprad.	FRLR (n=16)	- Depressieve ratten hebben een lager niveau van celdeling in de gyrus dentatus (het onderste deel van de hippocampus) welke genormaliseerd kan worden door running. - De niveaus van Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF) zijn gecorreleerd aan running maar niet aan de celdeling van de hippocampus of het antidepressieve effect van running.	Nee
Haffmans, P.M.J. (2006)	Patiënten in dagbehandeling.	18-60	60 19 afvallers	Runningtherapie (RT) (n=20) of Fysiotherapie training (FTT)(n=21)	Wachtgroep (n=19)	Geen significante verschillen na 6 wk tussen beide trainingen en de controlegroep. Na 12 wk zichtbare verbetering op de HRSD en de BDI in enkel de FTT groep.	Nee

Conclusie

Samengevat willen wij aansluiten bij de conclusie van Kruisdijk (2009): “Bewegen, en met name runningtherapie, vormt vaak al een onderdeel van de behandeling van de depressieve stoornis terwijl de methodologische bewijskracht nog onvoldoende is”. Met betrekking tot het beperkte aantal publicaties over runningtherapie zijn er twee verklaringen denkbaar. De eerste is dat er een verschuiving heeft plaatsgevonden van publicaties over running naar publicaties over fysieke training (“exercise”) en dat de runningtherapie momenteel veelal wordt onderzocht “in het kader en als onderdeel” van fysieke training. De tweede verklaring is mogelijk dat er voor het bereiken van het nieuwe millennium al “voldoende” evidentie beschikbaar was om runningtherapie toe te voegen aan de multidisciplinaire richtlijnen en dat van hieruit, ook gezien de kostbare en tijdrovende RCT's, de interesse en noodzaak om de effectiviteit van runningtherapie te onderzoeken is afgenomen.

3.2.2 Wandelen; “Je stemmingsstoornis eruit lopen of weglopen van de stemmingsstoornis?”



Figuur 9: Enquête resultaat wandelen

Het gaan verheldert het hoofd. Geen enkele depressie is opgewassen tegen een wandeling van dertig kilometer (Rommert Boonstra).

Zoekcriteria

Zoektermen:

NL: wandelen, stemmingsstoornis/depressie; nordic walking, stemmingsstoornis/depressie

EN: walking, mood disorder/depression; nordic walking, mood disorder/depression

Inleiding

De enquête resultaten voor wandelen die in figuur 9 worden weergegeven laten zien dat het voornamelijk een klinisch aanbod betreft. Wanneer we kijken naar de dagbehandeling is dit aanbod zelfs gehalveerd t.o.v. de klinische setting. In de literatuur bleken de studies beperkt. Op basis van bovengenoemde keywords en de inclusiecriteria -het artikel moest gepubliceerd zijn tussen 2000-heden en in de titel dienden de termen walking/nordic walking en depression/depressive aanwezig te zijn- werd er slechts één artikel gevonden (Legrand & Mille, 2009) dat aan deze criteria voldeed. De doelgroep werd gevormd door oudere vrouwen in de leeftijd van 60 tot 74 jaar. Gezien de beoogde doelgroep van dit onderzoek (18-65) is ervoor gekozen om dit onderzoek niet te beschrijven. Een mogelijke verklaring voor deze beperkte resultaten kan zijn dat studies waarin het wandelen als interventie -of één van de interventies- wordt onderzocht gepubliceerd zijn onder de meer algemene onderzoeken naar “fysieke training”. Van daaruit hebben we ervoor gekozen om de “exercise” artikelen te doorzoeken op publicaties waarin wandelen de centrale interventie vormde. Resultaat van deze zoekactie leverde twee artikelen op.

Evidentie

Ondanks een beperkt aantal onderzoeken trachten we toch enkele uitspraken te doen t.a.v. de evidentie bij wandelen. In het onderzoek van Dunn et al. (2005) zien we dat een activiteit met lagere dosering (wandelen op een loopband) niet effectiever lijkt te zijn dan placebo. Wat overigens niets afdoet aan de vele gezondheidsvoordelen. Echter, de studie van Dimeo, Bauer, Varahram, Proest en Halter (2001) laat wel een vermindering in de depressiescores zien na een tiendaags wandelprogramma. Desondanks betreft het hier een kleine studie waarbij zes patiënten aanzienlijk verbeterden, twee patiënten licht verbeterden en de ernst van de

symptomen bij vier patiënten onveranderd bleef. Beperkingen van deze studie zijn naast het kleine aantal deelnemers dat een follow-up en controlegroep ontbreken. Deze laatste hebben Knubben, Reischies, Adli, Schlattmann, Bauer en Dimeo (2007) wél meegenomen in hun onderzoek naar de kortetermijneffecten van een wandelprogramma. Ten aanzien van een placebogroep lieten ook zij een vermindering in de depressiescores zien. Dunn et al. (2005) lieten overigens ook zien dat antidepressiva een snellere therapeutische reactie geeft dan fysieke training. Echter, de patiënten wandelden slechts driemaal per week en op een lagere intensiteit dan de deelnemers in de studie van Knubben et al.

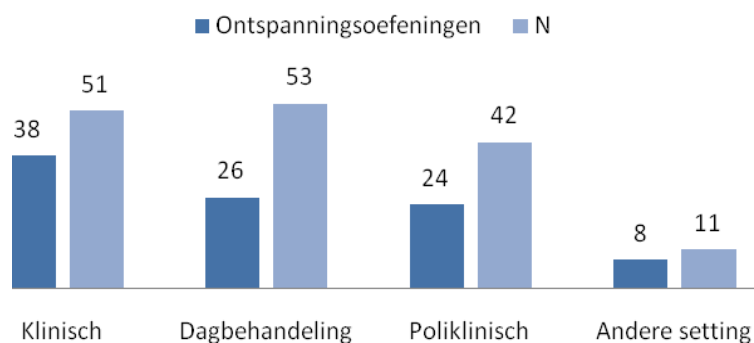
Tabel 4: Studies wandelen

1 ^e auteur/ jaar van publicatie	Patiënten- populatie	Leef- tijd	N	Interventie	Controle- interventie	Resultaat	Follow- up
Dimeo, F. (2001)	Opgenomen en poliklinische patiënten met een matige tot ernstige depressie volgens de DSM-IV.	20-65	12	Patiënten volgden gedurende 10 dagen lang 30 minuten per dag een wandel-intervalschema op een loopband.	Geen	Aan het einde van het trainingsprogramma was er een klinische relevante en statistisch significante vermindering van de depressie scores zichtbaar: HRSD voor: 19,5 HRSD na: 13. Daarnaast werd de intensiteit van de symptomen zelfstandig beoordeeld wat de volgende resultaten opleverde: voor 23,2 en na 17,7.	Geen
Knubben, K. (2007)	1) Pt. met een depressieve episode volgens DSM 2) >12 op de "Bech-Rafaelsen Melancholy Scale (BRMS). 3) Mogelijkheid tot wandelen.	20-70	38	Patiënten werden gerandomiseerd toegewezen aan een fysieke training bestaande uit wandelen (N=20) of een placebogroep. De training werd gedurende 10 dagen uitgevoerd.	Placebo, bestaande uit lage intensiteit stretching-en ontspannings-oefeningen welke individueel werden aangeboden (N=18).	Na 10 dagen lieten de depressiescores in de groep fysieke training een significant grotere vermindering zien dan in de placebogroep: 1) BRMS 36% v 18% 2) Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D) 41% v 21%.	Geen

Conclusie

De resultaten suggereren dat het nodig is om een bepaalde drempel te hanteren met betrekking tot de intensiteit van de inspanning om in korte tijd een klinische vermindering van depressiescores te bereiken (Knubben et al., 2007).

3.3 Ontspanningsoefeningen; "Een methode binnen de PMT zonder bijwerkingen"



Figuur 10: Enquête resultaat ontspanningsoefeningen

"Het is met onze geest zo gesteld dat afwisseling meer ontspanning geeft dan rust."

-E. von Feuchtersleben-

Zoekcriteria

Zoektermen:

NL: ontspanning; ontspannen; relaxatie; Jacobson; autogene training; sensorelaxatie; massage; geleide fantasie; spanningsregulatie; stemmingsstoornis; depressie. Combinaties van voorgaande zoektermen.

EN: relaxation; massage; autogenic training; mood disorder; depression; depressive disorder, combinaties

Definitie

Ontspanning kan gedefinieerd worden als: "geestelijk en lichamelijke toestand waarin de angstbeleving minimaal is". Een ontspanningsoefening als: " een oefening om tot verminderde angstbeleving te komen, vooral geschikt voor angstneurotische cliënten met verhoogde spierspanning, versnelde en gespannen ademhaling en verschillende symptomen van het autonome zenuwstelsel" (Van de Berg, 2001). Bij ontspanningstherapie wordt verwezen naar relaxatietechnieken, oefeningen om te leren ontspannen. Hieronder kunnen onder andere vallen: Progressieve spierrelaxatie (bv. methode Jacobson), ademhalingsoefeningen, autogene training, geleide fantasie en massage.

Inleiding

Figuur 10 laat zien dat ontspanningsoefeningen veel worden ingezet door psychomotorisch therapeuten. In de klinische setting en andere setting is het percentage psychomotorisch therapeuten dat ontspanningsoefeningen aanbiedt het hoogst met respectievelijk 75% en 73%. Er zijn dan ook vele vormen van ontspanningsoefeningen. Psychomotorisch therapeuten noemen in de enquête o.a. Jacobson, visualisatie, ademhalingsstechnieken, yoga, tai chi, massagevormen en imaginatie. Het is echter nog de vraag wat psychomotorisch therapeuten precies verstaan onder ontspanningsoefeningen.

Een aantal methoden die ook in de onderzoeken terugkomen zullen hieronder beschreven worden.

Rond 1920 werd de autogene training (AT) ontwikkeld door Schultz (1982). Hij ontdekte dat mensen bij een veranderd bewustzijn onder hypnose aangaven zich aangenaam en rustig te voelen. Dit ging gepaard met een prettig gevoel van loomheid, zwaarte en warmte. Hij ontwikkelde daarop een ontspanningsmethode gebaseerd op autosuggestie, mentale zelfbeïnvloeding/imaginaties. Jacobson, een Amerikaanse fysioloog, kwam rond diezelfde tijd met een progressieve relaxatiemethode met als doel mentale ontspanning verkrijgen door progressief spierspanning weg te werken. Bij deze methode gaat het om het systematisch en afwisselend aanspannen en ontspannen van verschillende spiergroepen.

Autogene training en progressieve spierrelaxatie zijn technieken die ook in de PMT gebruikt worden. De progressieve relaxatie richt zich in eerste instantie op spierontspanning en de autogene training probeert mentale ontspanning te bewerkstelligen. Ook ademhalingsoefeningen nemen een plaats in binnen de ontspanningsoefeningen. Het gaat daarbij om een bewustmaking van het ademhalingsproces en de daarmee verbonden in- en ontspanning.

Een in Nederland bekende adem- en ontspanningstherapie is die volgens de methode Van Dixhoorn (van Dixhoorn, 1998). Hij ontwikkelde een model voor de sterke samenhang tussen beweging van de wervelkolom en ademhaling. Door dit te benutten verbeteren de lichaamshouding, de ademhaling en de mentale spanning. Het effect is middels een RCT vastgesteld bij hartpatiënten.

Ook de toegepaste relaxatie (TR) van Öst neemt een plek in binnen de ontspanningsoefeningen (Mertens, 2004). Dit is een vorm van een coping- en relaxatietechniek die met name binnen de gedragstherapie wordt gebruikt. Hierbij wordt patiënten geleerd om zich heel vlug te ontspannen in situaties waarin de spanning hoog is. Muziek kan ondersteunend worden gebruikt bij ontspanningsoefeningen. Naast deze methode worden ook visualisatietechnieken regelmatig gebruikt om patiënten tot ontspanning te laten komen, bv. in de vorm van geleide fantasie.

Evidentie

Een aantal van bovenstaande vormen is effectief, onder andere bij patiënten met pijnklachten en angstklachten. De vraag is echter of er ook bewijs is dat deze oefeningen verandering brengen in de stemming van patiënten. Stetter en Kupper (2002) vonden positieve effecten van AT in een meta-analyse, waarbij 60 studies, gepubliceerd tussen 1952 en 1999 werden opgenomen. Het betrof studies met vele verschillende stoornissen, waaronder milde depressie. Er werden geen positievere effecten gevonden van AT in vergelijking met psychologische behandelingen. Positieve effecten van AT versus controlegroep werden in ten minste drie studies gevonden voor milde tot matige depressie/ dysthymie. Een eerste bewijs dat deze vorm van ontspanning positieve effecten heeft, maar niet beter werkt dan psychologische behandeling.

TR heeft een positief effect bij angst- en spanningsklachten. Mertens (2004) analyseerde hiervoor een aantal effectiviteitstudies en vergelijkend wetenschappelijk onderzoek. Met name voor gegeneraliseerde angststoornissen en paniekstoornissen wordt deze methode dan ook veel gebruikt. Volgens Mertens valt het te verwachten dat TR ook bij andere stress- en spanningsgebonden problematiek gunstige resultaten kan boeken.

Jorm, Morgan en Hetrick (2008) beoordeelden in hoeverre relaxatietechnieken depressieve symptomen verminderen. Er werden alleen studies opgenomen die gerandomiseerd, quasi-gerandomiseerd of

gecontroleerd waren en waarin ontspanningstechnieken (progressieve relaxatie, geleide fantasie, autogene training) werden aangeboden aan deelnemers die gediagnosticeerd waren met een depressie of met een hoge mate van depressieve symptomen. De depressieve symptomen werden gescoord op zelfscoringslijsten en lijsten die door psychiaters werden afgenomen. In de meta-analyse werden 15 studies opgenomen. Daarvan gaven vijf studies aan dat ontspanning de zelfgerapporteerde depressie verminderde in vergelijking met een wachtlijst, geen behandeling of minimale behandeling. Op scoringslijsten die door psychiaters werden afgenomen toonden twee studies een niet-significante afname van de depressieve klachten. Er werden negen studies gevonden die aantoonde dat ontspanning minder effect heeft dan psychologische behandeling (bijv. CGT) op zelfgerapporteerde depressie. Wat betreft de door psychiaters afgenomen scoringslijsten werd geen significant verschil gevonden als het effect van ontspanning werd vergeleken met een psychologische behandeling. De vergelijking van ontspanningstraining met medicatie was inconsistent en er waren weinig gegevens beschikbaar om ontspanning te vergelijken met complementaire of lifestyle behandelingen. Conclusie van dit onderzoek was dat ontspanningstechnieken weliswaar effectiever lijken dan geen of minimale behandeling, wat betreft de zelfgerapporteerde depressie maar niet zo effectief als psychologische behandeling. De resultaten van vragenlijsten door de psychiater afgenomen waren minder overtuigend, omdat de verschillen die gevonden werden niet significant waren. Conclusie daarnaast is dat er meer onderzoek nodig is om de mogelijkheden van ontspanning op de werking van depressie te bestuderen, vooral bij jongere populaties en populaties met eerste episoden van depressie.

Naast bovenstaande reviews is er een aantal studies gevonden die aanvullende informatie geven wat betreft de betrouwbaarheid van ontspanningsoefeningen (tabel 5). De studie van Field (2004) richtte zich op depressieve zwangere vrouwen, waarbij duidelijk werd dat massagetherapie bij deze categorie een groter effect heeft dan progressieve relaxatie. Uit de studies van Knapen (2005) en Krogh (2009) bleek dat progressieve relaxatie en ontspanningsoefeningen geen positiever effect hebben dan zowel aerobe als anaerobe inspanning. De studie van Brown (2011) leverde vervolgens bewijs dat ontspanningsoefeningen minder effectief zijn dan psychologische behandeling, gebaseerd op de zelfrapportage en niet op het klinische oordeel zoals weergegeven op de HRSD.

Tabel 5: Studies ontspanning

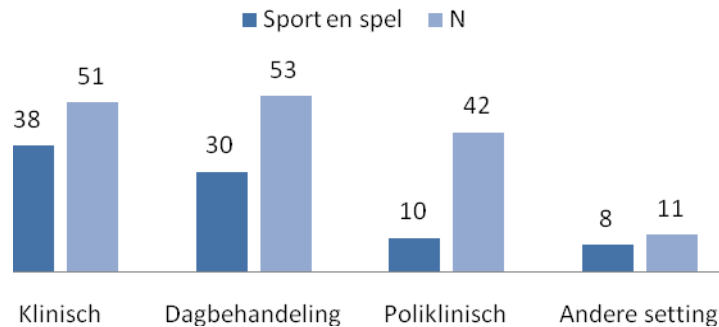
1 ^e auteur/ jaar van publicatie	Patiënten- populatie	Leeftijd	N	Interventie	Controle- interventie	Resultaat	Follow- up
Field, T. 004	Depressieve zwangere vrouwen in 2 ^e trimester zwangerschap (tussen week 18 en 24).	M (gemid- delde) 28,8 SD (stan- daard- deviatie) 5,7	84 (elke groep 28)	Groep 1: Massagetherape- pie 2 x 20 min. p.w. 16 weken Groep 2: Progressieve spierrelaxatie 2 x 20 min. p.w., 16 weken.	Groep 3: standaard prenatale zorg	Massagegroep minder angst en depressieve klachten, minder rug en beenpijn. Hogere dopamine en serotonineniveaus, lagere cortisol- en noradrenaline niveaus dan relaxatiegroep.	Nee

Knapen, J. 2005	Opgenomen psychiatrische patiënten met ernstige angst en/of depressie en/of persoonlijkheidsstoornissen.	Groep 1 M: 35 SD: 11 Groep 2 M: 32 SD: 11	199 M: 71 V: 128	Groep 1: PMT programma van aerobe inspanning en training met gewichten. 16 weken, 3 x 45 min. per week.	Groep 2: 2 x sportactiviteiten in de zaal en 1 x progressieve spierrelaxatie volgens Jacobson. 16 weken, 3 x 45 min. p/w.	Beide groepen significante verbetering op fysiek zelfconcept, eigenwaarde, angst en depressie. Geen tussengroep verschillen. Beide programma's zijn even effectief.	Nee
Krogh, J. 2009	Volwassenen met een unipolaire depressie (volgens ICD-10) en tussen 18 en 55 jaar, aangemeld door huisarts of psychiater. Resultaat gemeten op HRSD.		165	4 maanden, 2 x per week 1,5 uur lang: Groep 1: Krachttraining gericht op spierversterking Groep 2: Aerobe training	4 maanden, 2x per week 1,5 uur: Groep 3 Ontspannings training, o.a. massage, balans oefeningen, spierontspanningsoefeningen.	De analyse laat geen enkel significant verschil zien tussen de groepen op welke psychometrische waarde dan ook. Ook de HRSD scores verschillen niet significant tussen de kracht en aerobe training groep en de ontspanningsgroep.	4 en 12 maanden
Brown, R.A. 2011	Patiënten in deeltijdbehandeling alcohol/drugs verslaving met verhoogde depressieve symptomen, ≥ 15 op BDI.	40.8 SD: 9,1	151: 75 in RCT 76 in CBT	Cognitieve gedragstherapie 8 sessies	Relaxatie training, 8 sessies Aanleren van meditatie en ademhalings-technieken, progressieve spierrelaxatie Jacobson, geleide fantasie.	Beide groepen aanzienlijk verbeterd op alcohol en depressie. De CBT groep heeft een aanzienlijk grotere vermindering van depressieve symptomen op de BDI echter niet op de HRSD schaal en niet significant.	1,5 maand, 3, 6, 12 maand

Conclusie

Ontspanningsoefeningen zijn effectief bij depressie in vergelijking met geen of minimale behandeling, maar niet effectiever dan psychologische behandeling. Empirisch onderzoek is nog in ruime mate nodig om het effect van ontspanningsoefeningen aan te tonen.

3.4 Sport en spel; "Spelenderwijs je stemmingsstoornis te lijf gaan"



Figuur 11: Enquête resultaat sport en spel

Zoekcriteria

Zoektermen:

NL: Sport en spel, psychomotorische therapie

EN: Er bleek geen Engelse vertaling te zijn die kon worden gebruikt als gangbare en bruikbare zoekterm voor Engels geschreven literatuur, ook de zoekterm psychomotricity leverde geen resultaten op.

Definitie

Onder sport en spel verstaan we het volgende:

- Bewegingssituaties die een relatie hebben met oefensituaties uit de sport (o.a. reactivering).
- Werkvormen die in het kader van themagericht werken worden aangeboden.

Van belang hierbij te vermelden is dat de onderdelen uit de categorie sport & spel niet te vergelijken zijn met de conditieverbeterende opbouw van fysieke training.

Inleiding

Figuur 11 laat zien dat sport en spel veelvuldig wordt ingezet in met name de klinische setting (75%), dagbehandeling (57%) en andere setting (73%). Poliklinische lijkt er minder gebruik te worden gemaakt van deze behandelcategorie. De literatuurstudie met als inzet sport en spel bevestigde deze resultaten door de veelheid aan zoekresultaten over de inzet en bruikbaarheid van sport en spelactiviteiten binnen de PMT. Echter studies naar de empirische onderbouwing van deze vorm ontbraken.

De vraag "Welke werkvormen worden door u veel ingezet en beschouwt u als waardevol binnen de behandeling van stemmingsstoornissen?" resulteerde in een groot scala aan werkvormen en activiteiten die grotendeels onder sport en spel geschaard kunnen worden. Er is daarbij een onderverdeling te maken in werkvormen die veelal worden gebruikt in de zaal in het kader van themagericht werken en sport en spelactiviteiten waarbij bv. badminton een veel genoemde vorm is (figuur 12).



Themagerichte werkvormen

- Stokhangen
- Blinde geleiden – blind lopen
- Balstuiten met stemexpressie
- Hoepel veroveren
- Materialenroof/kwartettenroof
- Eigen grenzen speelveld
- Zwaai en evenwicht oefeningen
- Coördinatie oefeningen
- Controlled approach
- Blind onder springtouw door
- Met 2 banken als groep naar de overkant komen zonder de grond te raken
- Brug bouwen
- Mat verdedigen tegen bal (non verbaal) of persoon (verbaal)
- In tweetallen met een bal overgooien op verschillende manieren, doseren van kracht door de bal met een stuit naar de ander te gooien (eerst op 20% van je kracht en dan opbouwen naar 100%)
- Materialen tillen
- Rondlopen met focus en stoorzender
- Lintenroof
- Stampen/slaan op stootkussens
- Affirmatieve zelfuitspraken tijdens en na een handeling



Sport -en spelactiviteiten

- Badminton
- Basketbal
- Fietsen op home trainer
- Faustbal
- Hockey
- Volleybal
- Tennis
- Curling
- Fitness
- Zwemmen
- Wandelen
- Running
- Dans
- Tikspelen

Figuur 12: Werkvormen

Als het gaat om het werken met thema's komen vanuit de enquête de volgende thema's het meeste naar voren: kracht/agressie, macht/onmacht/frustratie, assertiviteit/grenzen, spanning/ontspanning en lichaamsbeleving. Ruimte en evenwicht worden het minste gebruikt. In de categorie 'andere thema's' komen naar voren: zelfvertrouwen, energie-verdeling, inschatten eigen kunnen, succeservaring, sociale vaardigheden, afleiding, samenwerken, leiden/volgen en initiatief nemen.

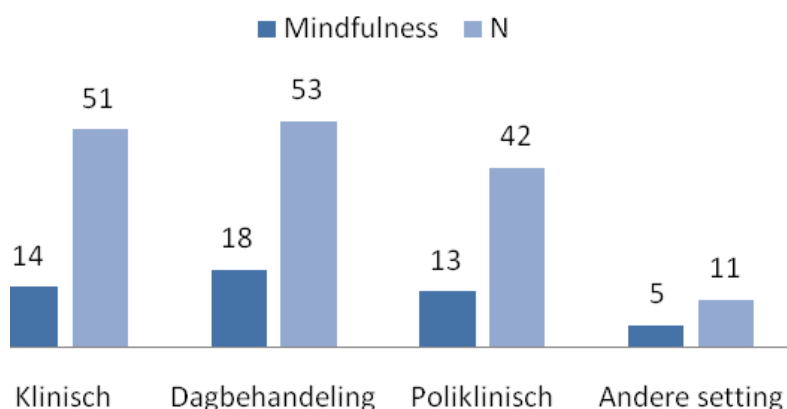
Evidentie

Het is opvallend dat er vanuit de categorie die na fysieke training en ontspanning het meest wordt ingezet door psychomotorische therapeuten in de behandeling bij stemmingsstoornissen, geen vergelijkende studies beschikbaar zijn, laat staan dat er empirische onderbouwing over te vinden is. Blijkbaar is er nog veel werk te verrichten wanneer het gaat om het onderzoeken van psychomotorische activiteiten in deze categorie. Overigens moet aangetekend worden dat een aantal van deze thema's ook binnen fysieke training en ontspanningsoefeningen aan de orde kan komen.

Conclusie

Onderzoek naar psychomotorische activiteiten zou gestimuleerd moeten worden om op die manier empirische onderbouwing te vinden voor wat psychomotorisch therapeuten veelvuldig aanbieden.

3.5 Mindfulness; “Een nieuwkomer vanuit een eeuwenoude traditie, het antwoord op terugvalpreventie bij stemmingsstoornissen?”



Figuur 13: Enquête resultaat mindfulness

Through Mindfulness, I have discovered that there is nothing fundamentally wrong with me.

Zoekcriteria

- Mindfulness binnen de Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) vallen hier niet onder en worden apart beschreven.

Zoektermen:

NL: mindfulness; meditatie; MBCT; MBSR; stemmingsstoornis; depressie; combinaties van zoektermen

EN: mindfulness; meditation; awareness; MBCT; MBSR; mood disorder; depression; depressive disorder; minor depression; clinical depression; combinaties van zoektermen

Definitie

De meest genoemde definitie is die van Kabat-Zinn: “Beoefening van mindfulness betekent op een speciale manier oplettend zijn; bewust aanwezig zijn in het hier en nu, zonder te oordelen” (in vertaling geciteerd uit Schipholt, 2007). Oftewel het innerlijk “observeren” van gedachten en gevoelens zonder deze te analyseren of af te wijzen. Mindfulness is een vorm van meditatie.

Inleiding

Na de klassieke gedragstherapie en cognitieve psychologie als behandeling voor depressieve stoornissen, ontstaat rond 1980 een nieuwe vorm van therapie, die wordt gekenmerkt door het leren van mindfulnessvaardigheden, acceptatie van en het effectiever leren omgaan met emoties en cognities, zonder deze te willen veranderen. Kabat-Zinn ontwikkelde in 1990 de MBSR, een inmiddels gerespecteerde en wetenschappelijk erkende behandelwijze bij stress en chronische pijn. MBSR vormt rond 2002 de grondslag van MBCT, ontwikkeld door Segal, Williams en Teasdale (Williams, Russel & Russell, 2008). MBCT richt zich specifiek op terugvalpreventie bij depressie. In twee verschillende studies toonden zij aan dat mediteren het

herhalingsrisico op depressie halveert, onder de voorwaarde dat de patiënt zijn hele verdere leven mediteert. Ook in de later ontwikkelde Acceptance and Commitment Therapy speelt mindfulness een belangrijke rol. Naast mindfulness middels MBSR en MBCT, zijn er ook veel mensen die baat hebben bij de beoefening van meditatie, zonder het volledige programma te volgen (Koster, 2007).

De toepassing van mindfulness vindt met name plaats middels MBCT, en daar is, met name in het buitenland, de laatste jaren veel onderzoek naar gedaan.

Weiss (2009) zet in zijn artikel uiteen waarom mindfulness een steeds belangrijkere rol speelt en steeds meer wordt gebruikt door zoals hij dat noemt “body psychotherapy” beoefenaars. Het gaat dan vooral om het observeren, voelen en bewust worden van wat zich afspeelt in het lichaam en het zo nodig aanleren van vaardigheden om deze processen te beïnvloeden. Een aspect waar ook de psychomotorisch therapeut gebruik van maakt. Weiss benoemt een aantal voordelen van de toepassing van mindfulness: werken met het lichaam is een krachtig hulpmiddel voor het observeren van somatische interne processen, mindfulness zorgt voor een langzame maar directe verkenning van onbewuste processen zonder in automatismen te vervallen, mindfulness ondersteunt het niet oordelend kijken naar zichzelf waaronder ook de negatieve eigenschappen vallen, mindfulness zorgt voor een goede “interne observator” die beschermend kan werken.

Evidentie

Er is gezocht naar studies vanaf 2000 waarin mindfulness een specifieke rol heeft gespeeld. Al snel komen we bij veel onderzoeken, reviews en meta analyses waarin de werkzaamheid van MBCT bij recidiverende depressies centraal staat. Echter, MBCT is een therapievorm die naast mindfulness ook psychologische behandeling bevat en er wordt door ons gezocht naar de resultaten van de werking van mindfulnessoefeningen die bv. in een PMT behandeling toegepast kunnen worden. Onderzoeken die puur het aspect mindfulness belichten zijn er nauwelijks. Gekozen is om een korte samenvatting te geven van wat er bekend is met betrekking tot MBCT en vervolgens het aspect mindfulness verder uit te werken.

Een van de laatst geschreven reviews over MBCT is van Hofmann (2010). Hij vond 29 studies, met een totaal van 1140 deelnemers die MBCT ontvingen binnen een variëteit van stoornissen waaronder depressie. Er werd geconcludeerd dat Mindfulness-based therapy effectief is op angst en stemmingssymptomen. De effecten waren onafhankelijk van het aantal sessies van behandeling en werden gehandhaafd bij follow up metingen.

In een meta analyse van Klainin Yobas, Cho en Creedy (2011) werd gezocht naar onderzoek dat het effect van op mindfulness gebaseerde interventies liet zien op depressieve symptomen bij mensen met verschillende psychische stoornissen. Er werden 39 studies en 105 effect metingen geïnccludeerd. Cognitieve therapie gebaseerd op exposure bleek de effectiefste interventie, gevolgd door MBSR, acceptance-based gedragstherapie, en stress less met mindfulness. Geconcludeerd werd dat de op mindfulness gebaseerde interventies efficiënt zijn voor het verminderen van depressieve symptomen bij volwassenen met psychische stoornissen. Beshai (2011) kwam in een review van empirisch onderbouwde studies naar het effect van cognitieve gedragstherapie (CGT), MBCT en interpersoonlijke psychotherapie tot de conclusie dat CGT en MBCT het meeste succes hebben bij patiënten met terugkerende depressieve episodes.

Ook Piet en Hougaard (2011) kwamen na het doornemen van zes RCT's met een totaal van 593 deelnemers tot de conclusie dat MBCT het risico op terugval significant vermindert, in vergelijking met treatment as usual (TAU) of placebo. De risicovermindering werd alleen gevonden bij deelnemers die ten minste drie of meer eerdere depressieve episodes doormaakten. Er werden twee studies gevonden waarbij MBCT net zo effectief was als het gebruik van antidepressiva. Als we ons in het literatuuronderzoek beperken tot mindfulness komen we uit op een beperkt aantal studies. Na een update op het gebied van mindfulness in de periode 2003 tot 2008 concludeert Greeson (2008) dat het toepassen van mindfulness in het dagelijks leven zorgt voor minder emotionele stress, een meer positieve mentale staat en een betere kwaliteit van leven. Het beoefenen van mindfulness kan naast de hersenen ook het autonome zenuwstelsel, stresshormonen, immuunsysteem en gezond gedrag zoals eten, slapen en middelen misbruik positief beïnvloeden.

In de studies in tabel 6 worden verschillende vormen van mindfulness weergegeven. Het zijn drie recente studies waarbij in 2 studies een positief effect wordt gevonden van meditatie op depressieve symptomen.

Tabel 6: studies mindfulness

1 ^e auteur/ jaar van publicatie	Patiënten- populatie	Leeftijd	N	Interventie	Controle- interventie	Resultaat	Follow-up (ja/nee)
Kang, Y.S. 2009	Studenten verpleeg- kunde	M=22	32	8 weken, wekelijks 1 meditatie sessie van 90 minuten.	Controle groep, zonder behandeling	Significant verschil wat betreft scores van angst en stress. Geen significant verschil op depressie (BDI).	Nee
Leite, J.R. 2010	Vrijwilligers	Meditatie- groep N=22 Gem. leeft. 39.3 Controle groep N=20 Gem. leeft. 47.5	42	5 weken meditatietraining wekelijks, 60 minuten met huiswerk- opdrachten.	WachtlIJst groep	Na 4 weken werd een significant verschil gevonden tussen de meditatiegroep en controlegroep wat betreft afname van depressieve symptomen en toename van de aandacht.	Nee
Kozasa, E.H. 2008	Vrijwilligers met angst- klachten.	M=43, SD=10	22 M=2 , V=2 0	Programma van meditatie en ademhalings- oefeningen, 2 weken "Siddha Samadhi Yoga".	WachtlIJst groep	Significante verbetering op angst, stemming, spanning en algemeen welzijn.	1 maand

Conclusie

MBCT lijkt zijn plek veroverd te hebben in de behandeling van depressieve patiënten en dan met name als het gaat om terugvalpreventie. Wat betreft het aanbieden van mindfulness oefeningen is nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat dit goed effect heeft. Bovenstaande onderzoeken zijn te beperkt om een algemene positieve uitspraak te doen over het effect. Ondanks het feit dat er in de afgelopen dertig jaar al vele onderzoeken zijn gedaan naar de effecten van mindfulness, lijkt meer onderzoek nodig. De laatste tijd komt daar meer geld voor vrij, meditatie wint aan populariteit (Schipholt, 2007). Kabat-Zinn zegt hierover: "Ik denk dat het inzicht is toegenomen dat mindfulness gunstige effecten op mensen heeft. Het gaat om grote effecten met weinig middelen." (in Schipholt, 2007, p 1267).

4. Discussie en conclusies

Discussie

Dat de empirische onderbouwing van het behandelaanbod in de belangstelling staat in de huidige ontwikkelingen binnen de psychomotorische therapie is te zien aan het aantal deelnemers dat de enquête heeft ingevuld en de vele positieve reacties via de mail op de uitnodiging.

Vanuit de enquête werd allereerst duidelijk dat psychomotorisch therapeuten op zeer verschillende wijze invulling geven aan de behandeling van patiënten met stemmingsstoornissen. Dit kan onder andere worden verklaard door onderlinge verschillen in werkervaring, werksetting en opleiding. Opvallend is wel dat de deelnemers zelf weinig empirische onderbouwing (kunnen) geven voor hun aanbod, terwijl vanuit het literatuuronderzoek de conclusie kan worden getrokken dat de betreffende behandelvormen vanuit onderzoek zijn te legitimeren.

Het lijkt erop dat veel deelnemers hun aanbod baseren op wat ze in hun opleiding aangereikt hebben gekregen, waarbij de onderzoeksgegevens wel aan de orde kunnen zijn gekomen, en op hun eigen (vaak jarenlange) ervaring. De vraag is echter of deze “legitimatie vanuit ervaring” voldoende is in de huidige tijd waar het verantwoord is van het aanbod vanuit onderzoek steeds meer een vereiste is.

Wanneer we ons verder verdiepen in de legitimering van het PMT aanbod bij stemmingsstoornissen lijkt er met name voor fysieke training een bredere wetenschappelijke onderbouwing te bestaan. In het *Handboek depressieve stoornissen* (Probst, Knapen & Pieters, 2008) worden de volgende conclusies getrokken; “het aanbieden van fysieke activiteit bij de behandeling van depressie is superieur aan controle of placebocondities”; “regelmatige fysieke activiteit is even effectief als antidepressieve medicatie, individuele of groepspsychotherapie en andere gedragsinterventies” en “zowel aerobe als anaerobe activiteiten leiden tot vermindering van de symptomen waarbij het type activiteit (uithouding of kracht) soms niet en soms wel een rol speelt”. Het literatuuronderzoek bevestigt deze conclusies.

Daarnaast stellen Probst et al. dat relaxatietherapie minder effectief is dan fysieke training. Relaxatie lijkt volgens hen echter wel een veelbelovende therapievorm te zijn en is bruikbaar als aanvulling bij de behandeling en de terugvalpreventie van depressie. Wetenschappelijk is er in ons onderzoek echter nauwelijks bewijs gevonden dat ontspanningsoefeningen specifiek werkzaam zijn bij stemmingsstoornissen. Dat is anders voor angststoornissen waar applied relaxation bewezen effectief is (van Balkom, 2011). Wat betreft ontspanningsoefeningen is een beperking in ons onderzoek dat niet is gevraagd welke typen van ontspannings(therapie) werden gebruikt. Verder onderzoek met grotere onderzoeksgroepen op langere termijn lijkt aangewezen om het effect van ontspanningstherapie bij stemmingsstoornissen te kunnen bewijzen. In dit kader zou specifiek kunnen worden onderzocht welke vormen van ontspanningstherapie psychomotorisch therapeuten in Nederland aanbieden.

Themagerichte sport- en spelvormen worden in de praktijk vaak ingezet, waarvoor empirische onderbouwing echter ontbreekt. Daarbij moet de kanttekening gemaakt worden dat het werken met thema's ook binnen fysieke training, ontspanning en mindfulness mogelijk is. Echter, ook als het gaat om het aantonen van het effect van themagericht werken, is er onderzoek nodig.

Mindfulness is in opkomst en onderwerp van veel wetenschappelijk onderzoek. Echter, de toepassing van mindfulness vindt met name plaats middels MBCT, wat suggereert dat de behandeling meer tot het domein van de psychologen behoort. Een interessante bijdrage voor de legitimering van mindfulness als deelbehandeling zullen de onderzoeksresultaten zijn van het nog lopende onderzoek van Williams (2010). In dit onderzoek wordt gekeken of mindfulness ook zonder cognitieve therapie effectief is.

Het is aan te bevelen onderzoek te doen naar welke rol psychomotorisch therapeuten kunnen vervullen in de uitvoering van dit aanbod. Naast het geven van mindfulness kunnen psychomotorisch therapeuten wellicht ook het mindfulness gedeelte van de MBCT uitvoeren en daarmee gedeeltelijk de taak overnemen van de psychologen, wat in vele gevallen kostenbesparend kan zijn.

Totdat het tegendeel bewezen is lijkt met name de samenhang tussen fysieke training en het fitheidniveau van patiënten met psychische aandoeningen in het algemeen en depressie in het bijzonder veel aandacht te krijgen in de literatuur. Runningtherapie lijkt daarmee plaats te hebben gemaakt voor deze meer overkoepelende term waaronder vrijwel alle vormen van aerobe en anaerobe inspanning vallen. Ook in de literatuur is deze tendens zichtbaar waarbij de evidentie voor werkzaamheid van fysieke training breeduit beschreven wordt. Echter, ondanks wetenschappelijke ondersteuning ontbreekt ook voor deze behandelvorm tot op heden een sterke eenduidige conclusie.

Kanttekening die allereerst gezet moet worden bij het onderzoek is dat er in de enquête door psychomotorisch therapeuten een aantal behandelvormen werd genoemd die niet precies te vangen zijn onder één van de behandelcategorieën. Dit zijn Pesso therapie, symbolisch werken, rolspele, CGT experimenten, sensomotorische psychotherapie, awareness en haptotherapie. Dit kan worden gezien als beperking van de categorieën. Wellicht had er nog een vijfde categorie kunnen worden toegevoegd aan de indeling, onder de noemer "overig", maar de variëteit zou het vervolgens moeilijk hebben gemaakt er iets richtinggevents over te zeggen.

Daarnaast had in de enquête mogelijk meer aandacht besteed moeten worden aan de legitimering betreffende het aanbod van de deelnemende psychomotorisch therapeuten. Dit zou kunnen door een verduidelijking van de vraagstelling in de enquête. Echter, zowel in de aankondiging als uitnodiging voor het invullen van de enquête werd uitleg gegeven omtrent het doel en het belang van de empirische onderbouwing. Daarnaast is bewust gekozen voor een open vraag om de deelnemers ruimte te geven te beschrijven wat zij van belang vinden. Niettemin kan het de moeite waard zijn de achtergrond voor de beperkte onderbouwing van het uitgevoerde aanbod nader te onderzoeken. Wellicht kan een telefonisch vraggesprek met de deelnemers die hiervoor toestemming hebben gegeven nog een bijdrage leveren.

Hoewel er in de enquête een splitsing gemaakt is in acute depressie, chronische depressie, bipolaire stoornis en dysthymie, is er verder in het onderzoek geen aandacht besteed aan deze splitsing, evenals eventuele comorbiditeit. De onderzoekers constateerden slechts dat alle ziektebeelden binnen alle settings voorkomen en gebruikten deze constatering om de doelgroep van de deelnemende psychomotorische therapeuten beter in kaart te brengen. Desalniettemin blijft onbelicht of er verschil is in het aanbod dat psychomotorisch

therapeuten leveren aan bv. een patiënt met een dysthyme stoornis of een patiënt met een acute depressie, evenals als de vraag welke therapievorm werkt bij welke diagnose. In de literatuur zijn met betrekking tot deze laatste vraag wel verschillen te vinden, echter in het literatuuronderzoek wordt dit niet zichtbaar. De volgende vraag die gesteld zou kunnen worden en welke mogelijk de moeite waard is om in verder onderzoek aan bod te laten komen, is in hoeverre de eerdergenoemde splitsing gehanteerd wordt in de praktijk ter differentiatie.

Tenslotte rest er nog het verschil in aanbod en de legitimering die daarbij wordt genoemd tussen psychomotorische therapeuten met veel ervaring en psychomotorisch therapeuten met minder ervaring. Onderzoek hieromtrent zou mogelijk meer duidelijkheid kunnen geven voor wat betreft de samenhang tussen enerzijds aspecten als ervaring en opleiding van de psychomotorisch therapeut en anderzijds het gehanteerde aanbod en de genoemde legitimering.

Voor wat betreft de legitimering van ons vak rest ons nog het volgende discussiepunt. Wanneer wij als psychomotorisch therapeuten ons behandelaanbod willen verantwoorden dan zal ons steeds meer gevraagd worden deze aan te passen aan wat uit onderzoek naar voren komt. De angst onder psychomotorisch therapeuten zou kunnen zijn dat ons vak zich steeds meer zal gaan beperken en versmallen tot kant en klare producten. Rond fysieke training, als dat centraal komt te staan in ons werk, kan de vraag gesteld worden of we de meerwaarde van onze achtergrond als psychomotorisch therapeut voldoende kunnen benutten. Waar blijven binnen dit aanbod die vormen van verbaal contact die de psychomotorisch therapeut gebruikt ter bezinning op wat in de therapie zal plaatsvinden of plaats heeft gevonden? Van der Klis (2005) stelt dat voor- en nagesprek functioneren als waarborg om wat in therapiesituaties plaatsvindt zo nauw mogelijk te laten aansluiten bij de problematiek die in een hulpvraag tot uitdrukking komt. Maar is die hulpvraag binnen een aanbod als fysieke training nog zo nauwkeurig of is ons aanbod op dat moment enkel gestoeld op de evidentie dat fysieke training bij depressie effectief is? En gaan we op weg naar het verantwoorden van ons vak op deze manier niet terug in de tijd van bewegingstherapie in plaats van dat we het vak psychomotorische therapie steviger positioneren? Deze overwegingen kunnen meespelen in de moeizame tocht naar het legitimeren van ons vak vanuit onderzoek. Enerzijds voelen we de druk om ons vak te verantwoorden, anderzijds zien we mogelijk ook de gevaren en beperkingen die dit met zich meebrengt. Echter, er wordt natuurlijk niet “domweg” fysiologisch getraind. De therapeutische bekwaamheid zit hem in het vanuit het depressieve toestandbeeld komen tot antidepressief gedrag. De wijze waarop en de begeleiding daarbij worden uiteraard geënt op alles wat de cliënt meebrengt aan problematiek. Daarbij spelen zowel fysiologische, emotionele, sociale en cognitieve factoren een rol. Het artikel “Run for your life: een therapeutisch avontuur” van Huizinga en Bosscher (2005) laat zien dat fysieke training en therapeutische vaardigheden samen kunnen gaan en elkaar niet hoeven uit te sluiten. Uitdaging voor ons als psychomotorische therapeut zal dan ook zijn om een balans te vinden tussen enerzijds het aanbieden van psychomotorische activiteiten die gebaseerd zijn op empirisch onderzoek en anderzijds onze therapeutische attitude in te blijven zetten om op het vlak van gezondheid en psychologisch welbevinden effecten te realiseren. Hierbij is het wenselijk onderzoek te genereren waarbinnen de therapeutische attitude als effectief middel naar voren komt, of het werkzame deel van PMT wordt verduidelijkt.

Daarnaast hopen we dat dit onderzoek een bijdrage kan leveren om psychomotorisch therapeuten meer stil te laten staan bij de empirische onderbouwing die er beschikbaar is voor hun aanbod, en uit te nodigen om mee

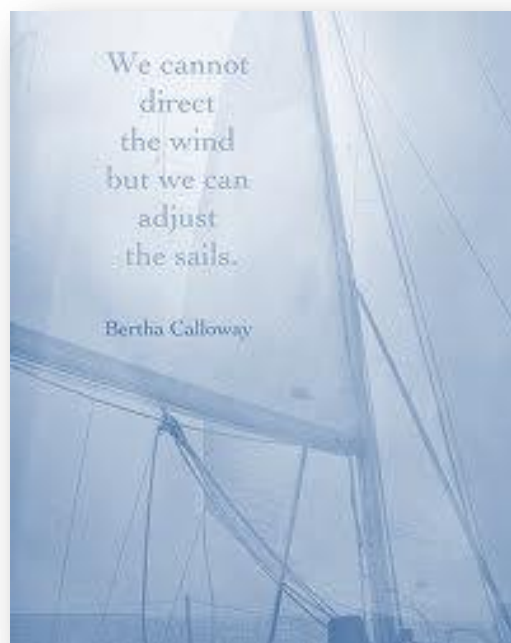
te werken aan onderzoek waar deze empirische onderbouwing nog onvoldoende is of ontbreekt. Het meewerken aan het opzetten van een werkgroep “stemmingsstoornissen” binnen de NVPMT kan hier aan bijdragen, omdat in zo’n werkgroep gezamenlijk gesproken kan worden over de punten die ook in dit onderzoek aan bod zijn gekomen en een plan gemaakt kan worden om de legitimering van PMT bij stemmingsstoornissen te optimaliseren. De onderzoekers zouden hierin een bijdrage kunnen leveren door deelnemers die interesse hebben in het opzetten van een werkgroep met elkaar in contact te brengen.

Conclusies

In dit onderzoek stond de vraag centraal wat psychomotorisch therapeuten aanbieden aan patiënten met stemmingsstoornissen en in hoeverre het aanbod te legitimeren is op basis van empirische gegevens.

Uit de resultaten van het onderzoek kan geconcludeerd worden dat de deelnemende psychomotorisch therapeuten:

1. in volgorde van meest voorkomend naar minst voorkomend de volgende behandelcategorieën inzetten: fysieke training, ontspanningsoefeningen, sport en spel en mindfulness.
2. nauwelijks empirische onderbouwing (kunnen) geven voor wat ze aanbieden.
3. behandelvormen aanbieden waarvoor vanuit literatuuronderzoek in wisselende mate empirische onderbouwing gegeven kan worden (evidence-based practice).



Literatuurlijst

- Babyak, M., Blumenthal, J.A., & Herman, S. (2000). Exercise treatment for major depression: Maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosomatic Medicine*, 62, 633-638.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.
- Bakker, A. & Van Woerkom, S. (2010). Runningtherapie bij depressie. *Bijblijven*, 10, 26-30.
- Beshai, S., Dobson, K.S., Bockting, C.L.H., & Quigley, L. (2011). Relapse and recurrence prevention in depression: Current research and future prospects. *Clinical Psychology Review*, 31(8), 1349-1360.
- Bjørnebekk, A., Mathé, A.A., & Brené, S. (2005). The antidepressant effect of running is associated with increased hippocampal cell proliferation. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 8, 357-368. doi:10.1017/S1461145705005122.
- Blumenthal, J.A., Babyak, M.A., Doraiswamy, P.M., Watkins, L., Hoffman, B.M., Barbour, K.A., . . . Sherwood, A. (2007). Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder. *Psychosomatic Medicine*, 69, 587-596.
- Bosscher, R.J. (1991). *Runningtherapie bij depressie*. Proefschrift. Thesis, Amsterdam.
- Bosscher, R.J. (1996). Over de effectiviteit van runningtherapie bij depressie. *Bewegen & Hulpverlening*, 13, 246-258.
- Bosscher, R.J. (2001). Runningtherapie bij depressie. In Probst, M. & Bosscher, R.J. (red.). *Ontwikkelingen in de Psychomotorische Therapie* (pp. 139-155). Zeist: Cure&Care.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.
- Brown, R.A., Ramsey, S.E., Kahler, C.W., Palm, K.M., Monti, P.M., Abrams, D., . . . Miller, I.W. (2011) A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for depression versus relaxation training for alcohol-dependent individuals with elevated depressive symptoms. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72(2), 286-96.
- Dijkhuis, E. (2010). *PMT in "zorgpaden": Een verkennend onderzoek naar de visie van psychomotorisch therapeuten binnen de enkelvoudige zorg van GGZ-Friesland op de beschrijving en ontwikkeling van stoornisgerichte PMT-modules binnen de zorgprogramma's van GGZ-Friesland*. Masterthesis Master opleiding psychomotorische Therapie. Zwolle: Hogeschool Windesheim.
- Dimeo, F., Bauer, M., Varahram, I., Proest, G., & Halter, U. (2001). Benefits from aerobic exercise in patients with major depression: a pilot study. *British journal of sports medicine*, 35, 114-117.
- Dunn, A.L., Trivedi, M.H., Kampert, J.B., Clark, C.G., & Chambliss, H.O. (2005). Exercise treatment for depression: efficacy and dose response. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(1), 1-8.
- Esquivel, G., Hartgens, F., Schruers, K., & Griez, E. (2008). Lichamelijke inspanning als (adjuvante) therapie bij depressie en angststoornissen. *Stimulus*, 2, 90-107.
- Field, T., Diego, M.A., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., & Kuhn, C. (2004) Massage therapy effects on depressed pregnant women. *Journal of psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 25(2), 115-22.
- Greeson, J. M. (2009). Mindfulness research update: 2008. *Complementary Health Practice Review*, 14(1), 10-18.
- Greist, J.H.J., Klein, M.H., Eischens, R.R., Faris, J., Gurman, A.S., & Morgan, W.P. (1979). Running as treatment for depression. *Comprehensive Psychiatry*, 20, 41-54.
- Haffmans, P.M.J., Kleinsman, A.C.M., van Weelden, C., Huijbrechts, I.P.A.M., & Hoencamp, E. (2006). Comparing running therapy with physiotherapy in the treatment of mood disorders. *Acta Neuropsychiatrica*, 18, 173-176.
- Harris, A.H.S., Cronkite, R., & Moos, R. (2006). *Journal of Affective Disorders*, 93, 79-85. doi:10.1016/j.jad.2006.02.013.
- Hattum, M. van, & Hutschemaekers, G. (2003). *Vakwerk: Producttyperingen van vaktherapeuten voor het programma stemmingsstoornissen*. Utrecht: Trimbos Instituut.

- Hoffman, B.M., Babyak, M.A., Craighead, W.E., Sherwood, A., Doraiswamy, P.M., Coons, M.J., & Blumenthal, J.A. (2011). Exercise and Pharmacotherapy in Patients with Major Depression: One-Year Follow-Up of the SMILE Study. *Psychosomatic Medicine*, 73, 127-133.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-83.
- Huizinga, J.C. & Bosscher, R.J. (2005). Run for your life: een therapeutisch avontuur. In Lange, de, J. & Bosscher, R.J. (red.). *Psychomotorische therapie in de praktijk* (pp. 141-160). Nijmegen: Cure&Care.
- Huyser, J., Schene, A.H., Sabbe, B. & Spinhoven P.H. (2008). *Handboek depressieve stoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Jorm, A.F., Morgan, A.J., & Hetrick, S.E. (2008). Relaxation for depression. The *Cochrane collaboration*. John Wiley & Sons.
- Kang YS, Choi SY, & Ryu, E. (2009). The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse Education Today*, 29(5), 538-43.
- Kiers, J. (2001, Oktober 6). Hardlopen tegen een depressie. *Nieuwsblad van het Noorden*, p. 25.
- Klainin-Yobas, P., Cho, M.A., & Creedy, D. (2011). Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.08.014.
- Klein, M.H., Greist, J.H., Gurman, A.S., Neimeyer, R.A., Lesser, D.P., Bushnell, N.J., & Smith, R.E. (1985). A comparative outcome study of group psychotherapy vs. exercise treatments for depression. *International Journal of Mental Health*, 13, 148-177.
- Knapen, J., Van de Vliet, P., Van Coppenolle, H., David, A., Peuskens, J., Pieters, G., & Knapen, K. (2005). Comparison of changes in physical self-concept, global self-esteem, depression and anxiety following two different psychomotor therapy programs in nonpsychotic psychiatric inpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(6), 353-61.
- Knubben, K., Reischies, F.M., Adli, M., Schlattmann, P., Bauer, M., & Dimeo, F. (2007). A randomised, controlled study on the effects of a short-term endurance training programme in patients with major depression. *British journal of sports medicine*, 41, 29-33. doi: 10.1136/bjism.2006.030130
- Koster, F. (2007). Frits Koster over mindfulness, een moderne behandelingswijze vanuit een eeuwenoude traditie. *Psychopraxis*, 9, 70-74.
- Kozasa, E.H., Santos, R.F., Rueda, A.D., Benedito-Silva, A.A., De Ornellas, F.L., & Leite, J.R (2008). Evaluation of Siddha Samadhi Yoga for anxiety and depression symptoms: a preliminary study. *Psychological Reports*, 103(1), 271-274.
- Krogh, J., Nordentoft, M., Sterne, J.A.C., & Lawlor, D.A. (2011). The Effect of Exercise in Clinically Depressed Adults: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal Clinical Psychiatry*, 72(4), 529–538.
- Krogh, J., Saltin, B., Gluud, C., & Nordentoft, M. (2009). The DEMO trial: a randomized, parallel-group, observer-blinded clinical trial of strength versus aerobic versus relaxation training for patients with mild to moderate depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(6), 790-800.
- Kruisdijk, F.R. (2009). Running, een bijdrage aan herstel van depressie (symposia, 37^e voorjaarscongres voor psychiatrie).
- Lawlor, D.A., & Hopker, S.W. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 322, 763-767.
- Legrand, F.D. & Mille, C.R. (2009). The effects of 60 minutes of supervised weekly walking (in a single vs. 3-5 session format) on depressive symptoms among older women: Findings from a pilot randomized trial. *Journal of Mental Health and Physical Activity*, 2, 71-75. doi: 10.1016/j.mhpa.2009.09.002.
- Leite, J.R., Ornellas, F.L., Amemiya, T.M., de Almeida, A.A., Dias, A.A., Afonso, R., . . . Kozasa, E.H. (2010). Effect of progressive self-focus meditation on attention, anxiety, and depression scores. *Perceptual and Motor Skills*, 110(3), 840-848.

- Leite, J.R., Ornellas, F.L., Amemiya, T.M., de Almeida, A.A., Dias, A.A., Afonso, R., . . . Kozasa, E.H.(2010) Effect of progressive self-focus meditation on attention, anxiety, and depression scores. *Perceptual and Motor Skills*, 111(3), 918-920.
- Mead, G.E., Morley, W., Campbell, P., Greig, C.A., McMurdo, M., & Lawlor, D.A. (2008). Exercise for depression. *The Cochrane Collaboration*. John Wiley & Sons.
- Meeuwissen, J.A.C., Fischer, E., Hagemeyer, A., van Rijswijk, H.C.A.M., in den Bosch, H.J.H., Poot, E.P., Feenstra, T.L. & Buskens, E. (2005). GGZ, multidisciplinaire richtlijnontwikkeling; *Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Depressie*. Trimbosinstituut.
- Mertens, E. (2004) *Toegepaste relaxatie van Öst*. In: J. Simons (red), *Actuele Themata uit de Psychomotorische Therapie*. Leuven: Acco.
- Moos, R.H., Cronkite, R.C., Finney, J.W. (1992). Health and Daily Living Form Manual. *Mind Spring*, Redwood City, CA.
- Naylor CD. (1995). Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine. *The Lancet*, 345, 840-842.
- Piet, J. & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1032-1040.
- Probst, M., Knapen, J., & Pieters, G. (2008). Vaktherapeutische interventie bij depressie. In J. Huyser. A.H., Schene, B. Sabbe, & Ph. Spinhoven (red.), *Handboek Depressieve stoornissen* (pp. 235-244). Utrecht: De Tijdstroom.
- Schipholt, I.L. (2007). Behandelen met meditatie: Grondlegger Jon Kabat-Zinn over de mogelijkheden van mindfulness. *Medisch Contact*, 62, 1266-1269.
- Schultz, J.H. (1982). Das autogene training. Konzentratieve selbstentspannung. Versuch einer klinisch-praktischen darstellung. Georg Thieme Verlag: Stuttgart.
- Segal, Z. V. (2008). Finding daylight: Mindful recovery from depression. *Psychotherapy Networker*, 32(1), 13–22.
- Stammes, R. & Spijker, J. (2009). Fysieke training bij depressie; een overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 821-830.
- Stetter, F. & Kupper, S. (2002). Autogenic training: a meta-analysis of clinical outcome studies. *Applied psychophysiology and biofeedback*. 27(1), 45-98.
- Ströhle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 116, 777-784.
- Trivedi, M.H., Greer, T.L., Church, T.S., Carmody, T.J., Grannemann, B.D., Galper, D.I., . . . Blair, S.N. (2011). Exercise as an augmentation treatment for nonremitted major depressive disorder: A randomized, parallel dose comparison. *Journal Clinical Psychiatry*, 72(5), 677-684.
- Van Balkom, A.J.L.M., Meeuwissen, J.A.C., Bockting, C.L.H., Emmelkamp, P., Kop, P., van Marwijk, H.W.J., ... van Vliet, I.M. (2011) GGZ, multidisciplinaire richtlijnontwikkeling; *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (tweede revisie)* Trimbosinstituut.
- Van de Berg, H. & Meijer, B. (2001) *Zakwoordenboek van de psychiatrie*. Arnhem: Elsevier.
- Van der Klis, P. (2005). Niet bij doen alleen. Over psychomotorische therapie en verbale begeleiding (oorspronkelijk 1980). In J. de Lange, (red.), Een vak apart, artikelen over psychomotorische therapie (pp. 207-215). Utrecht: 't Web- Netwerk Rondom Bewegen.
- Vocht, A. de (2010). *Basishandboek SPSS 18*. Utrecht: Bijleveld.
- Weiss, H. (2009) The use of mindfulness in psychodynamic and body oriented psychotherapy. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 4(1), 5-16.
- Williams, J. M. G., Russell, I.G., & Russell, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy: further issues in current evidence and future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 524-529.
- Williams, J.M.G., Russell, I. T., Crane, C., Russell, D., Whitaker, C.J., Duggan, D.S.,... Siverton, S. (2010). The Staying Well After Depression Study: Trial Design and Protocol. *BMC Psychiatry*, 10, 23, doi:10.1186/1471-244X-10-23 .

Bijlage 1: Enquête

Psychomotorische therapie bij stemmingsstoornissen

Beste Collega,

Hartelijk welkom bij de enquête 'Psychomotorische therapie bij stemmingsstoornissen'. Het invullen van de enquête is anoniem en zal ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Van belang bij het invullen van de enquête is dat u zich beperkt tot uw werk met de doelgroep volwassenen (18-65) met een stemmingsstoornis. De kans is groot dat u ook nog met andere doelgroepen of leeftijden werkt, maar de enquête gaat alleen over deze specifieke doelgroep.

Succes met het invullen van de enquête en bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking.

Start

Pagina: 2

Psychomotorische therapie bij stemmingsstoornissen

ALGEMEEN: ERVARING EN WERKSETTING

Pagina: 3

1. Hoeveel jaar werkervaring heeft u als PMT'er?

2. Welke opleiding heeft u gevolgd? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Calo Windesheim BAPMT bachelor
- VU Amsterdam PMT opleiding
- HAN Nijmegen PMT opleiding
- Calo Windesheim Master PMT
- Voortgezette Opleiding PMT
- Bewegings en expressietherapie
- PMKT opleiding
- Anders nl.

3. Binnen wat voor instelling bent u werkzaam als PMT'er met volwassenen met een stemmingsstoornis? (meerdere antwoorden mogelijk)

- PAAZ
- Universitaire Medische Centra
- RIAGG
- APZ
- Particuliere praktijk
- Andere GGZ instelling
- Anders nl.

Pagina: 4

PMT BEHANDELING BIJ VOLWASSENEN MET EEN STEMMINGSTOORNIS.

Er zijn 5 verschillende categorieën, per categorie zijn een aantal vragen te beantwoorden. Als de categorie niet bij u past wordt u doorgelinkt naar de volgende categorie.

Pagina: 5

4. Categorie 1: Bent u werkzaam binnen een klinische setting?

- Ja
- Nee

Pagina: 6

5. Klinische setting

Met welke doelgroep werkt u in deze behandeling? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Chronisch depressief
- Acut depressief
- Bipolaire stoornis
- Dysthyme stoornis
- Anders nl.

6. Klinische setting

Werkt u voornamelijk individueel of werkt u met groepen?

- Individueel
- Groepen
- Beide, verhouding individueel – groep:

7. Klinische setting

Hoe zijn eventuele groepen samengesteld?

- Uitsluitend stemmingsstoornissen
- Samengestelde groep met ook andere ziektebeelden
- Zowel groepen met enkel stemmingsstoornissen als met samengestelde groepen qua ziektebeeld
- N.v.t.

8. Klinische setting

Hoe vaak ziet u uw cliënten gemiddeld?

- Meer dan 2 keer per week
- 2 keer per week
- 1 keer per week
- 1 keer per 2 weken
- 1 keer per 3 weken

9. Klinische setting

Werkt u primair oefen-, ervarings- of conflictgericht? (combinaties zijn mogelijk).

- Oefengericht
- Ervaringsgericht
- Conflictgericht

10. Klinische setting

Wat is het PMT aanbod dat u geeft? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Running
- Fitness- Krachttraining
- Fitness- Cardio
- Mindfulness
- Ontspanningsoefeningen
- Nordic Walking
- Zwemmen
- Fietsen
- Wandelen
- Anders nl:

11. Klinische setting

Als u thematisch werkt, welke thema's brengt u dan vooral onder de aandacht? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Vertrouwen
- Samenwerking
- Ruimte
- Kracht/agressie Macht/onmacht/frustratie Assertiviteit/grenzen (bepalen)
- Hulp vragen
- Leiding/initiatief
- Contact
- Lichaamsbeleving
- Spanning/ontspanning
- Evenwicht
- Anders nl:

12. Klinische setting

Met welke door de NVPMT uitgegeven module(s) werkt u in de behandeling van stemmingsstoornissen binnen uw instelling?

13. Klinische setting

Welke werkvormen worden door u regelmatig ingezet en beschouwt u als waardevol binnen de PMT behandeling van stemmingsstoornissen?

14. Klinische setting

Vanuit welke theoretisch kader, therapeutische inspiratiebronnen of uitkomsten van onderzoek laat u zich inspireren bij uw keuze voor uw behandel aanbod?

15. Klinische setting

In het boek "In beweging, de ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie", door M. van Hattum en G. Hutschmaekers, beschrijven R. Bosscher en C. Emck een aantal producten voor cliënten met stemmingsstoornissen. Als u bekend bent met deze indeling, welke producten worden door u gebruikt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Steunend

- Pragmatisch-structurend
- Directief-Klachtgericht
- Focaal inzichtgevend
- Inzichtgevend plus

Pagina: 7

16. Categorie 2: Bent u werkzaam binnen een meerdaagse dagbehandeling?

- Ja
- Nee

Pagina: 8

17. Meerdaagse dagbehandeling

Met welke doelgroep werkt u in deze dagbehandeling? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Chronisch depressief
- Acut depressief
- Bipolaire stoornis
- Dysthyme stoornis
- Anders nl.

18. Meerdaagse dagbehandeling

Werkt u voornamelijk individueel of werkt u met groepen?

- Individueel
- Groepen
- Beide, verhouding individueel – groep:

19. Meerdaagse dagbehandeling

Hoe zijn eventuele groepen samengesteld?

- Uitsluitend stemmingsstoornissen
- Samengestelde groep met ook andere ziektebeelden
- Zowel groepen met enkel stemmingsstoornissen als met samengestelde groepen qua ziektebeeld
- N.v.t

20. Meerdaagse dagbehandeling

Hoe vaak ziet u uw cliënten gemiddeld?

- Meer dan 2 keer per week
- 2 keer per week
- 1 keer per week
- 1 keer per 2 weken
- 1 keer per 3 weken

21. Meerdaagse dagbehandeling

Werkt u primair oefen-, ervarings- of conflictgericht? (combinaties zijn mogelijk).

- Oefengericht
- Ervaringsgericht
- Conflictgericht

22. Meerdaagse dagbehandeling

Wat is het PMT aanbod dat u geeft? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Running
- Fitness- Krachttraining
- Fitness- Cardio
- Mindfulness
- Ontspanningsoefeningen
- Nordic Walking
- Zwemmen
- Fietsen
- Wandelen
- Anders nl:

23. Meerdaagse dagbehandeling

Als u thematisch werkt, welke thema's brengt u dan vooral onder de aandacht? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Vertrouwen
- Samenwerking
- Ruimte
- Kracht/agressie Macht/onmacht/frustratie Assertiviteit/grenzen (bepalen)
- Hulp vragen
- Leiding/initiatief
- Contact
- Lichaamsbeleving
- Spanning/ontspanning
- Evenwicht
- Anders nl:

24. Meerdaagse dagbehandeling

Met welke door de NVPMT uitgegeven module(s) werkt u in de behandeling van stemmingsstoornissen binnen uw instelling?

25. Meerdaagse dagbehandeling

Welke werkvormen worden door u regelmatig ingezet en beschouwt u als waardevol binnen de PMT behandeling van stemmingsstoornissen?

26. Meerdaagse dagbehandeling

Vanuit welke theoretisch kader, therapeutische inspiratiebronnen of uitkomsten van onderzoek laat u zich inspireren bij uw keuze voor uw behandel aanbod?

27. Meerdaagse dagbehandeling

In het boek "In beweging, de ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie", door M. van Hattum en G. Hutschemaekers, beschrijven R. Bosscher en C. Emck een aantal producten voor cliënten met stemmingsstoornissen. Als u bekend bent met deze indeling, welke producten worden door u gebruikt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Steunend
- Pragmatisch-structurend
- Directief-Klachtgericht
- Focaal inzichtgevend
- Inzichtgevend plus

Pagina: 9

28. Categorie 3: Bent u werkzaam binnen een eendaagse dagbehandeling?

- Ja
- Nee

Pagina: 10

29. Eendaagse dagbehandeling

Met welke doelgroep werkt u in deze eendaagse dagbehandeling? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Chronisch depressief
- Acuut depressief
- Bipolaire stoornis
- Dysthyme stoornis
- Anders nl.

30. Eendaagse dagbehandeling

Werkt u voornamelijk individueel of werkt u met groepen?

- Individueel
- Groepen
- Beide, verhouding individueel – groep:

31. Eendaagse dagbehandeling

Hoe zijn eventuele groepen samengesteld?

- Uitsluitend stemmingsstoornissen
- Samengestelde groep met ook andere ziektebeelden
- Zowel groepen met enkel stemmingsstoornissen als met samengestelde groepen qua ziektebeeld
- N.v.t

32. Eendaagse dagbehandeling

Hoe vaak ziet u uw cliënten gemiddeld?

- 1 keer per week
- 1 keer per 2 weken
- 1 keer per 3 weken
- Anders NI.

33. Eendaagse dagbehandeling

Werkt u primair oefen-, ervarings- of conflictgericht? (combinaties zijn mogelijk).

- Oefengericht
- Ervaringgericht
- Conflictgericht

34. Eendaagse dagbehandeling

Wat is het PMT aanbod dat u geeft? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Running
- Fitness- Krachttraining
- Fitness- Cardio
- Mindfulness
- Ontspanningsoefeningen
- Nordic Walking
- Zwemmen
- Fietsen

- Wandelen
- Anders nl:

35. Eendaagse dagbehandeling

Als u thematisch werkt, welke thema's brengt u dan vooral onder de aandacht? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Vertrouwen
- Samenwerking
- Ruimte
- Kracht/agressie Macht/onmacht/frustratie Assertiviteit/grenzen (bepalen)
- Hulp vragen
- Leiding/initiatief
- Contact
- Lichaamsbeleving
- Spanning/ontspanning
- Evenwicht
- Anders nl:

36. Eendaagse dagbehandeling

Met welke door de NVPMT uitgegeven module(s) werkt u in de behandeling van stemmingsstoornissen binnen uw instelling?

37. Eendaagse dagbehandeling

Welke werkvormen worden door u regelmatig ingezet en beschouwt u als waardevol binnen de PMT behandeling van stemmingsstoornissen?

38. Eendaagse dagbehandeling

Vanuit welke theoretisch kader, therapeutische inspiratiebronnen of uitkomsten van onderzoek laat u zich inspireren bij uw keuze voor uw behandel aanbod?

39. Eendaagse dagbehandeling

In het boek "In beweging, de ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie", door M. van Hattum en G. Hutschemaekers, beschrijven R. Bosscher en C. Emck een aantal producten voor cliënten met stemmingsstoornissen. Als u bekend bent met deze indeling, welke producten worden door u gebruikt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Steunend
- Pragmatisch-structurend
- Directief-Klachtgericht
- Focaal inzichtgevend
- Inzichtgevend plus

Pagina: 11

40. Categorie 4: Bent u werkzaam binnen een poliklinische behandeling?

- Ja
- Nee

Pagina: 12

41. Poliklinische setting

Werkt u voornamelijk individueel of werkt u met groepen?

- Individueel
- Groepen
- Beide, verhouding individueel – groep:

42. Poliklinische setting

Met welke doelgroep werkt u in deze behandeling? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Chronisch depressief
- Acut depressief
- Bipolaire stoornis
- Dysthyme stoornis
- Anders nl.

43. Poliklinische setting

Hoe zijn eventuele groepen samengesteld?

- Uitsluitend stemmingsstoornissen
- Samengestelde groep met ook andere ziektebeelden
- Zowel groepen met enkel stemmingsstoornissen als met samengestelde groepen qua ziektebeeld
- N.v.t

44. Poliklinische setting

Hoe vaak ziet u uw cliënten gemiddeld?

- Meer dan 3 keer per week
- 2 keer per week
- 1 keer per week
- 1 keer per 2 weken
- 1 keer per 3 weken

45. Poliklinische setting

Werkt u primair oefen-, ervarings- of conflictgericht? (combinaties zijn mogelijk).

- Oefengericht
- Ervaringsgericht
- Conflictgericht

46. Poliklinische setting

Wat is het PMT aanbod dat u geeft? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Running
- Fitness- Krachttraining
- Fitness- Cardio
- Mindfulness
- Ontspanningsoefeningen
- Nordic Walking
- Zwemmen
- Fietsen
- Wandelen
- Anders nl:
-

47. Poliklinische setting

Als u thematisch werkt, welke thema's brengt u dan vooral onder de aandacht? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Vertrouwen
- Samenwerking
- Ruimte
- Kracht/agressie Macht/onmacht/frustratie Assertiviteit/grenzen (bepalen)
- Hulp vragen
- Leiding/initiatief
- Contact
- Lichaamsbeleving
- Spanning/ontspanning
- Evenwicht
- Anders nl:

48. Poliklinische setting

Met welke door de NVPMT uitgegeven module(s) werkt u in de behandeling van stemmingsstoornissen binnen uw instelling?

49. Poliklinische setting

Welke werkvormen worden door u regelmatig ingezet en beschouwt u als waardevol binnen de PMT behandeling van stemmingsstoornissen?

50. Poliklinische setting

Vanuit welke theoretisch kader, therapeutische inspiratiebronnen of uitkomsten van onderzoek laat u zich inspireren bij uw keuze voor uw behandel aanbod?

51. Poliklinische setting

In het boek "In beweging, de ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie", door M. van Hattum en G. Hutschemaekers, beschrijven R. Bosscher en C. Emck een aantal producten voor cliënten met stemmingsstoornissen. Als u bekend bent met deze indeling, welke producten worden door u gebruikt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Steunend
- Pragmatisch-structurend
- Directief-Klachtgericht
- Focaal inzichtgevend
- Inzichtgevend plus

Pagina: 13

52. Categorie 5: Bent u werkzaam binnen een behandeling anders dan de categorieën die genoemd zijn?

- Ja, Namelijk:
- Nee

Pagina: 14

53. Andere setting

Met welke doelgroep werkt u in deze andere behandeling? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Chronisch depressief
- Acut depressief
- Bipolaire stoornis
- Dysthyme stoornis
- Anders nl.

54. Andere setting

Werkt u voornamelijk individueel of werkt u met groepen?

- Individueel

- Groepen
- Beide, verhouding individueel – groep:

55. Andere setting

Hoe zijn eventuele groepen samengesteld?

- Uitsluitend stemmingsstoornissen
- Samengestelde groep met ook andere ziektebeelden
- Zowel groepen met enkel stemmingsstoornissen als met samengestelde groepen qua ziektebeeld
- N.v.t

56. Andere setting

Hoe vaak ziet u uw cliënten gemiddeld?

- Meer dan 3 keer per week
- 2 keer per week
- 1 keer per week
- 1 keer per 2 weken
- 1 keer per 3 weken

57. Andere setting

Werkt u primair oefen-, ervarings- of conflictgericht? (combinaties zijn mogelijk).

- Oefengericht
- Ervaringsgericht
- Conflictgericht

58. Andere setting

Wat is het PMT aanbod dat u geeft? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Running
- Fitness- Krachttraining
- Fitness- Cardio
- Mindfulness
- Ontspanningsoefeningen
- Nordic Walking
- Zwemmen
- Fietsen
- Wandelen
- Anders nl:

59. Andere setting

Als u thematisch werkt, welke thema's brengt u dan vooral onder de aandacht? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Vertrouwen
- Samenwerking
- Ruimte
- Kracht/agressie Macht/onmacht/frustratie Assertiviteit/grenzen (bepalen)
- Hulp vragen
- Leiding/initiatief
- Contact
- Lichaamsbeleving
- Spanning/ontspanning
- Evenwicht
- Anders nl:

60. Andere setting

Met welke door de NVPMT uitgegeven module(s) werkt u in de behandeling van stemmingsstoornissen binnen uw instelling?

61. Andere setting

Welke werkvormen worden door u regelmatig ingezet en beschouwt u als waardevol binnen de PMT behandeling van stemmingsstoornissen?

62. Andere setting

Vanuit welke theoretisch kader, therapeutische inspiratiebronnen of uitkomsten van onderzoek laat u zich inspireren bij uw keuze voor uw behandel aanbod?

63. Andere setting

In het boek "In beweging, de ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie", door M. van Hattum en G. Hutschemaekers, beschrijven R. Bosscher en C. Emck een aantal producten voor cliënten met stemmingsstoornissen. Als u bekend bent met deze indeling, welke producten worden door u gebruikt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Steunend
- Pragmatisch-structurend
- Directief-Klachtgericht
- Focaal inzichtgevend
- Inzichtgevend plus

Tot slot

Pagina: 16

Pagina: 17

64. Als er nog zaken zijn die u kwijt wilt en die u nergens heeft kunnen invullen, dan kunt u ze hieronder weergeven.

65. Ik wil op de hoogte worden gehouden van de resultaten van dit onderzoek.

- Ja via mailadres:
- Nee

66. Ik ben geïnteresseerd in een eventuele werkgroep Depressie bij de NVPMT.

- Ja via mailadres:
- Nee

67. Bent u eventueel bereid in een telefonisch interview e.e.a. toe te lichten met betrekking tot uw werkwijze?

- Ja Naam en telefoonnummer:
- Nee

Einde

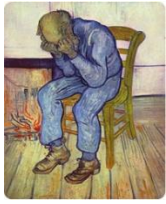
Pagina: 18

Hartelijk dank voor het invullen van deze enquête.

Met vriendelijk groet,

Marieke van Egmond & Marion Beldman

Bijlage 2: Uitnodiging deelnemers



Beste collega,

In het kader van ons onderzoek voor de Masteropleiding PMT aan de Chr. Hogeschool Windesheim (onder begeleiding van Ruud Bosscher), vragen wij uw medewerking middels het invullen van de enquête "*Psychomotorische Therapie bij stemmingsstoornissen*".

Doel van dit onderzoek is meer duidelijkheid te bieden over de psychomotorische behandeling van stemmingstoornissen in Nederland. Daarnaast verrichten wij een literatuurstudie om de uitkomsten van de enquête een theoretische en empirische basis te geven. Wij gaan, met andere woorden, na in welke mate de gehanteerde behandelingswijzen theoretisch gelegitimeerd kunnen worden, ondersteund worden door de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek in brede zin (d.w.z. niet alleen op basis van RCT's), of meer gestoeld zijn op ervaringskennis die al dan niet gemeenschappelijk gedeeld wordt door de beroepsgroep. De uitkomsten van het onderzoek beogen op termijn tot meer overeenstemming en afstemming te leiden en daarmee tot een verbetering van de positie van de PMT in het totaal van de behandeling van stemmingsstoornissen.

Het invullen van de enquête is anoniem en zal ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag nemen. U kunt uw naam en e-mailadres achterlaten als u op de hoogte gehouden wilt worden van het onderzoek en van eventuele stappen in het oprichten van een NVPMT werkgroep Depressie.

Hiervoor kunt u ons ook apart een mailtje sturen, zodat de enquête alsnog anoniem blijft. Van belang bij het invullen van de enquête is dat u zich beperkt tot uw werk met de doelgroep volwassenen (18-65) met een stemmingsstoornis ook al werkt u ook nog met andere doelgroepen.

U vindt de enquête via deze link: www.thesistools.com/web/?id=209499

Als de link niet werkt kunt u de link kopiëren en plakken in uw werkbalk.

Als u vragen heeft kunt u ons bereiken via onderzoekpmt@hotmail.com

Bij voorbaat dank voor uw medewerking,

Marieke van Egmond & Marion Beldman



Bijlage 3: Voorbeeld gebruikt stappenplan – Runningtherapie

Gebruikte websites running:

- <http://www.gmw.rug.nl/~bibshop/izo/hoofd.php?eerstekeus=Zoekplan&tweedekeus=Inleiding>
- <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl> (zoektermen depressie/hardlopen)
- <http://www.hyperdictionary.com/> (zoektermen running/depression)

Running	Hardlopen, depressie	Hardlopen, /en/bij/tegen/+stemmingsstoornis	Clinical depression ,/and/or/+ running
	Hardlopen en depressie	Hardlopen, /en/bij/tegen/+ depressieve episode	Depressive disorder ,/and/or/+ running
	Hardlopen bij depressie	Duurlopen, /en/bij/tegen/+ depressie	Dysthymia ,/and/or/+ running
	Hardlopen als therapie (bij depressie)	Hardlopen, /en/bij/tegen/+ somberheid	Minor depression ,/and/or/+ running
	Hardlopen tegen depressie	Hardlopen, /en/bij/tegen/+ dysthymie	Runningtherapy
	Hardlopen + depressie	Joggen ,/en/bij/tegen/+ depressie	Running ,/and/or/+ depression
	Runningtherapie en depressie	Onderzoek hardlopen, /en/bij/tegen/+ depressie	Running, research
	Runningtherapie, depressie	Trimmen, /en/bij/tegen/+ depressie	Running, review
	Runningtherapie bij depressie	Hardlopen, onderzoek	Runningtherapy, research
	Runningtherapie tegen depressie	Hardlopen, overzicht	Runningtherapy, review
	Runningtherapie + depressie	Ruud Bosscher, running	Hardlopen en depressie, proefschrift
			Hardlopen en depressie, databestanden
			Hardlopen en depressie, datasets

Belangrijk is tussen de zoektermen te variëren met, /en/of/bij/tegen/+and/with/or Kijk ook naar relevante keywords onder de verschillende artikelen

<i>Waar zoeken?</i> (aantekeningen literatuuronderzoek)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bibliotheek, hogeschool, universiteit, instelling ➤ Google, Wikipedia ➤ Google scholar, Pubmed, PsycInfo ➤ Web of knowledge, web of science, journal citation reports ➤ Nederlandse vakliteratuur: PMT infosite, thesis vorige studentenlichtingen 	
<i>Waar naar kijken?</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Titels van tijdschriften ➤ Auteursnamen ➤ Titels abstracts -> full text? ➤ Reviews (overzichtsartikelen) 	
<i>Wanneer geschreven?</i>	➤ Na 2000 (2000-heden)	
1. Vergelijkbaar onderzoek?	Door anderen verzamelde gegevens	- Nederlands CBS - Vlaamse APS
2. Relevante zoekmachines	www.google.nl + http://scholar.google.nl + www.yahoo.nl + www.scirus.com + www.wikipedia.nl +/-	Zoekmachines Zoekmachine Zoekmachine voor wetenschappelijke publicaties Mogelijk ook zoektermen combineren. Bij de zoekterm depressie staat ook e.e.a. onder "behandeling"
	http://www.tripdatabase.com/ +	Met 1 zoekactie worden meer dan 70 evidence-Based-Medicine-bronnen tegelijkertijd doorzocht, waaronder peer reviewed tijdschriften. TRIP staat voor Turning Research into Practice.
3. Relevante internetsites	www.trimbos.nl + www.qure.nl +/- www.pmtinfosite.nl + www.geheugenvannederland.nl +/-	o.a. kijken naar <i>publicaties</i> op betreffende zoektermen en bij <i>depressielinks</i>
	https://openaccess.leidenuniv.nl/bitstream/handle/1887/17774/Sanders%2c%20E.%20-%20Eerste%20Hulp%20bij%20e-Onderzoek%20voor%20studenten%20in%20de%20geesteswetenschappen%2816-8-2011%29%20WEBVERSIE%20v2.pdf?sequence=6	Een website die 553.135 items uit 102 collecties van 90 instellingen bevatte. Je kunt er op foto's, video's, geluidsopnames en teksten zoeken. Eerste Hulp Bij e-Onderzoek (ONLINE BOEK)
4. Relevante tijdschriftartikelen/databases	www.ingentaconnect.com + http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx + http://infomine.ucr.edu/ +/- http://aip.completeplanet.com +/-	Bevat verwijzingen naar ruim 17 miljoen wetenschappelijke publicaties PsycINFO [®] is an expansive abstracting and indexing database with more than 3 million records devoted to peer-reviewed literature in the behavioral sciences and mental health, making it an ideal discovery and linking tool for scholarly research in a host of disciplines. Overzicht gericht op wetenschappelijke informatie
	www.sciencedirect.com +	Geeft een overzicht van 70.000 doorzoekbare databases en onderwerpsgerichte zoekmachines Via deze site kun je via een bepaalde zoekterm in velerlei tijdschriften zoeken. Je kunt inloggen met <u>mariekemariamaster</u> en wachtwoord <u>depressie</u> . Dan heb ik bij favorieten o.a. de volgende tijdschriften aangemaakt waar in ieder geval in gezocht kan worden: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Body Image ➤ Human Movement Science ➤ The Arts in Psychotherapy ➤ Journal of bodywork and movement therapies
	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/ +	Grootste bibliografische database op biomedisch gebied, vanaf 1950 (PUBMED)
	http://thomsonreuters.com/products_services/science/ + (ook in onderzoeksvoorstel genoemd)	Web of Science (WoS) is een veelgebruikte database, die bestaat uit drie afzonderlijke Citatie databases: <ul style="list-style-type: none"> ➤ SCI = Science Citation Index Expanded (1945-heden): natuurwetenschappen, wiskunde, geneeskunde en technische wetenschappen. ➤ Social Sciences Citation Index (1956-heden): sociale wetenschappen, psychologie en bedrijfskunde.

		➤ Arts & Humanities Citation Index (1975-heden): kunst en humaniora.
--	--	--

	http://www.apa.org/pubs/databases/psycarticles/index.aspx + (ook in onderzoeksvoorstel genoemd)	PsycARTICLES® is a robust database offering complete access to the full text of nearly 80 landmark journals in behavioral science and related fields ranging from education, to nursing, to business, to neuroscience.
	http://www.ebscohost.com/public/sportdiscus-with-full-text + (gratis toegankelijk??)	SPORTDiscus™ with Full Text is the world's most comprehensive source of full text for sports & sports medicine journals, providing full text for 550 journals indexed in SPORTDiscus.
5. Relevante tijdschriften	www.psychomotor.gr/en/european-psychomotricity-journal.html +	Tijdschrift European Psychomotricity Journal
	www.tandfonline.com/toc/tbmd20/current +	Tijdschrift Body Movement and Dance in Psychotherapy
	www.adta.org/Default.aspx?pagelid=475925 +/-	Tijdschrift American Journal of Dance Therapy
	In bezit +	Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie/Vaktherapie
	http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/ +	Tijdschrift voor Psychiatrie
	http://vb23.bsl.nl/frontend/index.asp?custom_product_id=1566-6166&product_id=%7B6E1C5824-6196-46B2-9F4A-D893075C8D16%7D +	Psychopraktijk, voorheen Psychopraxis
6. Relevante reviewartikelen/sites	http://www.annualreviews.org/loi/psych +/-	
	http://www2.cochrane.org/reviews/ +	
7. Relevante links naar bibliotheken/boeken	http://picarta.pica.nl (wel eerst een gebruikersnaam aanmaken)	Catalogi van meer dan 400 bibliotheken.
	http://www.oclc.org/nl/nl/default.htm +/-	Pica is de centrale catalogus van de meeste Nederlandse bibliotheken.
	www.books.google.nl of www.books.google.com	
8. Handige links volgens Baarda en de Goede	http://woordenlijst.org/	Woordenboek der Nederlandse taal, officiële spelling
	http://www.lib.monash.edu.au/tutorials/citing/apa.html	Een Engelstalige website met goede voorbeelden van APA-stijl citaties.
	http://www.apastyle.org/	Hier vind je allerlei verwijzingen naar richtlijnen van o.a. de APA voor publicaties; dus hoe je naar literatuur moet verwijzen, hoe een literatuurlijst eruit moet zien, hoe een tabel eruit moet zien enz.

Bijlage 4: Uitwerking onderzoeken

Fysieke Training

Studie I a

Auteurs/jaar van publicatie

- Blumenthal, J.A., Babyak, M.A., Moore, K.A., Craighead, W.E., Herman, S., Khatri, P., . . . Krishnan, K.R. (1999). Effects of Exercise Training on Older Patients With Major Depression.

N=156

Studie

Voor de beoordeling van de effectiviteit van een aerob trainingprogramma in vergelijking met standaard medicatie (dat wil zeggen, antidepressiva: Sertraline) voor de behandeling van depressie bij oudere patiënten, werd er een 16-weekse gerandomiseerde gecontroleerde trial uitgevoerd.

Resultaten

Na 16 weken behandeling verschilden de groepen niet van elkaar. Groeicurve modellen lieten zien dat alle groepen een vermindering lieten zien op HAM-D (Hamilton Rating Scale for Depression) en BDI (Beck Depression Inventory) scores. Echter, patiënten met enkel depressie lieten een snellere eerste reactie zien. In de gecombineerde groep lieten de patiënten met minder ernstige depressieve symptomen een snellere reactie zien dan die met in eerste instantie ernstige depressieve symptomen.

Conclusie

Een trainingsprogramma kan worden beschouwd als een alternatief voor antidepressiva voor de behandeling van depressie bij ouderen. Hoewel antidepressiva een snellere initiële therapeutische respons kan hebben dan fysieke training, was na 16 weken behandeling fysieke training even effectief in het verminderen van depressie bij patiënten met een depressieve stoornis.

Studie I b

Auteurs/jaar van publicatie

- Babyak, M., Blumenthal, J.A., Herman, S., Khatri, P., Doraiswamy, M., Moore, K., . . . Krishnan, R. (2000). *Exercise Treatment for Major Depression: Maintenance of Therapeutic Benefit at 10 Months.*

N=133 (available)

Studie

Het doel van deze studie was om de status van 156 volwassenen vrijwilligers te beoordelen met een ernstige depressieve stoornis 6 maanden na voltooiing van een studie waarin ze willekeurig werden toegewezen aan een vier maanden durende cursus van aerobe training, medicatie in de vorm van sertraline, of een combinatie van aerobe training en sertraline. Deze studie werd beschreven in een publicatie uit 1999, genaamd Effects of exercise training on older adults with major depression.

Resultaten

Na 4 maanden vertoonden de patiënten in alle drie de groepen een significante verbetering, het deel van de afgedragen deelnemers (degenen die niet langer voldeden aan de diagnostische criteria voor een depressieve stoornis en een score op de Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) lieten zien van <8) was vergelijkbaar in alle drie behandelingsgroepen. Echter, na 10 maanden werd zichtbaar dat betrokken deelnemers uit de aerobe trainingsgroep een significant lagere terugval lieten zien dan de proefpersonen in de medicatie-groep. Het voortzetten van de fysieke training tijdens de follow-up periode werd geassocieerd met een verminderde kans op depressie aan het eind van die periode.

Conclusie

Onder personen met een depressieve stoornis is fysieke training haalbaar en wordt het geassocieerd met een aanzienlijk therapeutisch voordeel, vooral wanneer de fysieke training wordt voortgezet.

Studie II

Auteurs/jaar van publicatie

- Dunn, A.L., Trivedi, M.H., Kapert, J.B. Clark, C.G. Chambliss, H.O. (2005) *Exercise Treatment for Depression; Efficacy and Dose Response.*

N=80

Studie

Deze studie, uitgevoerd tussen 1998 en 2001 en geanalyseerd in 2002 en 2003, werd ontworpen om te testen (1) of fysieke training een doeltreffende behandeling is voor milde tot ernstige depressieve stoornissen (MDD), en (2) onderzoek te doen naar de dosis-respons relatie van fysieke training en reductie van de depressieve symptomen. De deelnemers werden gerandomiseerd naar één van de vier aerobe fysieke trainingsgroepen bestaande uit inspanning op de loopband en hometrainer met uiteenlopend energieverbruik (7.0 kcal/kg/week of 17.5 kcal/kg/week) en frequentie (3 dagen/week of 5 dagen/week) of naar een placebo controle groep (3 dagen/week flexibiliteitstraining). De 17,5 kcal/kg/week dosering was in overeenstemming met de volksgezondheid aanbevelingen voor lichamelijke activiteit en werd "public health dose" (PHD) genoemd. De 7.0 kcal/kg/week werd beschreven als "low dose" (LD).

Resultaten

Het belangrijkste effect van het energieverbruik in het verminderen van de score op de Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) na 12 weken was significant. De gecorrigeerde gemiddelde HRSD scores na 12 weken waren 47% verminderd t.o.v. de uitgangswaarde voor PHD, vergeleken met 30% voor LD en 29% voor de controlegroep. Er was met betrekking tot de oefenfrequentie na 12 weken geen belangrijk effect zichtbaar.

Conclusie

Fysieke aerobe training in een dosis overeenkomstig met de volksgezondheid aanbevelingen (uit 2005) is een effectieve behandeling voor depressieve stoornissen van lichte tot matige ernst. Een lagere dosering is vergelijkbaar met placebo-effect. Uitkomsten van de respons en remissie met een PHD dosering zijn vergelijkbaar met de cijfers vanuit onderzoeken als cognitieve gedragstherapie, antidepressiva en andere studies.

Studie III a

Auteurs/jaar van publicatie

- Blumenthal, J.A., Babyak, M., Doraiswamy, P.M., Watkins, L., Hoffman, B.M., Barbour, K.A., Herman, S., Craighead, W.E., Brosse, A.L., Waugh, R., Hinderliter, A., Sherwood, A. (2007) *Exercise and Pharmacotherapy in the Treatment of Major Depressive Disorder*.

N=202

Studie

Tussen Oktober 2000 en November 2005 werd er een prospectieve, gerandomiseerde, gecontroleerde studie (genaamd SMILE studie) uitgevoerd met blinding van de randomisatie en resultaatbeoordeling. Een totaal van 202 volwassenen (153 vrouwen/49 mannen) gediagnosticeerd met "major depressive disorder" (MDD) werden random toegewezen aan één van de vier condities:

- Fysieke training onder begeleiding in een groep (deze bestond uit 10 minuten wandelen gevolgd door 30 minuten wandelen of hardlopen op een loopband op een intensiteit van 70% tot 85% van de maximale hartslag. De training wordt afgesloten met 5 minuten cooling-down oefeningen).
- Fysieke training in de thuissituatie (gelijk aan fysieke training onder begeleiding).
- Antidepressieve medicatie (sertraline, dagelijks 50-200mg).
- Placebo pil voor de duur van 16 weken.

Resultaten

Na 4 maanden behandeling bereikte 41% van de deelnemers remissie welke gedefinieerd werd als het niet langer voldoen aan de criteria voor MDD. Patiënten welke behandeling hadden ontvangen bleken een hogere remissie te hebben dan de placebo controlegroep:

- Fysieke training onder begeleiding in een groep 45%
- Fysieke training in de thuissituatie 40%
- Antidepressieve medicatie (sertraline, dagelijks 50-200mg) 47%
- Placebo pil voor de duur van 16 weken. 31%

Conclusie

De werkzaamheid van lichaamsbeweging bij patiënten lijkt over het algemeen vergelijkbaar met de werkzaamheid van antidepressiva, daarnaast hebben beiden de neiging beter te zijn dan de placebo bij patiënten met een depressieve stoornis. De placebo respons in deze studie is hoog, wat suggereert dat een aanzienlijk deel van de therapeutische respons wordt bepaald door de verwachtingen van de patiënt, lopende controles, aandacht en andere niet-specifieke factoren.

Studie III b

Auteurs/jaar van publicatie

Hoffman, B.M., Babyak, M.A., Craighead, W.E., Sherwood, A., Doraiswamy, P.M., Coons, M.J., Blumenthal, J.A. (2011). *Exercise and Pharmacotherapy in Patients With Major Depression: One-Year Follow-Up of the SMILE Study*.

N=172 (85% van de oorspronkelijke populatie)

Studie

In de oorspronkelijke studie werden 202 volwassenen met MDD at random toegewezen aan:

- Fysieke training onder begeleiding in een groep (deze bestond uit 10 minuten wandelen gevolgd door 30 minuten wandelen of hardlopen op een loopband op een intensiteit van 70% tot 85% van de maximale hartslag. De training wordt afgesloten met 5 minuten cooling-down oefeningen).
- Fysieke training in de thuissituatie (gelijk aan fysieke training onder begeleiding).
- Antidepressieve medicatie (sertraline, dagelijks 50-200mg).
- Placebo pil voor de duur van 16 weken.

We onderzochten twee uitkomsten gemeten op 1-jaars follow-up (d.w.z. 16 maanden na de randomisatie)

- HDRS (Hamilton Depression Rating Scale) score
- MDD (Major Depressive Disorder) status; depressief-partiele remissie-volledige remissie.

Resultaten

In de oorspronkelijke studie (zie boven), behaalden patiënten in de groep fysieke training vergelijkbare voordelen in vergelijking met patiënten die sertraline toegediend kregen. Op het moment van de 1-jaars follow-up, nam de remissie van 46% na de behandeling toe tot 66% voor de deelnemers die deelnamen aan de follow-up. Geen van de genoemde behandelingen tijdens de follow-up periode waren

significante voorspellers m.b.t. de remissie na 1 jaar. Echter, regelmatig bewegen tijdens de follow-up periode voorspelde zowel scores op de HDRS als MDD status na 1 jaar. Deze relatie was echter niet rechtlijnig.

Conclusie

De effecten van aerobe training op de remissie van depressie lijken overeen te komen met sertraline na 4 maanden van de behandeling: blijven sporten gedurende de follow-up periode lijkt de korte termijn voordelen van fysieke training te verlengen en kan het effect van antidepressiva versterken.

Studie IV

Auteurs/(jaar van) publicatie

- Harris, A.H.S., Cronkite, R., Moos, R. (2006). *Physical activity, exercise coping, and depression in a 10-year cohort study of depressed patients.*

N=424

Studie

De populatie bestond uit patiënten die in behandeling kwamen bij één van de vijf instellingen in het kader van depressie, bestaande uit 2 community centra's voor geestelijke gezondheidszorg, een gezondheidsorganisatie, een universitair ziekenhuis en een "department of Veteran Affairs Medical Center". Zij vulden op vier tijdstippen gedurende tien jaar de "Health and Daily Living Form" (HDL; Moos et al., 1992) in, een overzicht van het sociaal, psychologisch en fysiek functioneren. Dit onderzoek is een onderdeel van een lopende longitudinale studie naar depressie.

Resultaten

Verhoogde fysieke training werd in deze steekproef geassocieerd met gelijktijdig minder depressie op 4 evaluaties verspreid over 10 jaar. Het cross-sectionele verband tussen fysieke training en depressie kon niet worden verklaard door leeftijd, medische problemen, of de aanwezigheid van negatieve levensgebeurtenissen in de afgelopen 3 maanden. Een intensievere fysieke training bleek de gevolgen van medische aandoeningen en de negatieve gebeurtenissen in het leven op depressie tegen te gaan. Hoewel verhoogde fysieke training werd geassocieerd met verminderde depressie konden er geen voorspellingen worden gedaan voor latere depressie. Deze resultaten zijn consistent met het bewijs van recente RCT's m.b.t. het aantonen van de effectiviteit van interventies die lichamelijke activiteit verhogen voor de behandeling van milde tot matige depressie.

Conclusie

De resultaten suggereren dat verhoogde fysieke training gelijktijdig geassocieerd wordt met verminderde depressie. Daarnaast lijkt fysieke training vooral nuttig te zijn in het kader van medische problemen en grote stressoren in het leven. Klinisch heeft het stimuleren van depressieve patiënten om deel te nemen aan fysieke training waarschijnlijk potentiële voordelen met weinig voor de hand liggende risico's.

Studie V

Auteurs/(jaar van) publicatie

Trivedi, M.H., Greer, T.L., Church, T.S., Carmody, T.J., Grannemann, B.D., Glaper, D.I., . . . Blair, S.N. (2011). *Exercise as an Augmentation Treatment for Nonremitted Major Depressive Disorder: A Randomized, Parallel Dose Comparison.*

N=126

Studie

De deelnemers werden gerandomiseerd naar een fysieke training bestaande uit wandelen/fietsen of een combinatie van beide met een intensiteit van 16kcal/per kg/per week (KKW) of 4 KKW voor 12 weken, terwijl behandeling met SSRI's constant werd gehouden. De patiënten werden geworven via arts-verwijzingen en advertenties.

Resultaten

Er waren significante verbeteringen zichtbaar voor beide gecombineerde groepen. In week 12 was er een remissie van 28,3% tegenover 15,5% voor de 16KKW en 4KKW groep. Er was een trend voor hogere remissie in de groep met een hogere intensiteit inspanning. Significante verschillen tussen groepen werden gevonden toen de matigende effecten van geslacht en familiegeschiedenis van een psychische aandoening in aanmerking werden genomen en suggereren dat een hogere dosis inspanning beter kan zijn voor alle mannen en voor vrouwen zonder een familiegeschiedenis van psychische aandoeningen.

Conclusie

Fysieke training is een haalbare, uitgebreide strategie voor depressieve patiënten die niet meer reageren op SSRI's.

Runningtherapie

Studie I

N=28

Auteurs/jaar van publicatie

- Greist, J.H., Klein, M.H., Eischens, R.R., Faris, J., Gurman, A.S., & Morgan, W.P. (1979). *Running as treatment for depression*.

Studie

13 vrouwelijke en 15 mannelijke ambulante patiënten in de leeftijd van 18 tot 30 jaar werden aselect toegewezen aan een loopgroep, een kortdurende en een langdurende psychotherapiegroep. De patiënten in de loopgroep oefeneden 3 tot 4x per week 1 uur, gedurende 10 weken. In de startfase van het loopprogramma werden de loopsessies nauwkeurig begeleid, maar geleidelijk aan werd de supervisie gereduceerd totdat de patiënten in staat waren het loopprogramma zelfstandig uit te voeren.

Resultaten

De patiënten in de looptherapie en in de kortdurende psychotherapie verbeterden in gelijke mate op een globale maat voor psychisch (on)welbevinden, de Symptom Checklist-90 (SCL-90; Nederlandse versie van Arrindell & Ettema, 1986) en meer dan de patiënten in de groep langdurige psychotherapie.

Conclusie

Volgens de auteurs zou hardlopen antidepressieve eigenschappen kunnen hebben voor veel mensen met een matige depressie.

Studie II

N=74

Auteurs/jaar van publicatie

- Klein, M.H., Greist, J.H., Gurman, A.S., Neimeyer, R.A., Lesser, D.P., Bushnell, N.J., & Smith, R.E. (1985). *A comparative outcome study of group psychotherapy vs. exercise treatments for depression*.

Studie

Klein et al. Vergeleken groepspsychotherapie, hardlopen en meditatie-relaxatie (MR) bij depressieve patiënten in een poliklinische setting. Psychotherapie en MR werden in kleine groepjes aangeboden, terwijl het hardlopen in individuele sessies plaatsvond.

Resultaten

Na 12 weken waren de patiënten in alle groepen significant minder depressief wat bij een follow-up na 9 maanden nog steeds het geval was. Wanneer echter gekeken wordt naar globaal psychisch functioneren, zoals gemeten met de SCL-0-, dan blijken hardlopen en MR bij nameting effectiever te zijn geweest. Dit resultaat was nog duidelijker bij de follow-up.

Conclusie

Dit suggereert meer duurzame effecten van hardlopen en MR. De onderzoekers schrijven dit onder andere toe aan de mogelijkheid van de patiënten uit de hardloop- en MR groep om ook thuis te kunnen oefenen.

Studie III

N=29 (12m/17v)

Auteurs/jaar van publicatie

- Bosscher, R.J. (1996). *Over de effectiviteit van runningtherapie bij depressie*.

Studie

Bosscher vergeleek een loopprogramma met medicamenteuze behandeling. De medicamenteuze behandeling bestond uit fluvoxamine, een selectief serotonine heropname remmend middel. De behandeling was individueel, in tegenstelling tot het loopprogramma dat in groepsverband werd aangeboden. Het loopprogramma werd op een sintelbaan uitgevoerd gedurende 16 weken met een frequentie van 1x/week, met een aanbevolen programma dat na week 4 thuis uitgevoerd kon worden.

Resultaten

Het bleek dat beide groepen statistisch significant verbeterden, maar onderling niet van elkaar verschilden. Wanneer we de effect sizes bekijken, zien we een identiek groot effect op de Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), terwijl het effect op de BDI voor runningtherapie (zeer groot) bijna 2x zo groot is als voor de medicatie (groot effect). Hoewel het bij beide groepen ook om een klinische relevante verbetering gaat, moet wel opgemerkt worden dat beide groepen na de behandeling op de evaluatie-instrumenten gemiddeld nog steeds in de disfunctionele range scores.

Conclusie

Hoewel het met deze aantallen patiënten natuurlijk weinig gegeneraliseerd is te zeggen, blijkt het loopprogramma het op zijn minst niet slechter te doen dan een klassiek aanbod: medicatie en steunend contact.

Studie IV

N=32

Auteurs/jaar van publicatie

- Bjornebekk, A., Mathé, A., Brené, S. *The antidepressant effect of running is associated with increased hippocampal cell proliferation.*

Studie

In dit artikel/onderzoek trachten de auteurs mogelijke biologische onderbouwingen van depressie en de antidepressieve werking van running bij de mens vast te stellen aan de hand van een dierenexperiment met ratten. Hierbij analyseren ze de celdeling, "the level of the neurotrophic factor BDNF (Brain-Derived Neurotrophic Factor) in de hippocampus" en "dynorphin in striatum/accumbens" bij depressieve "Flinders Sensitive Line rats" (FSLR) and "Flinders Resistant Line rats" (FRLR). De ratten werden individueel gehuisvest met toegang (FSLR, n=8; FRLR, n=8) of geen toegang (FSLR, n=8; FRLR, n=8) tot het looprad

Resultaten

- Depressieve ratten hebben een lager niveau van celdeling in de gyrus dentatus (het onderste deel van de hippocampus) welke genormaliseerd kan worden door running.
- De niveaus van BDNF zijn gecorreleerd aan running maar niet aan de celdeling van de hippocampus of het antidepressieve effect van running.

Conclusie

Het onderzoek toont aan dat celproliferatie in de subgranulaire zone van de hippocampus is gekoppeld aan de emotionele toestand. De basale stamcelproliferatie van de depressieve FSL rat is lager in vergelijking met de niet-depressieve FRL stam. Running/hardlopen heeft een antidepressief effect in de FSL stam gepaard gaande met een toegenomen celdeling. Er werden geen correlaties gevonden tussen de niveaus van BDNF in de hippocampus of prodynorfine in striatum/accumbens en depressie of een antidepressieve werking, wat aangeeft dat celdeling misschien een betere index van het antidepressieve effect van het runnen/hardlopen kan zijn.

Studie V

Auteurs/jaar van publicatie

- Haffmans P.M.J., Kleinman A.C.M., Van Weelden, C., Huijbrechts, I.P.A.M. & Hoencamp, E. (2006). *Comparing running therapy with physiotherapy in the treatment of mood disorder.*

N=60-41 (19 afvallers)

Studie

In dit artikel/onderzoek worden twee vormen van "exercise", te weten Runningtherapie (n=20) en Fysiotherapie Training (n=21) vergeleken in een groep patiënten met stemmingsstoornissen welke deelneemt aan een 3 daagse dagbehandeling voor de duur van 16 weken. De patiënten worden at random toegewezen aan één van de twee "exercise" groepen of de controle groep (wachtgroep van 6 weken)(n=19). Depressiescores, "self-efficacy", fysieke conditie en waardering van het trainingsprogramma werden gemeten.

Resultaten

Na 6 weken werden er geen significante verschillen gevonden tussen beide trainingen en de controlegroep. Echter, na 12 weken liet de groep die had deelgenomen aan de Fysiotherapie Training significante verbetering zien op zowel de Hamilton Rating Scale for Depression als de self-rated Beck Depression Inventory 21-item version.

Conclusie

Betreffende studie suggereert dat patiënten meer baat hadden bij Fysiotherapie Training boven Runningtherapie. Het feit dat Runningtherapie niet leidde tot significante winst is volgens de auteurs in tegenspraak met de literatuur en kan niet makkelijk worden verklaard.

Wandelen

Studie I

Auteurs/(jaar van) publicatie

- Dimeo, F., Bauer, M., Varahram, I., Proest, G. & Halter, U. (2001). *Benefits from aerobic exercise in patients with major depression: a pilot study.*

N=12

Studie

Doel van deze studie was het evalueren van de korte termijn effecten van een trainingsprogramma bij 12 patiënten met matige tot ernstige depressie. De training bestond uit het wandelen op een loopband waarbij een intervalschema werd gevolgd gedurende 30 minuten per dag voor tien dagen.

Resultaten

Aan het einde van het gehele trainingsprogramma was er een klinische relevante en statistisch significante vermindering van de depressie scores zichtbaar:

- Hamilton Rating Scale For Depression voor: 19,5
- Hamilton Rating Scale For Depression na: 13
- P=0,002

Daarnaast werd de intensiteit van de symptomen zelfstandig beoordeeld wat de volgende resultaten opleverde: voor, 23,2 en na 17,7.

Conclusie

Aerobe training kan leiden tot aanzienlijke verbetering van de stemming bij patiënten met depressieve stoornissen.

Studie II

Auteurs/(jaar van) publicatie

- Knubben, K., Reischies, F.M., Adlin, M., Schlattman, P., Bauer, M. & Dimeo, F. (2007). *A randomized, controlled study on the effects of a short-term endurance training programme in patients with major depression.*

N=38

Studie

Patiënten werden gerandomiseerd toegewezen aan een fysieke training bestaande uit wandelen (N=20) of placebo, bestaande uit lage intensiteit stretching- en ontspanningsoefeningen (N=18), welke individueel werden aangeboden. De training werd gedurende 10 dagen uitgevoerd. Doel van deze studie was het evalueren van de kortetermijneffecten van lichaamsbeweging bij patiënten met een ernstige depressie.

Resultaten

Na 10 dagen lieten de depressiescores in de groep fysieke training een significant grotere vermindering zien dan in de placebogroep:

- Bech-Rafaelsen Melancholy Scale (BRMS) 36% v 18%
- Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D) 41% v 21%

Het aandeel van de patiënten met een klinische respons (verlaging van de BRMS scores met meer dan zes punten) was ook groter voor de fysieke trainingsgroep (65% v 22%).

Conclusie

Aerobe fysieke training kan helpen om substantiële verbetering in de stemming te bereiken van de geselecteerde patiënten met een ernstige depressie in een korte tijd. Duurtraining kan dus een nuttige aanvullende behandeling zijn voor patiënten met ernstige affectieve stoornissen in de eerste drie weken van de farmacotherapie.

Ontspanning

Studie I

Auteurs/jaar van publicatie

- Field, T., Diego, M.A., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S. & Kuhn, C. (2004) Massage therapy effects on depressed pregnant women. *Journal of psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 25(2):115-22.

N=84

Studie

Er werden 84 depressieve zwangere vrouwen geworven tijdens het 2e trimester van hun zwangerschap en willekeurig toegewezen aan een massage therapie groep, een progressieve spierrelaxatie groep of een controlegroep die alleen standaard prenatale zorg ontvingen. Deze groepen werden vergeleken met elkaar en met een niet-depressieve groep aan het einde van de zwangerschap. De massage therapie groep kreeg twee x 20 minuten massagetherapie per week door voor hun belangrijke andere personen, gedurende 16 weken, te beginnen tijdens het tweede trimester. De ontspanningsgroep zorgde zelf voor progressieve spierontspanning sessies op hetzelfde tijdschema.

Resultaten

Direct na de massage therapie op de eerste en laatste dag van de periode van 16 weken rapporteerden de vrouwen lagere niveaus van angst en depressieve stemming en minder been -en rugpijn. Tegen het einde van de studie had de massage groep hogere dopamine en serotonine niveaus en lagere niveaus van cortisol en noradrenaline. Deze veranderingen kunnen hebben bijgedragen aan de verminderde foetale activiteit en het betere neonatale resultaat voor de massage groep (dat wil zeggen; een lagere incidentie van vroeggeboorte en laag geboortegewicht), evenals hun betere prestaties op de Brazelton Neonatale Behavior Assessment.

Conclusie

De gegevens suggereren dat depressieve zwangere vrouwen en hun kinderen kunnen profiteren van massage therapie.

Studie II

Auteurs/jaar van publicatie

- Knapen, J., Van de Vliet, P., Van Coppenolle, H., David, A., Peuskens, J., Pieters, G., Knapen, K. (2005) Comparison of changes in physical self-concept, global self-esteem, depression and anxiety following two different psychomotor therapy programs in nonpsychotic psychiatric inpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics* 74(6):353-61.

N=199

Studie

De eerste doelstelling van deze studie was om de veranderingen te vergelijken in het fysieke zelf-concept, gevoel van eigenwaarde, depressie en angst na deelname aan een van de twee 16-weekse psychomotorische therapie programma's voor niet-psychotische psychiatrische patiënten. De tweede doelstelling was om de relatie tussen veranderingen in deze variabelen te bestuderen. 199 intern verpleegde patiënten werden willekeurig toegewezen aan een persoonlijk fitness programma, bestaande uit aerobics en krachttraining, of een algemeen PMT programma, bestaande uit verschillende vormen van lichamelijke oefening en ontspanningstraining. Het fysieke zelf-concept werd geëvalueerd met behulp van de Nederlandse versie van de Physical Self-Perception Profile bij aanvang, na 8 weken en na voltooiing van de 16-weekse interventies. Op hetzelfde moment werden bijkomende variabelen; het gevoel van eigenwaarde, depressie en angst, beoordeeld aan de hand van respectievelijk de Rosenberg Self-Esteem Inventory, de Beck Depression Inventory en de Trait Anxiety Inventory.

Resultaten

Na 16 weken, verbeteren beide groepen significant in alle uitkomstmaten (p-waarden varieerden van 0,01 tot <0,0001), zonder tussengroep verschillen. In beide groepen was de verbetering van het fysieke zelfbeeld gecorreleerd met het toegenomen gevoel van eigenwaarde en verminderde depressie en angst niveaus (p <0,01).

Conclusie

De resultaten suggereren dat beide PMT programma's even effectief zijn bij het verbeteren van het fysieke zelf-concept. De relatie tussen verbeteringen in het fysieke zelf-concept en verbeteringen in het gevoel van eigenwaarde, depressie en angst ondersteunt de mogelijke rol van het fysieke zelf-concept in het herstelproces van depressieve en angstige psychiatrische patiënten.

Studie III

Auteurs/jaar van publicatie

- Krogh, J., Saltin, B., Gluud, C., Nordentoft, M. (2009) The DEMO trial: a randomized, parallel-group, observer-blinded clinical trial of strength versus aerobic versus relaxation training for patients with mild to moderate depression. *The Journal of clinical Psychiatry*. 70(6):790-800.

N=165

Studie

Deze studie beoordeelt het nut en de schade van exercise bij volwassenen met een klinische depressie. Het DEMO onderzoek is een gerandomiseerd pragmatische trial voor patiënten met een unipolaire depressie uitgevoerd van januari 2005 tot juli 2007. De patiënten werden doorverwezen door huisartsen of psychiaters en kwamen in aanmerking als zij voldeden aan de International Classification of Diseases, Tiende Revisie, criteria voor unipolaire depressie en als ze tussen de 18 en 55 jaar waren. Patiënten (N = 165) werden toegewezen aan een van de groepen waarin kracht, aerobic, of ontspanningstraining werd uitgevoerd gedurende vier maanden. De primaire uitkomstmaat was de 17 item Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D (17)), de secundaire uitkomstmaat was het aantal

dagen afwezigheid van het werk (in percentages) gedurende de laatste 10 werkdagen, en de tertiaire uitkomstmaat was het effect op de cognitieve vaardigheden.

Resultaten

Na vier maanden was de kracht, gemeten door een maximum aantal herhalingen voor de borstpress, verhoogd met een gemiddelde (95% CI) van 4,0 kg (0,8 tot 7,2; $p = 0,014$) in de krachttraining groep versus de ontspanningsgroep, en was de maximale zuurstofopname verhoogd met 2,7 ml / kg / min (1,2 tot 4,3; $p = 0,001$) in de aërobe groep versus de ontspanningsgroep. Na vier maanden, was de gemiddelde verandering in HAM-D (17) score -1,3 (-3,7 tot 1,2; $p = 0,3$) en 0,4 (-2,0 tot 2,9; $p = 0,3$) voor de krachttraining groep en de aërobe groep ten opzichte van de ontspanningsgroep. Na 12 maanden waren de gemiddelde verschillen op de HAM-D (17) score -0,2 (-2,7 tot 2,3; $p = 0,8$) en 0,6 (-1,9 tot 3,1; $p = 0,6$) voor de kracht en aërobe groep ten opzichte van de ontspanningsgroep. Na 12 maanden was het gemiddelde verschil in afwezigheid van het werk -12,1% (-21,1% tot -3,1%, $p = 0,009$) en -2,7% (-11,7% tot 6,2%, $p = 0,5$) voor de krachttraining en aërobe groep ten opzichte van de ontspanningsgroep. Er werd geen statistisch significant effect op de cognitieve vaardigheden gevonden.

Het belangrijkste effect van het deelnemen aan exercise activiteiten in het verminderen van de score op de Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) na 12 weken was significant. De gecorrigeerde gemiddelde HRSD scores na 12 weken waren 47% verminderd t.o.v. de uitgangswaarde voor PHD, vergeleken met 30% voor LD en 29% voor de controlegroep. Er was met betrekking tot de oefenfrequentie na 12 weken geen belangrijk effect zichtbaar.

Conclusie

Onze bevindingen bieden geen ondersteuning voor een biologisch gemedieerd effect van exercise op de ernst van de symptomen bij depressieve patiënten, maar ze ondersteunen een gunstig effect van krachttraining op het thuis blijven van werk.

Studie IV

Auteurs/jaar van publicatie

- Brown, R.A., Ramsey, S.E., Kahler, C.W., Palm, K.M., Monti, P.M., Abrams, D., Dubreuil, M., Gordon, A., Miller, I.W. (2011) A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for depression versus relaxation training for alcohol-dependent individuals with elevated depressive symptoms. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 72(2):286-96.

N=151

Studie

In een eerdere studie werden positieve resultaten aangetoond van CGT bij alcohol afhankelijke volwassenen met depressieve symptomen, versus ontspanningstraining. Dit is eenzelfde studie met een grotere N en een langere follow up periode. Patiënten die een deeltijd drugs- en alcoholmisbruik behandelingsprogramma volgen en die voldoen aan criteria voor alcoholverslaving en verhoogde depressieve symptomen (Beck depressie inventaris score 15) werden geworven en willekeurig toegewezen om acht afzonderlijke sessies van CBT-D ($n = 81$) of RTC ($n = 84$) te ontvangen.

Resultaten

Er waren aanzienlijke verbeteringen in depressieve stemming en alcoholgebruik na verloop van tijd voor alle deelnemers. Vergeleken met de RTC groep, had de CBT-D groep aanzienlijk lagere niveaus van depressieve symptomen, zoals gemeten door de Beck depressie inventaris, bij de follow-up van 6 weken.

Dit effect was echter inconsequent, omdat er geen verschillen in de bewerkte Hamilton Rating schaal voor depressie waren en er geen significante verschillen bij elke andere follow-up waren. Ook werden geen significante verschillen op alcoholgebruik gevonden.

Conclusie

De huidige bevindingen repliceren de positieve resultaten waargenomen in de vorige pilot-studie niet. Mogelijke verklaringen waarom deze bevindingen niet gerepliceerd waren, worden besproken, net zoals theoretisch en klinische implicaties bij het gebruik van CBT-D bij alcohol behandeling.

Mindfulness

Studie I

Auteurs/jaar van publicatie

- Kang YS, Choi SY, Ryu E. (2009) The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse Educ Today* 29(5):538-43

N=32

Studie

In deze studie werd het effect gemeten van een stress coping programma gebaseerd op mindfulness, op stress, angst en depressie bij studenten verpleegkunde in Korea. 41 Studenten werden ad random ingedeeld in een experimentele en controle groep. Stress werd gemeten met de PWI-SF (5 puntsschaal), ontwikkeld door Chang. Angst werd gemeten met de Spieberger's angst schaal en depressie met de Beck depression inventory. De experimentele groep kreeg mindfulness sessies van 90 minuten, gedurende 8 weken, de controle groep kreeg niets.

Resultaten

De resultaten geven een significant verschil in stress en angst scores, maar geen significant verschil op het gebied van depressie.

Conclusie

Een stress coping programma gebaseerd op mindfulness is een effectieve interventie bij verpleegkunde studenten, om hun stress en angst te verminderen. Het kan gebruikt worden om op een goede manier met stress om te leren gaan.

Studie II

Auteurs/jaar van publicatie

- Leite, J.R., Ornellas, F.L., Amemiya, T.M., de Almeida, A.A., Dias, A.A., Afonso, R., Little, S. & Kozasa, E.H. (2010) Effect of progressive self-focus meditation on attention, anxiety, and depression scores. *Percept Mot Skills*. 111(3):918-20.

N=42

Studie

In deze studie wordt het effect geëvalueerd van een 'self-focus' meditatie bij 42 vrijwilligers, die in twee groepen werden verdeeld. De ene groep kreeg elke week 1 uur meditatie, 5 weken lang, met huiswerkopdrachten, de andere groep stond op de wachtlijst. De deelnemers werden voor en na de 5 weken geëvalueerd op de Beck schaal voor angst, voor depressie, de Digit Symbol subtest of the Wechsler Adult Intelligence Scale, en de Mindfulness Attention Awareness Scale.

Resultaten

Na 5 weken was er een significante vermindering van scores op de depressie lijst bij de meditatie groep, als mede een verbetering van aandachtfuncties, in verhouding tot de wachtlijst groep.

Conclusie

Self-focus meditatie kan een interessante korte interventies zijn om de aandacht de verbeteren depressieve symptomen te verminderen.

Studie III

Auteurs/jaar van publicatie

- Kozasa, E.H., Santos, R.F., Rueda, A.D., Benedito-Silva, A.A., De Ornellas, F.L. & Leite, J.R (2008) Evaluation of Siddha Samadhi Yoga for anxiety and depression symptoms: a preliminary study. *Psychological Reports*, 103(1), 271-4

N=22

Studie

Siddha Samadhi Yoga is een programma waarin meditatie en ademhalingsoefeningen centraal staan. 14 Patiënten namen deel aan de yoga groep, 8 werden ingedeeld in de wachtlijst groep. Ze werden geëvalueerd voor, na, en 1 maand na de behandeling op; State-Trait Anxiety Inventory, the Beck Depression Inventory, Tension Feelings Self-evaluation Scales, en the Well-being Self-evaluation Scales

Resultaten, conclusie

Na behandeling was er een significante vermindering van angst, depressie en spanning en een verbetering van algemeen welzijn in vergelijking met de controle groep.

Studie IV

Auteurs/jaar van publicatie

- 23 Williams, J.M.G., Russell, I. T., Crane, C., et al., (2010). The Staying Well After Depression Study: Trial Design and Protocol. *BMC Psychiatry*, 10, 23, doi:10.1186/1471-244X-10-23

N= nog onbekend

Studie

In deze studie worden patiënten met suïcidale gedachten en/of suïcidaal gedrag en huidig gebruik van antidepressiva in 3 groepen ingedeeld. Een groep krijgt MBCT en TAU, een groep krijgt cognitieve psycho-educatie (MBCT zonder meditatie) en TAU en een groep krijgt alleen TAU. De deelnemers worden ad random ingedeeld in een verdeling van 2:2:1 in de groepen zoals hierboven vermeld. Beide behandelgroepen krijgen groepsbehandelingen van 2 uur per week gedurende 8 weken. Deelnemers worden getest op terugval in suïcidale symptomen voor en na de behandeling en na 3, 6, 9 en 12 maanden.

Resultaten, conclusie

Er zijn nog geen resultaten, doel van het onderzoek is te kijken of MBCT het risico op terugvalpreventie verminderd, en invloed heeft op de mate van suïcidaliteit bij patiënten die terugvallen. Het is het eerste onderzoek dat MBCT vergelijkt met een andere psychologische behandeling. Ook is het eerste onderzoek onder meer ernstige depressieve patiënten, namelijk degenen die suïcidaal worden als ze depressief zijn.