

Hoe kun je de principes van runningtherapie
(volgens Ruud Bosscher)
integreren binnen thematische pmt,
bij de behandeling van cliënten met een lichte
tot matige depressie.



Merel de Vries

Stageplaats: GGZ Rijnstreek

Inhoudsopgave

Voorwoord	pagina: 2
------------------------	-----------

Vraagstelling

Inleiding en vraagstelling.....	pagina: 3
Verantwoording vraagstelling.....	pagina: 4

Hoofdstuk 1. Depressie

1.1 Inleiding.....	pagina: 5
1.2 Theoretische visies.....	pagina: 5-6
1.3 Behandeling van cliënten met een depressie.....	pagina: 6
1.4 Runningtherapie.....	pagina: 7
1.5 Thematische psychomotorische therapie.....	pagina: 7
1.6 Thematische pmt bij GGZ Rijnstreek.....	Pagina: 7-8

Hoofdstuk 2. Casuïstiek

2.1 Inleiding.....	pagina: 9
2.2 Casus.....	pagina: 9-10
2.3 Effect oude programma op casus.....	pagina: 10
2.4 Evaluatie thematische pmt.....	pagina: 10

Hoofdstuk 3. Nieuw programma

3.1 Inleiding.....	pagina: 11
3.2 Opzet.....	pagina: 11-12
3.3 Uitleg programma.....	pagina: 13
3.4 Productomschrijving en pmt strategieën.....	pagina: 14-15
3.5 Evaluatie.....	pagina: 15

Hoofdstuk 4. Conclusie

4.1 Inleiding.....	pagina: 16
4.2 Overeenkomsten andere therapieën en het nieuwe programma.....	pagina: 16
4.3 Effect nieuwe programma op casus.....	pagina: 17
4.4 Antwoord op de vraagstelling.....	pagina: 17

Literatuurlijst	pagina: 18
------------------------------	------------

Bijlage

Depressie aan de hand van de DSM-IV criteria.....	pagina: 19-20
Schema behorend bij het nieuwe programma.....	pagina: 21
Deeltijd behandelprogramma GGZ Rijnstreek.....	pagina: 22-23

Voorwoord

Ik heb mijn eindstage gelopen bij GGZ Rijnstreek in Alphen aan den Rijn. Dit is een instelling voor volwassenen psychiatrie. Binnen deze stage heb ik gewerkt met individuele cliënten en groepen. Vanaf vrijwel het begin van mijn stage heb ik zelfstandig gewerkt met twee bepaalde groepen. Dit waren groepen uit het SAS-programma. (Stemmings- Angst- Somatoforme stoornissen.) Deze cliënten volgen een deeltijd programma. Tijdens de behandeling van de cliënten wordt vooral gesproken over de depressie waar de cliënt op dat moment aan lijdt, dit valt onder de stemmingsstoornissen. De angst en somatoforme stoornissen komen in een later proces aan de beurt, dit omdat eerst de depressie aangepakt moet zijn voor er verder behandeld kan worden.

Omdat ik deze groepen interessant vond om mee te werken ben ik mij gaan verdiepen in wat hen aangeboden werd binnen de instelling en wat daar nog aan ontbreekt. Voornamelijk op het gebied van beweging/ pmt. Wat ik vooral interessant vond aan deze groepen is het proces waar de cliënten inzitten. Ik vind het mooi om te zien hoe een cliënt met hele kleine stapjes vooruit gaat en opknapt. Om dit proces te kunnen bevorderen ben ik dus gaan kijken naar wat er nog ontbrak binnen de instelling.

Inleiding en vraagstelling

Ik heb tijdens mijn stage gemerkt dat cliënten met een depressie uiteindelijk de behoefte hebben aan het opbouwen van de conditie maar ook het aanleren van nieuwe vaardigheden is erg belangrijk. Het aanleren van nieuwe vaardigheden is belangrijk opdat een cliënt leert om in de toekomst beter met bepaalde stressfactoren om te gaan en om de kans op een eventueel terugval te voorkomen/ verminderen.

Binnen de thematische pmt was er niet voldoende ruimte om echt aan de conditie te werken doordat er veel met de verschillende thema's werd gewerkt. Deze thema's kosten veel tijd en uitleg. Een groot gedeelte van deze thema's zijn lichaamsgericht en fysiek niet zo intensief. Bij de runningtherapie heb ik gemerkt dat een hoop cliënten de link naar de thuissituatie missen. Ze merken dat de conditie verbetert en dat de stemming hierdoor positief verandert, maar hebben vaak moeite om dit in hun thuissituatie voort te zetten.

Door aan het fysieke aspect en tegelijkertijd met verschillende thema's te werken wil ik een complete therapie aanbieden.

Binnen de thematische pmt kun je aspecten uit de running naar voren laten komen en hierbinnen weer een koppeling maken naar de thuissituatie.

Vraagstelling: Hoe kun je de principes van runningtherapie (volgens Ruud Bosscher) integreren binnen thematische pmt, bij de behandeling van cliënten met een lichte tot matige depressie?

Verantwoording vraagstelling

Er zijn verschillende programma's geschreven voor cliënten met een depressie.

Er is al bewezen dat beweging een positief effect heeft binnen de behandeling.

Ik vind het belangrijk dat er voor de cliënt ruimte is tot het opbouwen en verbeteren van de conditie en dat de cliënt handvaten krijgt om in het dagelijks leven met de geleerde vaardigheden overweg te kunnen.

Binnen deze scriptie beschrijf ik een nieuw programma, dit programma integreert de principes van de runningtherapie binnen de thematische psychomotorische therapie. Bij thematische pmt wordt gewerkt met verschillende thema's/ onderwerpen. Een bepaald thema staat centraal, iedere cliënt uit de groep gaat aan de hand van dit thema aan het werk met zijn eigen leer/ werkpunten binnen de aangeboden activiteiten. Ik denk dat dit nieuwe programma goed zou aansluiten bij de behandeling van cliënten met een depressie.

1.1 Inleiding

Aangezien de cliënten waar ik mee werkte in behandeling waren voor een depressie, volgt in dit hoofdstuk een beknopte beschrijving van de theoretische visies over het ontstaan van een depressie en het therapie aanbod bij de behandeling van een depressie. Eerst komen de algemene therapievormen aan bod. Daarna de therapieën op het gebied van bewegingsagogiek en pmt. Ik geef een beschrijving van de runningtherapie omdat deze later nog terug komt en een beschrijving van de thematische pmt zoals deze algemeen beschreven is. Als laatste beschrijf ik hoe de thematische pmt aangeboden werd bij GGZ Rijnstreek.

1.2 Theoretische visies

Over het ontstaan van depressieve stoornissen zijn meerdere theorieën geformuleerd. De verschillende theoretische benaderingen gaan ervan uit dat depressieve stoornissen tot stand komen door het samengaan van aanleg, psychologische factoren, situationele factoren en de somatische toestand van een persoon.

Biologische visie:

De belangrijkste biologische factor is erfelijkheid. In sommige families komen depressies vaker voor dan in andere. Onderzoek heeft aangetoond dat veel mensen met een depressie een te lage concentratie van serotonine of noradrenaline hebben in de hersenen. Het is niet zeker of dit nu de oorzaak of het gevolg van een depressie is. Daarnaast kunnen andere stoffen, zoals hormonen, medicijnen, alcohol en drugs het ontstaan van een depressie in de hand werken. En ook bij sommige lichamelijke ziekten, zoals schildklierproblemen, bijnierschorsafwijkingen, diabetes en hart- en vaatziekten komen depressies vaker voor.

Psychoanalytische opvattingen:

Een depressieve stoornis wordt veroorzaakt doordat de persoon in zijn eerste levensjaren een verlies heeft geleden dat hij niet goed heeft kunnen verwerken. Daardoor ontstaat op latere leeftijd regressie als hij in een situatie terecht komt die hij interpreteert als een verlies. Die regressie krijgt de vorm van een depressieve stoornis volgens Freud (1949). Volgens deze theorie is er dus een bepaalde kwetsbaarheid aanwezig voordat mensen een depressieve stoornis ontwikkelen.

Leertheoretische opvattingen:

Een depressie is het gevolg van een specifieke leergeschiedenis. Een depressie kan ontstaan als mensen niet (voldoende) hebben geleerd om beloningen (bekrachtigingen) te ontlokken aan de buitenwereld. Vermindering van bekrachtiging of toename van straf leidt tot ongeconditioneerde reacties zoals sombere gevoelens, moeheid en andere somatische klachten volgens Lewinsohn (1974).

Cognitieve opvattingen:

Hierbinnen wordt gesproken over schemata volgens Beck (1979). Een schema of schemata zijn cognitieve structuren, die een mens gebruikt voor het coderen en evalueren van binnengekomen informatie. Een schema bepaalt in zekere zin de werkelijkheid die een persoon waarneemt. Schemata zijn noodzakelijk om een 'normaal' leven te kunnen leiden. Bij depressieve mensen is dit schema juist contraproductief. Volgens Beck worden depressieve schemata al vroeg in de jeugd gevormd. Vaak gebeurt dat naar aanleiding van negatieve gebeurtenissen, zoals het verlies van een ouder. Als de persoon later in zijn leven een situatie meemaakt die op de een of andere manier lijkt op de verliessituatie uit het verleden (bijvoorbeeld een echtscheiding), kan dat schema in alle hevigheid worden geactiveerd.

1.3 Behandeling van cliënten met een depressie

Biologische therapievorm:

Deze bestaat uit het toedienen van antidepressieve medicijnen. Deze biologische behandelingsvorm is geschikt voor matige en noodzakelijk voor ernstige depressies. Bij de laatste vorm is behandeling met antidepressiva zelfs onvermijdelijk, omdat de meeste cliënten in het begin zo depressief zijn dat een psychologische behandeling onmogelijk is. Het gunstige effect van de medicatie is pas na 8 a 10 dagen te merken, terwijl de bijwerkingen meteen optreden. De meest voorkomende bijwerkingen van de antidepressiva: anticholinerg, hypnosedatie, lage bloeddruk, seksuele functiestoornissen, gewichtstoename, slaapstoornissen, geheugenproblemen en of een versnelde hartwerking. Het is dus belangrijk dat de behandeling met antidepressiva vanaf het begin wordt gecombineerd met steun en bemoediging.

Psychoanalytische therapie:

De psychologische en sociale factoren rondom een cliënt spelen een belangrijke rol. Door gesprekken met hun therapeut moeten zij inzicht krijgen in de achterliggende oorzaken van hun depressie. Ze moeten hun ingehouden emoties verwerken en voor hun zelfwaardering minder afhankelijk worden van anderen. Dit is een erg tijdrovende therapie, bovendien bestaat er veel onduidelijkheid over de effecten van deze vorm van therapie. De begripvolle, inlevende en steunende houding van de therapeut is dan een belangrijke pijler voor de behandeling van een depressie.

Cognitieve gedragstherapie:

Deze vorm van therapie probeert de vaak tegenstrijdige verwachtingen die depressieve cliënten en hun directe omgeving van elkaar hebben te stroomlijnen. Niet-depressieve gedragingen worden positief bekrachtigd en depressieve genegeerd. De negatieve en onlogische denkpatronen van een depressieve cliënt worden afgeleerd. Via gerichte vragen moet de cliënt eerst ontdekken welke van dit soort gedachten aan zijn depressieve gedrag ten grondslag ligt en in hoeverre deze overeenstemmen met de werkelijkheid. Geleidelijk moet de cliënt zich positievere denkpatronen en nieuwe gedragingen verwerven. De cliënten leren (opnieuw) sociale vaardigheden en krijgen hiervoor ook huiswerkopdrachten om het geleerde in de praktijk te brengen.

1.4 Runningtherapie

In Nederland is met name Ruud Bosscher de laatste jaren bezig met het onderzoeken naar de effecten van runningtherapie. De running is bedoel voor mensen die last hebben van depressieve klachten, angststoornissen, dysthyme stoornissen, psychosomatische klachten en van een negatieve/gestoorde lichaamsbeleving. Dit met als doel het verminderen van depressieve klachten, verbeteren van het zelfbeeld, verbeteren van de lichaamswaardering, herkennen van en omgaan met lichaamssignalen, verhogen van het activiteitsniveau en daaraan plezier kunnen beleven. De cliënt krijgt een schema waarin duidelijk en overzichtelijk de te lopen afstand staat. Aan de hand van dit schema gaat de cliënt zijn looptraining volgen. Op het einde van iedere sessie moet de cliënt kort opschrijven in het schema hoe het is verlopen.

1.5 Thematische pmt

Bij thematische pmt wordt gewerkt met verschillende thema's/ onderwerpen. Een bepaald thema staat centraal, iedere cliënt uit de groep gaat aan de hand van dit thema aan het werk met zijn eigen leer/ werkpunten binnen de aangeboden activiteiten. De pmt kent 7 hoofdthema's; motorische instrumentele sensibiliteit, motorische sociale sensibiliteit, vertrouwen, ruimte, kracht, lichaamsbeleving en relaxatie. Deze thema's hebben weer verschillende subthema's. De subthema's kunnen onderverdeeld worden binnen LECS; L het fysieke vlak, E het emotionele vlak, C het cognitieve vlak en S het sociale vlak.

Het thema motorische instrumentele sensibiliteit kijkt naar de manier waarop iemand omgaat met zijn instrumentele omgeving. Dit wil zeggen hoe iemand bijvoorbeeld omgaat met de materialen/ personen in zijn omgeving. Het thema motorische sociale sensibiliteit kijkt naar de manier waarop iemand luistert naar zijn omgeving. Dit wil zeggen het denken, handelen, voelen en de lichaamsbeleving van iemand met betrekking tot anderen. Het thema vertrouwen houdt zich bezig met hoe iemand vertrouwen ervaart en hoe hij hoe hier mee omgaat, dit met betrekking tot zichzelf en (in) anderen. Het thema ruimte kijkt naar hoe iemand omgaat in fysieke zin en met betrekking tot het denken, handelen en voelen met ruimte. Het thema kracht kijkt naar hoe iemand fysieke kracht in kan zetten, maar ook wat dit voor de persoon zelf en zijn omgeving voor betekenis kan hebben. Het thema lichaamsbeleving houdt zich bezig met het beleven, voelen en ervaren van het eigen lichaam, maar ook met wat iemand van zijn lichaam vindt en hoe hij daar over denkt.

1.6 Thematische pmt bij GGZ Rijnstreek

Bij GGZ Rijnstreek wordt binnen het SAS-programma met andere thema's gewerkt. Er zijn 3 hoofdthema's; structureren, activering en inzicht geven. Deze hoofdthema's vormen de grote lijn van het deeltijdprogramma van de structuurgroep. Deze hoofdthema's zijn richtlijnen voor de vaktherapeut om mee te werken.

Bij de psychomotorische therapie zijn er 7 subthema's waar mee gewerkt wordt; conditie, concentratie, spanning, lichaamssignalen, grenzen, kracht en energie. Er wordt vooraf een subthema gekozen door de therapeut. Daarna kiezen de cliënten een persoonlijk werkpunt dat aansluit bij dit thema om tijdens de therapie mee aan de slag te gaan. De therapeut wijst de cliënt op bepaalde handelingen/ gedragingen of gevoelens en koppelt dit terug naar het werkpunt van de cliënt.

De therapie ziet er als volgt uit in de praktijk:

Eerst vertellen de cliënten in het kort hoe de afgelopen week gelopen is, en hoe ze er op dit moment bij zitten. Dan geeft de therapeut een korte uitleg over het thema waar mee gewerkt gaat worden binnen de sessie. Hierna kiezen de cliënten een werkpunt om mee aan de slag te gaan binnen de therapie. De therapeut biedt activiteiten die passen bij het thema en waar de verschillende werkpunten bij naar voren kunnen komen. Tussen bepaalde activiteiten door en tijdens de activiteiten wordt er stilgestaan bij het werkpunt van de cliënt. Aan het einde van de sessie wordt er nabesproken. Cliënten kunnen dan opdrachten mee naar huis krijgen passend bij het thema en werkpunt van deze sessie.

Bij GGZ Rijnstreek gelden een aantal indicatiecriteria om te kunnen deelnemen aan het programma. De cliënt dient zelfstandig te kunnen komen, te kunnen functioneren in een groep, in enige mate een gesprek aan te kunnen gaan en cliënten uit de kliniek kunnen alleen deelnemen als ze aan de voorgaande criteria voldoen en er (binnen afzienbare tijd) een ontslag datum bekend is.

2.1 Inleiding

Hoofdstuk 2 geeft een beschrijving van de cliënt aan de hand van de beschrijvende, classificerende, hermeneutische en kritische diagnostiek. Het programma dat de cliënt volgt en wat voor effecten dit op de cliënt heeft. En de opbrengsten /tekortkomingen van de thematische psychomotorische therapie voor de cliënt.

Cliënte neemt deel aan het sas-programma en is een van de deelnemers uit de structuurgroep. Op het eerste gezicht lijkt cliënte een vrouw die stevig in haar schoenen staat. Bij nadere observaties zie je een hele andere vrouw staan, een onzekere, gespannen en verdrietige vrouw. Omdat ik dit (de twee verschillende kanten van de cliënt) interessant vond om te zien, ben ik mij verder gaan verdiepen in deze casus.

2.2 Casus

Geboortedatum: 08-08-1946

Geslacht: vrouw

Vorige behandelingen:

Cliënte is al meerdere malen in behandeling geweest bij een psycholoog, dit in verband met paniekaanvallen en eerdere depressies. Als dit op een bepaald moment niet meer vergoed wordt, stopt cliënte met de behandeling.

Huidige behandeling:

Cliënte is onder behandeling bij een psycholoog van GGZ Rijnstreek, en volgt hier ook het SAS-programma, ze is een deelnemster in de structuurgroep. Cliënte krijgt medicatie voor de depressie en angststoornissen. Ook krijgt cliënte Caesartherapie in verband met de spierspanning.

Beschrijvende diagnostiek:

Cliënte werd verwezen in verband met de volgende klachten; lusteloosheid, somberheid, gejaagdheid en spanning. Cliënte is enkele maanden gestopt met antidepressiva wat ze 10 jaar lang heeft gebruikt. Als gevolg hiervan zijn de somberheid, besluiteloosheid, concentratieproblemen en vermoeidheid toegenomen. Cliënte kreeg rond haar 38^{ste} last van paniekaanvallen, waar ze 10 jaar last van heeft gehouden tot ze antidepressiva ging gebruiken.

Classificerende diagnostiek:**DSM-IV TR Classificatie**

As 1	296.31 Depressieve stoornis, recidiverend, licht
	300.21 Paniekstoornis met agorafobie
As 2	Uitgestelde diagnose, cluster C trekken (799.9)
As 3	Geen bekende diagnose (V71.9)
As 4	Scheiding, financiële problemen
As 5	Huidige GAF 60, Hoogste GAF afgelopen jaar 60

Hermeneutische diagnostiek:

Cliënte heeft in haar jeugd veel meegemaakt. Zo was zij bijna altijd alleen thuis, en moest voor zichzelf zorgen. Haar ouders waren beiden aan het werk, cliënte zorgde voor een groot deel voor het huishouden. Als kind heeft ze niet veel kunnen spelen, ze had dan ook niet echt vrienden. Cliënte voelde zich in haar jeugd erg eenzaam.

Afgelopen jaar heeft cliënte veel meegemaakt. Cliënte is na 3 jaar gescheiden van een alcoholverslaafde man. Hierdoor kwam ze zonder financiële middelen te zitten. Cliënte werkt op dit moment 2 uur in de week op de dinsdag ochtend bij een vriend in huis. Cliënte heeft geen relatie of kinderen, ze verblijft wel graag bij een goede vriend. In haar vrij tijd zingt cliënte bij een koor. Cliënte heeft veel last van spanning in haar benen, door deze spanning verliest cliënte veel energie en is gedurende de dag erg moe. Door gebruik van medicatie is de stemming volgens cliënte iets verbeterd. Cliënte neemt nu vaak teveel hooi op haar vork. Cliënte heeft moeite met alleen de straat op gaan, dit roept veel spanning op. Door het gebruik van medicatie is deze spanning minder geworden. Cliënte kan zich slecht concentreren, haar hoofd zit snel vol met negatieve gedachten. Cliënte is vaak zo moe dat dagelijkse bezigheden al te veel gevraagd zijn.

Kritische diagnostiek:

Cliënte heeft veel moeite om haar grenzen aan te geven aan haar omgeving. Cliënte wil zich groot houden voor haar omgeving. Zo wordt ze elke week gevraagd om op te treden met het koor. Cliënte stort na zo'n optreden in van vermoeidheid. De mensen bij het koor hebben geen idee hoe het op dit moment met cliënte gaat, omdat ze zich tijdens een optreden beter voordoet, dan dat het in werkelijkheid gaat. Cliënte heeft dit al vanaf haar jeugd. In haar jeugd moest zij ook klaar staan voor haar ouders ongeacht hoe zij zich voelde.

2.3 Effecten oude programma op casus

Cliënte was een deelnemster uit de structuurgroep. Aan het begin van de therapie gaf cliënte elke week aan veel last te hebben van spanning. Cliënte had dan in de afgelopen week teveel gedaan. Terugkerende werkpunten waren het leren omgaan met spanning, spanning verlagen en grenzen leren kennen. Tijdens de therapie bleek dat cliënte moeilijk stil kon staan bij haar eigen lichaam. Dit komt doordat cliënte moeite had met het accepteren van haar huidige mogelijkheden en beperkingen. Cliënte had de neiging zichzelf te overvragen. Op conditioneel vlak kon cliënte weinig verdragen. Ze putte haar lichaam letterlijk uit, wat weer meer spanning opriep. Elke week kon cliënte iets meer stil staan bij haar lichaam en wat bepaalde activiteiten voor effect hadden op de spanning die zij ervoer.

2.4 Evaluatie thematische pmt

Opbrengst: cliënte heeft meer contact met haar lichaam, ze kan haar lichamelijke beperkingen beter verdragen. Cliënte kan beter haar grenzen aangeven naar anderen, zo ook bij het koor. Cliënte zegt nu soms afspraken af. Cliënte ervaart minder spanning in haar lichaam, waardoor de spanning in haar hoofd en de negatieve gedachten verminderd zijn.

Tekortkomingen: cliënte haar conditie is minimaal verbeterd. Op fysiek gebied kan ze nog niet veel verdragen. Cliënte is nog steeds snel vermoeid. Cliënte heeft nog moeite met het inschatten van haar grenzen, tijdens leuke activiteiten vergeet ze om stil te blijven staan bij haar fysieke mogelijkheden. Cliënte blijft moeite houden met het accepteren van de beperkingen die ze ondervindt.

3.1 Inleiding

Elke instelling heeft zijn eigen visie en maakt daardoor ook een keuze met wat ze aanbieden aan hun cliënten. Bij GGZ Rijnstreek werd thematische pmt aangeboden aan cliënten met een depressie uit het SAS- programma. Hoe dit aangeboden werd is te lezen in hoofdstuk 1. Tijdens het aanbieden van de thematische pmt merkte ik dat veel cliënten uit de groep op conditioneel gebied weinig tot niets vooruit gingen. Dit was ook het geval bij de casus die ik hiervoor beschreven heb. Aangezien ik dit wel een heel belangrijk onderdeel vind bij de behandeling van mensen van een depressie ontstond mijn onderzoeksvraag. Het verbeteren van de conditie is een belangrijk aspect bij de behandeling van mensen met een depressie omdat dit een aantal positieve effecten heeft. In de eerste plaats zal een cliënt zijn uithoudingsvermogen verbeteren, lichamelijke klachten verminderen, hierdoor verbetert zijn lichaamsbeleving wat ook weer een positief effect heeft op het zelfbeeld en de stemming. Ik ben gaan kijken wat de mogelijkheden waren om de principes van de runningtherapie te integreren binnen de thematische pmt en hoe dit nieuwe programma er dan uit zou zien.

Hoofdstuk 3 beschrijft de opzet van het nieuwe programma, geeft een uitleg waar je rekening mee moet houden tijdens het aanbieden van dit programma, een productomschrijving van het nieuwe programma en binnen welke pmt strategieën het nieuwe programma valt.

3.4 Opzet

Er zijn al verschillende programma's beschreven die zich richten op het fysieke aspect. Deze zijn over het algemeen afgeleid van de principes van de runningtherapie. Ik heb gekozen om in het nieuwe programma gebruik te maken van een circuitvorm als basis. Door gebruik te maken van een circuit kunnen de principes van de runningtherapie en de thematische pmt goed naar voren komen, zowel op lichamelijk, emotioneel, cognitief en het sociale vlak (LECS).

Inleiding:

Vooraf wordt de afgelopen week besproken met de cliënten. De therapeut geeft een thema aan waarbinnen gewerkt gaat worden. De thema's waar mee gewerkt wordt; conditie, concentratie, spanning, lichaamssignalen, grenzen, kracht en energie. De cliënten kiezen een persoonlijk werkpunt voor tijdens de sessie. Er wordt gezamenlijk een warming-up gedaan. Dit kan zijn in de vorm van een spel.

Circuit:

Deze bevat de volgende 10 onderdelen;

- | | |
|---------------|-----------------|
| - Hometrainer | - Basketbal |
| - Matje | - Springtouw |
| - Steps | - Tennisracket. |
| - Stepper | - Matje |
| - Voetbal | - Roeiapparaat |

Afhankelijk van het aantal deelnemers kan de therapeut nog een aantal onderdelen toevoegen. Ook zijn de beschikbare ruimte en de aanwezige materialen factoren die meespelen bij het aanbod.

Deze vorm wordt van heel open tot zeer gestructureerd aangeboden:

- Door de cliënten zelf een volgorde te laten bepalen heeft de therapeut meer mogelijkheden, maar dit kan ongestructureerd overkomen.
- Door een vaste volgorde aan te bieden, ontstaat er veel structuur, maar minder onverwachte situaties.

Afhankelijk van het niveau van de deelnemers wordt hiermee gevarieerd.

Het circuit wordt gedaan in verschillende rondes. Deze rondes worden getimed met een stopwatch. Elke week zullen de rondes iets langer gaan duren zodat er sprake is van conditieopbouw. Zo zal in de eerste week een activiteit 1 min gedaan worden, wat daarna afhankelijk van het niveau van de deelnemers, steeds met een halve min verhoogd zal worden.

Schema:

De deelnemers krijgen een schema waarop de verschillende onderdelen staan. Hierop vult de cliënt in welke onderdelen hij gedaan heeft en hoelang. Door dit schema elke week in te vullen zal na een aantal weken zichtbaar zijn wat de vooruitgang van de afgelopen weken is.

Voor het schema zie pagina 21.

De deelnemer is niet verplicht om alle onderdelen uit te voeren. Hij krijgt de mogelijkheid om alle onderdelen een keer te doen. Als een cliënt een bepaald onderdeel niet wil of kan doen, kan hij een streep bij dat onderdeel zetten. Uiteindelijk is het wel de bedoeling dat de deelnemer het hele circuit uit zal kunnen voeren. Als een deelnemer nog niet fit genoeg is om meerdere onderdelen uit te voeren kan hij steeds een onderdeel overslaan. De therapeut motiveert de deelnemer zoveel mogelijk onderdelen uit te proberen/ te doen.

Interventies:

Tussen de verschillende rondes door wordt er tijd gemaakt voor interventies en feedback. De deelnemer geeft aan hoe hij het vindt gaan en hoe hij zich bijvoorbeeld voelt. De therapeut duidt tussen de rondes door wat hij gezien heeft en bevraagt een deelnemer hierop. De therapeut vraagt de deelnemer naar zijn persoonlijk werkpunt en hoe hij daar mee bezig is tijdens de oefeningen. Dit zijn dan tegelijkertijd kleine pauzes/ rustmomenten tussen de rondes door. Afhankelijk van het niveau van de deelnemers hoe vaak de therapeut deze pauze aanbiedt en hoelang.

Slot:

Het is belangrijk om aan het einde van de therapie met een (fysiek) rustige activiteit af te sluiten, omdat na afloop van de inspanning het lichaam naar rustniveau moet worden gebracht. Door niet acuut te stoppen, maar de inspanning geleidelijk af te bouwen is er sprake van een goede afvoer van de afvalstoffen uit de spieren. Daarmee worden gespannen, vermoeide spieren en spierstijfheid voorkomen. Als activiteit/ cooling down geeft de therapeut bijvoorbeeld een kringspel, of gaat hij met alle deelnemers stretchen in een kring. Daarna wordt kort de sessie nabesproken en kan de cliënt een opdracht meekrijgen om thuis mee aan de slag te gaan.

Samengevat:

De cliënten gaan aan de hand van een schema de activiteiten uit het circuit doen.

Tegelijkertijd werkt de cliënt aan zijn werkpunt passend binnen het thema wat vooraf door de therapeut is aangegeven. Tussen de verschillende rondes door zijn er korte pauzes waarbij de therapeut de cliënten bevraagt en duidt wat hij ziet.

3.3 Uitleg programma

Voor aanvang van het programma moeten de cliënten voorzien zijn van informatie.

Deze informatie gaat over de relatie tussen fysieke en psychische fitheid;

- Het verschil in je lichamelijk en geestelijk moe voelen.
- Hoe lichamelijke inactiviteit en depressie samenhangen.
- De manier waarop de therapie wordt aangeboden.

Tijdens de voorlichting moet het positieve effect van lichamelijke inspanning op depressie nadrukkelijk worden vermeld volgens Franklin (1994). Deze informatie verschaft de therapeut mondeling of via een informatie folder.

Voor aanvang achterhaalt de therapeut welke ervaringen de cliënt heeft met lichamelijke inspanning. Slechte ervaringen kunnen leiden tot verzet en het voortijdig afbreken van het programma.

De therapeut moet een gemotiveerde, enthousiaste en energieke houding uitstralen met betrekking tot het 'sportief actief' bezig zijn, waarmee de therapeut een rolmodel kan zijn voor de cliënt volgens Franklin (1994) en Hayes (1994).

De manier waarop de running wordt toegepast binnen de thematische pmt moet tijdens de voorlichting inzichtelijk worden gemaakt voor de cliënt. De overweging om runningtherapie in combinatie met een andere vorm van therapie aan te bieden is dat bij een depressie fysiologische, cognitieve en gedragscomponenten onderscheiden kunnen worden. Het richten van de behandeling op verschillende componenten met verschillende vormen van behandeling is daarom een logische stap volgens Buffone (1997). Het is belangrijk dat het programma aansluit bij de individuele wensen en doelen van de cliënt. Er moeten realistische, haalbare doelen worden gesteld zodat positieve ervaringen worden gestimuleerd en de kans op blessures wordt geminimaliseerd.

De therapie wordt in groepsverband aangeboden. Groepsbijeenkomsten worden vaak ervaren als mogelijkheden tot het ervaren van plezier, sociale interactie, sociale controle en steun door de groep. Uit onderzoek blijkt ook dat deelnemers in een groep de activiteit beter nakomen dan deelnemers uit een individueel programma volgens Franklin (1994).

Iemand die prestatiegericht is kan in een groep vaak beter functioneren dan individueel. Deze persoon kan zijn eigen prestaties aan de andere groepsleden afmeten en op die manier positief worden gestimuleerd volgens Kleinsman & Bosscher (1995).

Tijdens het deelnemen aan deze therapie is de cliënt onder behandeling van een psycholoog of psychiater. Binnen het nieuwe programma wordt de cliënt gewezen op bepaalde handelingen en gedragingen. Bij onderliggende problemen of situaties met betrekking tot het verleden verwijst de therapeut de cliënt na de sessie naar zijn behandelaar. De cliënt kan dan uitgebreider met zijn behandelaar ingaan op bepaalde problemen. De therapeut onderhoudt contact met de behandelaar van de cliënt.

3.2 Productomschrijving

Aan de hand van de richtlijnen beschreven in het boekje 'in beweging, de ontwikkeling van producten van de psychomotorische therapie' (2003), de productomschrijving voor het nieuwe programma;

Het nieuwe programma is een combinatie van de werkvormen directief- klachtgericht en focaal-inzichtgevend.

Rationale:

Er is sprake van bewegingsactivering waarin gewerkt wordt aan systematische verbetering van de lichamelijke fitheid en het prestatievermogen. De cliënten worden bewust gemaakt van specifieke innerlijke spanningsbronnen of conflicten en het vergroten van de mogelijkheid om zich in een potentieel stressvolle situatie staande te houden. De therapie wordt op gedoseerde wijze, met steun en structuur aangeboden.

Indicaties:

Depressieve stemming, inactiviteit, initiatiefloosheid, vermoeidheid of gebrek aan energie. De klachten zijn mild of matig van aard. Normale intelligentie. De cliënt beschikt over voldoende bewegingsmogelijkheden.

Contra-indicaties:

Symptomatologie wordt gekleurd door ernstige concentratiestoornis, suicidaliteit, ernstige fysieke beperkingen, ernstige cognitieve beperkingen en of een prominente stoornis in de lichaamsbeleving.

Doelen:

Belangrijk is het bevorderen van de lichamelijke conditie. De cliënt doet fysieke succeservaringen op die toegeschreven worden aan persoonlijke inzet. De cliënt wordt zich bewust van specifieke innerlijke spanningsbronnen en vergroot de weerbaarheid voor potentiële stressvolle situaties.

Interventies:

De therapeut treedt op als trainer en begeleider. De therapeut motiveert de deelnemer tot fysieke activiteit en geeft voorlichting over de relatie tussen inactiviteit, fysieke klachten en depressie. De therapeut leert de cliënt het waarnemen van fysieke signalen die met lichamelijke inspanning samen gaan en bewegings- en lichaamsgerichte werkvormen ter ondersteuning en afvloeiing van (opgeroepen) spanning. De therapeut bereidt de cliënt voor op het kunnen voortzetten van het programma zonder begeleiding.

Randvoorwaarden:

Sportzaal met fitnessapparatuur en overige materialen. Senior psychomotorisch therapeut. Deeltijdbehandeling waarbij ook individuele behandeling/ begeleiding door een psychiater plaats vindt.

Behandelduur en frequentie:

12 tot 16 weken. 2 keer per week 45-60 minuten.

Subtypen:

Groep.

Eindtermen:

- Reductie van depressieve stemming.
- Verbeteren lichamelijke conditie.
- Verbeteren lichamelijke competentiegevoelens.
- Verhoogd energie niveau.
- Continueren van lichamelijke activiteit, al dan niet in georganiseerd verband aangeboden.
- De cliënt is zich bewust van innerlijke spanningsbronnen.
- De cliënt ervaart dat de spanning voortkomend uit innerlijke spanningsbronnen afgenomen is, beter verdraagbaar en/ of beter hanteerbaar is dan voorheen.

PMT strategieën:

De strategieën die naar voren komen bij het nieuwe programma zijn oefenen en ervaren.

Oefenen:

- Gestructureerd bewegings en lichaamservaring opdoen. De cliënt wordt uitgenodigd verschillende fysieke activiteiten te proberen. Tevens wordt er stilgestaan bij het lichaam en de mogelijkheden daarvan.
- Het waarnemings- belevingsvermogen en gedragsrepertoire wordt vergroot. Er wordt stilgestaan bij het denken, voelen en handelen van de cliënt op dat moment.
- De cliënten blijven in contact met hun omgeving en hun lichaam. Er wordt binnen een groep gewerkt, maar de cliënten werken aan hun eigen programma aangepast aan de persoonlijke mogelijkheden en wensen.
- De therapie vindt plaats in het hier en nu. De interventies vinden plaats tijdens de therapie en aan de hand van gebeurtenissen binnen de therapie.
- Er is sprake van een duidelijke structuur en veiligheid. De therapie bestaat uit een vast programma bestaande uit een inleiding, kern (circuit) en slot.

Ervaren:

- Er wordt geëxperimenteerd met gedragsalternatieven en de effecten van deze alternatieven op zijn gedrag in relatie tot de ander. De cliënt oefent om anders handelen dan voorheen. Er wordt stilgestaan bij wat voor effect dit heeft bij de cliënt zelf, en bij de ander.
- Het zelfstructurend vermogen wordt vergroot. De cliënt leert zijn mogelijkheden en beperkingen kennen. En vergroot hierdoor de mogelijkheid tot het opdoen van succeservaringen.
- De therapie vindt plaats in het hier en nu en maakt koppelingen naar het daar. Er worden koppelingen gemaakt naar de thuissituatie. De cliënt kan binnen de therapie oefenen waar hij in de thuissituatie in vastloopt.

3.5 Evaluatie

Voor, tijdens en na de therapie moet de therapie geëvalueerd worden. Door te evalueren kan worden vastgesteld of er sprake is van progressie op het gebied van de fysieke en mentale gezondheid. Er zijn verschillende tests beschikbaar om dit te kunnen meten. Tijdens de sessie kunnen de tests bijvoorbeeld wekelijks of om de twee tot vier weken worden afgenomen. Voor meer informatie met betrekking tot deze testen zie: Run for your life, R.J Bosscher, psychomotorische therapie in de praktijk, Nijmegen 2005.

4.1 Inleiding

‘Hoe kun je de principes van runningtherapie (volgens Ruud Bosscher) integreren binnen thematische pmt, bij de behandeling van cliënten met een lichte tot matige depressie?’. Deze vraag vormde de basis voor het schrijven van deze scriptie. Deze vraag was ontstaan door mijn persoonlijke ervaringen met de casus beschreven in hoofdstuk 2. Hoofdstuk 3 heeft een beschrijving gegeven van hoe ik vind dat het nieuwe programma eruit zou moeten zien.

Hoofdstuk 4 beschrijft de overeenkomsten tussen de therapieën die aangeboden worden binnen de behandeling van mensen met een depressie. Wat de effecten van het nieuwe programma op de casus waren. En een antwoord op de vraagstelling.

4.2 Overeenkomsten andere therapieën en het nieuwe programma

Vanuit de algemene behandeling:

Rekening houden met het belang van biologische, psychologische en sociale factoren bij de individuele cliënt en daar de behandeling op af stellen. Deze aanpak verkleint de kans op terugval na het beëindigen van de behandeling.

Vanuit de running:

Het doel de cliënt in beweging te krijgen en de lichamelijke conditie te verbeteren. Waardoor de cliënt uit zijn passieve houding komt en de klachten afnemen.

Dit doormiddel van een gestructureerd en overzichtelijk schema.

- Het vrijkomen van de stof endorfine. Rustgevend effect.
- Het weer in beweging komen.
- Het bezig zijn op een gezonde manier.
- Het weer ontdekken van het lichaam.
- Het puur voor jezelf bezig zijn.

Vanuit de thematische psychomotorische therapie:

Bij thematische pmt wordt gewerkt met verschillende thema's/ onderwerpen. Een bepaald thema staat centraal, iedere cliënt uit de groep gaat aan de hand van dit thema aan het werk met zijn eigen werkpunt binnen de aangeboden activiteiten en het thema. 7 subthema's waar mee gewerkt wordt; conditie, concentratie, spanning, lichaamssignalen, grenzen, kracht en energie. Er wordt vooraf een subthema gekozen door de therapeut. De therapeut wijst de cliënt op bepaalde handelingen/ gedragingen of gevoelens en koppelt dit terug naar het werkpunt of thuissituatie van de cliënt. Cliënten worden zich vanuit hun lichamelijke en beweging bewust van hun problematiek en de mogelijkheden om die te beïnvloeden en hier in de thuissituatie mee te oefenen.

4.3 Tot nu toe de effecten van het nieuwe programma op casus

Met de cliënte, in deze scriptie beschreven, is het niet meer gelukt om het programma te starten. De cliënt ging al naar een (individueel) vervolg programma.

Met een nieuwe groep uit het sas- programma heb ik een start gemaakt.

Effecten:

- Een aantal cliënten geeft aan van tevoren erg tegen de oefeningen op te zien, maar achteraf erg tevreden te zijn met de onderdelen die ze gedaan hebben.
- De cliënten hebben duidelijk inspanning geleverd te zien aan verschillende lichaamskenmerken, zoals zweten etc.
- De meeste cliënten hebben meerdere activiteiten gevonden die ze wel aangenaam vonden om te doen.
- Een aantal cliënten ervaarde dat hun conditie op dit moment erg slecht was. Andere juist dat ze meer konden dan ze van tevoren hadden verwacht.
- Een cliënt had moeite met de tijd van 1 minuut, deze heeft gekozen om wel alle activiteiten te proberen maar deze allemaal maar een halve minuut te doen. De cliënt was achteraf tevreden dat ze deze keuze had gemaakt en daar ook de vrijheid in had.
- Een aantal cliënten had moeite met het ontbreken van structuur. Sommige cliënten wilden op hetzelfde moment dezelfde oefening doen. Door met elkaar te onderhandelen kwamen ze hier zelf uit.
- Een van de cliënten gaf aan thuis weer te gaan oefenen op de hometrainer omdat ze merkte dat het sporten toch veel voldoening gaf.
- Een andere cliënt wilde thuis meer gaan wandelen om zo de conditie weer op te bouwen.

4.4 Antwoord op de vraagstelling

Hoe kun je de principes van runningtherapie (volgens Ruud Bosscher) integreren binnen thematische pmt, bij de behandeling van cliënten met een lichte tot matige depressie?

Hoofdstuk 3 beschrijft hoe je de runningtherapie kan integreren binnen de thematische pmt. Dit programma blijft een opzet. Elke therapeut werkt vanuit zijn eigen referentiekader. Zoals in het begin beschreven is het afhankelijk van de therapieën die aangeboden worden binnen een instelling en in hoeverre dit programma daarin past. Dit programma is makkelijk aan te passen, zodat het binnen elke instelling toepasbaar is.

Dit programma sluit goed aan op de algemene behandeling van cliënten met een depressie. Doordat het nieuwe programma de cliënt op verschillende aspecten aanspreekt (op LECS), kan je een totaal aanbod doen binnen een therapie, waarbij elke cliënt makkelijk aan zijn persoonlijke werkpunten kan werken. Dit nieuwe programma biedt voldoende handvatten. De cliënt kan in de thuissituatie bepaalde activiteiten voortzetten, zodat een cliënt niet in een gat dreigt te vallen als de behandeling afgelopen is.

In de toekomst is het aan te bevelen om tijdens het aanbieden van dit programma ook het stuk van de evaluatie mee te nemen. De resultaten van dit programma zijn dan duidelijk en overzichtelijk weergegeven.

Literatuurlijst

Bosscher, R.J. (1994/ 4). *Runningtherapie bij depressie*.
Tijdschrift: Bewegen en hulpverlening

Hattum, M. van & Hutschemaekers, G. (2003). *In beweging, De ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie*.
Utrecht: Trimbos-instituut.

Hayes, Kate F. (1994/ 4). *Running therapy*.
Tijdschrift: Psychotherapy.

Huizinga, J.C. & Bosscher, R.J. (2005). *Run for your life, Psychomotorische therapie in de praktijk*.
Nijmegen: Cure en care publishers.

Kolijn, J. (2003). *Running: rationale, indicaties etc.*
<http://www.pmtinfosite.nl/>

Lange, J. de & Bosscher, R.J. (2005). *Psychomotorische therapie in de praktijk*.
Nijmegen: Cure & Care Publishers

Molen, H. T. van der, Perijen, S. & van den Hout, M.A. (1997). *Klinische psychologie*.
Groningen: Wolters-Noordhoff.

Nederlandse vereniging voor psychiatrie. (2001) *DSM-IV- TR*.
Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.

Niks, C. (2003). *Trendivities, thematisch werken*.
Zwolle: Windesheim, afdeling Calo.

Sietsma, L. (2004). *Bewegingsagogie & psychomotorische therapie*.
Zwolle: Windesheim Reader G006

Vandereycken, W & Deth, R. van (2004). *Psychiatrie van diagnose tot behandeling*.
Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Bijlagen

(4) Depressie aan de hand van de DSM-IV criteria:

▪ DSM-IV-TR criteria depressieve episode

- A. Vijf (of meer) van de volgende symptomen zijn binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig geweest en wijzen op een verandering ten opzichte van het eerdere functioneren; ten minste een van de symptomen is ofwel depressieve stemming, ofwel verlies van interesse of plezier.

-depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag, zoals blijkt uit subjectieve mededelingen (bijvoorbeeld voelt zich verdrietig of leeg) ofwel observatie door anderen (bijvoorbeeld lijkt betrand)

N.B.: kan bij kinderen of adolescenten ook prikkelbare stemming zijn

-duidelijke vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag (zoals blijkt uit subjectieve mededelingen of uit observatie door anderen)

-duidelijke gewichtsvermindering zonder dat dieet gehouden wordt of gewichtstoename (bijvoorbeeld meer dan vijf procent van het lichaamsgewicht in één maand), of bijna elke dag afgenomen of toegenomen eetlust

N.B.: Bij kinderen moet gedacht worden aan het niet bereiken van de te verwachten gewichtstoename

-insomnia (slapeloosheid) of hypersomnia (overmatige slaap en slaperigheid) bijna elke dag

-psychomotorische agitatie of remming (waarneembaar door anderen en niet alleen maar een subjectief gevoel van rusteloosheid of vertraagdheid), bijna elke dag

-moeheid of verlies van energie, bijna elke dag

-gevoelens (die waanachtig kunnen zijn) van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens (niet alleen maar zelfverwijten of schuldgevoel over het ziek zijn), bijna elke dag

-verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluiteloosheid (ofwel subjectief vermeld ofwel geobserveerd door anderen), bijna elke dag

-terugkerende gedachten aan de dood (niet alleen de vrees dood te gaan), terugkerende suïcidegedachten zonder dat er specifieke plannen gemaakt zijn, of een suïcidepoging of een specifiek plan om suïcide te plegen

- B. De symptomen voldoen niet aan de criteria voor een gemengde episode (De stemming is dan gedurende een langere periode gelijktijdig manisch/ uitgelaten en depressief gemengde episode).

- C. De symptomen veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen

- D. De symptomen zijn niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drugs, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hypothyroïdie = verlaagde schildklierwerking)
- E. De symptomen zijn niet eerder toe te schrijven aan een rouwproces, dat wil zeggen na het verlies van een dierbaar persoon zijn de symptomen langer dan twee maanden aanwezig geweest of zijn zij gekarakteriseerd door duidelijke functionele beperkingen, ziekelijke preoccupatie met gevoelens van waardeloosheid, suïcidegedachten, psychotische symptomen of psychomotorische remming.

Binnen de groepen waar ik mee werkte was er sprake van cliënten met een depressieve stoornis:

-de eenmalige episode zoals hiervoor besproken.

-en de depressieve stoornis recidiverend. Er is dan sprake twee of meerdere depressieve episode. Hierbij is wel het criterium dat er minstens een periode van 2 maanden geen sprake is geweest van een depressieve episode.

Naam:

	Week 1		Week 2		Week 3		Week 4	
Slecht	S	S	S	S	S	S	S	S
Matig	M	M	M	M	M	M	M	M
Goed	G	G	G	G	G	G	G	G
Stemming vooraf								
Stemming achteraf								
Inzet								
	Tijd	Tijd	Tijd	Tijd	Tijd	Tijd	Tijd	Tijd
Matje								
Roeien								
Steps								
Touwtje								
Voetbal								
Stepper								
Basketbal								
Fiets								
Tennis								
Matje								

	Week 5		Week 6		Week 7		Week 8	
Slecht	S	S	S	S	S	S	S	S
Matig	M	M	M	M	M	M	M	M
Goed	G	G	G	G	G	G	G	G
Stemming vooraf								
Stemming achteraf								
Inzet								
	Tijd	Tijd	Tijd	Tijd	Tijd	Tijd	Tijd	Tijd
Matje								
Roeien								
Steps								
Touwtje								
Voetbal								
Stepper								
Basketbal								
Fiets								
Tennis								
Matje								

De structuurgroep

De doelgroep:

Clienten in klinische of ambulante behandeling met een stemming en of angststoornis die gebaat zijn met een activerend en structurerend aanbod gericht op het stapsgewijs opbouwen van het dagelijks leven.

Doel:

- Activering door cliënten te motiveren en steunen om weer hun dagelijkse bezigheden thuis op te pakken.
- Structureren door cliënten te begeleiden bij het gedoseerd activiteiten op te pakken.
- Inzicht geven over de aard en ontstaan van depressieve klachten en de mogelijkheden om de symptomen te verminderen.
- Evt. op verzoek van de behandelaar; observatie en meekijken t.b.v. de diagnostiek.

Werkwijze:

Bij de structuurgroep oefenen cliënten om zelf structuur aan te brengen in hun dagelijks leven. Therapeuten stimuleren cliënten tot het 'gedoseerd' oppakken van activiteiten in de thuissituatie en oefenen situaties waar de cliënt in het dagelijks leven tegen aanloopt.

Algemene indicatiecriteria:

Een cliënt dient in staat te zijn om:

- Zelfstandig te kunnen komen.
- Te kunnen functioneren in een groep.
- Een gesprek kunnen volgen of aangaan.
- Thuis enige activiteiten kunnen uitvoeren en in enige mate weer bezig zijn met het opbouwen van zijn dagelijks leven.

Specifieke indicatiecriteria voor cliënten uit de kliniek:

Cliënten uit de kliniek kunnen aangemeld worden voor de structuurgroep als zij aan de criteria voldoen en als er binnen afzienbare tijd een ontslagdatum bekend is.

Proefperiode:

Er geldt een proefperiode van 6 weken. Op grond van observaties wordt gekeken naar:

- De cliënt is op tijd aanwezig en komt 3 x in de week.
- De cliënt pakt m.b.v. het aanbod weer dagelijkse activiteiten op.
- Er is sprake van een zekere opbouw/ verbetering/ verandering binnen deze periode.

Als dit na zes weken niet het geval is en ook geen verbetering op korte termijn te verwachten is n.a.v. medicatieverbetering, dan wordt opnieuw door de behandelaar gekeken of dit aanbod aansluit bij de betreffende cliënt.

Duur:

Deelname aan de structuurgroep duurt in principe 16 weken. Eventueel kan er na overleg verlengd worden.

Opzet van de behandeling:

De behandeling bestaat uit een vast aanbod van vijf therapieën.

Structuurgroep:

Hierin wordt besproken hoe het de afgelopen week met de cliënt is gegaan. Er wordt een weekplanning gemaakt en de cliënten ontvangen informatie en tips over de depressie.

Bewegingstherapie:

Cliënten doen lichaams oefeningen en bewegingsactiviteiten. Ze oefenen hun energie te doseren. Tevens worden er handvatten gegeven over het omgaan met angst- en spanningsklachten.

Dramatherapie:

De cliënt oefent om weer actief te zijn en een plezierig contact aan te gaan met andere. Tevens worden er situaties geoefend zoals het doen van een verzoek of iets weigeren om zo de dagelijkse structuur vast te houden.

Opdrachtengroep:

Cliënten werken aan een individueel gesteld doel door elke week kleine haalbare opdrachten uit te voeren.

Beeldende therapie:

Het krijgen van ontspanning en plezier door te werken met diverse creatieve werkvormen. Individuele oefenpunten komen hierbij aan bod.

Rooster:Dinsdag

11:00- 12:15 Structuurblok

Woensdag

9:15- 10:30 Dramatherapie

11:00- 12:15 Bewegingstherapie

Donderdag

9:15- 10:30 Opdrachtengroep

11:00- 12:15 Beeldende therapie

Overleg en aanmelding:

Cliënten kunnen door hun behandelaar of regievoerder worden aangemeld bij de behandelunitverpleegkundige.

Deze heeft een kennismakingsgesprek met de cliënt. In dit gesprek wordt er gekeken of de cliënt in aanmerking komt voor deeltijdbehandeling en in welke groep hij of zij gezien de problematiek het beste past. Verder wordt er informatie over de deeltijdbehandeling gegeven.