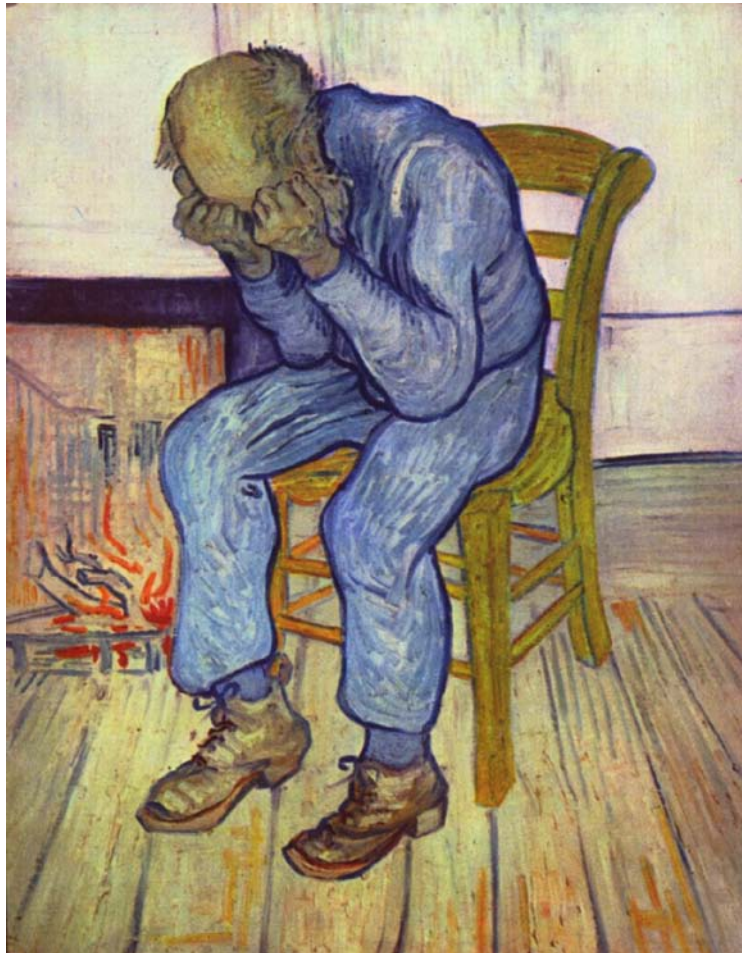


Is het waar dat de cliënten met een stemmingsstoornis van Lentis Stadskanaal meer sociaal weerbaar zijn na het volgen van de “IK BEN IK” module? (training met gebruik van PMT)



(Vincent van Gogh - On the threshold of eternity)

Naam: Karin Nijhof

Naam scriptiebegeleider: Dienneke Jol

School en opleiding: School of Human Movement and Sports,

Psychomotorische therapie en bewegingsagogie

Windesheim Zwolle

Datum: 25 mei 200

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
Samenvatting.....	4
Inleiding.....	5
Hoofdstuk 1: Algemeen kader depressiviteit	6
Deelvraag 1: Wat is een stemmingsstoornis?.....	6
Deelvraag 2: Welke behandelvormen zijn er voor mensen met een depressie?	11
Hoofdstuk 2: Module “IK BEN IK”	16
Deelvraag 3: Wat houden de begrippen sociale weerbaarheid, assertiviteit en sociale vaardigheden in?.....	16
Hoofdstuk 3: De resultaten	20
Deelvraag 4: Is de module “IK BEN IK effectief” geweest?	21
Hoofdstuk 4: De conclusie	22
Hoofdstuk 5: Discussie en aanbevelingen.....	23
Deelvraag 5: Welke aanbeveling kan ik geven met betrekking tot de module?	23
Deelvraag 6: Welke aanbeveling kan ik geven met betrekking tot het onderzoek?.....	23
Literatuurlijst:	25
Bijlage	27

Voorwoord

Deze scriptie is tot stand gekomen in het kader van het afstuderen van de opleiding bewegingsagogie en psychomotorische therapie (BPT) van the School of Human Movement and Sports.

Dankwoorden gaan uit naar Lentis Stadkanaal, Dienneke Jol, familie en vrienden.

Samenvatting

Vanuit Lentis Stadskanaal, een psychiatrische kliniek, kwam de vraag om een module te ontwikkelen ter verbetering van sociale weerbaarheid van hun depressieve cliënten.

Aan de hand van het literatuurvooronderzoek is de module geschreven. Er is ook gekeken naar reeds bestaande methodieken en technieken die de sociale weerbaarheid vergroten. Bestaande methodes blijken niet specifiek toegespitst te zijn op mensen met een depressie. De nieuw ontwikkelde module brengt de theorie over depressie en de bestaande weerbaarheidtrainingen samen.

Na uitvoering van de module is de tevredenheid van de cliënten getoetst. Uit de resultaten van de tevredenheidmeting is niet te achterhalen of de sociale weerbaarheid van de cliënten vergroot is hiervoor dient vervolg onderzoek plaats te vinden. In het tevredenheidonderzoek is de vraag gesteld of de deelnemers van de “IK BEN IK”module het geleerde toepassen in het dagelijks leven. De antwoorden op deze vraag zijn overwegend positief. Dit suggereert een verbetering in de sociale weerbaarheid van de cliënten.

Inleiding

Tijdens mijn stage ben ik in aanraking gekomen met cliënten met stemmingsstoornissen. Deze problematiek heeft mijn interesse gewekt. Ik werd nieuwsgierig naar de oorzaak van deze stoornis maar vooral naar de mogelijkheden om deze mensen te helpen. Dit is de reden voor mijn onderzoek. Met betrekking tot het onderzoek ben ik tot de volgende vraagstelling gekomen:

Is het waar dat de cliënten met een stemmingsstoornis van Lentis Stadskanaal meer sociaal weerbaar zijn na het volgen van de “IK BEN IK module”? (training met gebruik van Pmt)

Met de volgende deelvragen wil ik een antwoord geven op de onderzoeksvraag.

- 1) Wat houdt een stemmingsstoornis in?
- 2) Welke behandelmethoden bestaan er voor cliënten met een depressie?
- 3) Wat houdt sociale weerbaarheid, assertiviteit en sociale vaardigheden in?
- 4) Is de module “IK BEN IK” effectief geweest?
- 5) Welke aanbeveling kan ik geven met betrekking tot de module?
- 6) Welke aanbeveling kan ik geven met betrekking tot het doen van verder onderzoek?

Het doel van mijn onderzoek is om de module “IK BEN IK” verder te ontwikkelen. Mijn doel in het onderzoek is of een training depressieve mensen sociaal weerbaarder kan maken.

Om dit onderzoek uit te voeren heb ik een literatuurstudie gedaan. Daarnaast heb ik gepraat met een aantal deskundigen. Tevens heb ik navraag gedaan bij mijn stagebegeleider over de diverse gebruikte methodieken. Vervolgens heb ik de “IK BEN IK” module gegeven. Tenslotte heb ik door middel van interviews de tevredenheid van de cliënten getest. Voor een uitvoerige beschrijving van de toegepaste methode verwijs ik naar hoofdstuk 2.

Deze scriptie begint met een algemeen kader betreffende depressie, vervolgens wordt de methode beschreven en hierop volgend de resultaten, conclusie, discussie en ten slotte de aanbevelingen.

Hoofdstuk 1: Algemeen kader depressiviteit

Depressie, elke dag gaan er wereldwijd honderd vijftig miljoen mensen onder gebukt. De wereld Gezondheidsorganisatie schatte in 2005 dat depressie in het jaar 2020 volksziekte nummer een zal zijn. (depressie,2005). Volgens de gegevens van het Nationaal Kompas Volksgezondheid waren er in 2003 ruim 850.000 mensen ouder dan 13 jaar die aan een depressie lijden. Jaarlijks krijgen ruim 285.000 volwassenen een eerste depressie (Schoemaker, Poos & Spijker, 2005). Meer dan 15 % van de cliënten overlijdt door suïcide. Dit zijn geschat ruim 1600 gevallen per jaar (zie bijv. APA, 2000; Sher, Oquendo & Mann, 2001).

“ Ik zit in een dipje”, “ Ik voel me depri ”. Uitspraken die veel mensen wel een keer gehoord of gezegd hebben. Deze mensen zijn waarschijnlijk even niet opgewassen tegen het leven. Ze ervaren op dat moment een dalende stemming die meestal maar van korte duur is. Van een depressie is dan echter nog geen sprake. Men spreekt van een depressieve stoornis wanneer een individu zich langdurig ‘depri’ of somber voelt en daarbij de belangstelling voor het leven om zich heen verliest. Mensen die zich weken- of maandenlang zo lusteloos en neerslachtig voelen lijden aan een depressie.

De depressie valt in de classificatie systemen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders hierna (DSM-IV-TR) en International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems hierna (ICD-10)onder de noemer stemmingsstoornissen. Dit brengt mij tot de volgende deelvraag:

Deelvraag 1: Wat is een stemmingsstoornis?

Uit het dagelijks leven weten wij dat de stemming van mensen kan variëren. Voorbeelden van dergelijke stemmingen zijn: Blij, bedroefd, somber, verdrietig etc. Het kan zijn dat die “ ont-stemming” intens, langdurig en buiten proportioneel is, dat wil zeggen: niet in overeenstemming is met de omstandigheden van een persoon. Als er behalve extreme of langdurige ‘ont-stemmingen’ ook andere symptomen aanwezig zijn, dan wordt er gesproken van een psychische stoornis. Dergelijke stoornissen worden met de term “stemmingsstoornissen” aangeduid. In classificatiemodellen als DSM-IV-TR en ICD-10 wordt aangegeven aan welke symptomen je moet voldoen voordat een stemmingsstoornis gediagnosticeerd kan worden.

(Van der Molen, Perrijs, van den Hout, 2007)

Onder stemmingsstoornissen vallen onder andere

1.) Een depressie/ depressieve stoornis. Het classificatiesysteem ICD-10 maakt onderscheid tussen drie hoofdgroepen van depressieve toestanden;

- depressieve (eenmalige) episode: wanneer een cliënt “slechts” eenmalig een depressieve episode heeft doorgemaakt, spreekt men van een ‘depressieve stoornis, eenmalige episode.’
- recidiverende depressie: zijn er in het verleden meerdere depressieve episoden geweest, dan luidt de diagnose ‘depressieve stoornis, recidiverend.’ (Om van afzonderlijk depressieve episoden te kunnen spreken, moet er twee episoden een periode van minimaal twee aaneengesloten maanden zijn waarin de klachten niet voldeden aan de criteria voor een depressieve episode.)
- chronische stemmingssyndromen waaronder dysthymie en cyclothymie. Dysthymie is een lange periode minimaal 2 jaar waarin de meeste dagen een depressieve stemming aanwezig is. er zijn ook andere depressieve symptomen aanwezig maar die zijn minder in aantal en minder ernstig dan bij de depressieve stoornis. Voor meer informatie verwijs ik naar pagina

- cyclothymie: De aanwezigheid gedurende minimaal twee jaar van verscheidene perioden met hypomane symptomen en verscheidene perioden met depressieve symptomen die niet voldoen aan de criteria voor een depressieve episode.

De ernst van een depressieve episode en van recidiverende depressies wordt in de ICD-10 in verschillende graden ingedeeld: gematigd, middelzwaar, zwaar zonder psychotische symptomen en zwaar met psychotische symptomen.

Kenmerkend voor een depressieve stoornis is dat de cliënt één of meer depressieve episoden heeft mee gemaakt, terwijl er daarnaast geen manische of hypomane episoden zijn voorgevallen. Kernsymptomen van een depressieve episode zijn een depressieve stemming en of verlies van interesse en plezier. Andere karakteristieke symptomen zijn een duidelijke afname of toename in gewicht en eetlust, slaapklachten, psychomotorische remming of agitatie, moeheid of een gebrek aan energie, zich waardeloos of schuldig voelen, concentratieproblemen, besluiteloosheid en doodsgedachten.

- 2.) **Manie:** Een manie is een gemoedstoestand die wordt gekenmerkt door een ziekelijke opgewektheid (overmatige vreugde, hyperactiviteit, impulsiviteit e.d.) die gepaard gaan met sterke ongeremdheid in tal van psychische functies. In ernstige gevallen kan de manie gepaard gaan met psychotische symptomen, waarbij de waarneming van de eigen persoon en de omgeving verstoord is (en er sprake kan zijn van wanen of hallucinaties).

Hypomanie is een vorm van manie, waarbij tijdens de euforische toestand en de hoge activiteit nog een zekere controle bestaat over de gedachtewereld. Het is een lichte vorm van een manie.

- 3.) **Manische depressiviteit** (ook wel manische depressieve stoornis) is een tweeslachtige vorm van depressiviteit. De gemoedstoestand van de cliënt wisselt hierbij periodiek van zeer depressief (teneergeslagen, somber) tot manisch (zeer actief). Men kan enerzijds zeer uitbundig en daadkrachtig zijn (de manie) en anderzijds ook uiterst teruggetrokken en inactief (de depressie).

Vanwege het afwisselende karakter van manische depressiviteit, wordt het ook wel bipolaire stoornis genoemd (Tanghe & Maesschalck, 2000).

De meeste cliënten uit mijn onderzoeksgroep hadden de chronische vorm van een depressie, namelijk dysthymie. Het classificatiesysteem ICD-10 beschrijft dysthymie als volgt:

- A Duur van minimaal 2 jaar met constante of vaak terugkerende depressieve stemming
 B Aan de criteria voor een middelzware of zware depressieve episode is binnen een periode van 2 jaar niet voldaan.
 C: Geen hypomane episoden.
 D: depressieve stemming met tenminste 3 van de volgende symptomen:
- 1) verminderde activiteit of energie;
 - 2) slaapproblemen;
 - 3) verminderd zelfvertrouwen en gevoelens van ontoereikendheid;
 - 4) concentratieproblemen;
 - 5) lichtgeraaktheid;
 - 6) interesseverlies en vreugdeloosheid, verlaagd libido;
 - 7) gevoel van hulpeloosheid;
 - 8) gevoel dat alles onoverkomelijk is;
 - 9) pessimistische houding of piekeren over het verleden;
 - 10) in zichzelf gekeerd zijn;
 - 11).zwijgzaamheid.

Tabel 1.

Dysthymie kan ook samen gaan met depressie. Een dysthyme depressie is een biologische veroorzaakte depressie die zeer diepe episodes heeft waar in we vele tekenen van de vitale depressie kunnen terug vinden. De term vitale depressie benadrukt het biologische lichamelijke aspect van de depressie. (Tanghe & Maesschalck, 2000). Vitale kenmerken van een depressie worden door de DSM-IV-TR als volgt beschreven:

A: Eén van de volgende komt voor tijdens de ernstige periode van de huidige episode

- (1) Verlies van plezier in alle of bijna alle activiteiten,
- (2) Ontbreken van reacties op gewoonlijk plezierige prikkels.

B: Wanneer een individu minstens drie van de volgende symptomen heeft, kan gesproken worden van een vitale depressie:

1. duidelijk andere kwaliteit van de depressieve stemming (d.w.z de depressieve stemming wordt duidelijk anders beleefd dan de soort gevoelens die men ervaart na het overlijden van een dierbaar persoon)
2. 's morgens vroegtijdig ontwaken
3. depressie is doorgaans 's morgens het ergst,
4. significante anorexie of gewichtsverlies,
5. duidelijk psychomotorische remming of agitatie
6. buitensporige of onterechte schuldgevoelens

Comorbiditeit

Andere cliënten uit mijn onderzoeksgroep hadden een angststoornis samen met een depressieve stoornis. Dit wordt ook wel comorbiditeit genoemd. Comorbiditeit is het samengaan van twee min of meer psychische stoornissen. Bekend is dat de comorbiditeit van depressie en andere vormen van psychopathologie hoog is. De hoge comorbiditeit van depressie en angst wordt zowel in de algemene bevolking als in de klinische praktijk gevonden (Van der Molen et al, 2007) Uit Nederlands epidemiologisch onderzoek komt naar voren dat bijna de helft van de mannen die ooit een stemmingsstoornis hadden en bijna 60% van de vrouwen voor wie dat geldt, een voorgeschiedenis heeft met angststoornissen (De Graaf, Bijl, Spijker, Beekman en Vollebergh, 2003). Als angst- en stemmingsstoornissen samengaan, is meestal de angststoornis eerst aanwezig; de stemmingsstoornis is vaker secundair. In het kader van mijn module besteed ik echter geen aandacht aan de angststoornis en beperk ik mij tot de depressieve symptomen.

Een onderdeel van psychomotorische therapie is om het gedrag en daarmee de samenhangende symptomen in kaart te brengen. Dit kan worden gedaan met behulp van het LECS-model.

Lecs-model

Een psychomotorisch therapeut wil invloed uitoefenen op het waarneembare gedrag van een cliënt. Om dit gedrag te beïnvloeden door middel van bewegingsbelevingssituaties moet eerst het (waarneembare)gedrag in kaart worden gebracht. Binnen de PTM-opleiding wordt het LECS-model veelvuldig gehanteerd als observatiemodel voor het in kaart brengen van het waarneembare gedrag. Voor de uitleg van dit model worden de algemene kenmerken van een depressie beschreven. De L

(lichamelijk) staat voor de van buitenaf en soms van binnenuit merkbare aspecten van het gedrag (moeheid, verlies van energie, onrust,) De E (emotie) staat voor de van buiten en van binnen merkbare emoties die iemand heeft (somber, neerslachtig). De C (cognitie) staat voor de cognitieve aspecten van het gedrag (negatieve gedachten als 'ik kan het niet', terugkerende gedachten aan de dood) en de S (sociaal) staat voor de sociale aspecten van het gedrag (sociaal isolement).

Aan de hand van deze methode kan het gedrag van de cliënt in kaart worden gebracht, kunnen de belangrijkste aspecten worden benoemd en kan er inzicht worden verkregen op welke aspecten van het gedrag moet worden ingegrepen om het gedrag te veranderen.

Gedrag vindt altijd plaats binnen een bepaalde context; daardoor zijn gedrag en context onlosmakelijk met elkaar verbonden. Om gedrag te begrijpen en er betekenis aan te verlenen moet de context er altijd bij betrokken worden. Daarnaast speelt het referentiekader van de therapeut ook een rol. Het referentiekader van de therapeut bepaalt voor een belangrijk deel wat de betekenis is van bepaald gedrag in een bepaalde context.

Terugkomend op LECS: als een psychomotorisch therapeut betekenis verleend aan gedrag, wordt er gekeken naar LECS in de context van een bepaald referentiekader.

(collegestof: Werkveld Therapeutische Vaardigheden 3^e jaar)

Oorzaken van de depressie

Depressieve episodes kennen geen direct aanwijsbare oorzaak. Onderzoek naar depressie is gericht op de werking van neurotransmitters, hormonale factoren en psycho-sociale invloeden. Het bio-psycho-sociale model gaat uit van een combinatie tussen biologische, psychische en sociale factoren. Het model is ontwikkeld door George L. Engel (1913-1999)

- Biologische factoren: de belangrijkste biologische factor is erfelijkheid. De kans op een depressie is groter als een van beide ouders van een individu een depressie heeft gehad. Ook neurotransmitters lijken een belangrijke rol te spelen bij het ontstaan van een depressie. Zo blijken de neurotransmitters serotine en noradrenaline belangrijk te zijn voor onze stemming. Iemand met een depressie heeft een te lage concentratie serotine of noradrenaline in de hersenen. Het is echter niet bekend of dit de oorzaak of het gevolg van een depressie is.
- Psychische factoren: (Traumatische) gebeurtenissen in een bepaalde periode in het leven. Ook traumatische gebeurtenissen uit het verleden kunnen van invloed zijn op het ontwikkelen van een depressie.
- psychosociale factoren: Verlies van een partner en een verhuizing zijn voorbeelden die van invloed zijn op het sociale systeem. Een (grote) verandering van dit "normale" systeem kan lijden tot een depressie.

(Vandereyken & van Deth, 2004, p.123-126; depressiecentrum(z.j.). Een andere kijk op despressie. Over het bio-psycho-sociale model. geraadpleegd op 1 juli 2009, <http://www.depressiecentrum.nl/een-andere-kijk-op-depressie.42.html>.)

Het biologisch-psycho-sociale model gaat ervan uit dat deze drie factoren invloed op elkaar uitoefenen (zie figuur 1). Een voorbeeld hiervan is dat een cliënt uit mijn onderzoeksgroep vroeger langdurig seksueel misbruikt is. Deze traumatische gebeurtenis is van grote invloed op het psychisch functioneren van de cliënt. Het gevolg van deze gebeurtenis kan zijn dat de cliënt sociale situaties gaat vermijden en in een sociaal isolement raakt. Door de langdurige psychische stress die de cliënt

ervoer na het misbruik kan het biochemisch evenwicht in de hersenen uit balans zijn geraakt; dit kan hebben geleid tot een te lage concentratie serotonine. Wanneer de persoon in kwestie door afstamming ook nog eens belast is met een aangeboren kwetsbaarheid voor depressie (hij of zij is bijvoorbeeld niet de enige in de familie met de neiging tot neerslachtigheid), is de kans op een depressie bij de geboorte al verhoogd.

Het bio-psycho-sociaal model:

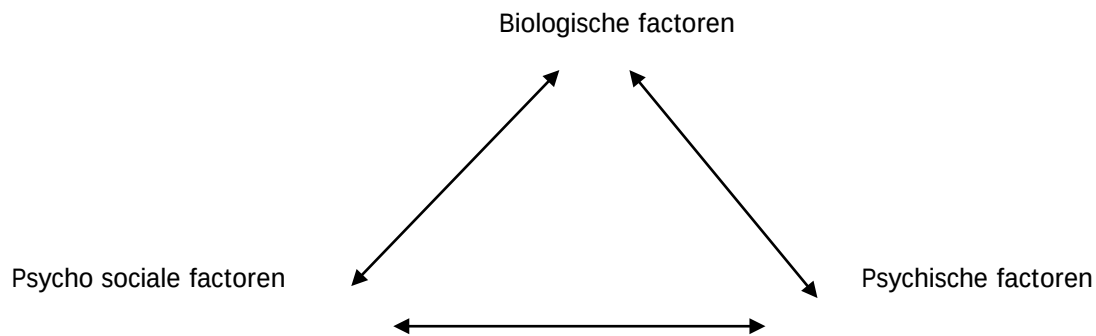


Fig. 1. weergave bio-psycho-sociaal model

Behandelvormen

Ernstige vormen van depressie gaan meestal nooit vanzelf weg. Ze moeten behandeld worden. Over deze stoornis zijn er verschillende behandelvormen en theorieën bekend. Dat brengt mij tot de volgende deelvraag

Deelvraag 2: Welke behandelvormen zijn er voor mensen met een depressie?

A) Medicatie

Vanuit de psychologische visie is men er van overtuigd dat een combinatie van medicatie en (gesprek) therapie het beste effect heeft bij behandeling van een depressie.

- Anti-depressiva is een medicijn welke gebruikt wordt om de symptomen van een depressie te verminderen.

In het kader van mijn scriptie doet deze behandelingsmethode verder niet ter zake.

B) Psycho therapieën

1) De psychoanalyse.

De grondlegger van de psychoanalyse is Sigmund Freud. (1856-1939) Freud benoemt dat ons gedrag gestuurd wordt door oerdriften. Het driftmodel is hier een weergave van en bestaat uit: Es, Ego, Superego. Dit model legt het accent op verdrongen seksuele en agressieve driften.

- Es: blinde, aangeboren, biologische krachten, seksuele en agressieve driften.
- Ego: reguleert de spanning tussen Es en Superego, kan driften kanaliseren en is in staat tot uitgestelde behoeftebevrediging.
- Superego: bevat geboden en verboden die vanuit de omgeving zijn geïnternaliseerd.

Er hoort een bepaalde balans te zijn tussen het Es, Ego en super ego. Bij een depressie is deze balans verstoord.

(sheets, BAPMT 3^e jaar,)

Freud onderscheidt in de psychoanalytische visie vijf fasen:

- (1) De orale fase (babytijd),
- (2) anale fase(peutertijd),
- (3) fallische fase (kleutertijd),
- (4) latentiefase(schoolleeftijd),
- (5) genitale fase(puberteit)

Bij elke fase hoort een bepaalde ontwikkeling van de persoon. Of er een tekort, overschot of balans is geweest onderzoekt de klassieke psychoanalyse door middel van therapeutische gesprekken. Bij een bepaald tekort of een bepaald overschot kan er in een latere fase een depressie zichtbaar worden. Huidige ontwikkelingen op dit gebied bevatten onderzoeken naar depressie bij kinderen.

De kern van Freuds redenering wordt gevormd door het idee dat een depressieve stoornis wordt veroorzaakt doordat de persoon in zijn eerste levensjaren een verlies heeft geleden dat hij niet goed heeft kunnen verwerken. Daardoor treedt op latere leeftijd regressie op als hij in een situatie terechtkomt die hij interpreteert als een verlies. Die regressie krijgt de vorm van een depressieve stoornis.

(van der Molen, Perreijn, van den Hout, 2007)

Bij een psychoanalytische behandeling wordt gezocht naar het kernconflict waardoor het gedrag verstoord is. Door aan dit kernconflict te werken worden de oorzaken van de klachten aangepakt.

II) Cliëntgerichte therapie – humanistische benadering

“maximale betrokkenheid met behoud van optimale distantie”.

Hiermee wordt bedoeld dat de therapeut zich concreet moet inleven in de belevingswereld van de cliënt, zonder daarmee samen te vallen.

In de cliëntgericht therapie staat de cliënt centraal. De persoon die hulp zoekt is de cliënt, hij moet het hulpverleningsproces sturen. De therapeut heeft een luisterend oor en respecteert de autonomie van de cliënt. Er worden geen oplossingen aangedragen, geen vaste adviezen gegeven, geen vaste theorieën, interpretaties of diagnoses aangedragen. De therapeut probeert te begrijpen wat de cliënt beleeft, en probeert dit naar voren te halen op een accepterende manier. Deze vorm van therapie is gericht op het opheffen van incongruentie. Dat wil zeggen: ons zelf anders voordoen dan we ten diepste zijn. (verstoorde ontwikkeling van het zelf). Een doelstelling van deze therapie is het zelf en het ideaalbeeld dichter bij elkaar brengen. De therapeut biedt een veilige sfeer waarin de cliënt zich uitgenodigd voelt om de eigen gedachten en gevoelens te verkennen. Waarbij de beleving van de cliënt geaccepteerd wordt maar niet ieder gedrag.

(sheets, 3^e jaar BAPMT)

III) de cognitieve gedragstherapie

De grondlegger van de cognitieve gedragstherapie is Aron Beck(1922). De wortels van de cognitieve gedragstherapie liggen in twee psychologische stromingen, namelijk het behaviorisme en de cognitieve therapie. Het behaviorisme vormt het theoretische kader van de gedragstherapie, de cognitieve psychologie dat van de cognitieve therapie.(Weerman,2006) Centraal in de theorie van Beck (Beck, Rush, Shaw, & Emery,1979; haaga, Dyck & Ernst, 1991) staat het begrip 'schema'. Schema's zijn cognitieve structuren, die een mens gebruikt voor het coderen en evalueren van binnenkomende informatie. Mensen kunnen niet zonder schema's. Wanneer er een gebeurtenis plaats vindt hebben wij een schema dat geactiveerd wordt. Voorbeeld: iemand loopt op straat en komt een bekende tegen. Hij groet de bekende maar deze zegt niks terug. Bij iemand die depressief is en zichzelf niet de moeite waard vindt gaat zijn negatieve schema in werking en kan hij de situatie interpreteren als: “Zie je wel ik ben niks waard”. Andere interpretaties mogelijk zoals “ Kennelijk was hij in gedachten verzonken ” komen niet in hem op. Volgens Beck worden depressieve schema's al vroeg in de jeugd gevormd. Vaak gebeurt dat naar aanleiding van negatieve gebeurtenissen. Daarnaast onderscheidt Beck in zijn theorie over depressie nog twee andere begrippen, namelijk 'logische fouten en de cognitieve triade.” Een voorbeeld van een logische fout is bijvoorbeeld een kind dat geen uitnodiging krijgt voor een feestje. Hij concludeert hieruit dat hij nooit zal worden uitgenodigd. De cognitieve triade

is volgens Beck dat bij depressieve mensen vooral 3 negatieve cognities overheersen: een negatieve kijk op zichzelf, op de wereld en op de toekomst. (van der Molen, Perreijn, van den Hout, 2007)

De cognitieve gedragstherapeut onderzoekt samen met de cliënt welke ideeën hij over zichzelf en anderen heeft, wat anderen van hem denken etc. De therapeut zal vervolgens met de cliënt in gesprek gaan over de mate waarin zijn ideeën op realiteit berusten. Het accent ligt op het aanleren van andere, meer positieve gedachten. Via het beïnvloeden van denkbeelden kan de cliënt zijn gevoelstoestand in gunstige zin veranderen. Daardoor verandert zijn doen en laten in positieve zin en verminderen zijn klachten.

(<http://www.ccg.nl/cgt.htm>)

IIIa) Mindfulness

Mindfulness is aandachtgericht cognitieve therapie. Het is ontstaan na aanleiding van de constatering dat ingaan op de gedachte met negatieve inhoud die vervangen moeten worden door gedachten met een positieve inhoud leidt tot piekeren. De therapie is berust op boeddhistische meditatietechnieken. Mindfulness betekent: met volle aandacht gewaar zijn bij dat wat zich aandient. (gedachten, gevoelens, lichaamssignalen, neigingen tot bepaald gedrag en daar niet op ingaan. Het richt zich op het hier en nu. Er mag geen waarde oordeel gekoppeld worden op dat wat je observeert en ervaart aan sensaties. Hierdoor is het mogelijk de negatieve gedachtestroom te negeren en los te koppelen van jezelf als persoon. “het mag er zijn”, “ik ben mijzelf, mijn gevoelens maken daar deel van uit, maar ik ben niet mijn gevoelens.”

(sheets,3^e jaar BAPMT en informatie mindfulness GGZ Lentis Stadskanaal)

C.) Psychomotorische Therapie

Allereerst de definitie van psychomotorische therapie volgens de NVPMT.

Psychomotorische therapie is het behandelen van mensen met psychische problemen door middel van interventies gericht op lichaamservaringen en/ of het behandelen in bewegingssituaties. Het doel van psychomotorische therapie is gedragsverandering tot stand te brengen of tenminste daar een bijdrage aan te leveren en daarmee psychosociale of psychiatrische problematiek weg te nemen of te verminderen (beroepsprofiel NVPMT, 2004).

In de psychomotorische therapie zijn er drie behandelingsstrategieën die de cliënt kunnen (bege)leiden tot nieuwe ervaringen. Namelijk de PMT modaliteiten oefenen, ervaren en ontdekken.

Modaliteit oefenen

- leren
- doen
- hier en nu
- in contact blijven met de omgeving en of lichaam
- omgaan eigen problematiek
- verkennen

- De attitude van de therapeut: structurerend, sturend en leidend te werk gaan.

Modaliteit ervaren

- beleven
- experimenteren
- zicht krijgen op eigen gedrag
- accent hier-en-nu en daar
- denken
- voelen
- handelen
- herkennen

- Attitude therapeut: veiligheid en uitdaging, creëren, uitnodigen tot, structureren

Modaliteit ontdekken

- ontwikkelen
- herbeleven
- benoemen
- accent hier-en-nu, daar en toen
- uiten
- erkennen

- Attitude therapeut: creëren, spiegelen, confronteren en bewustmaken van

(collegestof, BAPMT 3^e jaar, dhr. L. Sietsema)

Binnen elke behandelstrategie doet de cliënt lichaamservaringen op en neemt hij deel aan bewegingssituaties, die passen bij zijn problematiek. Afhankelijk van de problematiek en de hulpvraag wordt de cliënt geplaatst bij één van de drie strategieën. De therapeut arrangeert de situatie zo dat de cliënt specifieke ervaringen op kan doen. Dit kan de therapeut doen door middel van context manipulatie. Daarnaast kan het proces worden voortgezet vanuit een andere strategie. Het aanbieden van bewegingssituaties hebben altijd alle aspecten van de drie strategieën in zich.

(collegestof, BAPMT 3^e jaar, dhr. L. Sietsema)

In mijn literatuuronderzoek in het kader van PMT en depressiviteit, heb ik weinig wetenschappelijk bewezen effectieve behandelmethoden gevonden. Wel heb ik een voorbeeld gevonden die effect blijkt te hebben bij een depressieve stoornis: namelijk de runningtherapie.

Bosscher (1991) toonde aan dat runningtherapie bij cliënten met depressieve stoornissen een effectieve therapie lijkt. Runningtherapie is een looptherapie die in een groep gegeven wordt. Voor de cliënten zijn het vooral de sociale en emotionele factoren die voor een positiever gevoel zorgen: de succeservaring om lichamelijk bezig te zijn en het contact met andere renners. Deze inspanning van de cliënten maakt het mogelijk om gezond bezig te zijn met de (rest) mogelijkheden in plaats van met de beperking. Tevens lijkt het of de endorfine hypothese een rol speelt bij runningtherapie. (deze hypothese gaat ervan uit dat je tijdens het hardlopen een stofje endorfine vrij maakt dat zorgt voor een prettig gevoel.) Maar deze hypothese is nog niet voldoende wetenschappelijk bewezen in het onderzoek naar runningtherapie bij depressieve mensen.

(Dieper dan een dip, Volkskrant(6 januari 2007), geraadpleegd op 20 mei 2009, via <http://www.ddev-coaching.nl/ArtikelDravenTegenDepressie.pdf>)

GGZ Lentis Stadskanaal heeft mij gevraagd om een sociale weerbaarheidsmodule te ontwikkelen voor cliënten met een depressieve stoornis die in het kader van PMT kan worden gegeven.

Er zijn reeds bestaande modules van sociale weerbaarheid en assertiviteit maar deze zijn nog niet specifiek toegepast op de doelgroep depressie.

De symptomen van een depressie zoals onder andere: verminderd zelfvertrouwen gevoelens van ontoereikendheid, gevoel van hulpeloosheid, gevoel dat alles onoverkomelijk is, pessimistische houding of piekeren over het verleden zijn in mijn ogen een mogelijke aanleiding voor het minder weerbaar zijn. Ik ben van mening dat je door middel van een weerbaarheidstraining de negatieve symptomen die zich voordoen bij een depressie kunt verminderen. De bestaande psychomotorische assertiviteits module van Pauline Filliger(1999) de profilering tot weerbaarheidstrainer en het Draaiboek Groepstraining Sociale Vaardigheden is de rode draad van de door mij ontwikkelde Ik ben Ik module.

In deze module staan de behandelstrategieën oefenen en ervaren op de voorgrond. Het hier-en-nu speelt hier een belangrijke rol in. De module richt zich namelijk niet op het 'verleden' en het 'herbeleven van situaties' omdat de depressieve symptomen voorop staan en nu worden beleefd. Daarom richt de module zich op het hier-en-nu waarbij de cliënt al oefenend wordt geconfronteerd met lichaamservaring en bewegingssituaties. De aller eerste stap moet het creëren van een veilig therapeutisch werk klimaat zijn. Als mensen zich niet veilig voelen kunnen ze zich niet ontwikkelen. De strategie oefenen kan over gaan in de strategie ervaren. Hierbij is het de taak van de therapeut om hier richting aan te geven.

Voor een uitvoerige beschrijving van deze module en de relatie met PMT verwijs ik naar hoofdstuk 2.

Hoofdstuk 2: Module “IK BEN IK”

methode

Verantwoording module

In opdracht van GGZ Lentis Stadskanaal heb ik een sociale weerbaarheids module ontwikkeld voor mensen met een depressieve stoornis. Deze module is gemaakt op basis van de begrippen assertiviteit en sociale vaardigheden. Op mijn stage adres was geen praktisch bruikbare PMT- module aanwezig in het kader van sociale weerbaarheid en depressiviteit.

Voor de ontwikkeling van de module heb ik eerst een literatuur onderzoek gedaan. Daarnaast heb ik gesproken met twee psychologen: Dhr. Vermeer, basis psycholoog neurologische psychologie en met Dhr.Brugman werkzaam als psycholoog bij de Lentis GGZ Drenthe.

Deze twee psychologen geven aan dat veel depressieve cliënten symptomen vertonen waaruit afgeleid kan worden dat ze minder weerbaar zijn. Vaak is met het blote oog te zien dat depressieve mensen vaak sloffen, een in elkaar gedoken houding vertonen, met hangende schouders lopen en soms een wazige blik hebben. De motoriek is traag. Bovendien trekken cliënten zich vaak terug op hun eigen kamer en zijn nauwelijks nog in contact met de omgeving.

De hier boven geschreven symptomen zijn een aantal kenmerken van niet weerbaar gedrag. Wat wordt verstaan onder weerbaar zijn? Met deze vraag hangt deelvraag 3 samen. Die als volgt luidt:

Deelvraag 3: Wat houden de begrippen sociale weerbaarheid, assertiviteit en sociale vaardigheden in?

Er bestaan verschillende definities over sociale weerbaarheid en assertiviteit. Bijna elke instelling heeft z'n zijn eigen definitie. Hieronder zijn een aantal definities weergegeven.

A) weerbaarheid

De definitie van weerbaar zijn volgens 'Pluryn' (ondersteund mensen met handicap bij wonen, werken leren en vrije tijd.)

- “Weerbaar ben je wanneer je in staat bent op een effectieve manier op te komen voor je behoeften en wensen in situaties van alledag en wanneer jij je persoonlijke grenzen aan weet te geven als anderen die willen overschrijden.”

Volgens Kiai Doetichem (zelfverdediging)

- Iemand die zich weerbaar gedraagt, bewaakt zijn grenzen met zoveel mogelijk respect voor de grenzen van anderen.

Volgens Margriet de Boer, orthopedagoog bij 's Heeren Loo betekend sociaal weerbaar

- dat je weet wat goed en niet goed voor je is en daar ook naar kunt handelen. De zaken die niet goed voor je zijn, kun je afhouden.

B) assertiviteit

Over assertiviteit is in de literatuur veel informatie te vinden. In de psychomotorische assertiviteitsmodule van Pauline Filliger(1999)worden verschillende definities weer gegeven.

Een benadering die veel in artikelen wordt beschreven, is een definitie in termen van eigen rechten. Een voorbeeld daarvan wordt gegeven door Lazarus Wolpe (1966)

- *“het op sociaal aanvaardbare wijze tot uitdrukking van eigen rechten en gevoelens.”*

Andere definities van assertiviteit die gericht zijn op emotionele expressie Kuipers (1996)

- *“Assertiviteit is het op een rustige en duidelijke manier durven uiten wat je vindt, denkt, voelt en wilt, zonder dat je anderen nodeloos kwetst en onnodig met hen in conflict raakt”*

In van Erven (1980) wordt assertief gedrag in combinatie met gevoelens en gedachten centraal gesteld.

- Assertiviteit is een vaardigheid om in interpersoonlijke situaties bekrachtiging te zoeken, in stand te houden of te vergroten door uiting te geven aan gevoelens of wensen, waarbij deze uiting het risico inhoudt van verlies of straf.

C) Sociale vaardigheden:

Binnen bepaalde sociale situaties heb je een scala aan sociale vaardigheden nodig om goed binnen deze situaties te functioneren. Een synoniem voor sociale vaardigheden is zelfredzaamheid. Er zijn een aantal basisvaardigheden, die in contact met anderen van wezenlijk belang zijn . Daarnaast kom je iedere dag situaties tegen waarin je sociale vaardigheden moet gebruiken. Voorbeelden van sociale vaardigheden: oogcontact maken, een praatje maken, je mening weergeven, het kunnen geven en krijgen van kritiek etc. Sociale vaardigheden kunnen misverstanden voorkomen.

Samenhang van de drie begrippen.

Zo als je kunt lezen hangen assertiviteit en sociale weerbaarheid nauw met elkaar samen. Er is weinig verschil met betrekking tot de inhoud van de begrippen. Weerbaar gedrag is zonder meer assertief gedrag te noemen. Echter assertief gedrag is vooral van toepassing in situaties waarin beide partijen gelijk zijn. Weerbaar gedrag heb je juist nodig in situaties waarin er sprake is van machtsverschil.

(<http://www.kiai-doetinchem.nl/Zelfverdediging.htm>)

Betekenis begrippen in module

Om assertief gedrag of weerbaar gedrag te vertonen zijn sociale vaardigheden van groot belang. Denk aan oog contact maken, stemverheffingen etc. Het zijn vaardigheden waarmee je laat zien dat je weerbaar bent. Daarom staan de begrippen in deze module in relatie met elkaar.

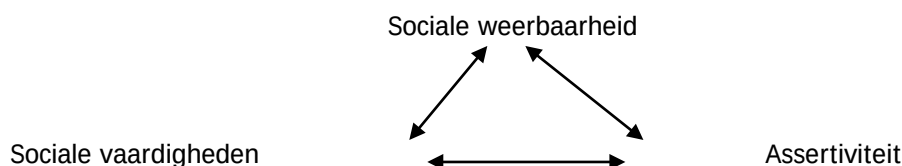


fig.2

Wanneer je onvoldoende sociale vaardigheden hebt, kun je geen assertief of weerbaar gedrag vertonen.

Met behulp van een weerbaarheids module wordt geprobeerd de klachten van depressieve cliënten te verminderen en hierdoor de cliënt weerbaarder te maken. Daarnaast kan de module een bijdrage leveren aan bewegingsstimulering. Middels weerbaarheidsactiviteiten kunnen mensen die normaal gesproken weinig beleven enthousiast gemaakt worden voor sport en bewegen. De "IK BEN IK" module is een weerbaarheidsmodule die gebaseerd is op de assertiviteitsmodule van Pauline Filliger (1999), de profilering trainer tot weerbaarheid en het draaiboek Groepstraining Sociale Vaardigheden

De doelgroep

Mijn onderzoeksgroep die de module "IK BEN IK" hebben gevolgd bestond uit 7 cliënten waaronder drie vrouwen en vier mannen tussen de 18 en 65 jaar. Het is een gesloten groep. De meesten komen vanuit de kliniek en hebben dysthymie. Bij twee vrouwen is er sprake van comorbiditeit. Zij hebben naast hun depressie ook nog een angststoornis. In de training wordt niet ingegaan op deze angststoornis.

Groepsproces

De module wordt gegeven in een groep. Depressieve mensen raken vaak in een sociaal isolement. Door in een groep te werken wordt geprobeerd het sociale contact te bevorderen. Ook is het vaak voor cliënten fijn om te ervaren dat zij niet de enige zijn die met dergelijke problemen.

Opbouw van de module

In het begin van elke sessie komt het huiswerk aanbod, vervolgens wordt er aan de slag gegaan met een nieuw thema, er worden bewegingssituaties/ belevingssituaties aangeboden, na afloop wordt er geëvalueerd.

Inhoud module

De module bestaat uit verschillende thema's die betrekking hebben op sociale weerbaarheid, assertiviteit en sociale vaardigheden. Bij elk thema hoort een bewegings/belevingssituatie die zowel lichaamsgericht als ervaringsgericht kan zijn. Aan elk thema met uitzondering van het laatste thema zit een huiswerkopdracht vast. Deze huiswerkopdracht is bedoeld om de theorie nog een keer te herhalen, te oefenen met het reeds geleerde en om de transfer te maken naar andere contexten. In de huiswerkopdrachten wordt het model van Ellis (1977) veelvuldig gebruikt. Waarbij de cliënt leert stil te staan bij het gedrag. Albert Ellis ontwikkelde het ABC- schema om irrationele gedachten op te sporen. Hij gebruikte het bij de zogenaamde Rationeel-Emotieve Therapie (RET). Het ABC schema bevat een aantal onderdelen, namelijk:

A = De aanleiding, de gebeurtenis, de 'activating event'. Hier wordt beschreven wat er gebeurde voordat een negatief gevoel ontstond.

B = Datgene wat je denkt, je opvattingen, je "beliefs".

C = De gevolgen van wat je denkt, de consequenties.

D = Uitdagen van irrationele gedachten bij B.

E = Het formuleren van betere functionelere gedachten.

G = Nieuw gedrag

(Weerman, 2006)

Op dit ABC schema zijn veel variaties bedacht, bijvoorbeeld het G schema. Deze G's staan voor Gebeurtenis, Gedachten, Gevoel, Gedrag, Gevolg. Ook dit schema wordt gebruikt binnen mijn stage instelling en binnen de module.

De activiteiten die in de module worden aangeboden zijn laagdrempelig. Met als doel dat het voor iedere cliënt passend is en dat de cliënten blijven komen. In de module wordt uitgegaan vanuit de visie dat alle (negatieve)gedrag is aangeleerd en ook weer afgeleerd kan worden.(gedragstherapie) Door middel van het aanleren van (sociale) vaardigheden en assertiviteits oefeningen wordt er 'nieuw' gedrag aangeleerd. Oude patronen worden doorbroken. Dit kan met behulp van de 'basis' principes van de cognitieve therapie.

De behandelstrategieën oefenen en ervaren staan binnen deze module centraal. De module richt zich op het hier-en-nu en niet op het verleden. Oefenend werkt de cliënt aan het vergroten van zijn waarnemings-, belevingsvermogen en gedragsrepertoire. Daarnaast leert de cliënt experimenteren met gedragsalternatieven en effecten van deze alternatieven op zijn gedrag in relatie tot omgeving. De therapeut zou eerst vooral een sturende houding hebben.

Toetsing van de module:

Ik heb gekozen om een door mij zelf ontwikkelde enquête af te nemen om zo de werkzaamheid van de module aan te tonen en om een conclusie te kunnen trekken of deze module nog verder ontwikkeld moet worden. De resultaten van de enquête kunt u terug vinden in de bijlage.

Hoofdstuk 3: De resultaten

Met behulp van de resultaten uit de door mijzelf ontwikkelde enquête (zie ook bijlage) probeer ik een antwoord te geven op de onderzoeksvraag.

Is het waar dat de cliënten met een stemmingsstoornis van Lentis Stadskanaal meer sociaal weerbaar zijn na het volgen van de IK ben IK module? (training met gebruik van Pmt)

De resultaten zijn hieronder te vinden in tabel 1.

	Ja	Nee	Anders nl:	Goed,	lastig	Anders nl;
Bent u tevreden over de tijdsduur van de sessies	x x x x x x		x; soms te lang, soms tekort			
Bent u tevreden over het aantal sessies (8)	x x x x x x x					
Wat vond u van de huiswerkopdrachten?				X x x x	x x moeilijk concentreren	x meer en moeilijker
Heeft u altijd u huiswerkopdrachten gedaan	x x x	x x x x concentratie vermogen en vergeten				
Hebben de huiswerkopdrachten en de theorie invloed gehad om doelen te bereiken en geleerde toe te passen?	x x x x	X x x				
Bent u tevreden over de omvang van de groep?	x x x x x		x x te weinig			
Heeft u liever mannen en vrouwen gescheiden	x x	x x x x x				
Vond u de activiteiten passend bij de thema's	x x x x x x		x			

Heeft u wat gemist wat u had willen leren?		x x x x x x x				
	Ja	Nee	Anders nl	Goed	Fout	Anders nl
Past u het geleerde ook toe in het dagelijks leven?	x x x x x x	X				
Zou u deze module nog een keer willen volgen	x x x x	x x x				
Heeft u uw doelstellingen gehaald	x x x x	x x	X voor een deel			

Tabel 1

Na het bekijken van de resultaten volgt de volgende deelvraag:

Deelvraag 4: Is de module “IK BEN IK effectief” geweest?

De effectiviteit van het onderzoek is lastig om te meten omdat cliënten waarschijnlijk niet sociaal weerbaar genoeg zijn om objectief de effectiviteit aan te kunnen geven. Bovendien is het onderzoek meer een tevredenheids onderzoek geweest dan een effectiviteit studie. Waar wel aanwijzingen voor zijn is het gegeven dat cliënten baat blijken te hebben gehad bij de “IK BEN IK”module. Zij vertellen in de nabespreking dat ze proberen het geleerde in het dagelijks leven toe te passen, maar dat dit soms nog best lastig kan zijn. De meeste cliënten geven aan de module nog een keer te willen volgen omdat zij het lastig vinden om alles in één keer op te pakken en te veranderen. Daarbij speelt het concentratie probleem een rol.

Andere therapeuten geven aan resultaat van de module te zien in het gedrag van de deelnemers. Zo geven zij aan dat twee cliënten meer voor hun mening uit komen en minder stil zijn.

Om wel een antwoord te kunnen geven op de vraag of de module “IK BEN IK”effectief is geweest, is het aan te bevelen om een effectiviteits studie te doen.

Hoofdstuk 4: De conclusie

Gezien de resultaten van de enquête kan ik de conclusie trekken dat de cliënten van Lentis Stadskanaal de module als positief hebben ervaren. Met dit gegeven ga ik er vanuit dat de cliënten tevreden zijn. Zes van de zeven cliënten zeggen het geleerde ook toe te passen in het dagelijks leven. Vier van de zeven cliënten geven aan de module nog een keer te willen volgen. En vier van de zeven cliënten hebben hun doelstellingen behaald. Hieruit trek ik de conclusie dat de module “IK BEN IK” zinvol kan zijn voor de behandeling van mensen met een depressie. Met betrekking tot de inhoud van de module “IK BEN IK” kan ik zeggen dat deze goed gekozen is. Dit kan ik opmaken uit de vraag of de cliënten de aangeboden activiteiten passend vinden bij de thema’s. Hierop antwoordden zes van de zeven cliënten dat ze deze activiteiten passend vonden. Niemand geeft aan wat te hebben gemist in de module. Maar het antwoord op deze vraag uit de enquête kan beïnvloed zijn door het feit dat hun kennis en visie met betrekking tot sociale weerbaarheid beperkt is.

Uit het nagesprek blijkt tevens dat cliënten de module als positief hebben ervaren. Ook hebben andere therapeuten positieve geluiden laten horen, als het gaat over het directe resultaat bij een tweetal die de module hebben gevolgd.

Aangezien de module nog in de ontwikkelingsfase zit kunnen de resultaten van het onderzoek zeker gebruikt worden voor verder onderzoek.

Er valt uit de resultaten niet meteen de conclusie te trekken dat de cliënten van Lentis Stadskanaal ook daadwerkelijk sociaal weerbaarder zijn geworden. Om dit aan te kunnen tonen is een effectiviteits studie nodig.

Hoofdstuk 5: Discussie en aanbevelingen

De resultaten van het onderzoek zijn gebaseerd op de antwoorden uit de enquête van de zeven cliënten met een stemmingsstoornis van Lentis Stadskanaal. Er mag daardoor niet van uit worden gegaan dat de gegevens generaliseerbaar zijn. Deze module heb ik ontwikkeld voor de zeven cliënten van Lentis Stadskanaal en dit wil niet zeggen dat deze module dus toepasbaar is voor alle cliënten met een depressie. Hiervoor is de onderzoeksgroep te klein en is er meer onderzoek nodig met betrekking tot de module en het onderzoek. Om meer kennis op te doen of de module toepasbaar is voor alle cliënten met een depressie, zou de module ook op andere cliënten met een depressie kunnen worden toegepast. Belangrijk bij dit onderzoek is dat het onderzoek nog in een ontwikkelingsfase zit en daardoor nog niet evidence based is.

Daarnaast is gebleken dat één enquête te weinig is om duidelijk inzicht te krijgen of de cliënten van Lentis Stadskanaal meer weerbaar zijn geworden na het volgen van de “IK BEN IK” module. Door gebruik te maken van meer meetinstrumenten die gericht zijn op weerbaarheid had ik wellicht een beter inzicht kunnen krijgen.

Daarom kom ik tot de volgende deelvraag:

Deelvraag 5: Welke aanbeveling kan ik geven met betrekking tot de module?

- Met betrekking tot de module zou ik meer sessies overwegen. De cliënten geven aan dat het aantal sessies goed is, maar toch willen ze de module nog een keer volgen. De reden hiervoor is dat de cliënten hebben aangegeven concentratieproblemen hebben met als gevolg dat ze het moeilijk vinden om dingen snel op te pakken. Het is daarom verstandig om herhalings sessies te doen.
- In de enquête van de module is het van belang om meer specifieke vragen op te nemen met betrekking tot weerbaarheid om zo de hoofdvraag beter te kunnen beantwoorden.

Natuurlijk zijn er ook aanbevelingen die gedaan kunnen worden met betrekking tot het onderzoek. Daarom kom ik tot de volgende deelvraag

Deelvraag 6: Welke aanbeveling kan ik geven met betrekking tot het onderzoek?

Uit de conclusie is gebleken dat het onderzoek dat zich in dit stadium voor doet meer een tevredenheids onderzoek is. Om de effectiviteit van de module te kunnen meten is het aan te bevelen om een effectiviteits studie te doen.

- meer dan één meetinstrument gebruiken.
- Daarnaast is het verstandig om de module “ IK BEN IK ” aan meerdere cliënten te geven. het aantal cliënten in de groep is prima, maar de module moet bij meerdere groepen (met een

depressieve stoornis) worden toegepast om aan te kunnen tonen of deze module ook geschikt is voor mensen met een depressie.

- Gebruik maken van een controle groep. Om hiermee aan te kunnen tonen dat cliënten die deze module niet volgen minder weerbaar zijn dan de cliënten die deze wel module volgen. De controle groep moet voldoen aan dezelfde vorm van een depressie als de groep die de module “IK BEN IK” volgt.

Aangezien de module “IK BEN IK” nog in de ontwikkelingsfase zit en de huidige resultaten van de module positief zijn is het zeker een aanbeveling om deze module verder te ontwikkelen. Het nut van een sociale weerbaarheidstraining voor mensen met een depressie wordt langzaam zichtbaar. Deze onderzoeksscriptie kan leiden tot een “nieuwe” behandelvorm voor mensen met een depressie. En zou hiervoor dus verder moeten worden ontwikkeld.

Literatuurlijst:

Boeken;

- American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM-IV-TR) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Cullberg, J (2000) *Moderne psychiatrie, een psychodynamische benadering*. Amsterdam: Ambo
- Elgersma, H.J., & Arntz, A. (2004). Protocolaire behandeling van patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis: Cognitieve therapie. In G.P.J. Keijsers, A. van
- Everdingen, Rumke, Swinkels en Smits, *depressie*(2005). Leiden: stichting biowetenschappen en Maatschappij.
- Filliger & Mailiepaard (1999) *psychomotorische assertiviteitsmodule; een geprotocolleerde, individuele therapie met effectmeting*. Assen; NVPMT
- Hattum, M & Hutschemakers (2007). *In Beweging. De ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie*. Utrecht: Trimbos instituut.
- Minnen, & C.A.L. Hoogduin (Red.), *Protocolaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg I*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Moleman, P. (2007) *Geneesmiddelen voor de geest, een praktische gids*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Rigter, J. (2002). *Ontwikkelingspathologie bij kinderen en jeugdigen*. Bussum: Coutinho
- Tanghe & Maesschalck (2000) *depressie onderkennen en behandelen*. Leuven Apeldoorn: Garant
- Weerman, A (2006) *Zes psychologische stromingen één client*. Soest: Nelissen.

Artikel:

- Burgwal, T (1999) *De "state of art" van psychomotorische therapie bij ernstig depressieve mensen*. Geraadpleegd op 20 mei 2009 via: www.pmtinfosite.nl
- *Dieper dan een dip*, Volkskrant (6 januari 2007), geraadpleegd op 20 mei 2009, via <http://www.ddev-coaching.nl/ArtikelDravenTegenDepressie.pdf>
- Emck, C *Psychomotorische therapie: weer(ga)loos, wonderbaarlijk of werkzaam*.

Internet:

- <http://www.robwillemse.nl/>
http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=742&richtlijn_id=66homeopathie/artikelen/artikel12_depressie_manie.html#stemming
- <http://www.therapiehulp.nl/klacht/depressiviteit/depressie/symptomen-depressief/>
- <http://www.vandale.nl/vandale/opzoeken/woordenboek/>
- http://www.ziekenhuis.nl/index.php?cat=ziektebeelden&ziektebeelden=ziektebeeld_item&item_id=460&letter=E
- <http://home.planet.nl/~borst032/RunWatis.html>
- <http://www.ccgt.nl/therapieen.htm>
- (Vandereyken & van Deth,2004, p.123-126; depressiecentrum(z.j.). Een andere kijk op despressie.Over het bio-psycho-sociale model. geraadpleegd op 1 juli 2009, <http://www.depressiecentrum.nl/een-andere-kijk-op-depressie.42.html>.)
- (<http://www.kiai-doetinchem.nl/Zelfverdediging.htm>)

Bijlage