

Step up!

Stepped care bij lichte depressie; eerst psychosomatische fysiotherapie

Behandelprotocol lichte depressie
Verantwoording en toelichting

Semester 5: Cohort 2012-2013
Opdrachtgever: Wetenschapscommissie NFP
Begeleiding: Annet de Jong

Projectleden: Marlene de Boer
Liesbeth van Meurs



Inhoudsopgave

INLEIDING	3
1 PSYCHO EDUCATIE	6
2 FYSIEKE ACTIVITEIT	8
3 MINDFULNESS BASED COGNITIEVE THERAPIE	11
LITERATUURLIJST	13

Inleiding

Het protocol 'Step up! Stepped care bij lichte depressie: Eerst de psychosomatische fysiotherapeut', beschrijft de behandeling voor cliënten met een lichte depressie. Depressie is soms moeilijk te herkennen, omdat deze zich bij iedereen op een andere manier uit. Een vroege herkenning en aanpak van depressieve klachten voorkomt vaak verergering en mogelijke verdieping tot depressie. Dit protocol is geschreven voor cliënten met een lichte depressie.

Lichte depressie

Er is sprake van een depressieⁱ, wanneer hij of zij gedurende tenminste twee weken minstens een van deze twee kernsymptomen heeft:

- een zeer neerslachtige stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag
- een ernstig verlies van interesse in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag

Daarnaast dienen nog andere symptomen aanwezig te zijn:

- eetproblemen (heel veel of juist heel weinig) en veranderingen in het gewicht
- slaapproblemen
- geagiteerd of rusteloos zijn of juist geremd
- vermoeidheid en verlies van energie
gevoelens van waardeloosheid of overmatige schuld
- concentratieproblemen, vertraagd denken en besluiteloosheid
- terugkerende gedachten aan dood of zelfdoding

Het aantal symptomenⁱⁱ is een veelgebruikte maat voor de ernst van de depressie.

- **Lichte depressie: 5 symptomen**
- Matige depressie: 6-7 symptomen
- Ernstige depressie: 8-9 symptomen

Veel huisartsen gebruiken de screeningslijst 4 DKLⁱⁱⁱ. Hier wijst een matig verhoogde score bij depressie, score van 3-5, op een mogelijk bestaan van een stemmingsstoornis. Een score van 6-12 bij depressie wijst vrijwel zeker op een stemmingsstoornis, waarvoor specifieke behandeling is geïndiceerd.

Huisarts en psychosomatisch fysiotherapeut

Bij het behandelen van depressiegeïjkende klachten zullen er meerdere aspecten samen met de cliënt onderzocht worden. Wanneer een cliënt bij de huisarts komt wordt er vaak stepped care beleid gehanteerd. Binnen stepped care krijgen alle patiënten in eerste instantie de kortste / minst intensieve behandeling aangeboden en alleen als deze onvoldoende resultaat oplevert, wordt overgegaan op een meer intensieve behandeling. Dit sluit aan bij het beleid van het Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport^{iv}. Wanneer er sprake is van een vermoeden, danwel diagnose van lichte depressie, wordt met de

cliënt vanuit verschillende gezichtspuntengesproken over de mogelijke behandelingen, gericht op het voorkomen van een (zwaardere) depressie. De cliënt is de centrale factor in dit proces^v. Het doel is zowel om te werken aan het vergroten van de belastbaarheid, alsook het hanteerbaar maken van de belasting vanuit de omgeving. Zo komen belasting en belastbaarheid in balans. Hier is de psychosomatische fysiotherapeut een belangrijke eerste hulpverlener welke ingezet kan worden door de huisarts als eerste stap binnen de stepped care. De cliënt zal binnen complexiteitsniveau twee of drie, volgens het beroepscompetentieprofiel van de psychosomatische fysiotherapeut, vallen^{vi}.

Behandelrelatie

Bij behandelingen van de licht depressieve cliënt is het opbouwen van een goede behandelrelatie van groot belang. Positieve ondersteuning is juist belangrijk bij (licht) depressie cliënten omdat er vaak sprake is van vermoeidheid en interesse verlies. Dit kan een belemmerende factor zijn voor de therapietrouw. Het bespreken van de diagnose en het tonen van begrip zijn aspecten die ondersteunen. Uit contacten met experts^{vii} blijkt dat zij hier veel aandacht aan besteden gedurende hun interventie. Afstemming met de cliënt verdient altijd aandacht. Cliënten zullen een eigen idee hebben van hun klachten. Deze kunnen in kaart gebracht worden door de IPQ-k^{viii}. Een individueel behandelplan helpt iemand bij het inzicht krijgen van zijn klachten en het stimuleert zelfmanagement. Het monitoren, samen met de therapeut met behulp van het werkboek, helpt de cliënt inzicht te verkrijgen, maar vooral ook vertrouwen in eigen kunnen op te bouwen. Hierdoor neemt de self-efficacy toe. Self-efficacy zijn de verwachtingen die de patiënt heeft over de mate waarin hij zelf een dergelijke handeling (mentaal of gedragsmatig) doeltreffend kan toepassen. Deze zal gemeten worden met de Dutch Self-efficacy scale^{ix} ter inventarisatie en evaluatie. Het werkboek is een belangrijk hulpmiddel bij het maken, realiseren en evalueren van afspraken over het behandelplan.

Duur interventie

Het protocol is opgebouwd uit twaalf behandelingen verdeeld in drie verschillende fasen. Er is een start-, behandel-, en follow-up fase. De startfase bestaat uit twee behandelingen die beide in de eerste week plaats vinden. In de laatste fase worden tweefollow up momenten ingepland zodat de cliënt een periode van 24 weken wordt begeleid. Deze behandelingen zijn hoofdzakelijk bedoeld om mogelijke terugval te voorkomen of te ondervangen.

In tabel 1 is te zien hoe de twaalf behandelingen verdeeld zijn over de 24 weken.

Fasen	Startfase		Behandelfase								Follow-up	
Behandelingen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Week	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	12	24

Tabel 1: Overzicht van behandelingen in de tijd

Er is gekozen voor een behandelfase van 8 weken. Uit onderzoek blijkt dat fysiotherapeuten, die cliëntengroepen willen aanzetten regelmatig sportief te gaan bewegen, zich ervan bewust dienen te zijn dat het minimaal 8 weken duurt voordat de patiënt dit sporten wat meer 'van binnenuit' gaat doen^x. Expertopinion^{xi} noemt vanuit zijn ervaring dat er vaker gekozen wordt voor 8 tot 12 weken.

Er is rekening gehouden met het gemiddeld aantal behandelingen voor fysiotherapie dat vergoed wordt in Nederland en daardoor is er uiteindelijk gekozen voor een behandel aantal van 12.

State of the art

De keuze voor de interventies is gebaseerd op 'the state of the art' van de projectgroep van zeven leden die begin 2012 een literatuurstudie heeft gedaan naar het onderwerp lichte depressie en de meest effectieve behandeling hiervan. De aanleiding was een implementatieproject in het kader van de opleiding 'Professional Master Psychosomatische Fysiotherapie' aan de Hogeschool van Utrecht (tweede jaar). De gekozen interventies zijn dan ook uit te voeren in de eerste lijn door een psychosomatisch fysiotherapeut.

Uit 'the state of the art' zijn drie interventies naar voren gekomen die de basis vormen van het protocol.

1. Psycho educatie:
 - Motiveren
 - Aansturen op self-efficacy
 - Coachen
 - Inzetten van dagboek/werkboek
2. Fysieke activiteit
3. Mindfulness based cognitieve therapie

1 Psycho educatie

Uit een meta-analyse^{xii} blijkt dat cognitieve gedragsmatige therapie significante reductie laat zien in depressieve symptomen bij cliënten met een somatische aandoening. Wel werd er een minder groot effect waargenomen bij cliënten met een laag niveau van depressieve symptomen in vergelijking tot cliënten met een stemmingsstoornis. Copingstijlen lijken hier wel een belangrijke rol te spelen, daar cliënten met een hoger niveau van controle, een hogere self-efficacy en een actieve copingstijl zich beter aanpassen aan de somatische aandoening en minder depressief zijn. Cognitieve gedragsmatige therapie wordt gedefinieerd als psychotherapie, die in ieder geval bestaat uit cognitieve herstructurering en gedragsmatige activatie. De resultaten in dit onderzoek suggereren dat bij cliënten met depressieve symptomen in combinatie met een somatische aandoening individuele behandelingen mogelijk effectiever zijn dan groepsbehandeling.

Psycho-educatie is een terugkerend onderdeel van diverse behandelvormen van depressie. De psycho-educatie streeft na dat de cliënt op de hoogte is van de symptomen behorende bij het ziektebeeld, de complexiteit en het wisselende beloop van depressie. Daarnaast is inzicht in de behandelmogelijkheden en het belang van therapietrouw bij de behandeling en de risico's op terugval of herhaling van depressieve episode ook van belang.

Het doel van de psycho-educatie is het bevorderen van het zelfmanagement met betrekking tot de klachten (self-efficacy), doordat de cliënten meer kennis krijgen over hoe ze het beste om kunnen gaan met hun klachten^{xiii}. Self-efficacy zijn de verwachtingen die de cliënt heeft over de mate waarin hij zelf een dergelijke handeling (mentaal of gedragsmatig) doeltreffend kan toepassen. Kortom de self-efficacy is de verwachting iets te kunnen: 'ik kan het...'. Deze self-efficacy bepaalt hoeveel inspanning we leveren en hoe lang we dit gedrag volhouden (ondanks eventuele obstakels of negatieve ervaringen). Self-efficacy gedachten zijn een van de sterkste en directe psychologische mechanismen die prestaties beïnvloeden. Bandura^{xiv} stelt dat de self-efficacy de gezondheid van de patiënt via twee routes beïnvloedt;

- fysiologische route; iemand met een hoge self-efficacy heeft bij stressoren een lagere stressreactie.
- gedragsmatige route; iemand met een hoge self-efficacy zal meer gemotiveerd zijn zelfmanagement rond ziekte in te zetten en vol te houden bij tegenslag.

De volgende vier factoren zijn van belang:

- eigen gedrag
- gedrag van anderen
- verbale beloning
- lichamelijke terugkoppeling;

Het gevoel van self-efficacy wordt door deze factoren versterkt of verzwakt. Bij een hoge self-efficacy zal men eerder geneigd zijn het gevraagde/gewenste uit te voeren en vol te houden. Men toont meer commitment, laat zich minder ontmoedigen als het even tegenzit^{xv}.

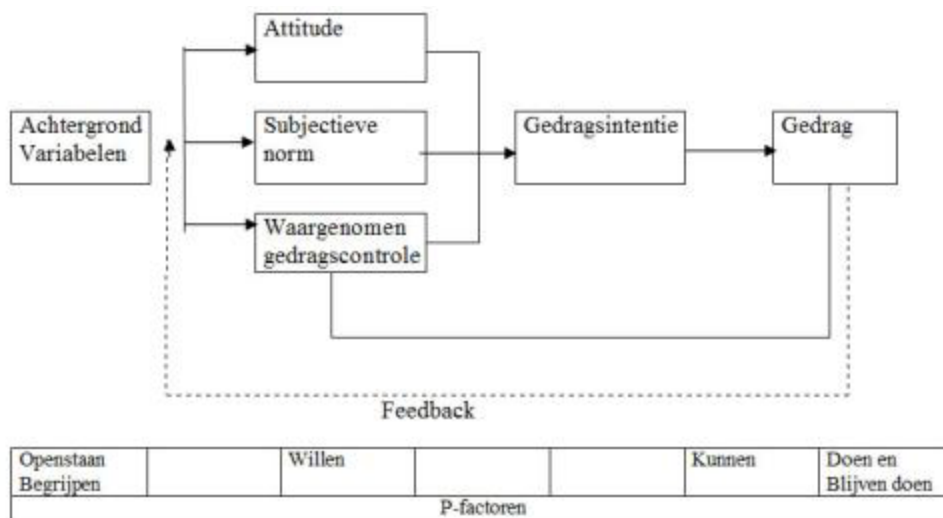
Gedragsverandering rationale

Voor de gedragsverandering die we bij de cliënt wensen te bewerkstelligen wordt gebruik gemaakt van de stappenreeks van Van der Burgt & Verhulst (1996). De stappen uit deze stappenreeks dienen alle doorlopen te worden, de eindstap is de gedragsverandering.

Openstaan → Begrijpen → Willen → Kunnen → Doen → Blijven doen

Figuur 1: Stappenreeks van der Burgt & Verhulst 1996

In de literatuur werd meermaals benoemd dat beïnvloeding van de self-efficacy erg belangrijk is bij de gedragsverandering van deze patiëntenpopulatie. De eigen effectiviteit wordt oorspronkelijk benoemd in het self-efficacy model van Bandura (1977), maar komt later terug als onderdeel van gedragsveranderingsmodellen bijvoorbeeld The Theory of Planned Behaviour (Ajzen, 1991) en het ASE-model (de Vries, 1988). Hieronder wordt het ASE-model naast de stappenreeks van Van der Burgt & Verhulst geplaatst.



Figuur 2: ASE-model naast stappenreeks van der Burgt & Verhulst.

2 Fysieke activiteit

Vermeld moet worden dat onderstaande studies overwegend cliënten hebben geïncludeerd met een zwaardere depressie.

In een grote review^{xvi} over exercise komt naar voren dat fysieke activiteit een groot klinisch effect geeft, net als cognitieve therapie. Vanwege de verschillende studies (methodologische verschillen) welke opgenomen zijn in de meta-analyse is het niet mogelijk om uitspraken te doen over de meest effectieve vorm, de ideale frequentie en of duur van de fysieke activiteit.

Hernieuwde review van Cochrane (juli 2012) laat een gemiddeld effect zien van SMD -0.67. Echter als gekeken wordt naar de kwalitatief beste studies is de SMD -0.31, wat een klein effect is ten voordele van fysieke activiteit t.o.v. geen behandeling of controlegroep effect. De mechanismen achter het effect zijn tevens onzeker. Geadviseerd wordt om de voorkeur van de patiënt centraal te stellen, met het oog op lange termijn effect.

In een andere review^{xvii} wordt aangegeven dat Tai-chi, low impact mind-body exercise, depressie doet afnemen. Het resultaat wordt geassocieerd met de afname van symptomen en toename van fysieke functies. Er is tevens een toename gesignaleerd van activiteit van het immuunsysteem bij ouderen. Er werd matig bewijs gevonden voor de effectiviteit van fysieke training bij de behandeling van depressie^{xviii}. Echter er is significant bewijs gevonden dat de kans op somatische aandoeningen sterk vermindert. In een volgende meta-analyse^{xix} zijn significante toenames in de effecten van oefeningen op depressie gevonden, waarbij wordt aangegeven, dat 5 keer per week oefenen een grotere toename teweeg brengt dan 2-4 keer per week.

Bovenstaande uitkomsten worden ondersteund door significante verbeteringen van de ernst van de depressie, zowel bij runningtherapie als bij krachttraining,^{xx} waarbij geconcludeerd wordt, dat er geen cardiovasculaire fitnessverbetering vereist is.

Ook is er een onderzoek gedaan, dat runningtherapie en training bij de fysiotherapeut met elkaar vergelijkt^{xxi}. De training bij de fysiotherapeut geeft significante verbetering op depressieve symptomen, in tegenstelling tot andere literatuur. In die groep is ook de self-efficacy significant verbeterd. Het is mogelijk, schrijven de auteurs, dat een verbetering van de self-efficacy een belangrijke ondersteunende rol heeft in het verbeteren van depressieve symptomen. Dit wordt ook beschreven in een ander (?) onderzoek, waarbij voor een verbetering van de mentale gesteldheid, geen cardiovasculaire fitnessverbetering vereist is.^{ix} Hierin wordt gesteld dat er andere cognitieve mechanismen aan ten grondslag liggen, zoals self-efficacy.

Een psychologisch verklaringsmodel zou kunnen zijn: Je haalt iets in jezelf naar boven, waarvan je niet had gedacht dat je het in je had. Dit geeft een enorm positief effect, waardoor het zelfvertrouwen verbetert en de verschijnselen van depressie verminderen^{xxii}.

Er blijkt ook een klinisch significant effect op de ernst van de depressie bij elke dag een half uur lopen op de loopband. In de eerste 3 weken wanneer antidepressiva gegeven, werken deze nog niet optimaal en kan een 10-daags durend trainingsprogramma een aanvulling zijn op de medicamenteuze behandeling^{xxiii}.

Vertaalslag naar het protocol

Gedurende de interventie zal er gecoacht worden naar gezond beweeg gedrag, afhankelijk van het activiteitsniveau gemeten met de NNGB vragenlijst. Een mooi doel is om de cliënt 3 tot 5 maal per week een moment te laten kiezen waarin hij fysiek actief is. Het kiezen van de activiteit is volledig afhankelijk van de voorkeur van de cliënt. Diegenen die eerder een training hebben gedaan op welk gebied dan ook, kiezen er wellicht voor om dit te hervatten. Sommigen zullen voor de eerste keer gaan joggen of hardlopen. Het is echter van belang voor de therapeutrouw, dat de cliënt een activiteit uitzoekt die hem/haar past: of dat nu bij een sportschool is, fietsen of dansen, dat maakt niet uit, zolang de activiteit maar matig intensief is. Matig intensief is een norm welke gericht is op fysieke fitheid (uithoudingsvermogen, kracht en coördinatievermogen) en het handhaven van een goede gezondheid.

Onderstaande tabel geeft aan hoeveel men volgens deze norm minstens zou moeten bewegen.

Leeftijdscategorie	Norm
Jeugd (<18 jaar)	Dagelijks een uur matig intensieve lichamelijke activiteit, waarbij de activiteiten minimaal twee maal per week gericht zijn op het verbeteren of handhaven van lichamelijke fitheid (kracht, lenigheid en coördinatie)
Volwassenen (18-55 jaar)	Een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit op tenminste vijf, bij voorkeur alle dagen van de week; voorbeelden van matig intensieve lichamelijke activiteit bij volwassenen zijn wandelen met 5-6 km/u (dus flink doorwandelen) en fietsen met 16 km/u
Ouderen (55-plussers)	Een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit op tenminste vijf, bij voorkeur alle dagen van de week; voor niet-actieven, zonder of met beperkingen, is elke extra hoeveelheid lichaamsbeweging meegenomen; voorbeelden van matig intensieve lichamelijke activiteit bij ouderen zijn wandelen met 4 km/u en fietsen met 10-12 km/u

Tabel 2: Overzicht vande beweegnorm

Matig intensief bewegen is afhankelijk van het energieverbruik in rust, deze is per individu verschillend. Deze wordt weergegeven in MET. MET is een afkorting voor METabolic equivalent en is een maat voor stofwisselingsprocessen. Voor volwassenen geldt dat matig intensief bewegen overeenkomst met MET-waarden tussen 4 en 6.5.

Activiteit	MET-waarde
Rust (liggen, zitten, ontspannen staan, eten, spreken)	1.0
Autorijden, piano spelen, computeren, typen	2.0
Wandelen 4 km/uur	3.0
Wandelen 5 km/uur	4.0
Fietsen 10-12 km/uur	5.0

Fietsen 16 km/uur	6.5
Zwemmen (crawl) 1 km/uur	5.0
Zwemmen (crawl) 3 km/uur	20.0
Rennen/joggen	8.0

Tabel 3: Activiteiten met MET-waarden

Bij het verbeteren van fitheid zal er intensiever bewogen dienen te worden. Bij overbelasting, danwel uitputting zal er meer gedoseerd bewogen dienen te worden. Het doelbinnen dit protocol is dat cliënten een nieuw beweeggedrag aanleren en dat zij dit op lange termijn volhouden om terugval te voorkomen. Belangrijk bij het uitvoeren van een fysieke activiteit is het plezier dat men erbij beleeft, dit geeft een positief psychologisch effect. Het herstellen van het activiteiten- en participatie niveau is belangrijk. De cliënt wordt door het herwinnen of te herwinnen bewegen aangespoord het vooral in te zetten in dingen die hij plezierig, zinvol of interessant vindt. Dit werkt dan niet alleen maar motiverend ten aanzien van bewegen, maar zal het subjectieve welzijn vergroten en daarmee depressieve symptomen doen afnemen.^{xxiv} Daarnaast zal er uitleg plaatsvinden over de rol van het '30minutenbewegen', deze is gebaseerd op de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB), de internationale norm voor gezond bewegen (WHO). Dit wordt namelijk gezien als standaard beweeggedrag, naast de gekozen momenten voor het fysieke activiteiten zoals hierboven beschreven. Om matig intensief meetbaar te maken voor therapeut en cliënt kan gebruik gemaakt worden van de BORGschaal.^{xxv}

De somatische kant van de depressie kan zich in verschillende symptomen uiten. Belangrijk hierbij is het screenen en herkaderen/uitleggen van deze klachten, in de eerste fase van het protocol. Mochten er duidelijke somatische oorzaken ten grondslag liggen aan de depressie, dienen deze onderzocht en indien mogelijk meebehandeld te worden. Wanneer er echter sprake is van comorbiditeit dient de therapeut in staat te zijn deze beperkingen in kaart te brengen, samen met cliënt, om vervolgens te kunnen inschatten of deze problemen opzullenleveren voor het starten van een fysieke activiteit.

3 Mindfulness based cognitieve therapie

Het blijkt dat cognitieve therapie op basis van mindfulness een goede basis is voor het behandelen van mensen met (lichte) depressie ($b=70.56$, $P50.001$).^{xxvi} Het doel van de behandeling is het vergroten van het vermogen om patronen van gedachten, gevoelens en lichamelijke sensaties te accepteren. In dit onderzoek was er positief effect op recidivering van depressie en op de inname van antidepressiva.

Cognitieve therapie op basis van mindfulness, ook wel aandachtgerichte cognitieve therapie genoemd, is ontwikkeld om recidiverende depressie te voorkomen.^{xxvii} Er waren een aantal redenen om de therapie te gaan combineren. De mindfulness leert patiënten aandacht te hebben voor alle ervaringen, dit wordt in de therapie als middel gebruikt om toekomstige depressies te voorkomen. Met behulp van cognitief-therapeutische technieken kan de client de negatieve gedachten aanpakken die het gevolg kunnen zijn van een sombere stemming.

Voordat er verder wordt ingegaan op aandachtgerichte cognitieve therapie zal eerst een korte introductie worden gegeven over aandachtstraining ook wel mindfulness.

De aandachtstraining is ontwikkeld door Dr. Jon Kabat-Zinn vanuit het medisch centrum van de Universiteit van Massachusetts. Als arts had hij te maken met de successen van de geneeskunde, maar ook met de grenzen ervan. Deze grenzen hebben ook te maken met de beperktheid van de medische kennis. Cliënten krijgen dan vaak de boodschap: U zult er mee moeten leren leven. Dat is niet gemakkelijk en stress, zorgen en frustratie kunnen het gevolg zijn. Juist de vraag 'hoe er mee te leven?' ligt aan de basis van de aandachtstraining. Kennis over stress en reacties op stress, afkomstig uit medisch biologisch onderzoek heeft Kabat-Zinn gecombineerd met kennis uit bewustzijnsdisciplines als meditatie en yoga. Deze geven concrete aanwijzingen over oorzaken van lijden en hoe mensen dit lijden kunnen verminderen.^{xxviii}

De training, welke opgebouwd is middels thema's,^{xxix} houdt zich niet alleen bezig met de lichamelijke gevolgen van ziekte en pijn, maar ook met de psychologische en sociale gevolgen ervan. Deze training richt zich op het inzetten van de eigen effectiviteit, self-efficacy, om anders met jezelf en met pijn en ziekte om te gaan.

Wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van aandachtstraining bij mensen met andere depressie toont aan:^{xxx}

- afname van klachten en symptomen
- positieve verandering van leefstijl
- een positiever zelfbeeld en beeld van de omgeving

Vertaalslag naar het protocol

Uit de 'state of art' bleek dat aandachtgerichte cognitieve therapie positief effect heeft op recidivering van depressie en op de inname van antidepressiva. Er is voor gekozen om elementen uit de therapie 'aandachtgerichte cognitieve therapie' te beschrijven.

Aandachtgerichte cognitieve therapie wordt met name uitgevoerd door een MBSR / MBCT trainer^{xxxi}. Wanneer men een mindfulness training heeft gevolgd mag men de oefeningen wel gebruiken in dagelijks leven en doorgeven aan anderen, maar niet de gehele training aanbieden. Mocht de therapeut elementen uit een training gebruiken, moet hij/zij zelf vaak aan mindfulness doen, alleen dan kan men cliënten goed begeleiden in de oefeningen. De meeste psychosomatische fysiotherapeuten hebben een mindfulness cursus

gevolgd. Daarom hebben we elementen van de 'aandachtgerichte cognitieve therapie' meegenomen. Zo leren de cliënten kennis maken met deze behandelmethode en mogelijk deels het effect hiervan te ervaren. Mochten cliënten interesse hebben in de gehele cursus zal deze bij een erkende MBSR/MBCT trainer gedaan moeten worden.

De 'Aandachtgerichte cognitieve therapie' voor depressie bestaat uit 8 groepssessies. Elke sessie heeft een eigen thema. Deze 8 thema's helpen geholpen in dit protocol een logische volgorde aan te geven per sessie. Deze thema's passen goed binnen de werkwijze van de psychosomatisch fysiotherapeut, de mindfulness oefeningen uit deze thema's zijn veelvuldig gebruikte oefeningen binnen de mindfulness.

literatuurlijst

ⁱ Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Swets & Zeitlinger publishers, 1e druk 2001, ISBN 9026516959.

ⁱⁱ Trimbos zakboek psychische Stoornissen 2008 , H. Van T Land En C. De Ruiter uitgever: Tijdstroom 2008

ⁱⁱⁱ Terluin, B. en Duijsens, I.J. Handleiding van de vierdimensionale klachtenlijst. Datec 2002 Leiderdorp.

^{iv} Verzoek om uitvoeringstoets Bais GGZ, Mw Drs E.I. Schippers 1 juli 2011, Ministerie van Volksgezondheid en Sport

^v http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStandaard/M44_std.htm#N67582

^{vi} Domeinomschrijving Psychosomatische Fysiotherapie, Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek (NFP) 2005

^{vii} Albert Mulder, psychosomatisch fysiotherapeut, docent en supervisor. Drs. Peter van Burken fysiotherapeut/psycholoog. Ans Bosch psychosomatische fysiotherapeut.

^{viii} Raaij de E.J., C.D. Schroder; Ziekteperceptie Wat kan de fysiotherapeut er mee; fysiopraxis 2008; november 32-337

^{ix} 1. Schwarzer, R., Jerusalem, M. Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs. Windsor, UK 1995: 35-37 http://userpage.fu-berlin.de/~health/faq_gse.pdf

^x Rodgers, W. M., Hall, C.R., Duncan, L.R., Pearson, E., Milne, M.I. (2010). Becoming a regular exerciser: Examining change in behavioural regulations among exercise initiates. *Psychology of Sport and Exercise*, 11, 378-386.

^{xi} Runningtherapie, Het Standaardwerk Voor Lopers En Professionals. B. Bakker en S. van Woerkom, Arbeiderspers, oktober 2008

^{xii} Beltman MW, Oude Voshaar RC, Speckens AE. Cognitive-Behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: meta-analysis of randomised controlled trials. *BJP* 2010, 197:11-19.

^{xiii} Zorgstandaard Depressie , Juni 2011

^{xiv} Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall. Uit: Van Burken P. Gezondheidspsychologie voor de fysiotherapeut, deel 1. Houten. Bohn Stafleu van Loghum 2010

^{xv} Burken, P. van,. (2010). Gezondheidspsychologie voor de fysiotherapeut. Deel I Houten: Bohn Stafleu van Loghum. En P. van Burken, De invloed van (ziekte)opvattingen bij rugpijn; www.PsychFysio.nl

^{xvi} Mead GE, Morley W, Campbell P, Greig CA, McMurdo M, Lawlor DA Exercise for depression (review). *The Cochrane Collaboration* 2010. *Hernieuwd* 2012

^{xvii} Wang C, Bannuru R, Ramel J, Kupelnick B, Scott T, Schmid CH. Tai Chi on psychological well-being: systematic review and meta-analysis. *BMC Complementary and alternative medicine* 2010 10:23

^{xviii} Stammes R, Spijker J. Fysieke training bij depressie; een overzicht. *Tijdschrift voor psychiatrie* 51 (2009)11, 821-830.

^{xix} Rethorst CD, Wipfli BM, Landers DM. The Antidepressive Effects of Exercise. A Meta-Analysis of Randomized Trials. *Sports med* 2009. 39(6): 491-511.

^{xx} Doyne EJ. Running versus weightlifting in the treatment of depression. *Journal of consulting and Clinical psychology* 1987. pagina's?

^{xxi} Haffmans PMJ, Kleinsman ACM, van Weelden C, Huijbrechts IPAM, Hoencamp E. Comparing running therapy with physiotherapy in the treatment of mood disorders. *Acta Neuropsychiatrica* 2006; 18:173–176.

^{xxiii} Knubben K, Reischies FM, Adli M, Schlattmann P, Bauer M, Dimeo F. A randomised, controlled study on the effects of a short-term endurance training programme in patients with major depression. *Br J Sports Med* 2007;41:29–33. doi: 10.1136/bjism.2006.030130.

^{xxv} Engelen E van. Borg Rating of Perceived Exertion, meetinstrumenten in de zorg 26 februari 2010 beschikbaar via http://www.meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/28_1_N.pdf
Geraadpleegd op 16 januari jaar?

^{xxvi} Godfrin KA, Heeringen van C. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy* 48:2010, 738-746.

^{xxvii} Zindel V, Segal, J, Mark G. Williams, John D. Teasdale. auteurs eenduidig citeren Aandachtgerichte cognitieve therapie bij depressie, een op mindfulness gebaseerde methode om terugval te voorkomen. 2004

^{xxviii} Training Aandacht en Bewustwording, Altrecht psychomatiek, Zeist 2008. Altijd even vermelden wat voor soort uitgave het is.

Kernthema's aandacht gerichte cognitieve therapie

1. Nagaan hoe je het beste kunt voorkomen dat zich negatieve denkpatronen vastzetten
2. Waar komen de oude denkpatronen vandaan?
3. Wat is de kernvaardigheid
4. Leren door ervaring
5. Empowerment
6. Wat moet er geleerd worden

1.Nagaan hoe je het beste kunt voorkomen dat zich negatieve denkpatronen vastzettenHet oogmerk is niet de negatieve gemoedstoestanden geheel te verdringen, maar te voorkomen dat ze blijven

2.Waar komen de oude denkpatronen vandaan?Negatieve denkpatronen zijn gebaseerd op oude, ingesleten, automatische cognitieve gewoonten. Deze cognitieve modus wordt gekenmerkt door een aantal elementen:

- De automatische piloot
- Het overheersende verlangen de negatieve stemming kwijt te raken en een sterke verknochtheid aan het oogmerk zich prettig te voelen.
- Het constante vergelijken van de huidige met de gewenste toestand.
- Het vertrouwen op 'verbale' probleemoplossingstechnieken

3.Wat is kernvaardigheid Leren hoe je uit zichzelf in stand houdende cognitieve gewoonten stappen en hoe je eruit kan blijven. De kernprincipes zijn (gerichte) aandacht en loslaten. Loslaten houdt in dat je je betrokkenheid bij deze gewoonten laat varen, jezelf bevrijdt van de gehechtheid/afkeer die de denkpatronen drijft.

4. Leren door ervaringOm de vaardigheden onder de knie te krijgen zal de patient veel moeten oefenen. Ook buiten de sessies leren loslaten van gedachten/gevoelens/lichamelijke gewaarwording.

5.EmpowermentOm deelnemers voldoende oefening te geven in het hanteren van mindfulness is het noodzakelijk hen mondiger te maken. De deelnemer vertelt zijn eigen ervaringen, het uitgangspunt dient te zijn dat de deelnemers hun eigen 'deskundigen' zijn en van zichzelf al beschikken over een schat van ervaringen en vaardigheden.

6.Wat moet er geleerd worden?

- *Concentratie*; het vermogen om de aandacht op een bepaald punt te richten en daar te houden.
- *Bewustzijn van aandacht voor gedachten, emoties/gevoelens en lichamelijke gewaarwordingen*; We kunnen onnutte patronen pas doelbewust loslaten als we ons ervan bewust zijn.
- *In moment blijven*
- *Decentreren*; manier om je echt bewust te worden van gedachten, gevoelens en lichamelijke gewaarwordingen.

-
- *Aanvaarding/'non-aversie', ongehechtheid, vriendelijke aandacht*; de drijfveer achter de automatische, cognitieve gewoonten is vorm van aversie en verlangen. Daarom ondermijnt "aanvaarding van wat er is" de kracht die deze gewoonten aandrijft.
 - *Loslaten*; Deze vaardigheid voorkomt dat mensen in een onnutte cyclus verzeilt raken, eruit kunnen stappen.
 - *'Zijn' in plaats van 'doen', niet streven naar een doel, niet streven naar een bepaalde toestand (van ontspanning, geluk, rust enzovoort)*; Alle onnuttige patronen zijn varianten van de 'doe'-modus die zich richt op welomschreven doelen en de huidige toestand afzet tegen de verwachte, gewenste of wenselijke toestand. Ervaring krijgen met de 'zijn' modus en die naar believen kunnen binnengaan, is een effectief alternatief wanneer depressief makende 'doe'-gewoontes zich aaneenrijgen.
 - *Je aandacht richten op de plek in je lichaam waar zich een probleem manifesteert*; Deze aanwijzingen kunnen de aanwezigheid van aversie, stress enzovoort geven. Daarnaast is het een manier om de verwerkingsmachinerie van de automatische, onnutige gewoonten stop te zetten.

Duur van aandacht gerichte cognitieve therapie Aandacht gerichte cognitieve therapie is een bedoeld in groepsverband, heeft 8 sessies met elke sessie een ander thema. Wat betreft de MBCT is er verschillende evidentie en ervaring met betrekking tot de duur van de oefeningen. Die variëren van 20 minuten tot 45 minuten per dag. De ervaring van cliënten is dat 45 minuten nauwelijks haalbaar is

^{xxx}Trainig aandacht en bewustwording. Altrecht psychosomatiek. Geen dubbele referenties (zie XXIX)

^{xxxi} Vereniging mindfulness based trainers in Nederland en Vlaanderen, www.vmbn.nl dit is geen literatuurverwijzing maar een nadere precisering. Hoort niet in de lit lijst.