

# Depressieve ouderen in beweging

*“Zoektocht naar een alternatief voor runningtherapie”*



Titel: Depressieve ouderen in beweging  
Ondertitel: “Zoektocht naar een alternatief voor runningtherapie”  
Naam student: Janina Faber  
Naam begeleider: Maurits Uijting  
Naam beoordelaar: Lia v/d Maas  
School en opleiding: Windesheim, PMT-BA  
Datum: 20 mei 2012

## Voorwoord

Tijdens mijn opleiding psychomotorische therapie en bewegingsagogie (hierna PMT genoemd) aan de Christelijke Hogeschool Windesheim te Zwolle heb ik gemerkt dat er weinig informatie wordt gegeven over de doelgroep ouderen. Tijdens mijn laatste semester van de opleiding heb ik stage gelopen bij een GGZ instelling in Drenthe. Hier kreeg ik veel te maken met mensen met een depressie. Daarnaast gaf ik ook therapie aan de doelgroep ouderen. Ik ben erg geïnteresseerd in deze doelgroep en het leek mij een goed idee om hierover mijn scriptie te schrijven.

Op mijn stageplek kwam ik op het idee om de doelgroep die ik interessant vind te koppelen aan een therapie waar ik zelf weinig van wist, namelijk runningtherapie. Omdat veel oudere mensen binnen de GGZ instelling, maar ook op andere instellingen/woonplekken lijden aan een depressie, leek het mij interessant om uit te zoeken wat voor alternatief je als psychomotorisch therapeut (PMTer) deze doelgroep kunt aanbieden op het gebied van bewegen.

Graag wil ik als eerste mijn stage instelling GGZ Zuidoost Drenthe bedanken voor het meelopen bij runningtherapie en het mogen geven van psychomotorische therapie (PMT) aan ouderen. Ik kijk hier positief op terug en ben dankbaar voor de feedback en de ervaringen die mij hebben geholpen deze scriptie te schrijven.

Daarnaast wil ik alle ouderen bedanken die een vragenlijst hebben ingevuld. Fijn dat jullie daar wat tijd voor vrij wilden maken. Door deze informatie ben ik meer te weten gekomen over wat er speelt op sportgebied bij ouderen.

In het bijzonder wil ik een aantal mensen noemen die mij hebben gesteund tijdens het maken van mijn scriptie. Door hun kritische blik en hun oog voor grammatica ben ik tot dit resultaat gekomen. Sina Drenth, Anneke Faber, Maartje Nieuwehuis en Karen Noorda bedankt. Zonder jullie zat ik enorm in de stress. De feedback gaf mij een frisse kijk om verder te gaan met mijn scriptie.

Tot slot wil ik mijn begeleider, docent van Windesheim Maurits Uijting, bedanken voor de hulp, ideeën en feedback tijdens het schrijven van deze scriptie.

Ik wens u veel plezier met het lezen van deze scriptie over de zoektocht naar mogelijkheden voor een alternatief voor runningtherapie voor ouderen binnen de PMT.

## Samenvatting

Nog steeds vindt er een stijgende lijn plaats binnen GGZ voor het aantal ouderen.

In dit onderzoek wordt gekeken of er mogelijke alternatieven bestaan voor runningtherapie, omdat voor veel depressieve ouderen deze vorm van therapie niet haalbaar is.

Runningtherapie is het therapeutisch inzetten van een rustige duurloop voor mensen met een psychiatrische problematiek, in het bijzonder depressie. Men doet op korte termijn positieve lichamelijke ervaringen op, wat op langere termijn zorgt voor zelfvertrouwen en een positiever zelfbeeld. Het werkende mechanisme is op psychologisch en neurobiologisch vlak te verklaren.

Depressie zorgt voor een sombere stemming en lusteloosheid. Depressieve ouderen krijgen niet altijd een diagnose, omdat depressieve klachten overeenkomen met verouderingsklachten. Als therapeut is het een belangrijke taak depressieve ouderen in beweging te zetten. Veel onderzoeken tonen aan dat in beweging zijn effectief is tijdens een depressie. Beweging maakt serotonine en noradrenaline vrij, iets waar depressieve mensen een te kort aan hebben.

Onderzoek (RCT) laat zien dat intensief aerobisch trainen gedurende 16 weken even werkzaam is als een antidepressivum over diezelfde periode.

Wandelen, fietsen en bewegen op muziek zijn sporten die door ouderen worden gekozen.

Individueel trainen is even effectief als in groepsverband. Daarnaast kunnen alternatieven ingezet worden op aerobe of anaerobe inspanning.

## Inhoudsopgave

|                                                    |         |
|----------------------------------------------------|---------|
| Voorwoord                                          | blz. 2  |
| Samenvatting                                       | blz. 3  |
| Inhoudsopgave                                      | blz. 4  |
| Hoofdstuk 1 Inleiding                              | blz. 5  |
| Hoofdstuk 2 Methode                                | blz. 6  |
| Hoofdstuk 3 Theoretisch kader                      | blz. 7  |
| 3.1 De doelgroep ouderen                           |         |
| 3.1.1 Verouderingsproces                           |         |
| 3.1.2 Cognitie                                     |         |
| 3.1.3 Beweging                                     |         |
| 3.2 Depressie                                      | blz. 9  |
| 3.2.1 Wat is een depressie                         |         |
| 3.2.2 Oorzaken van een depressie                   |         |
| 3.2.3 Depressie en beweging                        |         |
| 3.2.4 Depressie en ouderen                         |         |
| 3.2.5 Gevolgen van depressie op ouderen            |         |
| 3.3 Runningtherapie                                | blz. 11 |
| 3.3.1 Wat is runningtherapie                       |         |
| 3.3.2 Brein achter runningtherapie                 |         |
| 3.3.3 De effecten van runningtherapie op depressie |         |
| 3.3.4 Het werkende mechanisme van runningtherapie  |         |
| 3.4 De rol als PMTer                               | blz. 13 |
| 3.4.1 Wat is PMT                                   |         |
| 3.4.2 PMT interventies                             |         |
| 3.4.3 Multidisciplinair team                       |         |
| Hoofdstuk 4 Resultaten                             | blz. 14 |
| Hoofdstuk 5 Discussie                              | blz. 18 |
| Hoofdstuk 6 Conclusie                              | blz. 19 |
| Hoofdstuk 7 Aanbevelingen                          | blz. 20 |
| Literatuurlijst                                    | blz. 21 |
| Bijlage vragenlijst ouderen                        | blz. 23 |

## Hoofdstuk 1 Inleiding

We leven in een samenleving waarin de mensen steeds ouder worden. Daardoor wordt de zorg op het gebied van degeneratieproblemen ook steeds uitgebreider. Er is al veel geschreven over runningtherapie en de bijdrage die het kan leveren aan het verminderen van depressies. Helaas is dit niet genoeg wetenschappelijk onderbouwd. Runningtherapie is een therapie die vooral bij depressieve volwassenen wordt gebruikt en een goed medicijn lijkt te zijn. Runningtherapie is de enige therapie binnen PMT die Evidence Based is.

Het onderzoek zal gaan over wat het effect is van runningtherapie op depressieve mensen en het vinden van een alternatief voor deze therapie aangepast voor ouderen.

De Duitse Psycholoog Kraepelin heeft bewezen dat beweging goed is voor de mens en een positief effect kan teweeg brengen op een behandeling. Therapeutisch sporten levert een bijdrage aan het zelfvertrouwen en de zelfbeheersing aldus Hoogleraar psychiatrie Carp, iets wat je mist wanneer je een depressie hebt (Velthuis, Z.D.).

Mijn vraagstelling

Wat zijn de alternatieven voor runningtherapie binnen de PMT voor ouderen vanaf 60 jaar met depressieve klachten.

Om de vraagstelling te kunnen beantwoorden heb ik de volgende deelvragen opgesteld:

- Wat is een depressie?
- Wat doet een depressie met het functioneren van je lichaam?
- Wat is runningtherapie?
- Wat zijn de effecten van runningtherapie op depressieve klachten en wat is hierin het werkende mechanisme?
- Wat zijn de fysieke mogelijkheden van ouderen vanaf 60 jaar?
- Welke fysieke activiteiten worden er wel gedaan met ouderen?

De depressie die in deze scriptie besproken wordt, is van licht tot matig ernstig depressief. Deze keuze heb ik gemaakt omdat ernstig depressieve mensen eerst een vermindering in hun depressie moeten laten zien door middel van bijvoorbeeld medicatie. Eerder komen zij niet in aanmerking. Niet ieder individu is hetzelfde en daarom zullen therapieën die beschreven zijn niet garant staan voor elk persoon met een depressie (Sportgericht 3/2009).

De schrijfstijl is vanuit het mannelijk perspectief, maar geldt voor zowel mannen als vrouwen. Ik heb gekozen voor de leeftijd vanaf 60 jaar, in verband met de lijn die mijn stageplek aanhoudt.

Om mijn vraagstelling te kunnen beantwoorden wordt er in deze scriptie om te beginnen een theoretisch kader gevormd waarin ik in ga op de doelgroep ouderen. Er wordt gekeken naar de ouderdomsverschijnselen en de beperkingen in de beweging waar je als therapeut rekening mee dient te houden. Vervolgens wordt beschreven wat een depressie precies inhoudt en wat deze met het functioneren van het lichaam doet. Dan volgt er een deel over runningtherapie. Daarna wordt er gekeken naar de toegevoegde waarde van een PMTer. In de resultaten worden de interesses van ouderen weergegeven en gekeken naar alternatieve mogelijkheden voor runningtherapie. Er volgt een discussie waarin kritisch gekeken wordt naar de informatie die behandeld is. Met al de gegevens wordt er een conclusie geschreven waarin de hoofdvraag beantwoord zal worden. Als laatste worden er aanbevelingen gedaan, wat de scriptie compleet maakt.

## Hoofdstuk 2 Methode

Dit onderzoek is een literatuuronderzoek in combinatie met een door mijzelf ontwikkelde vragenlijst. Deze vragenlijst is toegevoegd om inzicht te krijgen in de interesses van de doelgroep op sportgebied. Door gegevens van bestaande literatuur met elkaar te vergelijken en aan te vullen met de antwoorden van de vragenlijsten wordt er een antwoord gegeven op de onderzoeksvraag. Dit onderzoek is gericht op runningtherapie en depressieve ouderen vanaf 60 jaar. Het doel van het onderzoek is om de deelvragen te beantwoorden. Met de antwoorden kan vervolgens de hoofdvraag beantwoord worden.

### Inclusiecriteria:

Bij het zoeken van artikelen zijn er een aantal criteria geformuleerd. Artikelen die niet aan deze eisen voldoen zijn niet in het onderzoek opgenomen.

- Artikelen zijn Nederlands- of Engelstalig.
- Artikelen zijn minder dan tien jaar oud. (na 2000)
- Artikelen hebben betrekking op depressie
- Artikelen hebben betrekking op runningtherapie
- Artikelen hebben betrekking op ouderen
- Artikelen hebben betrekking op onderzoek van Ruud Bosscher

### Gebruikte bronnen:

Voor het zoeken naar informatie voor mijn literatuuronderzoek is er gebruik gemaakt van een aantal digitale databases. Deze databases zijn vooral verkregen via het SEEK-Q van de Christelijke Hogeschool Windesheim. Daarnaast is er gebruik gemaakt van databases Google Scholar en de Rijksuniversiteit van Groningen. Ook is er gebruik gemaakt van boeken uit de vakbibliotheek van de Christelijke Hogeschool Windesheim. Als laatste heb ik gebruik gemaakt van de volgende websites [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl) , [www.pmtinfosite.nl](http://www.pmtinfosite.nl) en [www.nvpmt.nl](http://www.nvpmt.nl).

### Zoekstrategie:

Door middel van de volgende woorden(combinatie) is er gezocht naar informatie en het vinden van de juiste artikelen:

- depressie
- ouderen
- beweging
- runningtherapie
- ouderensport
- gezondheid
- psychomotorische therapeut
- psychomotorische therapie
- Ruud Bosscher

## Hoofdstuk 3 Theoretisch kader

Het is al een oude gedachte dat lichaamsbeweging een positieve invloed zou kunnen hebben op de psyche. “Mens sana in corpore sano”, (een gezonde geest in een gezond lichaam) is een uitspraak van Homerus (Veen, 2004 p. 17). Wanneer het lichaam niet in evenwicht is met de geest kunnen er belemmeringen ontstaan, die het goed functioneren in de weg zitten. Het is daarom belangrijk om het lichaam in balans te hebben. Als het lichaam niet in balans is kan er een psychomotorische therapeut ingeschakeld worden, deze probeert het lichaam in balans te brengen.

Vanuit fysiologisch oogpunt zijn er 3 soorten lichaamsbewegingen te onderscheiden. Als eerste aerobe lichaamsbeweging, waarbij de lichamelijke inspanning langdurig wordt volgehouden en daardoor vooral de conditie wordt getest en getraind. Voorbeelden zijn hardlopen en zwemmen. Daarnaast is er anaerobe lichaamsbeleving, hierbij is er kortdurende inspanning die zwaar is voor het lichaam en zorgt voor spierkracht. Er kan gedacht worden aan gewichtheffen of sprinten. De laatste vorm is gericht op soepelheid, coördinatie en ontspanning zoals bij yoga. Uit een meta-analyse van North uit 1998 blijkt dat zowel aerobe als anaerobe inspanning effectief is voor de stemmingsverbetering van cliënten met een lichte tot matig ernstige depressie (Veen, 2004).

### 3.1 De doelgroep ouderen

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is het van belang te kijken naar de doelgroep. Wat kenmerkt deze doelgroep, hoe gaat het verouderingsproces en wat doet een depressie met ouderen.

#### 3.1.1 Verouderingsproces

Veroudering begint al op het 25<sup>ste</sup> levensjaar. De gehele cognitie gaat langzaam achteruit. Hier kan gedacht worden aan het geheugen, informatieverwerking, logisch redeneren, et cetera. Bij sommige personen gaat het sneller dan bij andere, maar er zijn weinig mensen jonger dan 95 jaar die niet te maken hebben met tekenen van cognitieve veroudering (Terlouw, 2007).

Het verouderingsproces zelf is een natuurlijk proces en geen risicofactor voor een depressie. Het voor komen van andere risicofactoren zoals in afbeelding 1 te zien is, verandert de geestelijke gesteldheid van een persoon en de kans wordt dan groter dat er een depressie optreedt (Heeren, Kat en Stek, 2003).

| Stressoren                                                                                                                                               | Kwetsbaarheid                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Omgevingsfactoren</i><br>Recente levensgebeurtenissen<br>Chronische conflicten<br>Ongunstige omstandigheden                                           | <i>Omgevingsfactoren</i><br>Ervaringen (verlies) eerder in het leven<br>Gebrek aan sociale steun of intieme contacten             |
| <i>Lichamelijke gezondheid</i><br>Ziekten (chronische) en ongevallen<br>Latrogene invloeden (medicatie)<br>Overige stoornissen, beperkingen en handicaps | <i>Endogene kwetsbaarheid</i><br>Sekseverschillen (?)<br>Genetische belasting<br>Persoonlijkheid<br>‘Kindling’: eerdere depressie |
| <i>Direct etiologisch verband</i><br>Dementie<br>M. Parkinson<br>Cerebrovasculair accident                                                               |                                                                                                                                   |

Afbeelding 1

### 3.1.2 Cognitie

Het cognitieve vermogen gaat achteruit wanneer mensen ouder worden. Het is een langzaam proces dat niet direct te zien is. Het is te merken aan het geheugen van een persoon of aan het vermogen om dingen tegelijk te doen of van taak en aandacht te wisselen. Het leren van nieuwe dingen wordt lastiger. Voor veel mensen is dit wel herkenbaar in hun eigen omgeving (Evenblij, 2007).

Heeren, Kat en Stek (2003) verklaren dat de mentale energie verminderd bij ouderen. Ouderen hebben liever alle informatie tot hun beschikking dan een gedeelte daarvan. Meerdere dingen tegelijk doen maakt het lastiger om goed te functioneren. Dit verklaart waarom prestaties slechter worden wanneer de aandacht verdeeld moet worden. Vaardigheden die vroeger goed zijn geleerd en veel zijn beoefend blijven onaangetast, hoe ingewikkeld de handeling ook is. Er kan gedacht worden aan een topsporter die op latere leeftijd in vergelijking met normale sporters nog steeds goed is in het beoefenen van zijn sport. Uit onderzoek naar dagelijkse beweging bij ouderen stelt Evenblij (2007) dat dit leidt tot het verbeteren van cognitieve functies. Dit zijn belangrijke gegevens om rekening mee te houden bij de therapie. Door hersengymnastiek, lichaamsbeweging, sociale contacten en goede voeding wordt het brein langer in conditie gehouden. Er zijn echter geen keiharde bewijzen dat hersengymnastiek en sociale contacten de mentale veroudering tegengaan (Evenblij, 2007).

Tijdens het ouder worden neemt de hoeveelheid dopamine af. Dopamine is een stof in de hersenen die ook bij ouderen een positief effect levert op de emotionele en cognitieve functies. Het blijkt dat hoe ouder de hersenen zijn hoe gevoeliger ze worden voor dopamine. Een kleine toename van dopamine lijkt een groot positief effect te weeg te brengen bij de stemming van ouderen (Stallen en Ridderinkhof, 2007.) Hersenen zijn een moeilijk te onderzoeken gebied waardoor er soms nog twijfel kan ontstaan tijdens onderzoek. Daarom kunnen onderzoeken die hier nu gedaan zijn, over een aantal jaar veel specifieker worden. De onderzoeken blijven in ontwikkeling, waardoor hier niet altijd met zekerheid gezegd kan worden dat het resultaat absoluut is. Voor wat wetenschappers nu weten lijken deze resultaten te werken.

### 3.1.3 Beweging

Bij beweging is het belangrijk om te kijken naar het functioneren van het hart. Tijdens sportactiviteiten is het hart flink aan het pompen en gaat de hartslag omhoog. Naarmate men ouder wordt verminderd de pompfunctie van het hart (Boxtel, 2007). Bij het aanbieden van sporten moet er dus rekening gehouden worden met de intensiteit. Als het hart van slag is kunnen er nare gevolgen optreden. Bijvoorbeeld het ontstaan van hyperventilatie of een hartstilstand. Achteruitgang van organen is genetisch bepaald waardoor het per individu verschilt met welke intensiteit gesport kan worden.

Er is bij ouderen een vermindering van snelheid en kracht. Verkleining van passen tijdens het lopen is te zien. Er treedt dan Cautious Gait op. Cautious Gait is een combinatie van afname van het statische en dynamische evenwicht, in combinatie met een loopstoornis. Men kan zich voorstellen dat wanneer de stabiliteit vermindert er voorzichtiger wordt gelopen. Vandaar dat het een normale reactie is dat angstgevoelens kunnen toenemen. Het hoofd zorgt ervoor dat de instabiliteit gecorrigeerd wordt, maar ook dit zal steeds minder functioneren (Scherder en Eggermont, 2007).

### 3.2 Depressie

#### 3.2.1 Wat is een depressie?

In de Van Dale (2009) wordt een depressie omschreven als een aanhoudend gevoel van neerslachtigheid of (een periode) van economische inzinking. Mensen met een depressieve stoornis hebben een sombere stemming en zijn lusteloos. Ze hebben het onvermogen om zich ergens toe te zetten. Depressieve mensen kunnen zichzelf niet motiveren om dagelijkse levensbehoeften uit te voeren. Wanneer een depressie overheerst kunnen gedachten van suïcide naar boven komen en deze mensen hebben een lage zelfwaardering (Depressieve stoornis. Depressie, 2009). Er zijn geen kenmerkende verschillen te zien tussen mannen en vrouwen. Vrouwen hebben over het algemeen wel meer kans op een depressie dan mannen (Heeren, et al., 2003). Dit komt doordat de hormoonspiegel van vrouwen anders is dan die bij mannen. Naast het biologische verschil spelen culturele en sociale factoren ook een rol. De vrouw is meer verantwoordelijk voor het huishouden en de kinderen, vandaar dat dit verschil kan optreden. Niet iedere vrouw wordt ongelukkig van huishouden. Verdere kenmerken van een depressie zijn een vertraagd concentratievermogen en langzamere gedachtegang. Ook is de mimiek bij mensen met een depressie vervaagd, zijn hun bewegingen vertraagd en kan het praten monotoon worden (Depressieve stoornis. Depressie, 2009).

#### 3.2.2 Oorzaken van een depressie

Een depressie heeft niet één duidelijke oorzaak, maar komt voort uit biologische, psychische en sociale factoren. Biologische factoren worden bepaald door erfelijkheid. Bij sommige families komt het meer voor dan bij andere. Het blijkt dat serotonine en noradrenaline belangrijk zijn voor onze stemming. Uit onderzoek is gebleken dat bij depressieve mensen het serotonine gehalte te laag was. Er kan vanuit het onderzoek niet gezegd worden of dat juist de oorzaak of het gevolg kan zijn van een depressie. Daarnaast kunnen persoonlijke eigenschappen, medicijnen, hormonen, alcohol en drugs ook bijdragen aan het veroorzaken van een depressie (Depressieve stoornis. Depressie, 2009). Ook kunnen schokkende, verdrietige of ingrijpende gebeurtenissen kunnen invloed uitoefenen op een depressie. Persoonlijke eigenschappen zijn van belang omdat de ene persoon “deze gebeurtenis” sneller kan verwerken en verder gaan met zijn/haar leven (Bochove, 2007). Mensen kunnen vast blijven zitten in hun gedachten waardoor een negatieve spiraal ontstaat, die moeilijk te doorbreken is.

#### 3.2.3 Depressie en beweging

Uit het onderzoek van 2001 (Burken, 2007) kwam naar voren dat een depressie wordt verminderd door aerobe oefeningen. Recenter onderzoek geeft aan dat anaerobe training en krachttraining ook bevorderlijk zijn voor het verminderen van een depressieve stemming.

Voor een optimaal resultaat wordt er gekozen om bij krachttraining 70% van de 10 resistance maximum te trainen. Dit houdt in dat er van de 10 bewegingen die worden gemaakt in het circuit de maximale op 70% van het kunnen uitgevoerd wordt. Bij matige anaerobe inspanning van 15-30 min op 70% van het maximum of 45 min op 70% van het maximum geeft dit een optimaal resultaat voor vermindering van onder andere een depressie. Kortom, trainen met een bepaalde intensiteit van de hartslag is van belang voor het verminderen van een depressie.

Zoals eerder is beschreven hebben mensen met een depressie een lager niveau serotonine en noradrenaline. Uit dier- en mensonderzoek is aangetoond dat fysieke activiteiten de serotonine vrijmaking bevorderen. Bij noradrenaline is vooral onderzoek gedaan bij dieren en moet dit bij mensen nog bevestigd worden. Het beïnvloede noradrenalesysteem door beweging komt overeen met bepaalde antidepressivamedicijnen (Burken, 2007).

Uit ander onderzoek wordt aangetoond dat fysieke training en het therapeutische effect daarvan op zijn minst gelijkwaardig is aan een standaard behandeling met antidepressiva. Na verscheidene onderzoeken heeft Callaghan (2004) een meta-analyse gedaan om onduidelijkheden te kunnen

corrigeren. Hij laat zien dat lichamelijke inspanning een aanzienlijk effect heeft op een depressie (Esquivel, Hartgens, Schruers en Griez, Z.D.).

In het literatuuronderzoek “train je fit, kom uit je dip!” (2010) wordt kenbaar gemaakt dat bewegen bij een depressie een positief effect heeft op de behandeling. Deze behandeling is vooral aerobe gericht (Looije, Steinmann en Vermeulen, 2010).

Er bestaat niet één vorm van bewegen voor het verminderen van een depressie. Veel sporten hebben een toegevoegde waarde bij vermindering van depressie. Het belangrijkste is om een activiteit te doen die leuk gevonden wordt en deze regelmatig te beoefenen (Copyright, 2007).

#### *3.2.4 Depressie en ouderen*

Een depressie bij ouderen verschilt met die van volwassenen. Hierdoor wordt een depressie bij ouderen niet altijd herkend. Vormen van interesseverlies in zichzelf en de omgeving en minder plezier in het leven staan meer op de voorgrond bij ouderen dan bij volwassenen. Door de aanwezigheid van comorbide stoornissen wordt het steeds moeilijker om vast te stellen of een oudere een depressieve stoornis heeft. De symptomen van dementie en depressie verschillen weinig met elkaar, dementie moet daarom eerst uitgesloten worden tijdens onderzoeken. Het kan wél zo zijn dat dementie bijdraagt aan een depressie (Heeren, et al., 2003).

Symptomen van depressie die bij ouderen voorkomen zijn concentratieproblemen, vergeetachtigheid en besluiteloosheid. Ouderen hebben moeite met uit bed komen of in slaap vallen en doorslapen. Daarnaast zijn ze somber, rusteloos en prikkelbaar. Er kunnen lichamelijke klachten als verstopping, een droge mond, onverklaarbare pijn, duizeligheid, hartkloppingen, trillende handen, druk op de borst, hoofd- en rugpijn ontstaan. Ook gedachten aan suïcide kunnen opspelen (Fonds Psychische Gezondheid, 2010).

Een depressie bij ouderen word vaak onderschat en daardoor niet als diagnose opgenomen. Hier zijn vele verklaringen voor. Bijvoorbeeld dat ouderen zelf denken dat het bij hun oude dag hoort. Ze vergeten vaker dingen, gaan lichamelijk achteruit, hebben minder energie en vaker pijnklachten. Het is niet vreemd dat deze mensen last hebben van een depressie. Ze hebben veel mee gemaakt, dierbaren verloren, wat verdriet en rouw met zich mee brengt. Hulpverleners herkennen niet altijd het ziektebeeld. Sommige hulpverleners gaan alleen in op de lichamelijke klachten die verteld worden, waardoor een depressie wordt vergeten (Trimbos instituut, 2008). Het kan daarom zijn dat veel ouderen vaak depressieve klachten hebben, maar niet behandeld worden omdat de diagnose niet wordt gesteld.

#### *3.2.5 Gevolgen van depressie op ouderen*

Depressief zijn is niet zonder gevolgen. Wanneer er met depressieve ouderen gaat werken is het belangrijk om rekening te houden met het feit dat een depressie invloed heeft op het welbevinden en het dagelijks functioneren. Dit is goed in kaart gebracht door de Medical Outcome Studies (Heeren, et al., 2003). Daarnaast kan een depressie de homeostase verstoren waardoor er een lichamelijke ziekte kan ontstaan. Waarnemingen van lichamelijke sensaties en zorg voor eigen lichaam zijn vaak verstoord. Gedachten aan suïcide treedt op bij ouderen. Onderzoek op dit gebied is moeilijk waardoor er geen duidelijke uitspraken gedaan kunnen worden. Door het slecht herkennen van depressie bij ouderen worden er verkeerde behandelingen voorgeschreven (Heeren, et al., 2003).

Als een behandeling het welbevinden en het dagelijks functioneren weer een positieve impuls kan geven, zullen de depressies minder vaak en minder ernstig naar voren komen. Daarom is het belangrijk om te blijven kijken naar deze twee gevolgen bij depressieve ouderen. Een depressie is vaak niet eenmalig en daarom dient rekening gehouden te worden met een terugval. Het is verstandig dat men zich realiseert dat een terugval niet moet worden opgevat als falen. En ook, dat het vaak niet te voorkomen is dat er een terugval zal plaatsvinden.

### 3.3 Runningtherapie

#### 3.3.1 *Wat is Runningtherapie*

Runningtherapie is het therapeutisch inzetten van een rustige duurloop voor mensen met een geestelijke beperking onder begeleiding van een professional. Runningtherapie kan op veel verschillende gebieden toegepast worden. Het wordt momenteel vooral gebruikt bij behandeling van een depressie en/of angststoornis.

Runningtherapie is een loopprogramma waarin verschillende onderdelen aan bod komen, zoals warming-up oefeningen, lichaamsgerichte oefeningen, wandelen afwisselend met duurloop en cooling-down oefeningen.

Hardlopen wordt op een intensiteit van 50-80% van de maximale zuurstofcapaciteit uitgevoerd. De duur van een sessie/therapie is ongeveer een uur en kan uitgebreid worden naar 90 minuten. Het is aan te bevelen om vaker dan één keer in de week te gaan hardlopen. Een literatuuronderzoek laat zien dat het aanbevolen wordt om op 70-85% van de maximale hartslagreserve te trainen. Dit drie dagen in de week gedurende 45 minuten, waarvan tien minuten warming-up en vijf minuten cooling-down (Looije, et al., 2010). Er wordt per cliënt gekeken naar zijn kunnen en daar wordt een schema op aangepast. Het streven is dat de cliënt zelfstandig loopt en dit schema ook aanhoudt wanneer hij is uitbehandeld.

Runningtherapie is eenvoudig uit te leggen, maar de praktische uitvoering blijkt voor vele depressieve mensen vaak moeilijk. Het motiveren van depressieve mensen is belangrijk als therapeut, omdat het voor hen vaak moeilijk is om de eerste stap te zetten in het bewegen (Bakker en de Jong, 2011).

In de startfase is het van belang om veel individuele aandacht te geven door te letten op de fysieke aspecten en minder te letten op de technische aspecten. Bij fysieke aspecten kan er gedacht worden aan het leren voelen van je lichaam tijdens het hardlopen. Wat doet het met de ademhaling, het transpireren en de vermoeidheidsverschijnselen. Het is van groot belang om de moeilijkheden te overwinnen. Een therapeut speelt in op deze vragen en geeft antwoorden (Probst en Bosscher, 2001).

#### 3.3.2 *Brein achter runningtherapie*

Ruud Bosscher heeft in Nederland als eerste wetenschappelijk onderzoek gedaan naar runningtherapie. Hij heeft verschillende onderzoeken gedaan en artikelen geschreven over runningtherapie en depressie. Vanaf 1979 zijn er onderzoeken verricht naar dit onderwerp. Met het artikel 'Runningtherapie bij depressie' (1991) dat Ruud Bosscher geschreven heeft, komt naar voren dat runningtherapie een bijdrage kan leveren bij de behandeling van depressieve mensen. In het boek 'Bewegen voor beginners' (Bakker en Jong, 2011) staat dat er vastgesteld kan worden dat runningtherapie bijna even doeltreffend is voor behandeling voor mensen met een lichte tot matig ernstige depressie dan antidepressiva. Dit laat onder andere zien dat runningtherapie Evidence Based is. Mensen willen over het algemeen resultaten zien voor ze ergens aan beginnen. Het zou kunnen dat mensen kiezen voor een hulpmiddel waarvan zeker is dat het werkt, dan te kiezen voor een therapie die niet gebaseerd is op wetenschappelijk onderzoek.

#### 3.3.3 *De effecten van runningtherapie op depressie*

De effecten van runningtherapie zijn in twee categorieën in te delen. Al snel zullen kleine veranderingen optreden tijdens de runningtherapie. Wanneer de therapie veelvuldig gedaan wordt zullen er op lange termijn effecten optreden. Hieronder staan de effecten weergegeven in een schema. Runningtherapie heeft naast de effecten op korte en lange termijn ook effect op de emotionaliteit en het bewustzijn. Het kan onder andere de vermoeidheid afzwakken. Hardlopen heeft een kalmerende en rustgevende werking. Een loper gaat minder piekeren en maakt zich los van de gewone gedachtegang. Na 30 minuten ontspannen hardlopen, staat het bewustzijn open voor

nieuwe aspecten in plaats van de belemmeringen en emoties die elke dag ervaren worden. Door deze ervaringen komt de focus te liggen op het positieve van het lichaam en het herontdekken daarvan. Er kan geïnvesteerd worden in het grootste van wat iemand bezit, het lichaam (Bakker en Woerkm,2008). Bij het kijken naar een alternatief voor runningtherapie zullen deze gegevens meegenomen worden, om een zelfde soort effect te kunnen krijgen.

| Effect op korte termijn                          | Effect op langere termijn                          |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Positieve ervaring van het naar buiten komen     | Verbeterde algemene conditie, seksleven, nachtrust |
| Positieve ervaring van het in beweging komen     | Vermindering van lichamelijke klachten             |
| Aangaan van nieuwe sociale contacten             | Makkelijker kunnen ontspannen en slapen            |
| Het ervaren van minder spanning                  | Het ervaren van minder depressieve gevoelens       |
| Het krijgen van een hogere zelfwaardering        | Een verbeterd zelfbeeld en zelfvertrouwen          |
| Het ervaren van ontspanning na inspanning        | Het ontwikkelen van gezonde coping strategieën     |
| Het leren omgaan met belasting en belastbaarheid | Verbeterde longfunctie (VO2 max) <sup>1</sup>      |

(Lange en Bosscher, 2008)

### 3.3.4 Het werkende mechanisme van runningtherapie

Het is van belang om te kijken naar het werkende mechanisme binnen de runningtherapie. Met deze gegevens wordt er gekeken naar een goed alternatief voor runningtherapie voor ouderen wat hopelijk hetzelfde werkend mechanisme geeft. Er zijn twee mogelijkheden om het werkend mechanisme van runningtherapie op het psychisch functioneren te verklaren. Het is psychologisch te verklaren omdat het een laagdrempelige sport is, waarin de verwachtingen snel bijgesteld kunnen worden. Het negatieve zelfbeeld kan worden verminderd als er gezien wordt dat er lichamelijk meer kan worden gepresteerd. Door bewegen kan de gedachtegang van het passieve/ingehouden denkpatroon veranderen in een actievere benadering van het probleem. Het is belangrijk om zorgvuldig doelen te stellen, waardoor het zelfvertrouwen kan worden verhoogd. Men leert omgaan met feedback en sociale contacten worden opgedaan (Bakker en Woerkm, 2010).

Als er beredeneerd wordt vanuit de neurobiologische invalshoek wordt er gekeken naar de effecten op het brein. Onderzoekers kijken naar de neurotransmitters, stresshormonen of aanmaak van stoffen die het welbevinden bevorderen in het lichaam. Het is bewezen dat bewegen de neurogenese stimuleert. Maar waardoor het een positief effect heeft op depressiviteit is niet bekend. Dit geldt ook voor de monoaminehuishouding. Daarnaast geeft bewegen een positief effect aan het autonome zenuwstelsel. Veel van deze processen zullen gelijktijdig spelen of in elkaar overvloeien waardoor gezamenlijk het effect optreedt om de depressiviteit te verminderen (Stammes en Spijker, 2009) (Bakker et al., 2010).

Nog een andere verklaring is door te kijken naar de hartslagvariabiliteit (HRV). Dit is een bekende maat voor stress. Bij HRV wordt gekeken naar de interactie tussen het sympathische zenuwstelsel en het parasympathische zenuwstelsel. Een lage HRV betekent meer stress. Door ademhalingsoefeningen kan dit systeem omhoog gaan, wat tot gevolg heeft dat er minder stress in het lichaam aanwezig is. Runningtherapie gecombineerd met rust kan er voor zorgen dat het HRV zich kan herstellen (Bakker et al., 2010).

<sup>1</sup> <http://sjeffect.nl/runningtherapie/>

### 3.4 De rol als PMTer

#### 3.4.1 Wat is PMT

Om te verantwoorden wat de rol van PMTer is volgt hieronder een uiteenzetting van de toegevoegde waarde van een PMTer bij het sporten, waarbij het hoofddoel is het verminderen van een depressie. Een PMTer beïnvloedt het gedrag van een cliënt door middel van bewegen en lichaamsbewustzijn. Het gaat om mensen met psychosociale problemen waar depressie één van is. Het creëren van een veilige plek om te kunnen oefenen is van groot belang (Hekking en Fellingier, 2011).

PMT is geen therapie die in plaats van cognitieve gedragstherapie en psychotherapie wordt ingezet, maar geeft een aanvulling op de behandeling.

Aanvullingen zijn het bevorderen van het inzicht van het individu zelf en de verbetering van de lichaamsbeleving. Als PMTer wordt er gekeken naar het biopsychosociaal model om een balans terug te vinden in het leven van een cliënt. Een PMTer draagt bij aan het zelfbeeld van de cliënt. Door lage, individuele doelen te stellen, zien cliënten een snellere vooruitgang. Waar veel waarde aan gehecht wordt door cliënten is het evalueren. Zo ziet een cliënt hoe zijn proces verloopt (Copyright, 2007).

“Het doel van Psychomotorische Therapie is gedragsverandering tot stand te brengen of tenminste daaraan een bijdrage te leveren en daarmee psychosociale of psychiatrische problematiek weg te nemen of te veranderen” (Sietsma, 2006, p. 4). Andere behandelaars zoals een fysiotherapeut of sportleraar hebben hun doelen gericht op het bewegen en niet op de psyche. Daardoor kan een PMTer een toegevoegde waarde hebben bij een behandeling van depressie door bijvoorbeeld runningtherapie (Bax, Driel, Jansma en Palen, 2010) (Koninklijke Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), 2006).

#### 3.4.2 PMT interventies

Als PMTer is het van belang om interventies te plegen. Voordat deze interventies plaats kunnen vinden moet er gekeken worden naar de mate van structuur, fysieke nabijheid en lichamelijke inspanning van de cliënt. Elk individu heeft andere behoeftes en het is van belang om deze behoeftes mee te nemen in de behandeling. Een cliënt kan bijvoorbeeld veel behoefte hebben aan aanraking en fysieke nabijheid van de therapeut. Binnen de PMT zijn er 4 algemene interventies te plegen, namelijk het beïnvloeden van spanningsregulatie, stemming, lichaamsbeleving en emotie en gedrag. In dit onderzoek is het van belang om in te gaan op het beïnvloeden van de stemming. De andere interventies kunnen ook aan bod komen, maar zullen minder op de voorgrond staan. Binnen deze interventie wordt aandacht besteedt aan het herstellen van vertrouwen van eigen capaciteit. Dit wordt bereikt door veel succeservaringen binnen de inspanningen op te doen. Omdat veel depressieve cliënten het idee krijgen dat hun lichaam dood aanvoelt is het voor een PMTer ook van belang om in te gaan op lichamelijke sensaties. Dan kan de interventie lichaamsbeleving ingezet worden. Hier wordt ingegaan op de individuele ervaringen en beoordelingen van het lichaam. Cliënten leren hun lichaam opnieuw kennen. Door een depressie hebben negatieve gedachten over het lichaam de boventoon. Door meer stil te staan bij wat het lichaam doet, zullen de cliënten het doodse gevoel om kunnen zetten in een meer energiek lichaam (Emck en Bosscher, 2008).

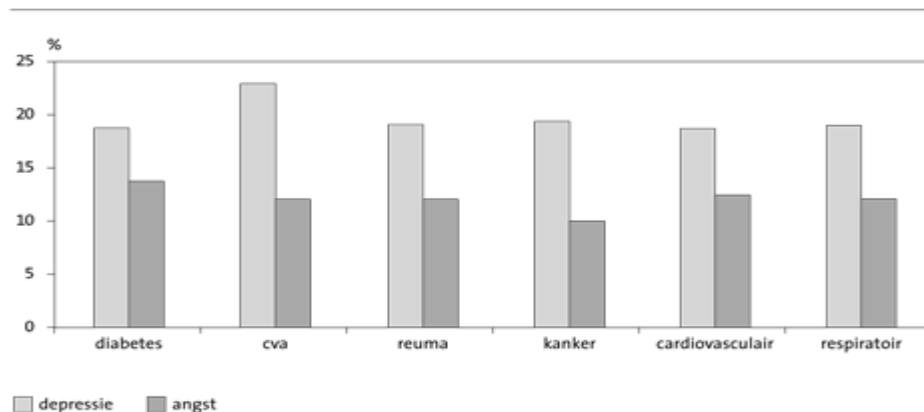
#### 3.4.3 Multidisciplinair team

Een PMTer is over het algemeen werkzaam binnen een instelling en is onderdeel van een multidisciplinair team. Cliënten kunnen ander gedrag vertonen in de zaal dan op de afdeling of tijdens een gesprek. Zo komt het wel eens voor dat een cliënt agressief overkomt, terwijl dat in de zaal niet is terug te zien. De PMTer heeft met deze benadering een toegevoegde waarde voor andere disciplines. Een PMTer komt meer te weten over het gedrag of de handelingen van een persoon. Bij GGZ instellingen wordt er vanuit een multidisciplinair team gewerkt om zo goed mogelijk Evidence Based te werken. De disciplines die betrokken zijn bij het zorgprogramma horen daar aanwezig te zijn.

## Hoofdstuk 4 Resultaten

Een depressie bij ouderen met een lichamelijke aandoening (22-25%) komt vaker voor dan een depressie bij ouderen zonder lichamelijke aandoening (17,4%). In het figuur hieronder is te zien dat het ontstaan van een depressie in combinatie met CVA het meest voorkomt in vergelijking met andere lichamelijke aandoeningen. Ouderen moeten accepteren dat alles minder snel gaat, wat een negatieve invloed kan hebben op hun stemming. Wanneer er een lichamelijke aandoening bijkomt wordt deze negatieve stemming verhoogd. Verhoogde risico's voor ouderen zijn het geslacht vrouw, alleenstaand, laag inkomen/opleidingsniveau of het wonen in een stedelijk gebied (Trimbos-instituut, 2006).

**FIGUUR 1 PERCENTAGE DEPRESSIE EN ANGST BIJ VERSCHILLENDE LICHAMELIJKE AANDOENINGEN**



Een stijging van het percentage ouderen in de gezondheidszorg in de afgelopen jaren is bekend. De aanmeldingen binnen de geestelijke gezondheidszorg in de periode tussen 2010 en 2020 zullen nog eens een stijging laten zien van 18% (Delpa, Pot, Graaf, Dorsselaer, Sonnenberg, Deeg, 2005). Dit laat zien dat er steeds meer ouderen zullen komen, waardoor het zinvol is om te kijken naar alternatieven in de behandeling bij PMT om de ouderen met een depressie te kunnen behandelen met beweging in plaats van met antidepressiva.

Het is nog steeds niet bewezen dat de endorfinetheorie of runners high de doorslag geven bij runningtherapie. Ook al zie je in een onderzoek bij dieren dat de endorfineniveaus flink stijgen bij intensieve inspanning zoals eerder beschreven in 3.3.1. (Smit, Z.D.).

Aanwijzingen uit een placebogecontroleerd onderzoek (RCT) laten zien dat intensief aerobisch trainen gedurende zestien weken even werkzaam was als een antidepressivum over dezelfde periode. (Probst et al., 2001) Met deze informatie is te zien dat het niet altijd nodig is om medicijnen voor te schrijven. Het laat verder zien dat intensieve training wel degelijk effect heeft.

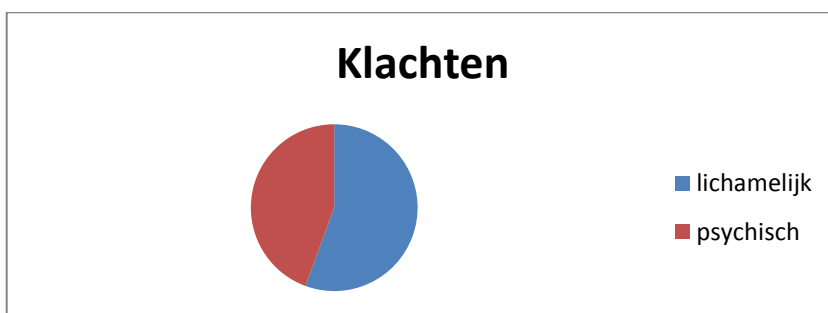
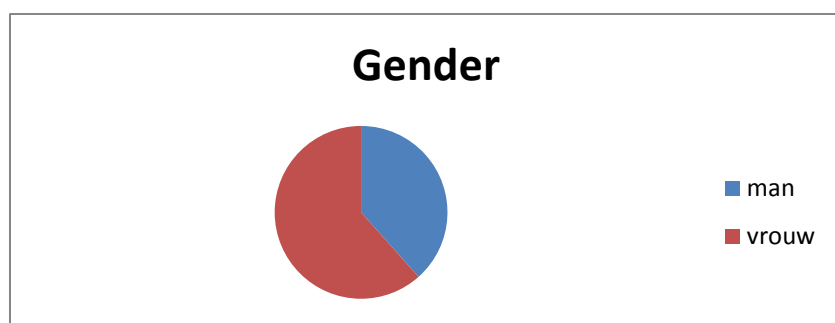
Uit onderzoek naar verpleeghuispatiënten met een depressieve stoornis bleek dat wandelen gedurende 12 weken, vijf keer per week 30 minuten lang, een verbeterde conditie opleverde. Er was echter geen verandering te zien bij de GDS-score (Geriatric depression scale). Dit laat zien dat of het wandelen niet genoeg zorgt voor het verbeteren van de stemming, of dat de tijdsduur te kort is geweest waardoor het geen effect heeft op de stemming.

In een ander onderzoek vond door middel van een vaststaand fietsprogramma een daling in de GDS-score plaats. Dit programma werd gecombineerd met groepsactiviteiten (Trimbos instituut, 2008). Interessant om te zien is dat dit programma wel werkte. Je kunt hier geen conclusies uit trekken omdat bij het fietsprogramma de duur van de activiteit niet wordt beschreven.

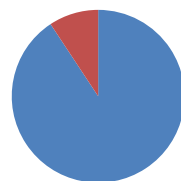
Uit een effectstudie (Stammes en Spijker, 2009) komt naar voren dat bewijs voor fysieke training tegen depressie nog altijd moeilijk aan te tonen is. Er zijn echter geen negatieve studies gevonden. Artikelen laten zien dat het van belang is om in beweging te komen wanneer er een depressie optreedt. Intensiever trainen heeft geen beter effect bij anaerobe en aerobe training. Afleiding door middel van sporten lijkt het grootste medicijn te zijn. Individueel trainen blijkt even effectief te werken als in de groep. Krachttraining kan net als runningtherapie ingezet worden tegen een depressie.

In 'Sportgericht' (3/2009) geeft Ruud Bosscher antwoord op de volgende vraag: Kunnen andere (duur)sporten ook een bijdrage kan leveren aan/hetzelfde effect hebben op een depressie? "Ja, in principe wel. Er is niets wat hardlopen er bovenuit doet steken, tenzij je gaat kijken in welke mate mensen zelf gemotiveerd zijn dat te doen. Als die motivatie een rol speelt, en dat speelt het natuurlijk wel, dan is de een wat meer voor hardlopen, de andere wat meer voor zwemmen, bij wijze van spreken" (Stammes et al., 2009). Met deze woorden van Ruud Bosscher kun je de hoofdvraag grotendeels al beantwoorden. Naast deze wijze woorden is de interesse van sporten bij ouderen ook van belang. Vandaar dat er vragenlijsten rond zijn gegaan in het noorden van het land. Er zijn op drie verschillende locaties vragenlijsten uitgedeeld. Er hebben 32 ouderen meegedaan aan dit kleinschalig onderzoek. Hieronder zijn de resultaten te zien. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers tijdens het onderzoek is 69 jaar.

#### Resultaten van de vragenlijsten:

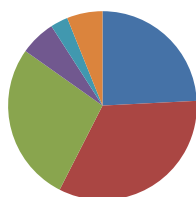


## Sportinteresse



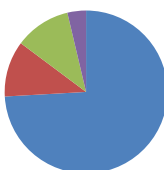
■ Ja  
■ Nee

## Dagelijkse bewegingsactiviteiten



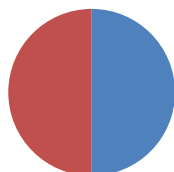
■ Huis en tuin  
■ Fietsen  
■ Wandelen  
■ Zwemmen

## Bijdrage aan stemming



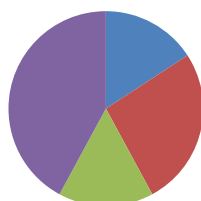
■ Ja  
■ Nee  
■ Mogelijk  
■ Geen idee

## Op welke manier sporten



■ Groepsverband  
■ Individueel

## Hoeveelheid sport per week



■ Dagelijks  
■ 3 keer in de week  
■ 2keer in de week  
■ 1 keer in de week

## Voorkeur sporten binnen instelling



Tijdens het kleinschalige onderzoek is gevraagd naar wat deze ouderen nodig hebben om geactiveerd en gemotiveerd te worden om bezig te gaan met bewegingsactiviteiten. Wat hier vooral naar voren komt is het plezier in sporten krijgen, het samen zijn met andere mensen en het buiten zijn.

Wat opvalt, is dat mensen andere mensen nodig hebben om te gaan sporten. Toch vindt de helft van de ondervraagde mensen het prettig om individueel te sporten. Het grootste gedeelte heeft wel behoefte om te sporten en de voorkeur gaat uit naar 1 keer in de week.

In hoofdstuk 3.3.2 kwam naar voren dat 3 keer in de week sporten het meeste effect zou hebben. Als de meeste mensen kiezen voor 1 keer in de week sporten zou je voor kunnen stellen dat het moeilijk wordt deze doelgroep te activeren tot 3 keer in de week sporten.

Een mooi gegeven is dat 74,1% van de mensen de gedachte hebben dat sporten een positieve bijdrage kan leveren aan de stemming.

De doelgroep is nu vooral actief in zwemmen, wandelen en fietsen. Sporten die ouderen binnen een instelling zouden willen zien, zijn wandelen, fietsen, bewegen op muziek, fitness, zwemmen, buitensport en balsport. Deze staan in volgorde van meeste interesse naar minste interesse.

Wandelen, fietsen en bewegen op muziek zijn de sporten die het meest naar voren komen binnen het onderzoek. Eerder werd beschreven dat het van groot belang is om een sport te beoefenen die de interesse van de doelgroep heeft.

Wat als laatste nog van belang is om mee te nemen tijdens het inzetten van deze sporten als therapie, is de intensiteit die je inzet. Matige anaerobe inspanning van 15-30 min op 70% van het maximum of 45 min op 70% van het maximum geeft een optimaal resultaat voor vermindering van o.a. een depressie (3.2.2).

In hoofdstuk 3.3.2 werd beschreven dat het trainen op een intensiteit van 70-85% van de maximale hartslagreserve het meest ideaal/functioneel is.

## Hoofdstuk 5 Discussie

Een literatuuronderzoek is gebonden aan de informatie die uit verschillende bronnen wordt gehaald. De doelstelling van dit onderzoek is om te zoeken naar alternatieven voor runningtherapie. Veel literatuur over de effecten van runningtherapie die binnen deze scriptie gebruikt worden zijn door dezelfde man geschreven, namelijk Ruud Bosscher. Hierdoor wordt er vanuit één bepaalde invalshoek gekeken naar de toegevoegde waarde van runningtherapie. Daarnaast is er verder vooral gebruik gemaakt van Nederlandstalige literatuur, waardoor onderzoeken vanuit het buitenland minder in deze scriptie zijn meegenomen. Tijdens het zoeken naar literatuur is enkel gekeken naar de positieve effecten van bewegen en depressie. Ditzelfde geldt voor runningtherapie en depressie. Negatieve studies/onderzoeken zijn in deze scriptie niet opgenomen.

De wetenschap staat nooit stil en daarom kan er nog meer onderzoek gedaan worden naar effecten van bewegen op depressieve mensen. Medicatie is nu nog steeds de nummer één behandelmethode om een depressie te verminderen. Het zou mooi zijn om nog meer onderzoek te kunnen doen naar vermindering van depressie door beweging, alleen is daar veel geld voor nodig. Dit blijft lastig, ook onderzoek naar medicatie bij depressie zal door beschikbaar stellen van geld vooruitgaan.

In deze scriptie wordt gesproken over ouderen vanaf de leeftijd van 60 jaar. In de scriptie wordt een algemeen beeld geschetst van de beperkingen van ouderen en dat deze niet mee kunnen doen aan runningtherapie. Maar er zijn genoeg mensen die op 60-jarige leeftijd wel de conditie hebben om mee te doen aan runningtherapie. Belangrijk om mee te nemen is Vooral belangrijk is dat vooral niet de leeftijd het uitgangspunt moet zijn, maar de fysieke en motorische mogelijkheden.

Waar rekening mee gehouden moet worden is dat de alternatieven voor runningtherapie niet alleen gebaseerd zijn op meningen van ouderen uit de GGZ instelling, maar ook op de mening van ouderen in verzorgingshuizen. Dit houdt in dat de meningen niet alleen komen van mensen met een psychische aandoening, waaronder in dit geval een depressie. Het kan zijn dat door deze verschillen andere interesses naar voren zijn gekomen in dit onderzoek. De interesses van ouderen zijn kleinschalig onderzocht wat een beperkt resultaat oplevert. Voor grootschalig onderzoek en uitgebreider resultaat zul je vragenlijsten door heel Nederland moeten versturen.

Uit het onderzoek komen een aantal alternatieven naar voren. De vraag blijft alleen of deze sporten wel op een bepaalde intensiteit uitgevoerd kunnen worden. Deze zullen getest moeten worden om het gewenste effect teweeg te kunnen brengen. Als ze niet de juiste intensiteit hebben, geeft dat verder ook geen reactie op het verminderen van een depressie.

In deze scriptie is verder niet gekeken naar aangepaste mogelijkheden tijdens de activiteiten. Hier zou in een volgend onderzoek aandacht aan besteed kunnen worden. Zo kun je specifiekere sporten aanbieden voor de doelgroep ouderen.

Als laatste aandachtspunt de rol als PMTer. In deze scriptie werd beschreven dat de rol van begeleider belangrijk is tijdens het geven van de therapie. Echter in deze scriptie wordt niet ingegaan op de vaardigheden die belangrijk zijn in de rol van begeleider. Daardoor blijft het onduidelijk welke positie en eigenschappen een PMTer dient in te zetten tijdens de therapie.

## Hoofdstuk 6 Conclusie

Een depressie is een aanhoudend gevoel van neerslachtigheid of een (periode van) economische inzinking (van Dale, 2009). Fysieke training en het therapeutische effect daarvan zijn op zijn minst gelijkwaardig aan een behandeling met antidepressiva (Esquivel, Hartgens, Schruers en Griez, Z.D.).

Door middel van anaerobe-, aerobe- en krachttraining wordt de depressieve stemming verminderd (Bruken, 2007). Veel sporten hebben een toegevoegde waarde bij het verminderen van een depressie. Een belangrijk gegeven is dat de activiteit die gedaan wordt leuk moet zijn voor de persoon, zodat hij gemotiveerd blijft deze uit te oefenen. Daarnaast dient de sport regelmatig beoefend te worden.

Om optimaal resultaat te boeken zul je op 70% van de 10 resistance moeten zitten bij krachttraining. Bij matige anaerobe inspanning een half uur tot 3 kwartier op 70% van je maximum (paragraaf 3.2.2). Drie keer in de week sporten zorgt voor het beste resultaat. Vaker dan 3 keer sporten levert bij voorbaat geen sneller resultaat op.

In paragraaf 3.1.2. wordt beschreven dat tijdens het ouder worden de hoeveelheid dopamine afneemt. Het blijkt dat hoe ouder de hersenen zijn hoe gevoeliger ze worden voor dopamine. Vandaar dat een kleine toename van dopamine een positief effect geeft op de stemming van ouderen. Hieruit kan je concluderen dat depressieve oudere mensen in beweging moeten om de dopamine te verhogen. Dit kan ook door medicatie gedaan worden, alleen zorgt medicatie ervoor dat mensen dikker worden. Daarom zou het mooi zijn om voor toename van dopamine vooral beweging in te zetten.

Runningtherapie is het therapeutisch inzetten van een rustige duurloop voor mensen met een geestelijke beperking onder begeleiding van een professional. Het is een laagdrempelige sport want voor depressieve ouderen is het een groot struikelblok om überhaupt in beweging te komen. Verwachtingen kunnen snel bijgesteld worden, wat zorgt voor zelfverzekerdheid en zelfwaardering. Bewegen stimuleert de neurogenese en heeft een positief effect op het autonome zenuwstelsel. Als deze positieve ervaringen in en om het lichaam zorgen voor vermindering van een depressie.

Een PMTer kan een belangrijke rol hebben in het proces van het verminderen van een depressie bij ouderen. Eerst zal er gekeken moeten worden wat de cliënt nodig kijkend naar de structuur, fysieke nabijheid en lichamelijke inspanning. De belangrijkste interventie die de PMTer dan moet inzetten is het beïnvloeden van de stemming. Daarnaast kunnen interventies ingeschakeld worden die te maken hebben met lichamelijke sensaties (Emck en Bosscher, 2008).

Als er gekeken wordt naar alle informatie binnen deze scriptie kan er vanuit gegaan worden dat er een ruime hoeveelheid alternatieve bewegingsactiviteiten beschikbaar is. Dit meenemend met de resultaten van de vragenlijsten die (depressieve) ouderen hebben ingevuld, komen de volgende sporten naar voren die als alternatief voor runningtherapie ingezet kunnen worden.

- Wandelen (mannen/vrouwen) - Fietsen (mannen/vrouwen) - Bewegen op muziek (vrouwen)

Te zien is dat alleen vrouwen bewegen op muziek kiezen. Deze zal dan alleen aangeboden kunnen worden aan oudere vrouwen met een depressie, omdat interesse in de sport van belang is.

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt: Wat zijn de alternatieven voor runningtherapie binnen de PMT voor ouderen vanaf 60 jaar met depressieve klachten.

Hierbij ben ik tot de conclusie gekomen dat er veel alternatieven zijn voor runningtherapie.

Duursporten en krachtsporten kunnen ingezet worden ter vermindering van een depressie. Iets wat je mee MOET nemen wanneer je een alternatief voor runningtherapie inzet, is de intensiteit van de sport, de tijdsduur en de hoeveelheid per week, de interesse van de persoon en de rol van therapeut.

## Hoofdstuk 7 Aanbevelingen

Naar aanleiding van dit onderzoek kan worden aanbevolen dit onderzoek verder in de praktijk uit te voeren. Er zouden groepen gestart kunnen worden die verdeeld worden over een aantal verschillende sporten. Deze zouden dan gedurende 12 weken aan de slag moeten gaan. Aan het begin en het eind zou een vragenlijst ingevuld kunnen worden, die betrekking heeft op de mate van de depressie en de stemming.

Dit onderzoek is gebaseerd op literatuur en met deze literatuur kan gekeken worden of een depressie door middel van één van deze alternatieven verminderd kan worden.

De student is van mening dat wanneer er goed ingespeeld wordt op de behoeften van ouderen, er hiermee een positief effect teweeg kan worden gebracht.

Vlak na het uitvoeren van dit onderzoek werd de student het een en ander verteld over Chirunning. Bij Chirunning ga je uit van de eigen kracht van het lichaam, de Chi. Er wordt geleerd om constant de focus te leggen op de houding en techniek. Vanuit daar komt de kracht om moeiteloos en blessurevrij te lopen. Het zou mooi zijn om daar verder onderzoek naar te doen om deze vervolgens als onderdeel in één van de alternatieven aan te kunnen bieden.

Wat in de discussie naar voren kwam was dat er binnen dit onderzoek geen aandacht voor aangepaste mogelijkheden binnen het sporten is geweest. Dit zou in een volgend onderzoek uitgebreid onderzocht kunnen worden. Er zou specifiek gekeken kunnen worden naar de mogelijkheden binnen de verschillende sporten die aangeboden worden.

Wat verder belangrijk is en wat niet in deze scriptie naar voren komt is het kijken naar de omgeving. De vraag luidt dan welke invloed heeft deze op de doelgroep. Zo zijn er nog heel wat factoren bij dit onderzoek te betrekken. Het mooiste zou zijn als iemand dit onderzoek uit gaat werken in de praktijk om te kijken of de omgeving ook werkelijk effect heeft. Daaruit kan ook blijken welke omgeving het meest ideaal kan zijn tijdens het sporten.

Daarnaast zou deze student iedereen aanbevelen om de familie en dan voornamelijk de oudere generatie te stimuleren om te blijven sporten. Het is immers bewezen dat sporten met een bepaalde intensiteit een depressie vermindert. De student zou iedereen aanbevelen dit door te geven en daarnaast zelf te blijven sporten, het geeft de persoon positieve energie en een gezond lichaam.

## Hoofdstuk 8 Literatuurlijst

- Bakker, B., Jong, K. de (2011) . *Bewegen voor beginners. Gezond bewegen voor lichaam en geest*. Amsterdam: Carrera
- Bakker, Dr. A., Woerkom, drs. S. van (2010) . *Runningtherapie bij depressie. Bijblijven jaargang 26, nummer 10 p. 26-30*
- Bakker, B., Woerkom S. van (2008) . *Runningtherapie. Het standaard werk van lopers en professionals*. Amsterdam: de arbeiderspers Het sporthuis
- Bax, H., Driel, G. van, Jansma, F en Palen, H. van der (2006) . *Beroepsprofiel leraar lichamelijke opvoeding*. Den Haag: Deltahage.
- Bochove, G. (2007) . *Geef depressiviteit het nakijken*. Drenthe: GGZ Drenthe
- Boxtel, van M. (2007) . *Vergrijzend Brein wat ouder wordende hersenen met cognitieve vermogens doen. Zuinig zijn op zowel lijf als brein*. Den Haag: Bio-Wetenschappen en Maatschappij (BWM)
- Burken, P. (2007) *De gunstige effecten van sportief bewegen op mentale gezondheid*. Jaargang 1, nummer 16. Verkregen op 28 februari, 2012, van [http://www.psychfysio.nl/Nieuws/1\\_16\\_3.html](http://www.psychfysio.nl/Nieuws/1_16_3.html)
- (2009) . *Depressieve stoornis. Depressie*. Verkregen op 28 februari, 2012, van <http://psychiatrie-nederland.nl/word/depressieve-stoornis/>
- Copyright (2007) . *Psychomotorische therapie en depressie: een paradox? Psychopraktijk, Bohn stafleu van Loghum, Houten*. Verkregen op 9 april, 2012, via <http://han2.windesheim.nl/han/Seekq/vb23.bsl.nl/frontend/redirect.asp?product=1566-6166&page=1566-6166/09014f3c8004b5d3%2Ehtml&highlight=psychomotorische+therapie&phrase=>
- Depla, M., Pot, A.M., Graaf, R.d., Dorsselaer, S.v, Sonnenberg, C., Deeg, D. (2005) . *Schatting van het gebruik van geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg door ouderen in 2010 en 2020*. Utrecht: Trimbos-instituut
- Esquivel, dr. G., Hartgens, dr. F., Schruers, dr. K., Griez, prof. Dr.E. (z.d.) . *Lichamelijke inspanning als (adjuvante) therapie bij depressie en angststoornissen Capita selecta*. Verkregen op 2 april ,2012, via <http://www.springerlink.com/content/r368645q3h78lh81/>
- Evenblij, M. (2007) . *Vergrijzend Brein wat ouder wordende hersenen met cognitieve vermogens doen. Mentale veroudering als sociaal fenomeen*. Den Haag: Bio-Wetenschappen en Maatschappij (BWM)
- Fonds Psychische Gezondheid (2010) . *Depressie bij ouderen, als grijsinten de oude dag beheersen*. Amersfoort. Verkregen op 24 maart, 2012, via [http://www.psychischegezondheid.nl/action/psychowijzer/43/depressie\\_bij\\_ouderen.html#tab1](http://www.psychischegezondheid.nl/action/psychowijzer/43/depressie_bij_ouderen.html#tab1)
- Heeren, dr. T. J., Kat, M. G., Stek, M.L. (red) (2003) . *Handboek ouderenpsychiatrie*. Leusden: de Tijdstroom
- Hekking, P., Fellingier, P. (2011) . *Psychomotorische therapie: een inleiding*. Amsterdam: Boom

Huizing, J.C., Bosscher, R.J. dr. (2008) . *Psychomotorische therapie in de praktijk. Hst. 8 Run for your life: een therapeutisch avontuur*. Amsterdam: Boom

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) (2006) . *Het beroepsprofiel van de fysiotherapeut*. Amersfoort: Drukkerij de Gans. Verkregen op 9 april, 2012, via [http://www.fysionet.nl/ckr-joke-ploos/beroepsprofielen/webklein\\_2010-04\\_kngf\\_beroepsprofiel.pdf](http://www.fysionet.nl/ckr-joke-ploos/beroepsprofielen/webklein_2010-04_kngf_beroepsprofiel.pdf)

Lange, J. de drs., Bosscher, R.J. dr. (2008) . *Psychomotorische therapie in de praktijk. Hst. 1 Psychomotorische therapie bij chronisch somatische aandoeningen* . Amsterdam: Boom

Looije, F., Steinmann, B., Vermeulen, S. (2010) . *Train je fit, kom uit je dip! Beroepsopdracht fysiotherapie hogeschool van Amsterdam*. Verkregen op 25 maart, 2012, via <http://kennisbank.hva.nl/document/219993>

Probst, M., Bosscher, R.J. (2001) *Ontwikkelingen in de psychomotorische therapie. Hst. 9 Runningtherapie bij depressie*. Wageningen: Cure & Care publishers

*Runningtherapie geen one size fits all programma, Sportgericht 3/2009*. Verkregen op 1 maart, 2012, via <http://renvogel.com/2009/06/26/running-therapie-geen-one-size-fits-all-programma/>

Schreder, E., Eggermont, L. (2007) . *Vergrijzend Brein wat ouder wordende hersenen met cognitieve vermogens doen. Loop je geest gezond – Bewegen in relatie tot cognitie*. Den Haag: Bio-Wetenschappen en Maatschappij (BWM)

Sietsma, L. W. drs. (2006) . *Bewegingsagogie en Psychomotorische Therapie*. Verkregen op 9 april, 2012, via Hogeschool Windesheim Zwolle, School of Human, Movement & Sports Web site: [http://bbprod2.windesheim.nl/webapps/portal/frameset.jsp?tab\\_id= 10\\_1&url=/bin/common/course.pl?course\\_id= 1794\\_1](http://bbprod2.windesheim.nl/webapps/portal/frameset.jsp?tab_id= 10_1&url=/bin/common/course.pl?course_id= 1794_1)

Smit, G. (z.d.) *Draven tegen depressie*

Stallen, M., & Ridderinkhof, R. (2007) . *Vergrijzend Brein wat ouder wordende hersenen met cognitieve vermogens doen. Vrolijkheid als remedie tegen veroudering*. Den Haag: Bio-Wetenschappen en Maatschappij (BWM)

Stammes, R., Spijker, J. (2009) *Fysieke training bij depressie, Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice, nummer 1 p. 15-18*

Terlouw, J. (2007) . *Vergrijzend Brein wat ouder wordende hersenen met cognitieve vermogens doen*. Den Haag: Bio-Wetenschappen en Maatschappij (BWM)

Trimbos-instituut (2008) . *Addendum ouderen bij de MDR depressie*. Verkregen op 15 maart, 2012, via <http://www.ggzrichtlijnen.nl/>

Trimbos-instituut (2008) . *Psychische problemen en GGZ-gebruik bij ouderen met lichamelijke aandoening*. Verkregen op 10 maart, 2012, via <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/feiten-cijfers-en-beleid/psychische-stoornissen/ouderen-monitor/psychische-stoornissen-en-ggz-gebruik>

Veen, J. van (2004) . *Met een depressie op de loop. De invloed van beweging op de stemming. GGZet Wetenschappelijk 2004, jaargang 8, nummer 1, p. 17-25*

Velthuis, R. (z.d.) . *Onderzoek Bosscher naar runningtherapie*

## Bijlage 1 Vragenlijst ouderen

### Bewegingsonderzoek ouderen

Leeftijd:

Man/vrouw:

Datum:

Deze vragenlijst heb ik opgesteld i.v.m. mijn scriptieonderzoek naar een alternatief op runningtherapie voor depressieve ouderen. (dit is een hardloophtherapie die gebruikt wordt om de stemming van volwassenen te verbeteren) Met de antwoorden wil ik kijken waar de interesses van ouderen liggen op sportgebied. Met deze informatie wil ik een alternatief bedenken voor runningtherapie, omdat hardlopen voor de meeste ouderen te belastend is. Vandaar deze vragenlijst.

Deze vragenlijst bestaat uit 13 vragen waarop u met ja en nee kan antwoorden, ook zijn er open vragen en meerkeuze vragen. Eigen ideeën/toevoegingen zijn van harte welkom. De vragen gaan over interesses in beweging en motivatie tot bewegen.

1) Heeft u lichamelijke en/of psychische klachten? Zo ja, welke?

- Ja,.....  
.....  
.....  
.....
- Nee

2) Heeft u interesse in beweging/sporten? Zo nee, waarom niet?

- Ja
- Nee,.....  
.....  
.....  
.....

3) Heeft u vroeger aan sport gedaan? Zo ja, welke

- Ja,.....  
.....  
.....  
.....

- Nee, omdat

.....

.....

.....

.....

- 4) Wat voor bewegingsactiviteiten doet u in het dagelijkse leven?

.....

.....

.....

.....

- 5) Heeft u het idee dat beweging een bijdrage kan leveren aan uw stemming?

.....

.....

.....

.....

- 6) Bent u iemand die uit zichzelf iets onderneemt ten aanzien van bewegingsactiviteiten?

- Ja
- Nee

- 7) Wat heeft u nodig om geactiveerd/gemotiveerd te worden voor bewegingsactiviteiten ?

.....

.....

.....

.....

- 8) Bent u iemand die houdt van beweging in groepsverband?

- Ja
- Nee

- 9) Bent u iemand die individueel bezig wilt zijn met bewegen?

- Ja
- Nee

- 10) Worden er binnen uw verzorgingshuis/instelling bewegingsactiviteiten

aangeboden? Zo ja, welke?

- Ja,.....  
.....  
.....  
.....
- Nee

11) Wat is de reden dat u wel of niet mee doet aan deze bewegingsactiviteiten?

.....  
.....  
.....  
.....

12) Als er beweegactiviteiten aangeboden worden binnen uw verzorgingshuis/instelling wat zou uw voorkeur zijn?

- Wandelen
- Fitness
- Fietsen
- Zwemmen
- Bewegen op muziek/ dans
- Anders, namelijk.....  
.....

13) Hoe vaak in de week zou u willen meedoen aan beweegactiviteiten?

- Dagelijks
- 3 keer in de week
- 2 keer in de week
- 1 keer in de week

Hartelijk dank voor uw medewerking.

Vriendelijke groet,

Janina Faber (psychomotorische therapeut in opleiding)