

ZORG OP MAAT VOOR (OUD-) SPORTERS

Eindrapportage over behandeling van psychische problematiek bij
(oud-)sporters

Hester Eppinga
Carol van Velzen
Radboud Marijnissen



umcg

ZORG OP MAAT VOOR (OUD-)SPORTERS

Hester Eppinga, *Psychiater, PhD*

Carol van Velzen, *Klinisch psycholoog, PhD*

Radboud Marijnissen, *Psychiater, PhD*

Universitair Centrum Psychiatrie (UCP) – UMCG Groningen

2023

In opdracht van NOC*NSF

Met ondersteuning van het ministerie van VWS

Dankwoord

De totstandkoming van dit rapport is in de eerste plaats te danken aan de (oud-)sporters die hebben deelgenomen aan het behandeltraject.

Zij hebben de moed gehad zich aan te melden voor de behandeling. Ook hebben ze willen deelnemen aan diverse vragenlijsten en onderzoek voor een passende evaluatie. Zij hebben zich kwetsbaar durven opstellen gedurende het traject en veel van de input voor dit rapport is van hen afkomstig.

Ook willen wij onze dank uitspreken voor de inzet van de (oud-)turnsters Stephanie Tijmes, Petra Witjes en Danila Koster.

Zij hebben ons deelgenoot gemaakt van hun eigen ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg, waar deze vaak tekort bleek te schieten. De pijnpunten werden hierdoor zichtbaar en zowel de ernst van de problematiek als ook het gebrek aan passende zorg werd snel duidelijk. Dit heeft ons geholpen om ons voor te bereiden op de behandeling en een programma samen te stellen.

Wij willen hiernaast het NOC*NSF bedanken voor het aanbieden van de opdracht, de betrokkenheid en het onafhankelijk kunnen uitvoeren van het programma.

Het ministerie van VWS heeft een belangrijke rol gespeeld om de noodzaak voor organisatie van passende zorg voor deze doelgroep te ondersteunen met een subsidie, nadat de (oud-)turnsters deze op de agenda hebben gezet.

We willen ten slotte de leden van ons behandelteam bedanken voor hun oprechte betrokkenheid en inzet voor zorg op maat, in het bijzonder Renske Bouman en Marco Bluming, de psychomotorische therapeuten.

Ook willen we onze senior onderzoeker Sanne Booij bedanken voor haar betrokken inzet en analyse met betrekking tot de wetenschappelijke evaluatie van het behandeltraject.

Hester Eppinga
Carol van Velzen
Radboud Marijnissen

Inhoud

Dankwoord	1
Inhoud	2
1. Inleiding	3
2. Visie op zorg	4
3. Ervaringen van (oud-)sporters.....	9
4. Ervaringen van professionals	17
5. Conclusie en aanbevelingen Zorg op maat voor (oud-)sporters.....	22
Appendix 1: Karakteristieken van de deelnemende (oud-)sporters	26
Appendix 2: Resultaten kwantitatieve vragenlijsten	27

1. Inleiding

Met het [Verinorm rapport "Ongelijke Leggers"](#) is er erkenning gekomen voor het stelselmatig grensoverschrijdend gedrag wat heeft plaatsgevonden in de gymnsport.

Jarenlang zijn (oud-)sporters niet gehoord en werd het misbruik afgedaan als onderdeel van de topsportcultuur in de gymnsport. Inmiddels is duidelijk geworden dat een aanzienlijk aantal van hen in hun sporttijd ernstig is beschadigd.

Dit lijkt niet alleen in de gymnsport het geval te zijn, ook in andere sportsectoren volgt onderzoek. In dezelfde periode kwam naar voren dat de reguliere geestelijke gezondheidszorg voor deze doelgroep onvoldoende toereikend is geweest. Ze voelden zich niet begrepen door behandelaren. Er was onvoldoende aandacht en begrip ten aanzien van de leergeschiedenis in de sportwereld. Ze kregen – net als in de gymzaal - het gevoel een nummer te zijn. Door het stellen van meerdere diagnoses en deze los van elkaar te behandelen, werd dit versterkt. Ze werden van het kastje naar de muur gestuurd waarbij er niet naar de problemen als geheel werd gekeken. Het was vaak een jarenlange zoektocht.

In opdracht van NOC*NSF werd een pilot gestart in het Universitair Psychiatrische Centrum (UCP) van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) voor een sport-specifiek diagnostiek- en behandeltraject om zorg te bieden aan deze doelgroep en de behoefte hieraan te onderzoeken. In dit rapport wordt de opzet van de diagnostiek en behandeling in het UCP voor (oud-)sporters beschreven, waarvan het merendeel afkomstig uit de gymnsport. Vervolgens worden ervaringen vanuit de deelnemers zelf en vanuit de professionals doorgenomen. Aan het einde van het rapport volgen de aanbevelingen ten aanzien van passende zorg voor (oud-)sporters.

2. Visie op zorg

Het Verinorm onderzoek liet zien is dat er in de gymnsport sprake was van een focus op prestatie binnen een angst- en zwijgcultuur. Er was onvoldoende oog voor de behoeftes van het kind en trainers vertoonden herhaaldelijk grensoverschrijdend gedrag.

Vanuit een tekort aan vervulling van basisbehoefte en misbruik kunnen er diverse psychiatrische problemen ontstaan zoals ook wordt beschreven in het Verinorm rapport: een negatief zelfbeeld, (complex) PTSS, angst- en dwangstoornissen, depressieve stoornissen, suicidaliteit, persoonlijkheidsstoornissen en eetstoornissen. Binnen de huidige organisatie van de GGZ en classificatiesystemen van de psychiatrie is gebleken dat er geen eenduidige noemer is voor de vaak ernstige en diverse problematiek van de (oud-)sporters. Het stellen van een diagnose kan de gehele mens en de oorsprong ervan tekort doen. Aan de andere kant kan het ondersteunen in het bepalen van een richting van een behandeling en woorden en erkenning geven aan de problemen. De ontstane problematiek bij (oud-)sporters zou een zogenaamd “**existentieel trauma**” kunnen worden genoemd waarbij de vorming en ontwikkeling tot volwaardig mens in de sport en kindertijd gereduceerd wordt tot het zijn van een object. Een object in functie van prestatie. Het risico op stagnatie van de persoonlijkheidsontwikkeling is groot. De vraag “**Wie ben ik?**” kan niet worden beantwoord.

Een existentieel trauma en gestagneerde persoonlijkheidsontwikkeling vraagt om een diagnose overstijgend, zogenaamd transdiagnostisch, behandeltraject. (NB. Een existentieel trauma is dan ook geen bestaande officiële diagnose binnen de huidige psychiatrische classificatie, maar een omschrijving van de problematiek)

Existentieel trauma

Bij een existentieel trauma in context van grensoverschrijdend gedrag in de sporttijd is de prestatie geleidelijk gekoppeld geraakt aan de identiteit en eigenwaarde. Presteren wordt gevoelsmatig van levensbelang. Als er geen oog is voor wat goed gaat en wat fout gaat wordt afgestraft, kan elke oefening in teken staan van angst. De gehele cultuur in de gymnsport stond in teken van angst – maar toch doorzetten. Wanneer niet alleen de oefening wordt afgestraft maar ook de persoon gaat dat ten koste van de behoefte aan **veiligheid en verbondenheid** met anderen. Als het prestatiedoel wel bereikt wordt, blijft er vaak alsnog een leegte achter, omdat de prestatie niet het verloren gegane zelfgevoel terugbrengt.

Voor het bereiken van een optimale prestatie werd het onderdrukken van eigen grenzen, behoeftes en emoties aangemoedigd. Dit geeft een sterke beperking van de ervaring van **vrijheid om zichzelf te leren uiten**. Grenzen werden voor de (oud-)gymnsporter bepaald waarbij geen eigen inspraak was van de jonge gymnsporter; mentaal maar er werd ook letterlijk fysiek door grenzen heen gedrukt in oefeningen. In een dergelijke cultuur kan een ontwikkeling van **autonomie** en zelfstandigheid niet plaatsvinden. En daarbij was er te weinig tijd om buiten de gymzaal om in een andere context, met andere kinderen en volwassenen, gevarieerde ervaringen op te kunnen doen die belangrijk zijn voor een gezonde persoonlijkheidsontwikkeling.

Wanneer er, vaak na jaren, gestopt wordt met de sport is het voor de (oud-)sporters moeilijk om eigen grenzen te bepalen en zich hieraan aan te passen. Ook het zich verhouden tot anderen en de maatschappij is dan complex omdat de (oud-)sporters niet bekend zijn met **realistische grenzen**. Dat (oud-)sporters soms ook op een voetstuk worden geplaatst in hun carrière kan dit nog bemoeilijken.

Wanneer de (oud-)gymporter haar eigen grenzen en behoeftes wel kan voelen, kan er grote angst zijn om deze te uiten omdat angst voor straf, misbruik of buitenspel gezet worden leidend is. In de zaal werd spreken en lachen vaak afgestraft, ten koste van behoefte aan **spontaniteit en spel** van het gezonde kind.

Vijf cruciale basisbehoeftes

Om zich te kunnen ontwikkelen tot een gezonde volwassene is het nodig dat aan deze basisbehoeftes wordt voldaan: **veiligheid en verbondenheid, vrijheid zichzelf te leren uiten, autonomie, realistische grenzen en spontaniteit en spel**. Bij een tekort aan vervulling van deze basisbehoeftes ontwikkelt een kind overlevingsstrategieën om zich staande te houden. Deze overlevingsstrategieën heeft de (oud-)gymporter als kind geholpen om te kunnen blijven presteren, maar in het leven - buiten de sport - houden ze vaak geen stand. Dit kan leiden tot onder meer een hevig gevoel van onveiligheid, angst, verwaarlozing, schuld, mislukking, schaamte, afhankelijkheid, zelfopoffering, zelfstraffing, emotionele geremdheid dan wel overspoeling van emoties. (Oud-)sporters spreken vaak over sociale isolatie en moeite om hulp te vragen. Hulp vragen en kwetsbaarheid tonen is in de sporttijd bestempeld als teken van zwakte. Isolatie was onderdeel van de gymportcultuur, waarbij de ander meer een bedreiging dan een metgezel was.

Visie op diagnostiek en behandeling

Het belangrijkste doel van de zorg in het licht van het existentieel trauma, is het hervinden van het contact met het zelfgevoel, het gevoel gezien te worden als mens en zich naar de omgeving te kunnen uiten vanuit zijn of haar eigen behoeftes. De verbinding met zichzelf en anderen maken is noodzakelijk om vertrouwen in zichzelf en de omgeving op te bouwen. Het leren hulp te vragen en accepteren is hiervoor de eerste stap om een ander toe te laten.

Om dit vertrouwen te kunnen opbouwen werd de zorg om drie hoekstenen opgebouwd:

1. Transdiagnostische zorg

Er wordt naar de problematiek in zijn geheel gekeken vanuit het verhaal en de specifieke context van de (oud-)sporter, namelijk de kinder- en sporttijd. In de behandeling wordt er daarmee niet primair gericht op de diverse gevolgen en diagnoses, zoals: persoonlijkheidsstoornissen, angststoornissen, PTSS, depressies, burn-outs, psychosomatische klachten, suïcidaliteit en eetstoornissen. In de geboden transdiagnostische zorg ligt de nadruk op het onderliggende gemeenschappelijke existentieel trauma met inbegrip van de leergeschiedenis in de sportwereld. Dit houdt een persoonsgerichte benadering in, meer dan een klachtgerichte benadering. De transdiagnostische benadering voorkomt dat mensen van het kastje naar de muur gestuurd worden omdat steeds een andere diagnose aandacht en een andere behandeling behoeft. Het voorkomt de afwijzing van de (oud-)sporter als deze niet past in een bepaalde classificatie. Zeker bij personen met meerdere vastgestelde diagnoses is dit wenselijk, waar vaak sprake van is bij deze problematiek.

Het belang van gezien worden als mens, het vinden van de eigen stem en vinden van veiligheid en vertrouwen staat in de behandeling centraal. Op het moment dat er teveel van uit een diagnose – neem als voorbeeld een borderline persoonlijkheidsstoornis – wordt gewerkt, kan een (oud-)sporter zich opnieuw niet gezien voelen als mens, en getriggerd worden in zijn/haar negatieve oude ervaringen er als persoon niet toe te doen.

2. Geïntegreerde zorg

Met een geïntegreerde behandeling wordt bedoeld dat verschillende onderdelen van de behandeling samenhang vertonen. Een transdiagnostische benadering sluit aan bij het kunnen aanbieden van geïntegreerde zorg ten aanzien van behandelinhoud. Doordat er niet gericht wordt op verschillende diagnoses kan behandeling op een zelfde plek en in een vast behandelteam worden aangeboden. De mens centraal, en daaromheen wordt de zorg vormgegeven afhankelijk van zijn/haar behoeftes. De traumabehandeling wordt geïntegreerd in de behandeling voor de gestagneerde persoonlijkheidsontwikkeling en klachten die daaruit voortvloeien, aangeboden. Wanneer dat niet volledig mogelijk is bij bijvoorbeeld aanvullende behandelmodules, kan er alsnog zo veel mogelijk geïntegreerd worden gewerkt. Om dat te bereiken is er onderling een goede afstemming en samenwerking nodig tussen de behandelaren om een eenduidige taal te kunnen spreken. Hierbij is het belangrijk dat de mens als geheel als uitgangspunt wordt genomen.

3. Ervaringsgerichte zorg

Deze doelgroep heeft geleerd dat emoties en kwetsbaarheid er niet mogen zijn. Er is vaak een blokkade van hoofd naar het lichaam, waardoor het gevoel een object te zijn in stand blijft. Er werd bewust gekozen voor een meer ervaringsgerichte benadering waarbij ook lichaamsgerichte benaderingen worden ingezet om deze verbinding te leren herstellen. Samenvattend gaat het om een geïntegreerde en transdiagnostische aanpak van diverse problemen met nadrukkelijk aandacht voor de gehele persoon en voor de context – de sport en kindertijd.

Diagnostiek

Voor de start van het traject werd transdiagnostische diagnostiek verricht waarbij deelnemers een dag naar het UMCG kwamen. Een voordeel hiervan was dat reistijd beperkt kon worden en diagnostiek door verschillende disciplines geïntegreerd kon worden uitgevoerd. De disciplines die betrokken waren bij de dagdiagnostiek waren een psychiater (io), klinisch psycholoog en maatschappelijk werker. De dagdiagnostiek bestond uit een drietal gesprekken met de focus op het verhaal van de (oud-)sporter, met aandacht voor de sporttijd. De maatschappelijk werker was betrokken om specifiek aandacht voor het systeem te hebben.

Aan het einde van de dag kreeg de deelnemer een adviesgesprek omtrent de behandeling die daarmee zo snel mogelijk kon worden opgestart. Vervolgens vond aanvullende diagnostiek plaats, onder andere een semi-gestructureerd interview voor persoonlijkheidsfunctioneren (STIP5), schemacasusconceptualisatie, en enkele klachten vragenlijsten gericht op de individuele problematiek. Gedurende het behandeltraject vond procesdiagnostiek plaats.

Behandeling: schemagericht werken als behandelmethode

In de behandeling werd schemagericht gewerkt als het kader voor het gehele traject.

Schematherapie is een evidence-based behandelmethode waar de eerder genoemde basisbehoeftes het uitgangspunt vormen. Binnen schematherapie wordt gebruik van een specifieke “schema-taal”. De kaders die deze taal biedt geeft de deelnemer, de (oud-)sporter, houvast en een richting om te leren en durven te ervaren wat hij/zij voelt. Door een gebrek in ontwikkeling van autonomie is de zelfsturing beperkt ontwikkeld. Kaders helpen in creëren van veiligheid en bij het geven van woorden aan wat ervaren wordt. Het schemagericht werken vond plaats binnen zowel de psychotherapie als psychomotorische therapie. De nadruk lag op ervaringsgericht werken. Ook werd er aanvullend gebruik gemaakt van technieken uit mindfulness en focussen.

Behandelteam

Het behandelteam bestond uit een psychiater, klinisch psycholoog, psychiater in opleiding, twee psychomotorische therapeuten, beeldend therapeut, trajectbegeleider en een maatschappelijk werker.

Schemagerichte deeltijdbehandeling

Deze bestond uit:

- **Groepsdagbehandeling**

Eén dag in de week op locatie van 9.15-15.15 uur psychotherapie en psychomotorische therapie. Een van de groepstherapeuten was aanwezig bij de psychomotorische therapie sessies om de veiligheid voor de groep te vergroten en de afstemming tussen de therapieonderdelen en teamleden te optimaliseren.

De groepsbehandeling vond plaats in een gesloten groep, dat wil zeggen dat er gedurende het traject geen nieuwe deelnemers bij kwamen om meer veiligheid en stabiliteit te bieden. De duur van de groepsbehandeling was een half jaar, met een zomerstop van (2 maanden), waarna nog 2 maanden groepstherapie wat een boosterfase genoemd kan worden. Tijdens de zomerstop waren er enkel individuele sessies.

Voor een behandeling van een existentieel trauma met een gestagneerde persoonlijkheidsontwikkeling is deze duur vaak niet voldoende. In de loop van de behandeling werd er samen gekeken naar eventuele nodige vervolotrajecten bijvoorbeeld in eigen regio. Ook werden er binnen het UMCG individuele trajecten aangeboden indien nodig. Voor sommige deelnemers betekende dit voorzetting van de individuele therapie die al naast de groepstherapie was opgestart.

- **Individuele behandelcontacten**

Gegeven door een van de groepstherapeuten. De frequentie van deze individuele contacten werden naar behoefte van de deelnemer ingevuld. Sommige deelnemers hadden 1 keer per 2 weken een individuele sessie, anderen 2 keer per week. Deze individuele behandeling werd blended aangeboden, zowel fysiek als middels beeldbellen.

- **Uitbreiding behandeling**

Afhankelijk van de behoefte van de deelnemer kon de behandeling uitgebreid worden met een individuele beeldende of psychomotorische therapie, trajectbegeleiding of systeemgesprekken.

Farmacotherapie was ook een mogelijkheid, maar had een relatief kleine rol in de behandeling daar dit niet de onderliggende existentiële problematiek aanraakt maar wel een ondersteunende rol kan spelen. Er kon ook een kortdurende opname nodig zijn.

Hiernaast werd er een facultatieve traumasensitieve yoga module aangeboden van 6 sessies in de laatste fase van de behandeling om deelnemers te laten ervaren of dit helpend voor ze kon zijn.

▪ **Schemagerichte individuele behandeling**

(Oud-)sporters die zich na de start van de groep aanmeldden, of die aangaven (nog) niet in een groep te willen/kunnen, kregen een individuele schemagerichte behandeling. Dit bestond minimaal uit individuele psychotherapie, soms aangevuld met psychomotorische therapie, beeldende therapie of trajectbegeleiding. Vanwege de afstand werd de behandeling, na een intake op locatie, soms volledig middels beeldbellen gedaan.

Fasen in de behandeling

In individuele en groepsbehandelingen is een aantal fases te onderscheiden.

- In de eerste fase van de behandeling is er vooral aandacht voor bewustwording, opbouw van veiligheid en verbinding. In deze fase wordt ook veel informatie gegeven over wat wel en niet “gezond” is, wat vaak in de jeugd gemist is. Verontschuldiging en het geven van erkenning zijn belangrijke thema’s.
- In de fase daarna treedt een verdieping op richting verwerking en verandering van de oude patronen, tezamen met opdoen van nieuwe emotionele ervaringen.
- In de afsluitende fase gaat de aandacht meer van binnen naar buiten de therapie richting herstel van functioneren in het dagelijks leven.

Fases zijn in het behandeltraject niet lineair en kunnen in de praktijk in elkaar overlopen, waarbij afstemming met de behoeftes van de deelnemer belangrijk is.

Evaluatie van behandeling en wetenschappelijk onderzoek

Deelnemers hebben schriftelijk toestemming gegeven voor de wetenschappelijke evaluatie van de behandeling. Als voorkeursmethode werd voor een kwalitatieve evaluatie gekozen, die bestond uit een interview door een onafhankelijke onderzoekster met de deelnemer plusminus 12 maanden na aanvang van de behandeling.. Dit deed ook recht aan de persoonlijke ervaringen van de deelnemers en sluit meer aan bij de persoonsgerichte vorm van zorg die we wilden aanbieden. Hiernaast werden er ook kwantitatieve meetinstrumenten afgenomen, voor de start, na 6 maanden en na 12 maanden (zie ook bijlage, tabel 2).

Een peer-reviewed artikel van de resultaten zal op een later moment verschijnen in een wetenschappelijk tijdschrift.

3. Ervaringen van (oud-)sporters

Gedurende het hele traject zijn we regelmatig benaderd door (oud-)sporters die ons om informatie vroegen, ofwel naar passende behandeling in hun eigen woonomgeving of wel naar de mogelijkheid deel te nemen aan ons project. Er werd telefonisch advies gegeven over de zorg mogelijkheden of doorverwezen naar netwerkpartners. Er werd contact gezocht vanuit verschillende organisaties: KNGU, Slachtofferhulp Nederland, Centrum Veilige Sport, via (oud-)sporters zelf en netwerkinstellingen. Onderstaande ervaringen beschreven in dit rapport bestrijkt de periode tussen september 2021 en december 2022.

Aantal deelnemers

Aan het behandeltraject hebben 12 (oud-)topsporters deelgenomen waarvan 11 hebben deelgenomen aan het onderzoek. 10 van deze (oud-)sporters kwamen uit de gymnsport, waarvan 9 uit het turnen. Van deze mensen zijn er 6 gestart met de deeltijdbehandeling waaronder de groepsbehandeling. Van de deelnemers aan de deeltijd is 1 deelnemer gestopt met de groep welke teveel triggers opriep, waarna een individueel traject is gevolgd. De anderen volgden alleen individuele trajecten. Recentelijk zijn er nog 4 (oud-)sporters gestart met een individueel traject, welke te kort in behandeling zijn voor deelname aan het onderzoek. Alle deelnemers die op intake zijn geweest, zijn ook geïndiceerd voor behandeling.

Er was 1 (oud-) sporter die afkomstig was uit een andere sport dan de gymnsport, hierover wordt verder geen toelichting gegeven om de privacy te waarborgen.

Beschrijving deelnemers

De deelnemende (oud-)sporters waren verwezen door hun huisarts met verschillende klachten en diagnoses, zoals PTSS, persoonlijkheidsstoornissen, angst en dwangstoornissen, en depressieve stoornissen en eetstoornissen. Meeste deelnemers hadden meerdere klachten/diagnoses. Van één deelnemer was er geen eerdere diagnose of klachten bekend. De type klachten waren voor de deelnemers aan de deeltijdbehandeling vergelijkbaar met de individuele behandeling.

Bij alle deelnemers was er sprake van een onderliggend existentieel trauma met dientengevolge een gestagneerde persoonlijkheidsontwikkeling en identiteitsproblemen. Bij allen was er een duidelijke relatie met grensoverschrijdend gedrag tijdens de gymnsport te zien. Klachten bestonden uit een laag zelfbeeld, schuldgevoelens, gevoel van schaamt en mislukking, (chronische) vermoeidheid, paniekaanvallen, emotieregulatieproblemen, stemmingsklachten, suicidale gedachten, gespannenheid, slaapproblemen, herbelevingen, nachtmerries, eetproblemen, rigiditeit, perfectionisme. Bijna alle deelnemers liepen tegen problemen aan in het sociaal functioneren.

Vanuit de karakteristieken van de deelnemers kwam naar voren dat alle deelnemers vrouw waren, met een gemiddelde leeftijd van 30 jaar. Vier van de 11 deelnemers hadden betaald werk (zonder of met studie). De leeftijd waarop de eerste klachten zich openbaarden varieerde, maar was gemiddeld 17 jaar. Negen van de 11 deelnemers hadden eerdere behandeling gehad. Het zelfgerapporteerde familiair voorkomen van psychiatrische stoornissen bij de deelnemers is laag (n=1). Zeven deelnemers werden naar het UCP verwezen vanwege eerdere niet aangeslagen behandelingen (zie ook tabel 1 in de bijlage).

Aard van het grensoverschrijdend gedrag binnen de gymnsport

Alle deelnemers aan de evaluatie vanuit de gymnsport (n=10) hadden herhaaldelijke ervaringen met emotioneel en lichamelijk grensoverschrijdend gedrag (100%). Seksueel misbruik binnen de gymnsport kwam voor bij 4 van de 10 deelnemers (40%). Het emotioneel grensoverschrijdend gedrag ging over intimidatie, isolatie, manipulatie, uitschelden, negeren en kleineren zoals beschreven in het rapport Ongelijke Leggers. De frequente kritiek op en afwijzing van de lichamelijke ontwikkeling tot jonge vrouw werd als zeer vernederend en belastend ervaren. Voeding/gewichtproblemen kwamen voor bij 5 van de 10 deelnemers (50%).

Resultaten kwalitatieve interviews

Factoren in passende zorg

De deelnemers beschreven verschillen elementen van zorg die zij als passend ervaren hebben. Zo gaven deelnemers van zowel de deeltijd als individueel aan dat er sprake was van Samen beslissen (Shared Decision Making): er werd goed naar ze geluisterd, beslissingen werden in samenspraak genomen, er was gevoel van eigen regie, en de behandelaar was laagdrempelig bereikbaar. Er was flexibiliteit, behandelingen konden worden geïntensiveerd of teruggeschroefd in intensiteit, naar behoefte. Een ander element dat genoemd werd was het team; de deelnemers voelden zich als mens gezien - “geen nummer” – door de behandelaren. Er was ruimte om te bespreken of een aanvulling/verandering nodig was, met bijvoorbeeld een andere expertise, zoals een trajectbegeleider (arbeidsgericht) of een beeldend therapeut. Een ander element was de locatie, het was prettig dat alle faciliteiten op één plek aanwezig waren voor diagnostiek en behandeling.

“De laatste paar keer hebben we ook wel veel gesprekken gehad. Of er dingen zijn die we willen veranderen [in de behandeling] of wat we positief vonden en dat soort dingen. (...) Van hoe kan het anders, wat was juist goed. Dus eigenlijk over het algemeen heb ik wel een goede ervaring ja. Ik vond het passend, het paste ook wel bij de klachten die ik had. Ja.”

“Nou gelukkig heb ik die mogelijkheid ook gekregen. Ik heb zelfs ook nog een tijdje drie dagen achter elkaar gedaan (...). Dus ja dat is wel heel fijn, dat ze je ook zien en dat er geluisterd wordt in principe.” (deeltijd deelnemer)

“Het gevoel dat ik regie had en dus ook gewoon kon aangeven wat wel en niet haalbaar was. Ik had een hulpvraag en hier zijn ze bereid mij te helpen en kijken we samen (...). Je hebt weleens, dan ga je door zo'n heel diagnostisch traject en dan komt er zo'n psychiater tegenover je zitten die zegt 'nou we gaan deze behandeling doen en die bestaat uit twaalf gesprekken en dan gaan we dit en dit en dit doen'. Dat was hier niet zo en dat vond ik wel heel fijn.” (individuele deelnemer)

Verandering in klachten

De deelnemers die de *deeltijdbehandeling met de groepsbehandeling* hebben gevolgd gaven allen aan dat ze meer inzicht hebben gekregen; ze begrijpen beter waar hun klachten vandaan komen, waarom ze zo denken en reageren als ze doen. De klachten waar de verschillende deelnemers in de behandeling aandacht aan hebben besteed waren divers en zijn in wisselende mate verbeterd. Zo gaf één deelnemer aan voor de behandeling zowel mentaal als lichamelijk weinig te voelen en dat dit nu

verbeterd is. Een andere deelnemer gaf aan minder dwanggedachten en nachtmerries te hebben en weer meer te kunnen genieten en ondernemen. Ook noemde een deelnemer dat ze merkte meer open te kunnen zijn naar naasten. Twee deelnemers gaven aan nog (rest)klachten te hebben waarvan ze wel hadden gehoopt dat deze verbeterd zouden zijn, zoals somberheid, vermoeidheid en de verhouding tot de gymnsport.

“Nou eigenlijk in alles denk ik wel. Want ik ben ook heel andere dingen anders aan gaan pakken. Wat meer voor mezelf. Ja meer de dingen waar ik tegen aan liep. Dat is nu zo uitgeplozen en waar dat vandaan komt en hoe dat is ontstaan. Dat geeft zoveel meer helderheid. Van ‘waarom doe ik dingen op die manier, of waarom heb ik dingen zo gedaan, waar komt het eigenlijk vandaan?’. Dus dan ga je ook heel anders terugkijken op dingen en wil je dat ook anders aanpakken en toepassen in het vervolg. Dus daarin zeker ja.” (deeltijd deelnemer)

“Daardoor durf ik ook weer beter alleen te zijn, ik kan weer dingen met mezelf ondernemen. Ik kan weer meer genieten van dingen alleen en van de kleinere dingen, eigenlijk gewoon dat ik meer bewust ben van mezelf en de dingen om me heen. Dus eigenlijk is alles wel een stuk beter.” (deeltijd deelnemer)

Ook bij alle deelnemers aan de individuele behandeling komt naar voren dat ze meer inzicht hebben gekregen, dat ze dingen beter begrijpen en kunnen verklaren. Enkele deelnemers geven aan dat ze in de omgang met naasten en relaties vooruit zijn gegaan, twee anderen geven aan verbeteringen te zien in hun gemoedstoestand.

“Jazeker. Ze heeft me wel heel veel inzichten gegeven over... ja... dat het überhaupt niet erg is dat bepaalde gevoelens er zijn. En ook over hoe ik ermee in mijn hoofd om kan gaan, als bepaalde dingen bovenkomen. Hoe ik anders kan reageren op bepaalde dingen. (...) Ik ben er nog niet, maar ik ben wel een stap verder gekomen met mezelf. Dat ik wel beter met situaties om kan gaan en op situaties kan reageren. Dus ja, zover ben ik wel.” (individuele deelnemer)

“Maar ja ik denk als ik dit niet had gedaan, deze behandeling, dan had ik nog echt in een isolement gezeten. En veel angstiger (...).” (individuele deelnemer)

Het toepassen van het geleerde in het dagelijks leven is bij alle deelnemers (zowel uit de groep als individueel) een punt van aandacht en een doorlopend proces waar actief aan gewerkt moet blijven worden. Sommigen geven aan al ver te zijn en dingen in hun leven ook echt anders aan te pakken. Anderen geven aan dat ze nog moeite hebben met de stap naar het toepassen in het dagelijkse leven, niet langer reageren vanuit overlevingsstrategieën maar vanuit eigen behoeftes en gevoelens. Enkele deelnemers merken op dat dit in de groepssessies onvoldoende aan bod is gekomen, maar dat hier in de individuele sessies dan wel ruimte voor was.

Wat betreft verwachtingen zijn ze eenduidig, dat herstellen een proces is. Een enkeling noemt zelfs dat het een proces is dat de rest van het leven blijft doorlopen. Niet iedereen had die verwachting vanaf het begin, enkelen hebben deze verwachtingen bijgesteld tijdens de behandeling, soms ook samen met de behandelaar.

“Ik moet zeggen dat dat nog wel lastig is om echt toe te passen. Je hebt het nu wel soms eerder door, dat je denkt van ‘dit is weer het oude straatje wat ik altijd zou doen’. Dus dan kun je nog wijzigen, maar soms is het ook achteraf van ‘oh shit’. Maar dan heb je hem wel door dus.” (deeltijd deelnemer)

“In de groepssessies heb ik dat wel een beetje gemist denk ik, maar dat komt misschien ook omdat dat heel specifiek per persoon is. Ik denk wel dat als ik de individuele sessies niet had mogen doorzetten, als nu alles klaar was geweest, dat ik zoiets had gehad van ‘oké en nu?’. Maar omdat dat doorloopt kan ik dat wel oppakken.” (deeltijd deelnemer)

Aandacht voor de sportcontext

Alle deelnemers gaven aan dat de sportcontext in de behandeling in enige mate belangrijk was; voor de meesten was het betrekken van de sportcontext in de behandeling zelfs zeer belangrijk. Enkele deelnemers uit de deeltijdbehandeling merkten op dat dit vooral voor het eerste gedeelte van de behandeling belangrijk was, om helder te krijgen waar klachten en patronen vandaan komen en dat dit gedurende de behandeling minder werd. De focus van de behandeling ging bij de deelnemers later in de behandeling meer naar het dagelijks functioneren in het hier en nu.

“Ik denk het wel ja. Ik denk echt wel dat er een link moet zijn, van één van de twee therapeuten op zijn minst, met de sport. (...) Topsport is topsport, maar ik denk dat turnen wel echt heel specifiek is qua ook de jonge leeftijd waarop die meiden beginnen. Dat zijn ook de leeftijden waarin je basis gelegd wordt. Waardoor dat nu vandaag de dag nog steeds zo doorspeelt.” (deeltijd deelnemer)

Aandacht voor de sportcontext in de deeltijdbehandeling werd door de meesten als goed ervaren. Dit bleek onder andere uit de gesprekken die plaatsvonden in de groep, de ruimte die daarvoor gegeven werd, het verklaren van klachten, de specifieke ervaringsgerichte oefeningen, het begrip (in de groep en bij behandelaren) en de kennis die aanwezig was bij de behandelaren, over hoe de turnwereld in elkaar steekt. Hun ervaringen werden serieus genomen en daarmee werd ook bevestigd dat ze ‘niet gek waren’ en ‘niet de enige’.

“Dat dingen soms gewoon werden uitgelegd. Gewoon met het oog al op wat trainers over het algemeen allemaal deden. Wat eigenlijk ook altijd wel klopte. (...) Ja dat we het daar wel met z’n allen over konden hebben en soms ook over welke eigenschappen je voor topsport nodig hebt, maar wat misschien nu anders is.” (deeltijd deelnemer)

“Dat je gewoon elke week een moment hebt dat je met elkaar kan spreken over ‘hoe heb je dit ervaren, wat is er bij jou gebeurd, wat heb je toen gedaan en hoe heb je je toen gevoeld?’. Dat heel erg, dat je ook wat aan elkaar hebt en elke keer ook weer de bevestiging krijgt van ‘ik ben dus niet gek, ik ben niet de enige die zich zo voelt’. En ik denk ook wel de manier van het handelen van de behandelaren. Dat ze zich heel erg hebben ingelezen en behandelaar 2 komt natuurlijk volgens mij ook uit het turnen. Dat ze weet hoe het eraan toegaat of ging. Dat je niet veel woorden nodig had om uit te leggen en dat behandelaar 2 bijvoorbeeld je al begreep.” (deeltijd deelnemer)

De individuele deelnemers vonden allemaal dat er voldoende aandacht was voor de sportcontext. Bij hen bleek dit uit de terugkoppeling van situaties van nu naar vroeger en de aandacht voor het verleden, zowel tijdens de ervaringsgerichte oefeningen als tijdens de gesprekken.

“Door gewoon de vinger op de zere plek te kunnen leggen. Door dingen van nu te kunnen vertalen naar situaties van vroeger in de turnhal. (...) En dus dat iemand anders die kan maken en begrijpt hoe dat is. Ja dat is het alle belangrijkste denk ik.” (individuele deelnemer)

Behandeling in de groep, meerwaarde en knelpunten van groepsbehandeling

De meeste deelnemers zagen een meerwaarde van behandeling in de groep. Het delen van ervaringen, herkenning vinden, steun hebben aan elkaar, daardoor meer opheldering hebben, minder eenzaam voelen en beter begrijpen dat het ‘niet aan jezelf ligt’ en je niet ‘gek bent’ werden genoemd. Ook werd als pluspunt genoemd dat de groepssamenstelling gelijk bleef; dit bevorderde het veiligheidsgevoel.

Toch werden er ook kanttekeningen geplaatst bij met name de groepssamenstelling, die voor een aantal deelnemers persoonlijk belemmerend was. Zo werd er twee keer gesproken over te grote verschillen in ernst en type klachten, waardoor zij zich niet vrij voelden om klachten of problemen te bespreken en er niet altijd herkenning was. Ook het verschil in levensfase werd genoemd, waardoor anderen de problemen in het dagelijks leven niet altijd begrepen. Tot slot werd de lange onderbreking van de groepssessies tijdens de zomervakantie genoemd als obstakel: er moest hierdoor opnieuw aan vertrouwen in de groep gewerkt worden.

Bij de groepsdeelnemers werden er nog enkele, gerelateerde punten genoemd die binnen de groepsbehandeling meer aandacht behoeven. Er werd enkele keren genoemd dat er tijdens de groepssessies dieper op de problematiek in mocht worden gegaan. Eén iemand noemde specifiek het stukje grensoverschrijdend gedrag (fysiek en seksueel misbruik) en eetstoornissen, dat dit weinig werd besproken. Een ander gaf aan dat het af en toe leek alsof de therapeuten bang waren over grenzen te gaan, en wat te voorzichtig waren bij moeilijke onderwerpen. Een derde noemde dat dit te maken heeft met dat turnsters niet zo gauw vanuit zichzelf gaan praten, dat ze gewend zijn op de achtergrond te blijven, en dat behandelaren zich daar bewust van moeten blijven.

Combinatie van individuele en groepstherapie

Alle deelnemers vonden de combinatie van groeps- en individuele behandeling helpend. Zo werd er genoemd dat sommige onderwerpen moeilijk waren om te delen in de groepssessies, die konden dan wel individueel besproken worden. Het vertrouwen in de individuele behandelaren was erg groot. Ook vond iemand niet alle onderwerpen geschikt voor de groep, omdat anderen niet in dezelfde levensfase zaten. Deze onderwerpen werden dan bewaard voor de individuele sessies. Ook werd genoemd dat een onderwerp soms (voor die persoon onverwacht) in de groepssessies naar boven kwam, dat kon dan nog verder uitgediept worden in de individuele sessies.

Turnspecifieke context

Alle groepsdeelnemers gaven aan dat het belangrijk was dat het groeps gedeelte gedaan werd met alleen (oud-)turnsters en niet met een gemengde groep (oud-)sporters. Dit had te maken met de specifieke kenmerken van de sport (heel jong, zeer veel uren maken, de relatie met de trainer, de angstaspecten van de oefeningen zelf).

“En met turnen heb je ook nog dat angstaspect dat je inderdaad gewoon dingen moet doen of durven. Of nou ja, dingen moet doen die je misschien niet eens durft ofzo. En ja je trainer staat sowieso heel dichtbij, omdat hij je ook moet vangen enzo. Dus dat is wel heel belangrijk. Maar vooral dat je superjong bent en heel veel uur maakt, dat ja (...) ik heb het nog niet gezien bij andere sporten. Dus dat ja, ik denk dat het (...) daardoor is ontstaan, omdat je ook zo jong bent. En dat andere sporten dat dus gewoon heel anders hebben.” (deeltijd deelnemer)

Daarnaast merkten de meeste deelnemers, zowel individueel als groep, op dat de individuele psychotherapie sessies ook passend konden zijn voor andere (oud-)sporters die te maken hebben gehad met grensoverschrijdend gedrag. Een individuele deelnemer kwam niet uit de turnwereld en deelde deze mening (tweede quote hieronder).

“Nee overal. Mensen die zeg maar gewoon, nou ja ook, maakt niet uit wat voor sport denk ik, maar onder een trainer die veel te ver gaat en ja. Wat voor sport je dan hebt gedaan, nee ik zou het zeker aanbevelen. En als kind of als puber, hierdoor maak je zoveel kernovertuigingen aan die eigenlijk niet waar zijn. Maar ik zou het bijvoorbeeld ook aanraden bij iemand die heel erg gepest is ofzo.” (deeltijd deelnemer)

“Turnen kan natuurlijk ook een teamsport zijn, maar kijk de principes van de topsport blijven hetzelfde. De randjes opzoeken en wel over je grens gaan, niet over je grens gaan. Het incasseren, het omgaan met tegenslagen en natuurlijk ook de successen. Dus ik denk dat er in die zin gewoon een gemene deler is bij sport in het algemeen. En wat ik zei, ik had heel goed het gevoel dat zij zich konden verplaatsen ook in mij als [type sporter]. En ook in de relatie van sporter naar coach en coach naar sporter, hoe dat werkt dus. Dus ik heb daar geen... ik heb dat niet gevoeld als van ‘oh ja nee het is echt puur gericht op turnen, ze weten daar niets van’.” (individuele deelnemer)

Verschil met eerdere behandelingen

Vier van de vijf deelnemers aan de deeltijdbehandeling hadden eerdere behandelingen gehad. Allen zagen ze verschillen met eerdere behandelingen. Zo werd er genoemd dat er bij deze behandeling meer ‘begrip’, ‘serieus nemen’, en ‘kennis’ was; deelnemers voelden zich gehoord, gezien en begrepen. Een ander noemde de schematherapie als nieuw element, iets waar ze altijd op terug kon grijpen en ook makkelijk kon uitleggen aan het thuisfront. De groeps sessies met andere turnsters werden ook genoemd, en daarnaast de vrijere, meer langdurige behandeling t.o.v. eerdere korte, afgebakende behandelingen. Ook werd er genoemd dat iemand zich in deze behandeling geen nummertje voelde, en dat er meer in samenspraak werd gehandeld; er was meer eigen regie.

Daarnaast werd een aantal keer de aandacht voor het sportverleden genoemd, hoe dit invloed heeft op het heden.

Soortgelijke verschillen werden er genoemd bij de individuele deelnemers; 5 van de 6 hadden eerdere behandelingen gehad, en de 6^e had van andere (oud-)turnsters wel persoonlijke verhalen gehoord over eerdere behandelingen, waar ze zich op baseerde.

“Geen nummertje gevoel, helemaal geen GGZ-gevoel ofzo. Ja er wordt naar je geluisterd, nou ja geluisterd dan lijkt het net alsof ik het in de hand heb. Maar er wordt veel in overleg gedaan. Ik stond er eerst van te kijken, van ‘mag ik dit kiezen?’. Ik dacht van ‘jij bepaalt toch gewoon wat ik moet doen?’. (...) En gewoon dat je het samen doet, dat je de voor- en nadelen gewoon even kan bespreken. Niet dat je de beslissing zelf neemt. Dat vond ik heel fijn, dat je niet in het diepe wordt gegooid als het ware.” (deeltijd deelnemer)

“Ja om mijn verleden als topsporter. Ik ben een paar jaar geleden ook naar therapie geweest. Alleen dat vond ik helemaal niks, omdat dat alleen ging om hoe ik mij voel en niet de oorzaak waardoor ik mij zo voel. En ik weet niet precies hoe ik hierbij uitkwam, maar toen ik hoorde dat we het hier echt zouden hebben over mijn turnen, dat vond ik een beter idee. Ik denk ‘ik ga het gewoon proberen’. En dat jaar is eigenlijk zo voorbijgegaan.” (individuele deelnemer)

Redenen van niet of wel willen of kunnen deelnemen aan de groep

Enkele deelnemers aan de deeltijd gaven aan het vooraf spannend te vinden wie ze tegen zouden komen in de groep, ze vonden het een spannende gedachte dat ze misschien mensen zouden tegenkomen die ze al kenden uit de turnwereld en of die wel te vertrouwen zijn. Iedereen gaf wel aan dat het achteraf gelukkig meeviel en dat de spanning snel wegging.

Bij de individuele deelnemers waren er enkelen die wel hadden willen deelnemen aan de groep, maar die het vanwege praktische redenen niet konden (vanwege werk of omdat er geen groep kon worden gevormd voor de specifieke sport). Naast het praktische aspect gaf één van hen ook aan dat het haar moeilijk had geleken, het contact met mensen van vroeger. Ook waren er deelnemers die een jaar geleden (bij de start van de besproken groep) nog niet open stonden voor de groep, maar die dat nu of in de toekomst misschien wel zouden staan. Voor hen kwam het groepsaspect te vroeg, omdat ze daar voor hun gevoel toen nog niet aan toe waren. Een andere deelnemer was oorspronkelijk wel gestart in de groep, maar was al snel overgegaan naar een individueel traject, naar eigen zeggen ook omdat er nog te veel speelde.

Ervaring met verschillende therapievormen

Bij de groepsbehandeling werd er PMT en psychotherapie schemagericht gewerkt. Beiden vormen zijn als belangrijk ervaren met individuele voorkeuren voor de een of de ander. De twijfel die sommige deelnemers hadden bij dit schemagericht werken verdween in de loop van de behandeling. Ook bij de deelnemers die alleen een individuele behandeling volgde, sloot het schemagericht werken goed aan. Ook de ervaringen met de, in samenspraak geïndiceerde, aanvullende therapieën (beeldende therapie, trajectbegeleiding), waren merendeels positief.

Resultaten uit de kwantitatieve gegevens

Naast de kwalitatieve interviews, is er gebruik gemaakt van kwantitatieve gegevens om de kwalitatieve resultaten te ondersteunen. De kwantitatieve gegevens bestaan uit een aantal vragenlijsten om mentale gezondheid en aspecten daarvan te meten. De belangrijkste uitkomstmaat voor het meten van de mentale gezondheid in dit onderzoek was de Outcome Questionnaire (OQ)-45. De OQ-45 is een gevalideerde vragenlijst voor het meten van therapieuitkomsten tijdens de behandeling. De vragenlijst wordt routinematig ingezet bij het evalueren van zorg bij het Universitair Centrum Psychiatrie, evenals bij veel andere zorginstellingen in Nederland. Om meer zicht te krijgen op andere aspecten van mentale gezondheid en om te kunnen inventariseren hoe de uitkomsten van een transdiagnostisch programma het beste zijn te meten, zijn er tevens andere vragenlijsten afgenomen, zoals de Happiness Index (HI; geluk), de Manchester Short Assessment of Quality of life (MANSA; kwaliteit van leven) en de Work Ability Index (WAI; werkvermogen).

Uit het kwantitatieve onderzoek bleek dat de OQ-45 scores met name bij de deelnemers uit de deeltijdbehandeling sterk verbeterden (effectgrootte van >0.8). Daarnaast is er sprake van een klinisch relevante verandering (verschil van >14). Ook is er aan het begin van de behandeling sprake van een gemiddelde score ruim boven de klinische afkapwaarde van 64 (gemiddelde score = 76) voor het hebben van klinisch relevante problemen. Bij de nameting was de gemiddelde score gedaald tot onder de afkapwaarde (gemiddelde score = 58.7). Scores op geluk verbeterden in beide groepen, maar dit effect was minder groot dan bij de OQ-45. De kwaliteit van leven en het werkvermogen lieten geen (relevante) verandering zien.

Verschillende factoren kunnen een rol spelen in de grotere verbetering op de OQ-45 bij de deelnemers die naast de individuele behandeling ook meededen aan de groepsdagbehandeling. Het groepsaspect, de verbinding en herkenning met anderen, het kunnen spiegelen met de ander is bekend als belangrijk effect van de groepstherapie. Tevens is een deeltijdbehandeling een meer intensieve behandeling. Dat wil zeggen dat er meer tijd wordt besteed aan therapie, waarvan verwacht mag worden dat dat meer verbetering kan opleveren binnen 12 maanden. Ook zou het kunnen dat een deel van de deelnemers die zich niet klaar voelden voor een groepsdeelname mogelijk ernstigere beperkingen hadden in bijvoorbeeld het sociaal functioneren met een sterke vermijding. Zie voor een meer gedetailleerde weergave van de kwantitatieve resultaten tabel 2 in de bijlage.

4. Ervaringen van professionals

De ervaringen vanuit het perspectief van de betrokken behandelaren met het werken met deze doelgroep worden hieronder gedeeld vanuit de drie hoekstenen van zorg. Ook wordt gereflecteerd op opmerkingen die door de deelnemers in de interviews worden gegeven.

1. Transdiagnostische zorg met sport als gemeenschappelijke context

De problematiek van (oud-)sporters vertoont zowel veel overeenkomsten als diversiteit. Om recht te doen aan de problematiek hebben we gekozen om deze te omschrijven als een existentieel trauma. Dientengevolge is er vaak sprake van een gestagneerde /eenzijdige persoonlijkheidsontwikkeling.

Behalve de sportcontext, die bij al onze deelnemers een evidente rol in hun psychiatrische problematiek heeft gespeeld, zijn er ook andere belangrijke factoren die meespelen in het ontwikkelen van diverse klachten. Bij ieder individu uiteten de problemen zich op een andere manier, ook bij vergelijkbare ervaringen. Immers, in ontwikkeling zijn tevens meerdere factoren van belang, zoals genetische factoren, temperament, gezin van oorsprong, en overige omgevingsfactoren. Indien er bijvoorbeeld in het gezin van oorsprong sprake was van emotionele verwaarlozing of sterke gerichtheid op prestatie geeft dit meer kans op ontwikkeling van ernstige klachten. Ook speelt de leeftijd waarop topsport werd uitgeoefend, en het moment van stoppen een rol. We zagen dat (oud-)sporters die relatief op jongere leeftijd gestopt waren met de sport, minder moeite leken te hebben om het sociale functioneren in de maatschappij op te pakken.

Wat de professionals aangreep was dat meerdere deelnemers aangaven dat ze, niet daadwerkelijk zelf topsport wilde (blijven) bedrijven, maar daarin geen eigen keuze ervoeren. Deze druk werd opgelegd vanuit de trainer, maar soms ook vanuit het ouderlijk gezin.

Het transdiagnostisch werken was helpend voor de behandelaren om mensgericht aanwezig te zijn in plaats van klachtgericht. Er werd niet of nauwelijks over diagnoses gepraat. Er werd wel over klachten gepraat, maar dit stond minder op de voorgrond. Hierdoor ervoerde de behandelaar meer autonomie om vanuit een open houding te luisteren en aan te sluiten bij de behoefte van de (oud-)sporter. Er was geen noodzaak tot het volgen van een specifiek protocol wat de (oud-)sporter potentieel opnieuw het gevoel geeft te worden gereduceerd tot een object.

De specifieke aandacht voor de sportcontext – een belangrijk onderdeel van hun levensverhaal - was voor de deelnemers een nieuwe ervaring wat ze in voorgaande therapieën niet gekend hadden. De affiniteit en aandacht van de behandelaren hiermee werd gewaardeerd. Binnen de groep was de aandacht voor de sportcontext nog explicieter doordat de deelnemers dit gemeenschappelijk met elkaar hadden. Sportcontext als een belangrijke verbindende factor. Het proces van (h)erkenning en verontschuldiging had met name in de eerste fase een centrale rol.

Door de behandelaren werd vooraf onderkend dat het netwerk in de topsport en gymnsport klein is en dat mensen een verleden met elkaar kunnen delen. De gemeenschappelijke sportcontext kan een kans zijn op verder herstel van een verleden samen, maar ook bijvoorbeeld leiden tot meer wantrouwen. In het begin is er veel nadruk gelegd op het belang van privacy en de vertrouwelijkheid over dat wat in de groep gedeeld wordt. De overlevingsstrategieën kunnen heel zichtbaar worden in

de groepsdynamiek. Dit laatste was ook het geval. Binnen de huidige deelnemersgroep was het opvallend dat het een “stille groep” was met veel terughoudendheid, wat moeilijk was om te doorbreken. Binnen de turnzaal werd het spreken en steunen van elkaar afgestraft, en werd er veel onderling vergeleken, wat in de groep terug te zien was. Tijdens de psychomotorische therapie werd ook een boks module aangeboden, wat kan ondersteunen in interne kracht ontwikkelen en bijvoorbeeld grenzen aangeven. Dit aanbod bleek niet aan te sluiten bij de groep en werd gestaakt na een aantal sessies. Het “nut” werd hiervan niet ervaren, en het werd als onprettig ervaren te boksen met elkaar en technische instructies op te volgen van de psychomotorische therapeut. Het grenzen opzoeken bij elkaar, en competitie aspect speelde hierin mogelijk ook een rol. Dit zou in een individuele setting anders kunnen zijn.

Triggers uit media en tuchtzaken

Wat een belangrijke niet-reguliere factor was binnen de behandeling in de sportcontext waren de voortdurende triggers vanuit de media en tuchtzaken. Ook speelde gelijktijdig (het aanvragen van) de tegemoetkomingsregeling. Hierbij was het extra pijnlijk te bemerken hoe de klachtenprocedure met betrekking tot het Instituut Sport Rechtspraak verliep, en dit riep dan ook veel boosheid en verdriet op bij de deelnemers. De deelnemers gaven aan dat er fouten werden gemaakt, dat het traag durende processen waren, en dat zij zich opnieuw niet erkend voelden in hun pijn. Ook de situatie dat een trainer die wel veroordeeld wordt in het buitenland verder kon trainen, gaf hen niet de terechtwijzing waarop ze hoopten en bevestigen een gevoel van machteloosheid en overgeleverd zijn aan de ander. Wat ook in de turntijd speelde. Deze gebeurtenissen konden zorgen voor verbinding tussen de deelnemers en belangrijke pijnpunten kon in de behandeling aan bod komen. Er was nu een plek om dit te delen, in de groep of bij de individuele behandelaar. Echter door het continue karakter van de triggers was dit voor de behandelaren vaak een belemmering in een stap maken naar de volgende fase in de therapie, namelijk het toepassen in het dagelijkse leven. Het dagelijks leven waarin de sportcontext een minder grote rol moet gaan innemen, en het leed wat daaraan gekoppeld is geraakt. Het maakt het extra moeilijk om los te komen van het traumatische verleden en in het hier en nu andere stappen te gaan maken.

Van overeenkomsten naar verschillen tussen de deelnemers

Waar in de eerste helft van de behandeling de gemeenschappelijke sportcontext op de voorgrond stond, leken later de onderlinge verschillen meer naar voren te komen. Zoals aard en ernst van de klachten. In individuele sessies kon er meer aandacht zijn voor de individuele verschillen, maar binnen de groep kon dit leiden tot minder verbinding. Verbinding leggen was een belangrijke doel van de groepstherapie, en een grote uitdaging in een groep die vooral een context kent van sociale isolatie, afstraffing en competitie.

Door de therapeuten werd er - rekening houdende met de wisselende ernst van klachten en deelnemers die nooit eigen grenzen hebben mogen bepalen – bewust relatief vaker voor gekozen om in de groepssessie aan de steunende in plaats van directieve kant te gaan zitten. Ook vanuit de existentiële visie op de problematiek werd voor een steunende aanpak gekozen om de regie zoveel mogelijk bij de deelnemers te laten. Tegelijkertijd was het pakken van zelfregie voor deze doelgroep moeilijk, omdat dat onvoldoende werd aangeleerd en vooral negatief – in plaats van positief - bekrachtigd. Dit maakte het voor de behandelaren regelmatig zoeken naar een juiste balans tussen een steunende danwel meer confrontatieve aanpak. De mogelijkheid die de individuele sessies boden om aan de individuele behoefte aan bijvoorbeeld verdere verdieping tegemoet te komen leek

hierbij essentieel. Ook was de angst om iets in de groep te delen regelmatig te groot, het voorbespreken in een individuele sessie hielp dan om de drempel te verlagen.

Binnen de behandeling was er veel aandacht was voor de belangrijkste focus van deze doelgroep – het gezien worden als mens, niet als nummer of als diagnose. In de praktijk is een groep met dezelfde ernst, klachten, en sportcontext niet haalbaar omdat de aantallen niet groot genoeg zijn. Ook is het belangrijk om te ervaren dat verschillen er mogen en kunnen zijn. Dat zij leren dat zij zich – ook in een groep- op hun eigen proces mogen richten en zich meer los kunnen maken van het oordeel van de ander. Dat zij mogen gaan geloven in hun eigen stem en wat zij zelf vinden en ervaren. Een stem die te weinig gehoord is, die zo klein is dat hij soms niet is te vinden, of zo bang dat hij niet gevonden wil worden. Bij deelnemers die in de kinder- en sporttijd geleerd hebben continu op elk detail “gekeurd” te worden door een ander van wie ze afhankelijk zijn is dat een zeer moeilijke stap om te maken. De perceptie van de ander was gekleurd, kon gemakkelijk getriggerd raken en symbool worden voor de straffende trainer. We zagen dat de groepsleden zeer gevoelig waren voor de mening en de blik van een ander, ook juist als er niet op elkaar gereageerd werd. Dat het moeilijk was om ruimte in te nemen, ruimte voor zichzelf, en hun eigen gevoelens aan de ander te laten zien. Dit leren vertrouwen op zichzelf – maar ook op de ander – is belangrijk om stappen te kunnen gaan zetten in het hier en nu, en zich los te kunnen maken van de nare ervaringen in het verleden.

2. Geïntegreerde zorg

Het kunnen bieden van een persoonsgerichte behandeling in een vast behandelteam op een vaste plek is als belangrijk onderdeel ervaren van de behandeling. Deze insteek kon de angst die vaak bestond om weggestuurd te worden of toch niet te passen, wat verminderen. Het was prettig om als behandelaren te kunnen zeggen: “je bent hier welkom ongeacht je klachten, en we zoeken een manier om je hier te kunnen helpen ook als dat niet helemaal binnen onze reguliere zorg past”. Met de keuze voor schemagericht werken kon er binnen de verschillende therapievormen eenzelfde taal worden gesproken wat de integratie bevorderde. Ook werd de PMT sessie samen gedaan met een van de groepstherapeuten wat belangrijk was voor het behandelteam om verschillende therapievormen goed op elkaar af te stemmen en de integratie binnen de verschillende behandelteamleden te bevorderen. Ook gaf dit de behandelaren meer zicht op het therapieproces van de (oud-)sporter. Een nadeel hiervan kon zijn dat deelnemer zich meer “bekeken/beoordeeld” kon voelen vergelijkbaar met de sporttijd. Dit kon leiden tot meer emotionele geremdheid. Juist het bespreken van de triggers binnen de therapeutische relatie zijn belangrijk om nieuwe positieve ervaringen te kunnen opdoen in het menselijk contact.

3. Ervaringsgerichte zorg

Het leek zo te zijn dat een cognitief gerichte benadering zoals cognitieve gedragstherapie vaak niet voldoende was om bij de dieperliggende problematiek te komen, vanwege de sterke disconnectie met het gevoel in het lichaam. Een ervaringsgerichte benadering, waarbij meer de focus ligt op het ervaren met bijvoorbeeld imaginatie-oefeningen, lijkt daarmee belangrijk te zijn. Lichaamsgerichte interventies zijn daarbij ook non-verbale methodes om weer meer in de ervaring en gevoel van het lichaam te komen. Desalniettemin kan dit per persoon verschillen, er waren ook deelnemers die eerst cognitief volledig willen begrijpen, voor ze de stap naar het voelen durven maken. Het inzetten

van diverse technieken, en samen zoeken naar de beste benadering voor de betreffende (oud-)sporter staat daarbij voorop.

Schemagericht werken als behandelmethode

Alhoewel er bij een deel van met name de groepsdeelnemers aanvankelijk weerstand was bij het schemagericht werken en de bijbehorende benamingen, werd dit later juist gewaardeerd. De ervaring leerde dat het schemagericht werken voldoende flexibiliteit bood om juist aan de persoonlijke behoefte van een (oud-)sporter te voldoen. Dat de kaders veilig waren en als helpend bedoeld waren om richting te bieden, niet om iets op te leggen. Dit in tegenstelling tot de regels die zij in hun sporttijd kregen opgelegd welke juist voor onveiligheid zorgden door geen oog te hebben voor hun behoeftes.

Wat in deze groep opvallend was dat schema's veel voorkwamen:

- Hoge eisen/meedogenloze normen
- Zelfstraffendheid
- Zelfopoffering
- Goedkeuring zoeken
- Emotionele verwaarlozing
- Emotionele geremdheid
- Sociale isolatie

Wat betreft de modi viel op dat er een sterke straffende oudermodus was die stevig was geïnternaliseerd. Dit kan een kritische stem zijn die bijvoorbeeld voortdurend: "stel je niet aan" of "je kan niks" of "je bent dik" zegt.

Ook viel op dat de onthechte beschermer, waarbij emoties worden weggehouden, sterk was. Ook de ongedisciplineerde kind modus werd vaak gezien. Het leek alsof het vele "moeten" van in de turntijd, had geresulteerd in een soort "allergie" voor moeten nadien. Een andere verklaring kon zijn dat er zoveel regels opgelegd waren (zonder afstemming en overleg), dat de (oud-)sporter daardoor niet had geleerd zich zelf te disciplineren en richting te geven.

Desalniettemin is het niet zozeer de behandelmethode an sich die passende zorg kan bieden aan een (oud-)sporter. Ook met andere persoonsgerichte behandelmethodes is dit mogelijk, af te stemmen met het individu. Belangrijker dan methode is waarschijnlijk een betrouwbare authentieke behandelaar die aansluit bij de (oud-)sporter en zijn context. Die flexibel kan werken binnen een behandelvorm al naar gelang de behoefte van de (oud-)sporter. De therapeut heeft geen hapklare antwoorden of oplossing voor de existentiële problematiek, maar het is vooral een gezamenlijke zoektocht waarbij de (oud-)sporter de ruimte krijgt om zijn eigen kwaliteiten en voorkeuren te tonen en ontwikkelen.

Onze ervaring is dan ook dat het persoonsgericht benaderen, waarbij de (oud-)sporter zelf regie kan nemen over zijn proces, de belangrijkste leidraad voor de behandeling is geweest. In het kader van **Shared Decision Making**. In de sporttijd werd er altijd voor de (oud-)sporter besloten. In de behandeling is het belangrijk de (oud-)sporter een andere ervaring op te laten doen en leren contact te maken met eigen onderliggende behoeftes. En zo zich beetje bij beetje een autonoom, uniek,

gezien en gewaardeerd mens kunnen gaan voelen. Een geprotocolleerde klachtgerichte behandeling met weinig inspraak van de (oud-)sporter is daarom niet aangewezen en zal hen bevestigen dat hun eigenheid van ondergeschikt belang is of opnieuw het gevoel kan geven een object te zijn.

Qua keuze voor een behandelmethode is het van belang een behandeling te kiezen waarbij er ook aandacht is voor integratie van het zelfbeeld. Meerdere deelnemers hebben eerdere behandelingen met bijvoorbeeld EMDR als ontoereikend ervaren. Bij EMDR werden er losstaande traumatische gebeurtenissen behandeld, met te weinig plaatsing in de context en aandacht voor de chronische/herhaaldelijke (dagelijkse) traumatisering. Het is belangrijk om deze gebeurtenissen te integreren in het gehele levensverhaal en vervolgens toe werken naar gedragsverandering met aanleren van gezonde patronen in het hier en nu.

Bij zeer ernstige problematiek op een bepaald gebied, zoals eetstoornissen of PTSS, kan het nodig zijn bij stagnatie van therapie om ook binnen een transdiagnostisch traject aanvullende hulp in te schakelen bij instellingen met specialistische expertise op dat gebied. Hierbij is het dan wenselijk dat de (oud-)sporter een vaste behandelaar houdt die oog blijft houden voor de onderliggende problematiek. Een andere optie is een bijvoorbeeld een kortdurende intensieve klinische opname in een gespecialiseerd traumacentrum waarbij de eigen behandelaar contact houdt en de behandeling weer kan overnemen.

Groep en individueel

Vanuit de ervaring van de behandelaren kan een combinatie van zowel individuele als groepstherapie zorgen voor een synergistisch effect. Er wordt intensiever aan de problemen gewerkt en patronen worden sneller zichtbaar door interactie in de groep. Doordat het mogelijk is dit ook individueel te delen wordt de drempel verlaagd om dit ook te kunnen in de groep. Ook het leren van anderen in de groep, het ervaren van verschillende behandelaren die te vertrouwen zijn is van toegevoegde waarde. Toch is niet voor iedereen een groep geïndiceerd, en kan ook individuele behandeling de voorkeur keuze zijn afhankelijk van de fase waarin iemand zich bevindt. Het verkrijgen van vertrouwen in de behandelaren is een belangrijk proces waarbij er ruimte is voor persoonlijke uitleg en contact in de individuele sessies.

Beperkingen

Er zijn een aantal kanttekeningen die we willen plaatsen bij de genoemde ervaringen. De ervaringen beschreven in dit rapport zijn geëvalueerd op basis van de huidige deelnemersgroep. Gezien de relatief kleine aantallen wil dat zeggen dat deze resultaten niet per definitie generaliseerbaar zijn naar andere sporters uit de gymnsport of andere sporten. Een van de conclusies is dat het belangrijk is per persoon te kijken wat hij/zij nodig heeft om tot zorg op maat te kunnen komen.

Ten aanzien van de groepsbehandeling hebben we alleen ervaring opgedaan binnen één gesloten groep. We kunnen daarmee niet aangeven of een "open groep" opzet vergelijkbare ervaringen zou geven, of een groep met inclusie van deelnemers uit andere takken van sport. Vanuit de interviews blijkt wel dat de (oud-)turnsters aangeven dat zij zichzelf wel als specifieke doelgroep zien en daardoor mogelijk onvoldoende aansluiting met deelnemers uit andere sporten zullen ervaren. Praktisch gezien is de vraag of het haalbaar is om voldoende vaak een behandelgroep te kunnen starten met deelnemers uit één specifieke sport.

5. Conclusie en aanbevelingen Zorg op maat voor (oud-)sporters

Conclusie

Bij de deelnemers aan het traject die te kampen hebben gehad met stelselmatig grensoverschrijdend gedrag in de sport op jonge leeftijd is sprake van **diverse en complexe** psychische problematiek, welke niet eenduidig kan worden geclassificeerd binnen de huidige classificaties in de psychiatrie. De problematiek kan het best beschreven worden als een **existentieel trauma** welke aangeeft hoe diepgeworteld in de **identiteit** het complexe trauma is met ernstige gevolgen voor het dagelijks functioneren. Het doet meer recht aan de oorsprong van de klachten van de (oud-)sporters die ontstaan zijn door onvoldoende vervulling van basis **kindbehoeftes** in de **kinder- en sporttijd**.

Voor behandeling van deze problematiek is het aangewezen om primair niet klachtgericht te behandelen maar persoonsgericht. De drie hoekstenen van zorg gebruikt van de opzet voor het behandelprogramma is zowel door de deelnemers als professionals als een passend ervaren. Het gaat hierbij om:

1. Transdiagnostische zorg
2. Geïntegreerde zorg
3. Ervaringsgerichte zorg

Het **schemagericht werken** is een behandelmethode waarbinnen deze hoekstenen kunnen worden toegepast en die hiernaast veilige kaders kunnen bieden en het spreken van een gemeenschappelijke taal.

Meer dan een specifieke behandelmethode is leidend het proces van **Shared Decision Making** om **gepersonaliseerde zorg** aan een (oud-)sporter te kunnen bieden, en zijn/haar eigen stem te leren vinden. Een betrouwbare en veilige **behandelrelatie** is hierbij een belangrijke vereiste. Het kan veel tijd kosten voordat deze vertrouwensrelatie ontstaat. Specifieke aandacht voor de leergeschiedenis in de **sporttijd** wordt als belangrijk ervaren, met name in de eerste fase van de behandeling van verontschuldiging en erkenning.

Een gecombineerde individuele en groepsbehandeling (deeltijdbehandeling) is aan te raden voor deze doelgroep. Ook een individuele behandeling kan passend zijn. Een groepsbehandeling kan meerwaarde te hebben boven alleen een individuele behandeling. Dit kan afhankelijk zijn van de behoefte aan contact met anderen, aard van de klachten, ernst, praktische mogelijkheden en fase waarin de

(oud-)sporter zich bevindt. Het afstemmen op de persoonlijke behoefte met zijn/haar unieke levensverhaal staat centraal.

Aanbevelingen voor professionals die (oud-)sporters behandelen

Persoonsgerichte transdiagnostische zorg

Focus op persoonsgerichte zorg in het kader van Shared Decision Making. Dit heeft de voorkeur boven klachtgerichte zorg.

Het volgen van een vastgelegd protocol kan de (oud-)sporter met een existentieel trauma bevestigen in het zijn van een nummer. Behandeling binnen de reguliere GGZ kan passend zijn, als er persoonsgericht wordt behandeld.

Geïntegreerde zorg

Behandel diverse problemen geïntegreerd. Bij voorkeur in een vast behandelteam op één locatie binnen een behandelmethode waarbinnen geïntegreerd diverse klachten kunnen worden behandeld. Voorkom zoveel mogelijk doorverwijzingen voor verschillende klachten, in het bijzonder bij complexe ernstige psychiatrische problematiek en voorgaande negatieve therapie-ervaringen.

Bij complexe ernstige problematiek kan een samenwerking met een gespecialiseerd centrum, zoals een eetstoorniskliniek noodzakelijk zijn.

Includeer ervaringsgerichte benaderingen

Om de verbinding tussen ratio en gevoel te herstellen, weer te mogen voelen, wordt ervaringsgericht en lichaamsgericht werken aangeraden. Onderzoek samen met de (oud-)sporter wat de beste benadering is voor hem/haar en pas daar de behandeling op aan. Ervaringsgericht werken is onder meer mogelijk binnen schemagerichte psychotherapie en vaktherapie.

Behandelrelatie en behandelmethode

Een goede afgestemde behandelrelatie is de belangrijkste factor, meer dan behandelmethode. Verschillende persoonsgerichte behandelmethodes kunnen passend zijn. Schematherapie is een behandelmethode die bij deze deelnemers als passend is ervaren. Een voordeel van schematherapie is dat kaders veiligheid en richting kunnen bieden, indien er intern zelfsturing ontbreekt. Hiernaast kan er ook worden gedacht aan bijvoorbeeld clientgerichte psychotherapie, psychodynamische psychotherapie als persoonsgerichte methodes waarin ook de behandelrelatie centraal staat.

Aandacht voor de leergeschiedenis in de sportwereld

Behandel contextgericht, met extra aandacht voor de ervaringen in de sporttijd en de gevolgen die in het hier en nu worden ervaren. Dit lijkt met name in de eerste fase van de behandeling belangrijk waarin verontschuldiging en erkenning centraal staat.

Indien niet bekend met deze doelgroep, sta open om je hierin te verdiepen.

Groepstherapie kan meerwaarde hebben

Afhankelijk van de persoonlijke behoefte, ernst en mogelijkheden. Behandeling in een groep, zonder hiernaast ook individuele behandeling te bieden, zouden we afraden bij ernstige klachten. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie kan lang duren, waar individuele persoonsgerichte sessies voor nodig kunnen zijn, ook om de stap te kunnen maken naar delen in de groep. Deelnemers hadden vaak individueel de aansporing nodig om in de groep meer te kunnen delen, om hun hele verhaal kwijt te kunnen en individuele traumatische ervaringen te verwerken.

Zorg voor goede vervolgbehandeling of nazorg

Schep daarbij vooraf duidelijke verwachtingen ten aanzien van behandelduur. Houd rekening met een lange behandelduur voor traumaverwerking en aanleren van nieuwe patronen (gemiddeld 2-3 jaar maar hierin zijn grote variaties mogelijk). Bied bij een groepsbehandeling ook (individuele) nazorg.

Waardeer input van ervaringsdeskundigen

Dit kan van meerwaarde zijn voor het echt kunnen begrijpen van de behoeften aan zorg gegeven de persoon en het existentieel trauma.

Overige aanbevelingen

Een centraal aanmeldloket voor (oud-)sporters

Het is aanbevolen om voor (oud-)sporters een centraal aanmeldloket te hebben die de hulpvraag kan inventariseren én naar passende (na)zorg kan doorverwijzen. Overweeg of dit kan worden ondergebracht bij het nog op te richten onafhankelijk integriteitscentrum, naast de melding van het grensoverschrijdend gedrag.. Een onafhankelijk meld- en verwijspunt kan de drempel verlagen om psychische hulp te zoeken voor (oud-)sporters, wat vaak gepaard gaat met schaamte en angst voor gezichtsverlies en positie. Het is belangrijk om iedere topsporter (oud- of huidige) te informeren welke routes er zijn om psychische hulp te zoeken. Zowel binnen de sportbond, als buiten NOC*NSF. Via een website zou deze informatie openbaar toegankelijk moeten zijn om zoveel mogelijk transparantie te bieden en de drempel te verlagen om hulp te zoeken.

Zorg voor goed geschoolde hulpverleners met een big-registratie op gebied van mentale gezondheid in de topsport

Een “sport- en prestatiepsycholoog” geaccrediteerd door de VSPN is niet voldoende opgeleid om psychiatrische problematiek te diagnosticeren en behandelen. Deze titel is onbeschermd, niet big-geregistreerd en ook bewegingswetenschappers worden toegelaten tot de opleiding. Neem in overweging om dit tot een beschermd titel te maken (iedereen mag zich zo noemen) of pas de naamgeving aan (“sport- en prestatiecoach” of “prestatiepsycholoog”). Er is nu verwarring bij sporters die verwachten dat een sportpsycholoog dezelfde zorg kan bieden als een GZ-psycholoog, of een klinisch psycholoog/psychotherapeut.

Van zorgverleners met een **big-registratie** als basis mag worden verwacht dat zij aan de opleidingseisen voldoen. Bij complexe ernstige problematiek is bij voorkeur een klinisch psycholoog of psychiater betrokken.

Zorg hiermee voor een duidelijk onderscheid tussen hulpverleners met expertise op gebied van mentale gezondheid in brede zin en hulpverleners die expert zijn ten aanzien van verbeteren van prestatie (prestatiepsychologen/prestatiecoaches). Laat **niet** dezelfde hulpverleners doelen stellen op gebied van prestatie als op gebied van mentale gezondheid. Dit kan leiden tot belangenverstremming of angst voor positie en prestatiedruk. Bij de sporter als ook bij de hulpverlener. In de zorg voor mentale gezondheid staat prestatie niet centraal. Profileer de hulpverleners voor deze problemen dan ook niet als “prestatie-experts”.

Heb naast psychische nazorg ook aandacht voor lichamelijke nazorg voor (oud-)sporters

Meerdere (oud-)topsporters geven aan dat er naast psychische nazorg een gebrek is aan aandacht voor lichamelijke nazorg voor topsporters. Hierbij is een nauwe samenwerking belangrijk tussen de behandelaars van de psychische en lichamelijke klachten omdat beide interacteren. Door de behandelaren is getracht hiervoor passende somatische hulp te zoeken, maar hiervoor mist een passende behandelplek. Het medisch specialisme sportgeneeskunde zou hierin iets kunnen betekenen, daar het onduidelijk is waar (oud-)sporters terecht kunnen.

Overweeg een onafhankelijke aangestelde bondsarts

Een onafhankelijke aangestelde bondsarts heeft meer autonomie om de sporter te beschermen bij problemen omtrent lichamelijke en geestelijke gezondheid. Bij (matig) ernstige psychiatrische problemen zou voor consultatie altijd een BIG-geregistreerde psycholoog of psychiater moeten worden gevraagd, daar een bondsarts daarvoor niet is opgeleid. Het opstellen van richtlijnen ten aanzien van psychische problematiek bij sporters kan hierbij helpen om de sporter te beschermen

Overweeg een onafhankelijke visitatie/inspectie op topsportlocaties

Om kwaliteit en veiligheid te waarborgen kan een inspectie worden ingesteld bij bijvoorbeeld topsportlocaties, sportbonden of afdelingen binnen NOC*NSF, vergelijkbaar met inspecties in de zorg en op scholen.

*Hiernaast ondersteunen wij de aanbevelingen reeds gegeven in rapport "Ongelijke Leggers" en de "Tegemoetkoming Gymsport"

Appendix 1: Karakteristieken van de deelnemende (oud-)sporters

	Totale groep (n=11)	Deeltijdbehandeling (n=5)	Individuele behandeling (n=6)
Sociaaldemografische informatie			
Gender, n vrouw	11	5	6
Leeftijd, gem (SD)	30.3 (7.5)	28.2 (6.1)	32.0 (8.6)
Dagelijkse activiteiten, n ja			
Betaald werk	2	2	-
Betaald werk + studie	2	1	1
Studie	2	1	1
Onbetaald werk	1	-	1
Geen van bovenstaande	4	1	3
Klinische voorgeschiedenis			
Leeftijd (jaren) eerste symptomen, gem (SD)	17.3 (8.5)	16.4 (3.4)	18.2 (12.2)
Duur huidige symptomen, n ja			
0 – 6 maanden	1		1
6 – 12 maanden	2	1	1
– 3 jaar	2	2	
>3 jaar	5	2	3
Niet vermeld	1	1	
Aantal vorige episodes, gem (SD)	2.3 (2.9)	1.8 (1.5)	2.8 (4.1)
Eerdere behandelingen (meerdere opties mogelijk)			
Geen	2	1	1
Farmacologisch	2	1	1
Psychotherapie	8	3	5
Opname of dagbehandeling	5	2	3
PMT	1	1	
Anders	7	5	1
Huidige medicatie	2	1	1
Verwijzing vanwege eerdere onsuccesvolle behandeling	7	4	3
Familiegeschiedenis	1	1	-
Middelengebruik			
Huidig roken, n ja	3	2	1
Alcohol, n ja			
Never	3	-	3
=< 1 per maand	2	1	1
2 – 4 per maand	4	2	2
2 – 3 per week	1	1	-
>= 4 per week	1	1	-
Alcohol eenheden / dag, n ja			
1 or 2	9	4	2
3 or 4	2	1	1
5 of meer	-	-	-

Noot: gem = gemiddelde, SD = standaard deviatie, n = aantal, PMT = Psychomotorische therapie.

Appendix 2: Resultaten kwantitatieve vragenlijsten

	Totale groep (n=10-11)				Groepsdeelnemers (n=5)				Individuele deelnemers (n=5-6)			
	gem pre (SD)	verschil pre-post (SD)	95% BI	Coh d	gem pre (SD)	verschil pre-post (SD)	95% BI	Coh d	gem pre (SD)	verschil pre-post (SD)	95% BI	Coh d
Happiness index	5.55 (1.21)	0.36 (1.12)	-0.39 – 1.12	- 0.33	5.40 (1.52)	0.40 (1.34)	-1.27 – 2.07	- 0.30	5.67 (1.03)	0.33 (1.03)	-0.75 – 1.42	- 0.32
OQ45												
Totaal	75.44 (23.88)	-8.89 (19.9)	-24.20 – 6.42	- 0.45	76.00 (40.78)	-17.33 (11.50)	-45.91 – 11.24	- 1.51	75.17 (15.72)	-4.67 (22.76)	-25.55 – 19.22	- 0.21
Symptom distr	46.56 (13.99)	-2.89 (11.75)	-11.92 – 6.15	- 0.25	45.33 (23.86)	-5.67 (5.51)	-19.35 – 8.01	- 1.03	47.17 (9.17)	-1.50 (14.21)	-16.41 – 13.41	- 0.11
Interpers funct	14.78 (6.40)	-2.33 (6.44)	-7.29 – 2.62	- 0.36	15.33 (10.26)	-5.33 (4.51)	-16.53 – 5.87	- 1.18	14.50 (4.81)	-0.83 (7.08)	-8.27 – 6.60	- 0.12
Sociaal funct	14.11 (6.53)	-3.67 (5.12)	-7.60 – 0.27	- 0.72	15.33 (7.64)	-6.33 (6.11)	-21.51 – 8.85	- 1.04	13.50 (6.60)	-2.33 (4.55)	-7.10 – 2.44	- 0.51
Angst	16.44 (5.59)	0.78 (5.56)	-3.50 – 5.05	- 0.14	18.33 (8.96)	-2.67 (4.04)	-12.71 – 7.37	- 0.66	15.50 (3.83)	2.50 (5.68)	-3.46 – 8.46	- 0.44
MANSA	58.46 (11.42)	-0.73 (6.96)	-5.40 – 3.95	- 0.11	57.80 (16.81)	-0.40 (6.02)	-7.88 – 7.08	- 0.07	59.00 (5.83)	-1.00 (8.22)	-9.63 – 7.63	- 0.12
WAI	4.82 (2.32)	-0.18 (2.18)	-1.65 – 1.28	- 0.08	4.60 (2.70)	-0.80 (2.68)	-4.13 – 2.53	- 0.30	5.00 (2.19)	0.33 (1.75)	-1.50 – 2.17	- 0.19

Noot: gem pre = gemiddelde bij de voormeting, verschil pre-post = verschil tussen voormeting en 1-jaars evaluatie, SD = standaard deviatie, OQ-45= Outcome Questionnaire-45, Symptom distr= Symptomatische distress, Interpers funct = Interpersoonlijk functioneren, Social funct = Sociaal functioneren, MANSA = Manchester Short Assessment of Quality of life, WAI = Work Ability Index.