

Interventies om mensen met schizofrenie aan het bewegen te krijgen en te houden

W.G. TER MEULEN, L. DE HAAN

ACHTERGROND Bewegen is van therapeutische waarde voor patiënten met schizofrenie. Echter, slechts een klein deel van hen is lichamelijk actief.

DOEL Op basis van literatuuronderzoek komen tot een overzicht van effectieve bewegingsbevorderende interventies die bruikbaar zijn om patiënten met schizofrenie aan het bewegen te krijgen en te houden.

METHODE In PubMed en de Cochrane Library werden artikelen gezocht met de zoektermen 'adherence', 'physical activity', 'exercise', 'schizophrenia', 'psychosis', 'chronic illness' en 'severe mental illness'.

RESULTATEN Het effectiefst zijn bewegingsbevorderende interventies waarbij één doel wordt gesteld, gebruikmakend van zelfmonitoring, stimuli en cues, en opgezet vanuit een gedragstherapeutische benadering. Andere effectieve aspecten zijn een matige tot hoge intensiteit, integratie in het dagelijkse leven, en aanvankelijk professionele begeleiding.

CONCLUSIE Bewegen heeft de potentie om een belangrijke en positieve bijdrage te leveren aan het herstel van patiënten met schizofrenie en zou een prominente plaats moeten innemen in het therapeutisch arsenaal. Het is aannemelijk dat specifieke interventies het starten en volhouden van bewegen kunnen bevorderen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)8, 741-746]

TREFWOORDEN fysieke activiteit, interventies, schizofrenie

Het is algemeen geaccepteerd dat sporten gezond is en positieve effecten heeft op lichaam en geest. Ook bij patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen heeft bewegen gunstige effecten (Richardson e.a. 2005).

Patiënten met schizofrenie en aanverwante psychosen vormen een bijzondere doelgroep, niet alleen vanwege de vaak ernstige psychiatrische, sociale en cognitieve beperkingen, maar vooral ook vanwege het verhoogde risico op cardiovasculaire aandoeningen. De prevalentie van het metabool syndroom is bij patiënten met schizofrenie 40% en daarmee duidelijk hoger dan de 24% in de algemene populatie (Scheepers-Hoeks e.a. 2008).

Dit vertaalt zich in een fors verhoogde cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit (Scheepers-Hoeks e.a. 2008) en gaat gepaard met minder zelfvertrouwen en een verminderde levenskwaliteit (De Hert e.a. 2006). Het verhoogde risico op cardiovasculaire aandoeningen wordt veroorzaakt door metabole bijwerkingen van antipsychotica en de ziekte schizofrenie zelf, maar ook door leefstijlfactoren (Cahn e.a. 2008). Patiënten met schizofrenie hebben bijvoorbeeld een ongezond eetpatroon en bewegen minder in vergelijking met de algemene populatie (Goff e.a. 2005).

Recent beschreven Vancampfort e.a. (2010) in dit tijdschrift de wetenschappelijke onderbou-

wing voor de gunstige effecten van bewegen bij schizofrenie. De voordelen liegen er niet om: bewegen leidt bij deze patiëntenpopulatie tot significante verbeteringen in cardiovasculaire en metabole parameters waaronder gewichtsafname, een verbeterde glucosetolerantie en een gunstiger lipidspectrum. Bewegingsgerichte interventies leiden bovendien tot vermindering van psychiatrische symptomen, hebben sociale voordelen, zijn zinvol in het leren omgaan met stressgevoelens en verhogen de kwaliteit van het leven.

Men zou dan ook verwachten dat bewegen een prominente plaats in ons therapeutische arsenaal inneemt, zoals diverse internationale richtlijnen bepleiten (De Hert e.a. 2011). Echter, van de patiënten met schizofrenie kan maar ongeveer 30% als actief beschouwd worden, vergeleken met 62% van de mensen uit de algemene bevolking (Lindamer e.a. 2008). Bovendien, ook als bewegen gestimuleerd wordt, blijkt het moeilijk om deze patiënten aan het bewegen te krijgen en te houden (Gorczynski & Faulkner 2010).

Eenvoudigweg het advies geven aan patiënten om te bewegen is niet effectief (Hillsdon e.a. 2002). Kennis van bewezen effectieve aspecten van bewegingsbevorderende interventies kan dan ook van grote meerwaarde zijn bij de behandeling van deze patiëntenpopulatie.

DOEL

Het doel van onze korte bijdrage is om op basis van literatuuronderzoek te komen tot een overzicht van effectieve bewegingsbevorderende interventies die bruikbaar kunnen zijn bij patiënten met schizofrenie.

METHODE EN DEFINITIES

Wij verrichtten een literatuuronderzoek dat zich beperkte tot Engels- en Nederlandstalige tijdschriften van de laatste 10 jaar. Een eerste selectie vond plaats op basis van titel en abstract. In PubMed en in de Cochrane Library zochten wij met de termen 'interventions', 'physical activity' en 'schizo-

phrenia'. Omdat dit geen bruikbare artikelen opleverde, werd in plaats van 'schizophrenia' gezocht met de zoektermen 'chronic illness' of 'serious mental illness'. Dit leverde respectievelijk 59 en 9 artikelen op, waarvan wij er uiteindelijk 3 (respectievelijk 2 en 1) selecteerden, waaronder 1 meta-analyse. De literatuurlijsten van de voor deze bijdrage relevante artikelen werden tevens gescreend. Met de term 'bewegen' bedoelen wij in dit artikel iedere interventie waarbij fysieke activiteit of inspanning het voornaamste element is.

RESULTATEN

Effectieve bewegingsbevorderende interventies bij patiënten met schizofrenie zijn weinig onderzocht. Het meeste onderzoek is gedaan bij patiëntenpopulaties met kenmerken die op bepaalde punten overeenkomen met die van patiënten met schizofrenie. Zo hebben Richardson e.a. (2005) in een review uitgangspunten beschreven voor effectieve bewegingsinterventies bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. In een meta-analyse van 163 studies werd belicht welke aspecten bewegingsbevorderende interventies effectief maakten bij patiënten met uiteenlopende chronische aandoeningen (Conn e.a. 2008). We bespreken de bevindingen uit deze artikelen.

Doelen en therapeutisch kader

Interventies die alleen gericht zijn op bewegen zijn effectiever dan interventies die zich richten op meerdere doelen tegelijk, bij patiënten met chronische aandoeningen (Conn e.a. 2008). Daarnaast vonden de auteurs dat interventies vanuit een gedragstherapeutische benadering duidelijk effectiever zijn dan cognitieve interventies, die in hun meta-analyse niet effectief bleken.

Specifieke kenmerken van de interventie

Zelfmonitoring Zelfmonitoring is een gedragsstrategie waarbij de patiënt zijn of haar

gedrag in de loop van de tijd registreert, bijvoorbeeld in een dagboek of met een stappenteller. Conn e.a. (2008) vonden bij patiënten met chronische aandoeningen dat zelfmonitoring de effectiviteit van bewegingsbevorderende interventies vergroot. Objectieve meetmethodes, zoals een stappenteller of een hartslagmeter, zijn effectiever dan interventies die gebaseerd zijn op alleen zelfrapportage (Dishman & Buckworth 1996). De effectiviteit van de stappenteller is van alle vormen van zelfmonitoring het meest onderzocht (Bravata e.a. 2007).

Stimuli en cues Stimuli en cues kunnen worden gegeven in de vorm van bijvoorbeeld sms-berichten, herinneringen en kalenders. Conn e.a. (2008) vonden bij patiënten met chronische aandoeningen dat het geven van dergelijke stimuli de effectiviteit van de interventie vergroot.

Intensiteit Conn e.a. (2008) vonden dat interventies met matig hoge tot hoge intensiteit meer leiden tot volhouden van bewegen, dan die van lage intensiteit bij patiënten met chronische aandoeningen. Daarentegen lijken interventies met een focus op krachtige, intensieve fysieke activiteit zoals aerobics minder effectief (Dishman & Buckworth 1996). Een bewegingsinterventie moet dus niet te licht, maar ook niet te zwaar zijn.

Setting Bewegen kan in een gestructureerde, gesuperviseerde omgeving worden gedaan zoals een sportschool. Leefstijlinterventies daarentegen moedigen aan om fysieke activiteit te incorporeren in het dagelijks leven (Richardson e.a. 2005). In de algemene populatie zijn leefstijlinterventies voor de lange termijn effectiever (Dishman & Buckworth 1996).

Verder kan bewegen worden gesuperviseerd door bijvoorbeeld een therapeut. Conn e.a. (2008) vonden dat oudere patiënten met een chronische aandoening die aanvankelijk professionele begeleiding hadden gekregen uiteindelijk ook hierna

actiever bleven. Het maakt daarbij niet uit of die begeleiding *face to face* plaatsvond of bijvoorbeeld via media.

DISCUSSIE

Geloof in eigen kunnen: de sleutel tot bewegen?

Veel theorieën over gedragsverandering zijn gebaseerd op de sociaal-dynamische leertheorie (Brawley & Culos-Reed 2000), die gaat over de wisselwerking tussen persoon, gedrag en omgeving. De *self-efficacy* theorie (Bandura 1997) stelt de rol van de persoon centraal. *Self-efficacy* is de mate waarin iemand zichzelf ervaart als capabel tot het realiseren of in stand houden van veranderingen. Hoe groter dit geloof in eigen kunnen (*self-efficacy*), hoe groter de motivatie tot gedragsverandering. Het wordt dan ook gezien als een belangrijke en krachtige determinant voor gedragsverandering (Bandura 1997).

De belangrijkste factor van invloed op de geloof in eigen kunnen is het eigen gedrag; andere relevante determinanten zijn het gedrag van anderen, sociale bekrachtiging en fysiologische terugkoppeling (Bandura 1997). Dit biedt interessante aanknopingspunten voor het begrijpen van de effectieve aspecten van bewegingsbevorderende interventies. Zo vergroot het stellen van één doel de kans op succes, hetgeen de overtuiging van het eigen gedrag en daarmee het geloof in eigen kunnen versterkt (Bandura 1997). Ook zelfmonitoring kan het bewustzijn van het eigen gedrag vergroten. Toegenomen zelfvertrouwen wordt door psychiatrische patiënten als één van de belangrijkste werkzame kenmerken van leefstijlinterventies genoemd (Shiner e.a. 2008).

Sociale bekrachtiging, een andere determinant van geloof in eigen kunnen, kan het effectieve aspect van gesuperviseerd bewegen verklaren. Immers, terugkoppeling door een derde persoon zoals een sporttherapeut, kan bijdragen aan het idee dat men een bepaald doel zal behalen door bewegen. Persoonlijke aandacht en sociale interactie worden door psychiatrische patiënten inder-

daad als waardevolle en werkzame elementen van leefstijlinterventies gerapporteerd (Shiner e.a. 2008). Bevestiging door feedback en professionele begeleiding kan daarnaast van extra positieve waarde zijn voor patiënten met schizofrenie, die vaak worden gehinderd door weinig zelfvertrouwen. Begeleiding en advies zouden tevens kunnen voorkomen dat patiënten met schizofrenie door onverantwoorde inspanning blessures en daarmee teleurstelling oplopen.

Dat bewegen met lage intensiteit minder effectief is, komt mogelijk doordat mensen bewegen met lage intensiteit als te weinig betekenisvol interpreteren ten opzichte van wat zij al gewend zijn te doen. Fysiologische terugkoppeling, bijvoorbeeld door het ervaren van moeheid en inspanning, kan via die weg dan ook positief bijdragen aan het geloof in eigen kunnen. Bewegen met te hoge intensiteit zou op deze manier het geloof in eigen kunnen kunnen verzwakken, bijvoorbeeld door oververmoeidheid of door het uitblijven van succes.

Een laatste verklaring voor de effectiviteit van het stellen van één doel tegelijk kan zijn dat cognitieve beperkingen relatief vaker voorkomen bij patiënten met schizofrenie en aanverwante psychosen. Misschien is het voor hen lastiger om hun aandacht op verschillende onderwerpen tegelijk te richten. Dit is van belang, temeer daar juist bij deze groep patiënten er vaak meerdere domeinen zijn waarop gedragsveranderingen gewenst zijn, zoals medicatie, drugsgebruik, en gewichtsreductie. Meerdere doelen zouden dan ook beter sequentieel dan in één keer kunnen worden aangepakt.

Beperkingen en aanbevelingen

Onderzoek naar de effectiviteit van bewegingsbevorderende interventies kent beperkingen. Zo zijn er weinig methodologisch juist uitgevoerde, gerandomiseerde onderzoeken gedaan met bewegen als primaire uitkomstmaat. De hier besproken onderzoeken zijn niet specifiek gericht op patiënten met schizofrenie. Desondanks kun-

nen de gegevens van nut zijn voor patiënten met schizofrenie, aangezien ook zij te maken hebben met een chronische aandoening, psychosociale beperkingen en een verminderde kwaliteit van leven. De aangetoonde gunstige effecten van bewegen (Vancampfort e.a. 2010) onderstrepen de noodzaak hiervan.

Nieuwe media kunnen daarbij interessante en kostenbesparende mogelijkheden bieden. Zo zou op basis van persoonskenmerken een bewegingsprogramma op maat kunnen worden geleverd, daarbij gebruikmakend van bijvoorbeeld mobiele applicaties. Vanuit theoretisch oogpunt kan bewegen wellicht zelfs, door versterking van het geloof in eigen kunnen, de drempel verlagen om ander, moeilijker modificeerbaar gedrag te veranderen.

CONCLUSIE

Er zijn verschillende effectieve bewegingsgerichte interventies onderzocht bij patiënten met uiteenlopende chronische aandoeningen. Het is aannemelijk dat specifieke interventies het starten en volhouden van bewegen kunnen bevorderen bij patiënten met schizofrenie. Fysieke activiteit heeft veel gunstige effecten, zowel op lichamelijke, psychiatrische en psychosociale parameters. Bewegen heeft dan ook de potentie om een belangrijke en positieve bijdrage te leveren aan het herstel van patiënten met schizofrenie en zou een prominente plaats moeten innemen in het therapeutisch arsenaal. Gericht onderzoek naar het effect van bewegingsbevorderende interventies bij patiënten met schizofrenie is nodig.

LITERATUUR

- Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: Freeman; 1997.
- Brawley LR, Culos-Reed SN. Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. *Control Clin Trials* 2000; 21: 156-63.
- Bravata DM, Smith-Spangler C, Sundaram V, Gienger AL, Lin N, Lewis R, e.a. Using pedometers to increase physical activity and

- improve health: a systematic review. *JAMA* 2007; 298: 2296-304.
- Cahn W, Ramlal D, Bruggeman R, de Haan L, Scheepers FE, van Soest MM, e.a. Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychoticagebruik. *Tijdschr Psychiatr* 2008; 50: 579-91.
- Conn VS, Hafdahl AR, Brown SA, Brown LM. Meta-analysis of patient education interventions to increase physical activity among chronically ill adults. *Patient Educ Couns* 2008; 70: 157-72.
- Hert M De, Peuskens B, van Winkel R, Kalnicka D, Hanssens L, Van Eyck D, e.a. Body weight and self-esteem in patients with schizophrenia evaluated with BWISE. *Schizophr Res* 2006; 88: 222-6.
- Hert M De, Vancampfort D, Correll CU, Mercken V, Peuskens J, Sweers K, e.a. Guidelines for screening and monitoring of cardiometabolic risk in schizophrenia: systematic evaluation. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 99-105.
- Dishman RK, Buckworth J. Increasing physical activity: a quantitative synthesis. *Med Sci Sports Exerc* 1996; 28: 706-19.
- Goff DC, Sullivan LM, McEvoy JP, Meyer JM, Nasrallah HA, Daumit GL, e.a. A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls. *Schizophr Res* 2005; 80: 45-53.
- Gorczynski P, Faulkner G. Exercise therapy for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2010; 36: 665-6.
- Hillsdon M, Thorogood M, White I, Foster C. Advising people to take more exercise is ineffective: a randomized controlled trial of physical activity promotion in primary care. *Int J Epidemiol* 2002; 31: 808-15.
- Lindamer LA, McKibbin C, Norman GJ, Jordan L, Harrison K, Abeyesinhe S, e.a. Assessment of physical activity in middle-aged and older adults with schizophrenia. *Schizophr Res* 2008; 104: 294-301.
- Richardson CR, Faulkner G, McDevitt J, Skrinar GS, Hutchinson DS, Piette JD. Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2005; 56: 324-31.
- Scheepers-Hoeks AMJW, Wessels-Basten SJW, Scherders MJWT, Bravenboer B, Loonen AJM, Kleppe RT, e.a. Schizofrenie en antipsychotica: samenhang met het metabool syndroom. *Tijdschr Psychiatr* 2008; 50: 645-54.
- Shiner B, Whitley R, Van Citters AD, Pratt SI, Bartels SJ. Learning what matters for patients: qualitative evaluation of a health promotion program for those with serious mental illness. *Health Promot Int* 2008; 23: 275-82.
- Vancampfort D, Knapen J, Probst M, Van Winkel R, Peuskens J,

Maurissen K, e.a. De therapeutische waarde van bewegen voor mensen met schizofrenie. *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52: 565-74.

AUTEURS

WENDELA TER MEULEN is arts in opleiding tot psychiater bij het Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam.

LIEUWE DE HAAN is hoogleraar psychotische stoornissen, Zorglijn Vroege Psychose, Divisie Psychiatrie, AMC/UvA, Amsterdam.

Correspondentieadres: Wendela ter Meulen, AMC, Academisch Psychiatrisch Centrum, Meibergdreef 5, 1105 AZ Amsterdam.

E-mail: w.g.termeulen@amc.uva.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 11-1-2012.

SUMMARY

Exercise-promoting interventions for encouraging people with schizophrenia to take physical exercise – W.G. ter Meulen, L. de Haan –

BACKGROUND Physical activity is of therapeutic value for people with schizophrenia. However, only a small percentage of them is physically active.

AIM To provide an overview, based on scientific evidence, of effective aspects of exercise-promoting interventions that can be used to induce patients with schizophrenia to engage in and continue with physical activity.

METHOD We looked for articles in PubMed and the Cochrane Library on the basis of the search terms ‘adherence’, ‘physical activity’, ‘exercise’, ‘schizophrenia’, ‘psychosis’, ‘chronic illness’ and ‘severe mental illness’.

RESULTS The exercise-promoting interventions that are the most successful are those which set one goal, involve self-monitoring, stimuli and cues and use a behavioural therapeutic approach. To be effective, interventions also have to be of moderate to high intensity, be integrated into daily life and be professionally supervised, particularly at the beginning.

CONCLUSION Exercise has the potential to make an important and positive contribution to the recovery of patients with schizophrenia and should occupy a prominent position in the arsenal of therapies. Apparently, specific interventions can encourage patients to start taking and continue taking physical exercise.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)8, 741-746]

KEY WORDS interventions, physical activity, schizophrenia