

Motiverend bewegingsadvies in de ambulante geestelijke gezondheidszorg: een stappenplan

Jan Knapen, Davy Vancampfort en Bea Schoubs

Exercise counseling (motiverend bewegingsadvies) is een vorm van health counseling (gezondheidsadvies) waarbij de consulent een persoon of een groep, via een reeks gestructureerde gesprekken en evaluaties van de fysieke activiteit en fitheid, motiveert om meer te bewegen (Petrella & Lattanzio, 2002). Dit hoofdstuk beschrijft de basisprincipes van exercise counseling en bespreekt de toepassing ervan in de geestelijke gezondheidszorg.

Inleiding: fysieke (in)activiteit en gezondheid

Een indrukwekkende reeks studies toont aan dat een tekort aan lichaamsbeweging de risico's op hart- en vaatziekten, darm- en borstkanker, osteoporose, diabetes type 2, obesitas, depressie en angststoornissen aanzienlijk verhoogt (American College of Sports Medicine, 2009; Carek et al., 2011; Goodwin, 2003; Jonas & Phillips, 2009). Fysieke inactiviteit doet de morbiditeit en mortaliteit toenemen. Recent epidemiologisch onderzoek geeft aan dat meer dan 50% van de Vlaamse bevolking onvoldoende beweegt om gezond te blijven, 33% verklaart zelfs in zijn vrije tijd geen enkele vorm van fysieke activiteit uit te voeren (Steens, 2007). Deze percentages maken van fysieke inactiviteit de meest frequente risicofactor met de grootste impact op de volksgezondheid. Gebrek aan fysieke activiteit vormt een grotere bedreiging voor de volksgezondheid dan roken. Omgekeerd heeft regelmatige lichaamsbeweging een preventief effect op het ontstaan van hart- en vaataandoeningen, diabetes type 2, osteoporose, colonkanker, angststoornissen en depressie (American College of Sports Medicine, 2009; Carek et al., 2011; Goodwin, 2003; Jonas & Phillips, 2009). Recente studies rapporteren een positief effect van fysieke activiteit op de cognitieve functies bij ouderen (Abbott et al., 2004; Angevaren et al., 2008; Weuve et al., 2004). Naast deze primair preventieve effecten heeft lichaamsbeweging ook een gunstig effect op het verloop van een aantal psychiatrische en somatische aandoeningen (secundaire preventie), gaande van een verbeterde fitheid, kwaliteit van leven en psychologisch welbevinden, tot een daling van de mortaliteit.

De wetenschappelijke evidentie van bewegen in de preventie en behandeling van zowel somatische als mentale aandoeningen heeft er toe geleid dat bewegen geïncorporeerd is in de behandelingsrichtlijnen van overgewicht/obesitas, hypertensie, diabetes type 2, metabool syndroom, cardiovasculaire aandoeningen, perifere vaataandoeningen, rugklachten, chronische pijn, depressie, angststoornissen, eetstoornissen en schizofrenie.

Somatische aandoeningen en fysieke inactiviteit bij psychiatrische patiënten

Enkele systematische reviews geven aan dat personen die lijden aan ernstige psychiatrische aandoeningen zoals schizofrenie, schizo-affectieve en stemmingsstoornissen een 13 tot 30 jaar kortere levensverwachting hebben dan de algemene bevolking (Colton & Manderscheid, 2006; Parks et al., 2006; Wahlbeck et al., 2011). Naast zelfdoding zijn somatische aandoeningen, vooral cardiovasculaire aandoeningen, verantwoordelijk voor 60% van de vroegtijdige overlijdens. Zestig procent van de psychiatrische patiënten lijdt aan één of meerdere somatische aandoeningen zoals het metabool syndroom, obesitas, diabetes type 2, cardiovasculaire en respiratoire

stoornissen (De Hert et al., 2011; Richardson et al., 2005). Naast genetische factoren, het gebruik van bepaalde psychofarmaca en een gebrekkige opvolging van somatische aandoeningen, verklaren leefstijlfactoren zoals fysieke inactiviteit, ongezonde voedingsgewoontes, roken en overmatig alcoholgebruik de verhoogde morbiditeit en mortaliteit.

Personen die lijden aan psychiatrische aandoeningen zijn over het algemeen minder actief dan de algemene populatie. Dit geldt in het bijzonder voor personen lijden aan schizofrenie, stemmings- en angststoornissen, en andere psychiatrische aandoeningen die gepaard gaan met obesitas zoals de eetbuistoornis (Goodwin, 2003; Hollenberg & Haight, 2003; Knapen et al., 2009; Knapen et al., 2012; Richardson et al. 2005; Van campfort et al., 2011a; Vancampfort et al., 2012). Een tekort aan lichaamsbeweging is naast andere ongezonde leefstijlfactoren een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen welvaartziektes zoals obesitas, diabetes type 2, metabool syndroom en cardiovasculaire aandoeningen.

Wetenschappelijke evidentie voor bewegingsgerichte interventies in de geestelijke gezondheidszorg

Dit hoofdstuk beoogt geenszins de wetenschappelijke evidentie van bewegingsgerichte interventies voor alle psychiatrische ziektebeelden te bespreken. We beperken ons tot stemmings- en angststoornissen.

Stemmingsstoornissen

Een recente meta-analyse van Rethorst, Wipfli en Landers (2009) analyseerde de effecten van bewegen op depressie en depressieve klachten van 58 gerandomiseerde studies (n= 2982). De effectgrootte berekend op basis van alle studies (-0.80, groot effect) geeft aan dat de proefpersonen in bewegingsprogramma's significant lagere depressiescores hebben dan de proefpersonen van de controlegroepen. Zeventien studies onderzochten de effecten van bewegen op personen met een klinische depressie (n = 547). Klinisch depressieve personen die een bewegingsprogramma volgden hadden na de interventie een significant lagere depressiescore dan de proefpersonen van de controlegroepen of wachtlijsten (-1.03, groot effect). De effectgrootte van bewegingsprogramma's vergeleken met deze van psychotherapie (4 studies) was -0.26 (klein effect); dit betekent dat bewegingsprogramma's een groter antidepressief effect opleverden dan psychotherapie, het verschil was echter niet significant. Het effect van bewegingsprogramma's was gelijkwaardig met het effect van antidepressiva (3 studies). Negen studies onderzochten of de antidepressieve effecten van bewegingsprogramma's resulteerden in een klinisch significante verbetering. Zes van de 9 groepen werden beschouwd als 'hersteld', 2 groepen als 'verbeterd', en één groep als 'niet veranderd'. Eenenvier studies bestudeerden de effecten van bewegingsprogramma's op niet-klinische groepen (personen met depressieve klachten). De deelnemers aan de bewegingsprogramma's hadden een significante lagere depressiescore dan de proefpersonen van de controlegroepen (-0.59, matig effect).

De effectiviteit van bewegen op patiënten met bipolaire stoornissen is tot op heden slechts sporadisch onderzocht. Twee studies onderzochten de potentiële impact van bewegen op de copingstrategieën met stressvolle situaties bij patiënten met bipolaire stoornissen. In de studie van Edenfield (2007) resulteerde een wandelprogramma over een periode 4 weken a rato van 4 sessies van 30 minuten per week tot een verbetering in het hanteren van aangepaste copingstrategieën in stressvolle situaties. In de niet-gerandomiseerde studie van Ng, Dodd, & Berk (2007), verbeterde de wandelgroep significant op de depressie-, angst- en stressschaal van de 21-item Depression Anxiety Stress Scales in vergelijking met de controlegroep.

Samenvatting en aanbevelingen

Er bestaat een sterke wetenschappelijke evidentie voor de effectiviteit van bewegen in de behandeling van depressie. Personen met een klinische depressie bekomen grotere effecten dan personen met depressieve klachten.

Voor personen met een klinische depressie is bewegen even effectief als antidepressiva en psychotherapie.

Het effect van bewegen op patiënten met bipolaire stoornissen is tot op heden nauwelijks onderzocht. Twee studies rapporteren positieve effecten op aangepaste copingstrategieën in stressvolle situaties, en symptomen van depressie, angst en stress.

Angststoornissen

Wipfli, Rethorst en Landers (2008) analyseerden de resultaten van 49 gerandomiseerde studies in het domein van bewegen voor angststoornissen en angstklachten (n = 3566). Zesenvestig studies includeerden personen met angstklachten (niet klinische populatie), 3 studies personen met angststoornissen (klinische populatie). De effectgrootte van de totale populatie (-0.48, matig effect) toonde aan dat personen die bewegingsprogramma's volgden grotere angstreducerende effecten bekwamen dan de personen van de controlegroepen. De effectgrootte van personen met angststoornissen (-0.52) was groter dan de effectgrootte van personen met angstklachten (-0.40). Zevenentwintig studies (n = 1924) vergeleken de effectiviteit van bewegingsprogramma's met deze van andere interventies. De effectgrootte van -0.19 (klein effect, echter significant) toonde aan dat bewegen grotere angstreducerende effecten opleverde dan andere therapievormen. Bewegen was effectiever dan stressmanagement, in beperkte mate effectiever dan groepstherapie, stretching en yoga, relaxatie en meditatie, en even effectief als cognitieve gedragstherapie. Enkel psychofarmaca resulteerde in een iets groter angstreducerend effect.

Samenvatting en aanbevelingen

Er bestaat een sterke wetenschappelijke evidentie voor de impact van bewegen op de toestandsangst en de angstdispositie.

Personen met angststoornissen bekomen grotere effecten dan personen met angstklachten.

Recente studies bevestigen de positieve effecten van eenmalige oefensessies en bewegingsprogramma's met een duur 10 tot 12 weken bij personen met paniekstoornissen, obsessieve compulsieve stoornissen, generaliseerde angststoornissen en sociale fobieën.

Bewegen is effectiever dan stressmanagement, in beperkte mate effectiever dan groepstherapie, stretching en yoga, relaxatie en meditatie, en even effectief als cognitieve gedragstherapie. Het angstreducerend effect van bewegen is iets kleiner dan dat van psychofarmaca.

Eenmalige aerobe sessies aan een matige intensiteit leiden tot een vermindering van de toestandsangst. Aerobe sessies aan een hoge intensiteit (> 80% van de VO₂max) verhogen de toestandsangst.

Patiënten hebben nood aan motiverende ondersteuning

Het contrast tussen enerzijds de voordelen van fysieke activiteit op de mentale en somatische gezondheid en anderzijds de problematiek van fysieke inactiviteit van patiënten met stemmings- en angststoornissen, is een belangrijk argument voor het promoten van bewegingsgerichte interventies. Patiënten motiveren tot bewegen is een van de kernopdrachten van de psychomotorisch therapeut. De voorbije jaren hebben psychomotorisch therapeuten gezocht naar theoretische concepten omtrent motivatie tot bewegen om hun interventies wetenschappelijk te onderbouwen. Dit literatuuronderzoek resulteerde in enkele publicaties in dit domein (Knapen & Schoubs, 2006; Knapen et al., 2010a; Raepsaet et al., 2011; Vancampfort et al., 2009; Vancampfort et al., 2011b). Deze artikelen zijn hoofdzakelijk gebaseerd op het transtheoretisch model van Prochaska en DiClemente (Prochaska & Velicer, 1997), de motiverende gesprekvoering (Miller en Rollnick, 2002), de zelfdeterminatietheorie van Deci en Ryan (2000), en de kort oplossingsgerichte therapie (Bakker & Bannink, 2008). Exercise counseling integreert de principes van deze theorieën of modellen.

Exercise counseling of motiverend bewegingsadvies

Exercise counseling is een vorm van health counseling waarbij de consulent een persoon of een groep, via een reeks gestructureerde gesprekken en evaluaties van de fysieke activiteit en fitheid, motiveert om meer te bewegen (Jonas & Phillips, 2009; Petrella & Lattanzio, 2002). Exercise counseling streeft naar een duurzame gedragsverandering op vlak van bewegen, namelijk de motivatie om op lange termijn fysiek actief te blijven. Dit hoofdstuk beschrijft de basisprincipes van exercise counseling en bespreekt de toepassing ervan in de geestelijke gezondheidszorg.

Via vijf basisprincipes leidt exercise counseling tot een meer actieve leefstijl:

- (1) Het bevorderen van de autonomie, de zelfmotivatie, zelfmanagementvaardigheden en gepercipieerde competenties van de deelnemer.
- (2) Het creëren van voorwaarden en mogelijkheden om de persoonlijke verantwoordelijkheid te stimuleren. Het eigen keuzeproces en probleemoplossende vaardigheden worden hierbij gefaciliteerd.
- (3) Het formuleren van persoonlijke en haalbare doelen, en het geven van feedback aan de hand van o.a. zelfbeoordelingschalen, een stappenteller of evaluaties van de fysieke fitheid.
- (4) De door de deelnemer zelfbepaalde normen voor bewegen zijn belangrijker dan opgelegde evidence based normen.
- (5) Het inbouwen van bewegen in het dagelijks leven.

Onderzoek naar de effectiviteit van exercise counseling

Een systematisch overzichtartikel (Petrella & Lattanzio, 2002) naar de effectiviteit van exercise counseling in de eerstelijnsgezondheidszorg voor personen met chronisch somatische aandoeningen toont aan dat interventies gebaseerd op het transtheoretisch model van Prochaska en DiClemente (Prochaska & Velicer, 1997) en geïndividualiseerde bewegingsprogramma's het niveau van fysieke activiteit verhogen.

Tot op heden is slechts weinig onderzoek verricht naar de effectiviteit van exercise counseling in de geestelijke gezondheidszorg. Enkel een studie van Gorczynski et al. (2010) toetst de validiteit van het transtheoretisch model van Prochaska en DiClemente bij personen met ernstige psychiatrische problemen. Dit model beschouwt gedragsverandering als een proces dat verloopt doorheen zes opeenvolgende stadia: de

voorbekhouwingsfase, de bekhouwingsfase, de voorbereidingsfase, de actiefase, de behoudsfase en tot slot de eindfase. In elk stadium zijn specifieke motivationele en ervaringsprocessen dominant werkzaam. In het onderzoek van Gorczynski et al. (2010) beantwoorden 45 psychiatrische patiënten enkele vragenlijsten die peilden naar hun motivatie tot bewegen, hun zelf-effectiviteit, en de gepercipieerde voor- en nadelen ten aanzien van bewegen. De meeste patiënten bevonden zich in de voorbekhouwingsfase van het transtheoretisch model van Prochaska en DiClemente. Personen in de actie- en de volhoudfase rapporteerden een hogere zelfeffectiviteit, en meer voordelen en minder nadelen ten aanzien van bewegen dan personen in de voorbekhouwingsfase. De auteurs concluderen dat het transtheoretisch model van Prochaska en DiClemente een valide theoretisch kader biedt voor bewegingsinterventies in de geestelijke gezondheidszorg. Recente publicaties van Haase et al. (2010) en Beaulac et al. (2011) bespreken de mogelijkheden van exercise counseling in de geestelijke gezondheidszorg. Dit hoofdstuk is hoofdzakelijk gebaseerd op de aanbevelingen van deze auteurs.

Haase et al. (2010) baseren zich op de zelfdeterminatie van Ryan en Deci (2000). Deze theorie stelt dat de motivatie tot gedragsverandering varieert op een continuüm dat begint bij volledige afhankelijkheid of externe regulatie en eindigt bij autonomie of echte zelfregulatie. De mate waarin een persoon autonoom gemotiveerd is, heeft een impact op de mate van inspanning, het doorzettingsvermogen, en de kwaliteit van de subjectieve ervaring.

Het continuüm van externe regulatie tot autonomie

Gecontroleerde motieven

- Externe regulatie: Het gedrag wordt gecontroleerd door straf en beloning waarover anderen de controle hebben. Het gedrag wordt gesteld om een externe beloning te krijgen, een externe straf te vermijden of aan de verwachtingen van anderen tegemoet te komen. Personen doen uit zichzelf nauwelijks een poging om te veranderen of alleen halfslachtige pogingen.
- Geïntrojecteerde regulatie: Het gedrag wordt gesteld om gevoelens van schuld, schaamte of angst te vermijden of om de zelfwaarde hoog te houden en zichzelf te bewijzen. De motivatie is ambivalent en onstabiel, maar de kans op handhaving van het nieuwe gedrag is groter dan bij personen met externe regulatie.
- Geïdentificeerde regulatie: Het gedrag wordt ervaren als persoonlijk zinvol en belangrijk. De persoon beschouwt de gedragsverandering als de realisatie van zijn persoonlijke doelen.
- Geïntegreerde regulatie: Het gedrag is een belangrijk onderdeel van de persoonlijke levensstijl en globaal waardepatroon. Wanneer een persoon inziet dat een gedragsverandering niet alleen de eigen persoon ten goede komt, maar ook de omgang met (belangrijke) anderen of het functioneren op de werkvloer, dan is de motivatie om gedragsverandering na te streven meer geïntegreerd.
- Intrinsieke regulatie: Het gedrag wordt gesteld omwille van het plezier dat men er aan beleeft of de uitdaging die ermee gepaard gaat.

Autonome motieven

Gecontroleerde motieven verwijzen naar motieven met een dwingend karakter. De ervaren druk kan hierbij zowel extern (bv. de partner, hulpverlener) als intern zijn, namelijk het vermijden van schuldgevoelens of schaamte. Autonome motieven verwijzen naar activiteiten die de persoon als waardevol en/of aangenaam ervaart. Hoe meer autonoom iemands motivatie om te veranderen is, des te groter zijn inzet voor de behandeling en des te groter de kans dat de cliënt de gedragsverandering op lange termijn volhoudt. Onderzoek geeft immers aan dat het

effect van gecontroleerde motieven eerder van korte duur is: de motivatie voor gedragsverandering is slechts aanwezig zolang er externe druk ervaren wordt (Vansteenkiste & Neyrinck, 2010). De kans dat het gewenste gedrag zich handhaaft, daalt in een situatie waarin de druk niet aanwezig is. Autonome motivatie daarentegen heeft een positief op lange termijn zelfs wanneer de externe druk vermindert of wegvalt. In de gezondheidszorg is het dus aangewezen dat de cliënt autonoom gemotiveerd is en blijft. Hulpverleners staan dus voor de uitdaging de autonome motivatie van de cliënt te versterken. Volgens de zelfdeterminatietheorie moeten hulpverleners hiervoor inspelen op drie psychologische basisbehoeften: de behoefte aan autonomie, competentie en relationele verbondenheid.

1. Behoefte aan autonomie verwijst naar de behoefte van mensen om te handelen met een gevoel van psychologische vrijheid, namelijk persoonlijke keuzes maken of zelf kunnen kiezen welke activiteiten ze doen.

2. Behoefte aan competentie verwijst naar de behoefte van mensen om activiteiten tot een goed einde te brengen en hun doelstellingen te realiseren, waarbij ze hun vaardigheden verder ontwikkelen.

3. Behoefte aan relationele verbondenheid verwijst naar de behoefte om relaties op te bouwen die voldoening geven en ondersteunend zijn, en waarbij de persoon zich gerespecteerd en aanvaard voelt.

De omgeving kan het veranderingsproces van een persoon ondersteunen of afremmen. Een motiverende omgeving is betrokken en ondersteunt zowel de autonomie als de competentie. Een stimulerende omgeving mensen helpt inzien dat ze keuzemogelijkheden hebben, helpt hen concrete en realistische doelen stellen, bevestigt hun capaciteiten om te veranderen, en geeft positieve feedback over de geboekte vooruitgang. Een betrokken omgeving is bereid te investeren in een persoon, erkent de moeilijkheden en barrières in het veranderingsproces en steunt het individu emotioneel (Markland et al., 2005). Volgens Markland en collega's (2005) sluiten de zelfdeterminatietheorie, de motiverende gespreksvoering, de kort oplossingsgerichte therapie en het transtheoretisch model van Prochaska en DiClemente goed op elkaar aan. De stijl van motiverende gespreksvoering en de specifieke strategieën ondersteunen de behoeften aan competentie, autonomie en verbondenheid. De hulpverlener ondersteunt de behoefte aan competentie door cliënten te helpen realistische verwachtingen te koesteren en haalbare zelfgeselecteerde doelen te stellen en positieve, niet veroordelende feedback te geven. De autonomie ondersteunt hij door confrontatie en dwang te vermijden, de zelfregulatie vaardigheden te onderzoeken en door cliënten aan te moedigen zelf te kiezen hoe zij willen veranderen. Aan de behoefte aan verbondenheid komt een hulpverlener tegemoet door empathie te tonen en kritiek en beschuldigingen te vermijden. Via deze motiverende strategieën bevordert de hulpverlener de intrinsieke motivatie tot gedragsverandering.

Exercise counseling hanteert het vijf A's model: Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange in een stappenplan

Eerste sessie

In een eerste intake-sessie kan de psychomotorisch therapeut vaststellen of de patiënt in aanmerking komt voor reguliere bewegingsactiviteiten of voor een specifiek psychomotorisch therapieprogramma. Het uiteindelijke doel van een dergelijke aanpak is op middel- tot lange termijn het fitheidsniveau en de lichamelijke zelfwaardering dusdanig te verhogen dat zelfstandige deelname aan bewegingsactiviteiten haalbaar is. Continuering van het bewegen vraagt om een advies op maat van de voorkeuren, mogelijkheden en/of beperkingen van de individuele patiënt. In eerste instantie wordt er

stilstaan bij de hulpvraag van de patiënt. De *"Patiënt Specifieke Klachten"* (PSK) is een meetinstrument om de functionele status van de patiënt te bepalen; de score op de PSK geeft een indruk van zowel de hulpvraag van de patiënt als de ernst van de klachten (Köke, 2007) (bijlage 1). In de PSK maken patiënten een inschatting van hun meest problematische activiteiten qua aard, duur en kwaliteit gedurende de afgelopen week op een visuele analoge schaal (VAS). De VAS verwijst naar een methode van meting, namelijk op een meetlatje met een schaal van 0 tot 100 mm.

Tijdens de intake beoordeelt de psychomotorisch therapeut ook of de patiënt geïncorporeerd kan worden en of deelname aan fitheidstesten en een specifiek programma verantwoord is. De therapeut dient oog te hebben voor eventuele contra-indicaties en lichamelijke beperkingen die een succesvolle beweeginterventie mogelijk in de weg staan. De therapeut kan hiervoor gebruik maken van de *"Physical Activity Readiness Questionnaire"* (bijlage 2) (American College of Sports Medicine, 2009) of de online *"Test Sportmedische Keuring"* (www.cjism.vlaanderen.be/gezondsporten). Interpreteer de vragenlijst en verwijst indien nodig de patiënt naar de huisarts.

Om een echt goede inschatting van de belastbaarheid van een patiënt en de risico's van een beweeginterventie te kunnen maken, moet de psychomotorisch therapeut echter kunnen beschikken over een aantal medische gegevens. Bij voorkeur worden hierover vooraf met de verwijzende arts duidelijke afspraken gemaakt.

Het betreft hier actuele gegevens met betrekking tot:

- voorgeschiedenis wat betreft cardiovasculaire en orthopedische problematiek
- een metabole screening: buikomtrek, bloeddruk, nuchtere glucose en lipidenwaarden
- medicatiegebruik
- indien beschikbaar: resultaat van inspanning-ECG

Het is belangrijk dat de psychomotorisch therapeut in het inleidende gesprek naast een risicotaxatie ook ruim de tijd neemt om *de beweeggeschiedenis aan de hand van een vragenlijst* (bijlage 3) te bevragen.

Daarnaast wordt het niveau van fysieke activiteit en de bereidheid om te bewegen aan de hand van de *"Physician-based Assessment and Counseling for Exercise"* (PACE) nagegaan (Bijlage 4). De PACE wordt gebruikt om richting te geven aan de eerste sessie. Het interventieprotocol zal toegespitst worden op het stadium van gedragsverandering waarin de patiënt zich bevindt. Dit stadium wordt bepaald aan de hand van de behaalde score op de vragenlijst (American College of Sports Medicine, 2009; Jonas & Phillips, 2009).

PACE score 1: sedentair gedrag, en niet erg geïnteresseerd in fysieke activiteit.

PACE score 2 tot 5: de persoon is bereid om regelmatig fysiek actief te worden.

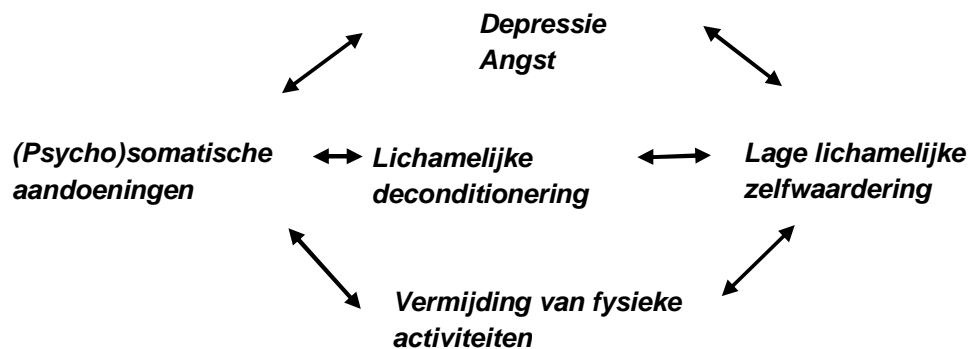
PACE score 6 tot 11: volhouden van een fysiek actieve levensstijl.

De interventieadviezen voor de drie fases van gedragsverandering zijn te vinden in bijlage 5. De intake wordt afgesloten met een bespreking van de PACE score en een eventuele verwijzing naar de huisarts.

Tevens verduidelijkt de therapeut de samenhang tussen depressie, angstklachten en een laag niveau van fysieke activiteit en fitheid.

Mensen die lijden aan depressies zijn over het algemeen minder actief dan de algemene bevolking. De oorzaken van dit lager activiteitsniveau zijn inherent aan de symptomen van depressie zoals verlies aan energie, interesse en motivatie, gevoelens van waardeloosheid, continue vermoeidheid en in sommige gevallen gewichtstoename. Fysieke inactiviteit leidt tot een verslechtering van de fysieke fitheid en is één van de risicofactoren van diabetes type 2, cardiovasculaire aandoeningen en obesitas die frequent geassocieerd zijn met depressie. Deze gezondheidsproblemen versterken op

hun beurt de ernst van de depressiviteit waardoor de persoon in een neerwaartse spiraal terecht komt (Haase et al., 2010; Knapen et al., 2009).



Personen die lijden aan angststoornissen vermijden vaak fysieke inspanningen o.w.v. de fysiologische reacties die hiermee gepaard gaan zoals een verhoogde hartfrequentie, hyperventilatie, kortademigheid en transpireren. Dit vermijdingsgedrag (i.e. kinesiofobie) leidt tot fysieke deconditionering, versterkt de angstproblematiek en heeft een negatieve impact op de somatische gezondheid (Knapen et al., 2010b).

Verduidelijk dat bewegen een goede therapievorm is om uit de vicieuze cirkel te geraken via:

- (1) Goed gedoseerde en geplande fysieke activiteit kan leiden tot stemmingsverbetering en angstvermindering. Jezelf activeren ondanks depressie en/of angst kan je terug een gevoel geven van controle over je leven. Het is mogelijk dat je sommige activiteiten als prettig ervaart. En zelfs als die activiteiten niet plezierig zijn, kunnen ze je een gevoel geven dat je iets bereikt hebt of dat jouw angst overwonnen hebt.
- (2) Geplande fysieke activiteit kan ertoe leiden dat je meer zin of motivatie krijgt om te bewegen. Veel mensen die depressief of angstig zijn, denken dat ze eerst 'gewoon meer zin moeten krijgen' of 'minder angstig moeten zijn' vooraleer ze iets kunnen ondernemen. De symptomen van depressie en angst blokkeren echter juist het gevoel van motivatie tot bewegen. Wachten leidt dus tot niets. Doordat je activiteiten onderneemt, kun je meer zin krijgen.
- (3) Bij angstige personen doorbreekt bewegen de vicieuze cirkel van vermijdingsgedrag.
- (4) Bewegen doorbreekt de negatieve gedachtestroom (piekeren).
- (5) Goed opgebouwde lichaamsbeweging verbetert het zelfbeeld en zelfvertrouwen.
- (6) Bewegen is een goed medium om uit een sociaal isolement te geraken.
- (7) Bewegen verbetert de fitheid en gezondheid.
- (8) Fysieke activiteit gaat vaak gepaard met een gezondere levensstijl (minder roken en alcohol drinken, een gezonder eetpatroon) en een verbetering van de kwaliteit van de slaap.

Indien persoon geïnteresseerd en gemotiveerd is voor verdere begeleiding, maak dan een volgende afspraak om de fysieke fitheid en fysieke activiteitsniveau in kaart te brengen.

Indien persoon niet geïnteresseerd en gemotiveerd is voor verdere begeleiding, respecteer dan zijn keuze en geef aan dat hij je eventueel later nog kan contacteren.

Evalueer de specifieke klachten.

Ga na of een verwijzing naar een huisarts noodzakelijk is.

Bevraag de beweeggeschiedenis.

Bepaal het niveau van fysieke activiteit en de bereidheid om te bewegen.

Verduidelijk de samenhang tussen depressie, angst en fysieke (in)activiteit en fitheid.

Tweede sessie

Evalueer de fysieke fitheid en de waargenomen vermoeidheid tijdens fysieke inspanning

De 6-minuten wandeltest

De 6-minuten wandeltest evalueert de functionele wandelcapaciteit (American College of Sports Medicine, 2009; American Thoracic Society, 2002). De persoon stapt gedurende 6 minuten aan een zelfgekozen snelheid, met als opdracht zo ver mogelijk te stappen. Het resultaat is de totaal afgelegde afstand in 6 minuten. Tijdens deze test kunnen ook andere parameters gemeten worden zoals bloeddruk, hartfrequentie, orthopedische klachten en de vermoeidheid aan de hand van de Borgscore (Borg, 1998). De resultaten van 6-minuten wandeltest worden gedeeltelijk verklaard door de maximale zuurstofopnamecapaciteit. Ook andere factoren bepalen de wandelafstand zoals snelheid, anaërobe capaciteit, efficiëntie en spierkracht. Het resultaat is ook afhankelijk van de motivatie van de cliënt. De wandeltest is eenvoudig af te nemen en vereist weinig apparatuur, enkel een chronometer en eventueel een hartfrequentiemeter en een bloeddrukmeter. Bij deze test is bijzonder geschikt voor de evaluatie van wandel- en loopprogramma's. Onderzoek van Vancampfort et al. (2011c) rapporteert een goede betrouwbaarheid ($r=0.96$) voor een steekproef personen met schizofrenie.

De Astrand Rhyming test

De Astrand Rhyming test is een submaximale inspanningstest op een ergometerfiets, aanbevolen door het American College of Sports Medicine (American College of Sports Medicine, 2009). Deze test schat het aerobisch uithoudingsvermogen of de maximale zuurstofopnamecapaciteit. De testpersoon fiets gedurende 6 minuten aan een bepaalde constante belasting. De belasting is afhankelijk van het fitheidsniveau, leeftijd en geslacht. De maximale zuurstofopnamecapaciteit wordt geschat aan de hand van de hartfrequentie tijdens de laatste twee minuten en de belasting. De geschatte maximale zuurstofopnamecapaciteit wordt geïnterpreteerd aan de hand van normtabellen (percentielen) per leeftijdscategorie en geslacht (American College of Sports Medicine, 2009). Tijdens de test kunnen ook de bloeddruk en de waargenomen vermoeidheid worden opgevolgd. De test vereist een geijkte ergometerfiets, een hartfrequentiemeter en een weegschaal. De test is niet geschikt voor personen die behandeld worden met bètablokkers.

Evalueer de kwaliteit van de motivatie tot bewegen aan de hand van de "Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire" (Bijlage 6).

De "Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire" (Eylenbosch & Van Roosbroek, 2009; Mullan et al., 1997) werd ontwikkeld om de verschillende vormen van motivatie tot bewegen te meten. De vragenlijst is gebaseerd op het continuüm van amotivatie tot intrinsieke regulatie en bevat vijf subschalen: amotivatie, externe regulatie, geïntrojecteerde regulatie, geïdentificeerde regulatie, en intrinsieke regulatie. Aan de hand van de gemiddelden op deze subschalen kunnen motivationele veranderingen tijdens een bepaalde counselingperiode worden opgevolgd. Via het berekenen van de

relatieve autonomie index krijgen we een idee van de graad van zelfdeterminatie (Ryan & Deci, 2000). De relatieve autonomie index wordt berekend aan de hand van een gewicht dat aan elke subschaal wordt toegekend: amotivatie – 3, externe regulatie – 2, geïntrojecteerde motivatie - 1, geïdentificeerde motivatie + 2, en intrinsieke regulatie + 3. De relatieve autonomie index is de som van de gewogen scores op alle subschalen. Hoe hoger deze index, hoe groter de zelfdeterminatie (scorebereik – 23 tot + 20). Eylenbosch en Van Roosbroek (2009) rapporteren een goede betrouwbaarheid van deze schaal: de interne consistentie van de subschalen varieert van $\alpha=0,76$ tot $\alpha=0,90$. Markland en Tobin (2004) toonden aan de vragenlijst voldoende valide is om voorspellingen te doen over het niveau van fysieke activiteit.

Opdracht voor de volgende sessie

Registreer jouw bewegingsactiviteiten aan de hand van de Nederlandstalige korte versie van de "International Physical Activity Questionnaire" (Van Poppel et al., 2004) of met behulp van een stappenteller. Noteer ook jouw positieve en negatieve gedachten en gevoelens die opkomen wanneer je fysiek actief bent.

Evalueer de fysieke fitheid en de waargenomen vermoeidheid.

Evalueer de kwaliteit van de motivatie tot bewegen.

Opdracht: registreer jouw fysieke activiteiten en jouw gedachten en gevoelens die hiermee gepaard gaan.

Derde sessie

Bespreek de resultaten van de fitheidstest en de resultaten van de Nederlandstalige versie van de "International Physical Activity Questionnaire" of het aantal stappen geregistreerd door een stappenteller.

Welke positieve en negatieve gedachten en gevoelens heeft u de voorbije week ervaren tijdens fysieke activiteiten?

Verduidelijk de resultaten van de motivatievragenlijst.

In geval van een lage (negatieve) relatieve autonomie index (scorebereik – 23 tot + 20) leg uit dat dit een negatieve impact heeft op de motivatie en het volhouden van bewegen.

Opdracht voor de volgende sessie (bijlage 7).

Welke zijn jouw belangrijkste 3 voor- en nadelen ten aanzien van bewegen?

Welke zijn jouw 3 belangrijkste hindernissen of barrières ten aanzien van bewegen? Tracht voor elke hindernis een oplossing te vinden.

Denk eens na welke jouw voorkeursactiviteiten zijn?

Vierde sessie

Overloop met de patiënt de opdrachten van vorige sessie.

Overleg met de patiënt over een individueel aangepast beweegprogramma.

Houd hierbij rekening met de persoonlijke wensen en voorkeuren, de belastbaar- en trainbaarheid, bewegingservaring, somatische comorbiditeit, medicatie, en eventuele risicofactoren voor orthopedische overbelastingsletsels.

De belangrijkste risicofactoren zijn

- Orthopedische afwijkingen: instabiliteit van enkels en knieën, platvoeten, beenlengteverschil, onvoldoende rompstabiliteit
- Vroegere overbelastingsletsels
- Overgewicht en obesitas
- Laag fysiek activiteitsniveau en een zwakke fitheid
- Sporten met een hoge impact op de onderste ledematen zoals joggen
- Onoordeelkundig opbouwen van de training
- Onaangepast schoeisel

Vraag eventueel advies aan een (sport)arts of kinesitherapeut.

Help de cliënt SMART doelstellingen formuleren.

SMART doelstellingen zijn specifiek, mmeetbaar, aanvaardbaar, realistisch en tijsgebonden (Jonas & Phillips, 2009).

Doelen worden opgesplitst in korte, middellange en lange termijndoelen. Het noteren van de doelen, de termijnen, de streefdatum voor het realiseren van het uiteindelijke doel werkt motiverend (contractformule). Bij het stellen van SMART doelen is het belangrijk om zeker in het begin te zorgen voor succeservaringen; deze werken bekrachtigend en vergroten de kans dat de persoon zal volhouden. Moeilijke situaties worden in het begin best vermeden.

Evalueer de zelfeffectiviteit om deze doelstellingen te bereiken

Ik ben ervan overtuigd dat ik mijn doelstellingen kan bereiken.

●—————●
helemaal niet akkoord **helemaal akkoord**

Overloop de opdrachten van vorige sessie.
Overleg over een individueel aangepast beweegprogramma.
Help SMART doelstellingen formuleren.
Evalueer de zelfeffectiviteit om deze doelstellingen te bereiken.

Opvolgsessies

Plan opvolgsessies of spreek follow-up af via telefonische contacten of e-mail.
Evalueer de zelfeffectiviteit en zelfperceptie aan de hand van de visueel analoge schalen.
Evalueer eventueel de fysieke fitheid en motivatie tot bewegen aan de hand van de "Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire".

Geef positieve feedback over deze evaluaties.

Bespreek herhalpreventie strategieën zoals het anticiperen op problemen die het volhouden van fysieke activiteit bemoeilijken. Valideer deze moeilijkheden en zoek samen met de cliënt naar strategieën om met deze moeilijke situaties om te gaan (bv. sociale steun zoeken, zoeken naar alternatieven).

Hanteer de technieken van de motiverende gespreksvoering: open vragen stellen, reflectief luisteren, aandacht geven (bevestigen, waarderen, complimenteren, confronteren), samenvatten en concretiseren.

BIJLAGE I

Patiënt Specifieke Klachten (PSK)

Instructie

Selecteer de drie voor u belangrijkste klachten op het gebied van fysieke activiteiten. Belangrijk zijn activiteiten die u veel moeite kosten met uitvoeren, die u regelmatig moet doen en die u graag weer beter wilt kunnen uitvoeren. Zet de klachten in volgorde van belangrijkheid.

De fysieke activiteiten waar ik de meeste moeite mee heb om ze uit te voeren en die ik graag veranderd wil zien zijn, in volgorde van belangrijkheid (1 is de belangrijkste):

- 1.
- 2.
- 3.

Geef voor elk van deze 3 klachten aan hoeveel moeite het kost om de genoemde activiteit uit te voeren. Doe dit door een verticaal streepje te zetten op de horizontale lijnen van 10 cm. Het linkeruiteinde van de lijn betekent 'geen enkele moeite' en het rechteruiteinde 'onmogelijk'.

Voorbeeld hoe in te vullen.

Probleem: wandelen

Plaatst u het streepje rechts, dan kost wandelen u veel moeite:

Geen enkele moeite _____ | _____ Onmogelijk

Plaatst u het streepje links, dan kost wandelen u weinig moeite:

Geen enkele moeite _____ | _____ Onmogelijk

Probleem 1:

Hoeveel moeite kostte het in de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren?

Geen enkele moeite _____ Onmogelijk

Probleem 2:

Hoeveel moeite kostte het in de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren?

Geen enkele moeite _____ Onmogelijk

Probleem 3:

Hoeveel moeite kostte het in de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren?

Geen enkele moeite _____ Onmogelijk

BIJLAGE II

PHYSICAL ACTIVITY READINESS QUESTIONNAIRE

Indien u overweegt om veel actiever te worden dan u nu bent, beantwoord dan volgende 7 vragen. Indien U in de leeftijd bent tussen 15 en 69 jaar, geeft deze vragenlijst aan of u uw arts voor aanvang moet consulteren. Indien u ouder bent dan 69 jaar, en u niet lichamelijk actief bent, raadpleeg dan uw arts voordat u actiever gaat worden.

Lees de vragen eerst aandachtig, beantwoord daarna elke vraag eerlijk met JA of Nee.

1. Heeft een arts ooit gezegd dat u een hartprobleem heeft en dat u alleen fysieke inspanning op advies van een arts zou mogen uitvoeren?

JA NEE

2. Heeft u pijn op de borst bij fysieke inspanning?

JA NEE

3. Heeft u in de afgelopen maand pijn op de borst gehad terwijl u geen fysieke inspanning uitvoerde?

JA NEE

4. Verliest u wel eens uw evenwicht als gevolg van duizeligheid of verliest u wel eens het bewustzijn?

JA NEE

5. Heeft u een skelet- of gewrichtsprobleem (bijvoorbeeld aan rug, knie of heup) dat kan verergeren door een verandering in u fysieke activiteiten patroon?

JA NEE

6. Schrijft uw arts op dit moment medicijnen voor (bijvoorbeeld plas pillen) in verband met bloeddruk of hartprobleem?

JA NEE

7. Bent u op de hoogte van andere redenen waarom u geen fysieke inspanning zou mogen uitvoeren?

JA NEE

Indien u een of meerdere vragen met JA beantwoordt: consulteer uw arts VOORDAT u begint met uw fysieke activiteiten begint of VOORDAT u een fitheidstest uitvoert. Vertel uw arts over de PAR-Q en welke vragen u met JA heeft beantwoord.

BIJLAGE III**BEWEEGGESCHIEDENIS**

Welke sporten heb je vroeger regelmatig beoefend (regelmatig betekent wekelijks gedurende minstens 1 jaar)? Omcirkel bij die sporten **R** (recreatief) of **C** (in competitieverband)

| | | | |
|-------------------------|-------|---|-------|
| Zwemmen | R / C | Tennis / badminton / squash / tafeltennis | R / C |
| Balspelen | R / C | Paardrijden | R / C |
| Joggen / atletiek | R / C | Judo / taekwondo / andere gevechtsporten | R / C |
| Fietsen | R / C | Dans / ballet | R / C |
| Fitness / aerobics e.a. | R / C | Wandelen | R / C |
| Andere: | | | R / C |

Hoeveel uren per week besteedde je de laatste drie maanden gemiddeld aan sport?

| | |
|--------------------|--|
| Minder dan 1 uur | |
| Tussen 1 en 3 uren | |
| Tussen 3 en 8 uren | |
| Meer dan 8 uren | |

Ga na in welke mate en hoe de psychische en lichamelijke problemen deelname aan bewegingsactiviteiten hebben beïnvloed.

Welke zijn je positieve ervaringen met lichaamsbeweging en sport?

.....

Welke zijn je negatieve ervaringen met lichaamsbeweging en sport?

.....

Evalueer de zelfperceptie

Geef aan in welke mate onderstaande uitspraken voor jou van toepassing zijn door op de lijnen een dwars streepje te zetten.

1. Hoe schat je jouw fysieke fitheid (uithouding en kracht) in ?

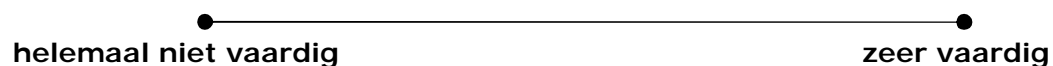
●—————●

helemaal niet fit **zeer fit**

2. Is een goede fysieke fitheid belangrijk voor jou ?



3. Hoe schat je jouw motorische vaardigheden (coördinatie, evenwicht, balvaardigheid,...) in?



4. Zijn goede motorische vaardigheden (coördinatie, evenwicht, balvaardigheid,...) belangrijk voor jou ?



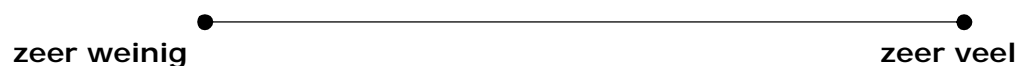
5. Ben je tevreden met je uiterlijk en fysieke aantrekkelijkheid ?



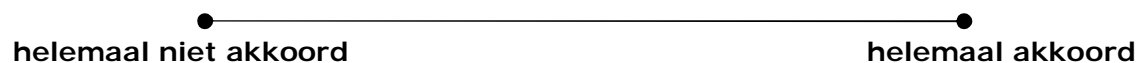
6. Is jouw fysieke aantrekkelijkheid belangrijk voor jou ?



7. Ervaar je steun en aanmoediging van mensen uit jouw omgeving om regelmatig te bewegen ?



8. Ik heb nood aan steun en aanmoediging van mensen uit mijn omgeving.



BIJLAGE IV PHYSICIAN-BASED ASSESSMENT AND COUNSELING FOR EXERCISE

Dit formulier bepaalt uw niveau van lichamelijke activiteit. Lees dit formulier aandachtig en kies de zin die het beste aansluit bij uw huidige activiteitsniveau of uw interesse in lichamelijke activiteiten. De activiteiten die u voor uw werk uitvoert, tellen niet mee.

Voorbeelden van intensieve sport: Voorbeelden van matig intensieve sport:

joggen, hardlopen, wielrennen wandelen, fietsen, tuinieren,
aerobics, baantjes zwemmen, dansen, werken rond het huis

1. Op dit moment sport of wandel ik niet regelmatig en ik ben ook niet van plan hier mee te beginnen.
2. Ik sport of wandel niet regelmatig, maar ik ben wel van plan hier mee te beginnen.
3. Gedurende de laatste maand probeer ik af en toe te sporten of te wandelen.
4. Ik heb meer dan een maand af en toe gesport of gewandeld.
5. Ik sport minder dan 2 uur per week matig intensief.
6. De laatste 1 tot 6 maanden heb ik vaker dan 3 keer per week (of meer dan 2 uur per week) matig intensief gesport.
7. Ik heb meer dan 7 maanden vaker dan 3 keer per week (of meer dan 2 uur per week) matig intensief gesport.
8. Ik heb de afgelopen 1 tot 6 maanden 1 tot 3 keer per week intensief gesport.
9. Ik heb de afgelopen 7 tot 12 maanden 1 tot 3 keer per week intensief gesport.
10. Ik heb meer dan 12 maanden 1 tot 3 keer per week intensief gesport.
11. Ik sport meer dan 3 keer per week intensief.

PACE score 1: sedentair gedrag, en niet erg geïnteresseerd in fysieke activiteit.

PACE score 2 tot 5: bereid om regelmatig fysiek actief te worden.

PACE-score 6 tot 11: volhouden van een fysiek actieve levensstijl.

BIJLAGE V

DE INTERVENTIEADVIEZEN VOOR DE DRIE FASES VAN GEDRAGSVERANDERING OP BASIS VAN PACE-SCORE

PACE score 1: sedentair gedrag, en niet erg geïnteresseerd in fysieke activiteit.

Deze personen zijn zich nauwelijks bewust van de voordelen van bewegen. Geef informatie over de mentale en lichamelijke gezondheidsvoordelen van fysieke activiteit (zie sessie 1). Bespreek het advies voor gezond bewegen: matig intensieve cardio-respiratorische training gedurende 30 minuten per dag, vijfmaal per week (Garber et al., 2011). Benadruk dat (1) bewegen niet noodzakelijk sportbeoefening betekent en dat wandelen en andere activiteiten ook een gezondheidsbevorderend effect hebben, (2) voor inactieve personen, weinig gemotiveerde mensen en personen met chronische aandoeningen zijn deze richtlijnen moeilijk haalbaar. Ze bekomen ook gezondheidsvoordelen wanneer ze oefenen op een lager niveau wat betreft duur, intensiteit en frequentie. Veel personen die onvoldoende bewegen, denken daartoe lichamelijk niet in staat te zijn. Deze personen hebben behoefte aan medische adviezen over geschikte beweegmogelijkheden. Nuttige informatie over bewegen voor personen met chronische aandoeningen is te vinden op www.sportiefbewegen.nl (artrose, diabetes, hoge bloeddruk, longaandoeningen), en www.cjasm.vlaanderen.be/gezondsporten (diabetes, eetstoornissen, obesitas, astma).

PACE score 2 tot 5: de persoon is bereid om regelmatig fysiek actief te worden.

De persoon is zich bewust van het belang van bewegen en heeft plannen om meer te gaan bewegen, maar hij komt er niet toe deze plannen in daden om te zetten. Bespreek de belemmeringen die hij ervaart en help hem zoeken naar oplossingen om deze barrières te overwinnen.

Focus op de mentale en lichamelijke gezondheidsvoordelen.

Bespreek vroegere faalervaringen. Faalervaringen hebben een negatieve impact op het zelfbeeld en zelfvertrouwen. Patiënten die veel faalervaringen hebben meegemaakt vermijden nieuwe pogingen om niet nogmaals met een mislukking geconfronteerd te worden.

Peil naar de voorkeursactiviteiten. Denk hierbij aan positieve ervaringen in het verleden.

Patiënten ervaren een gevoel van machteloosheid ten opzichte van hun problemen, vandaar het belang te werken met concrete doelstellingen die hen houvast bieden. Help de patiënt bij het stellen van realistische en haalbare doelen.

Houd rekening met het habitueel niveau van fysieke activiteit, de persoonlijke doelstellingen en verwachtingen, en de nevenwerkingen van psychofarmaca.

Bouw het activiteitsniveau zeer geleidelijk aan op en peil naar de subjectieve vermoeidheid op een schaal van 0 tot 10. Weinig actieve personen die hun activiteitsniveau te snel verhogen ervaren lichamelijke ongemakken (negatieve bekrachtigers).

Leer patiënten luisteren naar hun lichaam. Bij personen met een zwakke fitheid kunnen te zware inspanningen immers angstsymptomen uitlokken.

Zoek naar mogelijkheden om fysieke activiteiten in te bouwen in het dagelijks leven. Stimuleer de cliënt op vaste tijdstippen tijd vrij te maken om te bewegen.

Benadruk dat bewegen een goed hulpmiddel is om te anticiperen op crisissen.

In de aanvangsfase zijn externe bekrachtiging en sociale steun essentieel om patiënten te motiveren. Help de patiënt zoeken naar steunfiguren in zijn omgeving.

Maak een concrete weekplanning op en houd een dagboek bij. Bespreek deze planning tijdens het volgend consult; evalueer zowel de gerealiseerde als de niet-gerealiseerde doelen en exploreer de barrières die ervaren werden. Voorkom dat cliënten het niet bereiken van doelen generaliseren tot een negatief zelfbeeld, en bespreek deze negatieve interne attributies.

Bespreek herval. Herval of afhaken is eerder regel dan uitzondering. Benadruk dat actiever worden een proces is van vallen en opstaan. Bespreek schuldgevoelens, zoek eventueel naar een alternatieve bewegingsactiviteit (een nieuwe uitdaging), en benadruk het belang van sociale steun om opnieuw te starten.

Korte termijndoelen ondersteunen doelen op lange termijn. De planning wordt onderverdeeld in verschillende tussenstappen, zodat de cliënt ervaart dat hij op een realistische en planmatige wijze fysiek actiever wordt.

Focus op de onmiddellijke effecten van bewegen namelijk, een verlaging van de toestandangst en het stressniveau, een verhoging van het energieniveau, afleiding van negatieve denkpatronen (i.e. piekeren), een verbeterd concentratievermogen en een verbeterde slaapkwaliteit.

Personen met paniekstoornissen vermijden vaak fysieke inspanningen omwille van de fysiologische reacties die ermee gepaard gaan. Dit vermijdingsgedrag leidt tot een toename van angstsymptomen en een verslechtering van de fysieke fitheid, waardoor de patiënt in een vicieuze cirkel terecht komt. De therapeut verduidelijkt deze negatieve spiraal en helpt de cliënt bij het opsporen en corrigeren van de misinterpretaties van normale fysiologische reacties tijdens inspanning. Dit gebeurt via een gradueel opgebouwd oefenprogramma met graduele blootstelling aan de fysiologische reacties (i.e. exposure in vivo).

Vermijd competitiedrang en sociale vergelijking.

PACE score 6 tot 11: volhouden van een fysiek actieve levensstijl.

Bekrachtig het volhouden.

Focus op de subjectieve beleving, het bereiken van zelfgeselecteerde doelen, succeservaringen, en activiteiten die 'goed gevoel' ervaringen uitlokken.

Help de patiënt bij het opbouwen van positieve attributies; met andere woorden leer de cliënt zijn verbetering toeschrijven aan zijn persoonlijke competenties en inzet. Positieve interne attributies bezorgen de patiënt een gevoel van controle over zijn herstelproces.

Geef feedback via tussentijdse evaluaties. Patiënten hebben nood aan regelmatige evaluaties en positieve feedback. Help de cliënt zijn stemming, zelfeffectiviteit en fitheid zelf evalueren aan de hand van visueel analoge schalen.

In de aanvangsfase van de behandeling zijn externe bekrachtiging en sociale steun (extrinsieke motivatie) essentieel om cliënten te motiveren. In de volhoudfase is het doel dat cliënten zichzelf leren bekrachtigen (zelfbekrachtiging). Help de patiënt zoeken naar zelfbekrachtigers op emotioneel, fysiek en interpersoonlijk vlak.

REGULATIE VAN FYSIEKE TRAINING

Waarom neemt u deel aan fysieke trainingsprogramma's?

Waarom beslissen mensen om wel of niet aan fysieke training te doen? Op de onderstaande schaal kunt u door te omcirkelen aangeven in welke mate volgende uitspraken gelden voor u.

Merk op dat er geen foute of correcte antwoorden bestaan. We willen gewoon weten hoe u persoonlijk tegenover fysieke training staat.

| REGULATIE FYSIEKE TRAINING | | Niet waar voor mij | | Soms waar voor mij | | Helemaal waar voor mij |
|----------------------------|---|--------------------|---|--------------------|---|------------------------|
| 1 | Ik train omdat anderen vinden dat ik dat moet doen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Ik voel me schuldig als ik niet train | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Ik waardeer de voordelen van trainen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Ik train omdat ik dat leuk vind | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Ik zie niet in waarom ik zou trainen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Ik neem deel aan fysieke training omdat mijn vrienden/familie/partner zeggen dat ik dat moet doen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | Ik schaam me wanneer ik een trainingssessie gemist heb | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Ik vind het belangrijk om regelmatig te trainen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | Ik zie niet in waarom ik moeite zou moeten doen om te trainen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Ik geniet van mijn trainingssessies | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Ik train omdat anderen niet blij zullen zijn wanneer ik het niet doe | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Ik zie het nut niet in van fysieke training | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Ik voel me een mislukking wanneer ik gedurende een tijdje niet heb getraind | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Ik vind het belangrijk om een inspanning te doen om | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| | regelmatig te trainen | | | | | |
| 15 | Ik vind trainen een aangename activiteit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | Ik voel dat mijn vrienden/familie/partner mij onder druk zetten om te trainen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 | Ik word onrustig als ik niet regelmatig train | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | Ik vind plezier en voldoening in fysieke training | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | Ik vind dat trainen tijdsverspilling is | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|----------------------------|---|----|----|----|
| Amotivatie | 5 | 9 | 12 | 19 |
| Externe regulatie | 1 | 6 | 11 | 16 |
| Geïntrojecteerde regulatie | 2 | 7 | 13 | |
| Geïdentificeerde regulatie | 3 | 8 | 14 | 17 |
| Intrinsieke regulatie | 4 | 10 | 15 | 18 |

BIJLAGE VII

VOOR- EN NADELEN TEN AANZIEN VAN BEWEGEN

Welke voor- en nadelen ervaar je om meer te gaan bewegen of sporten?

Voordelen

- 1.
- 2.
- 3.

Nadelen

- 1.
- 2.
- 3.

Welke hindernissen of barrières ervaar je ten aanzien van bewegen

Neem de tijd om eens na te denken over de hindernissen die je zou kunnen tegenkomen. Tracht een oplossing te vinden om toch fysiek actief te blijven. Bekijk de hindernis eens van de andere kant.

Hindernis 1

Oplossing

Hindernis 2

Oplossing

Hindernis 3

Oplossing

Welke zijn jouw voorkeursactiviteiten?

Referenties

- Abbott, R., White, L., Ross, G., Masaki K., Curb, J., & Petrovitch, H. (2004). Walking and dementia in physically capable elderly men. *The Journal of the American Medical Association*, 292, 1447-1453.
- American College of Sports Medicine (2009). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription* (8th ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- American Thoracic Society Committee on proficiency standards for clinical pulmonary function laboratories (2002). ATS statement: guidelines for the six-minute walk test. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 166(1), 111-117.
- Angevaren, M., Aufdemkampe, G., Verhaar, H., Aleman, A., & Vanhees, L. (2008). Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev*, CD005381.
- Bakker, J., & Banninck, F. (2008). Oplossingsgerichte therapie in de psychiatrische praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 55-59.
- Beaulac, J., Carlson, A., & Boyd, R. (2001). Counseling on physical activity to promote mental health: Practical guidelines for family physicians. *Canadian Family Physician*, 57, 399-401.
- Borg, G. (1998). External, physiological and psychological factors and perceived exertion. In G. Borg (Ed), *Borg's perceived exertion and pain scales* (pp. 68-74). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Carek, P., Laibstain, S., & Carek, S. (2011). Exercise for the treatment of depression and anxiety. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 41(1), 15-28.
- Colton, C. & Manderscheid, R. (2006). Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Preventing Chronic Disease*, 3, A42.
- De Hert, M., Correll, C., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., et al. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, 10, 52-77.
- Edenfield, T. (2007). *Exercise and mood: Exploring the role of exercise in regulating stress reactivity in bipolar disorder*. Unpublished doctoral dissertation. Orono: University of Maine.
- Eylenbosch, L., & Van Roosbroek, N. (2009). *De invloed van motivatie en de sociale omgeving op de mate van fysieke activiteit bij studenten in het eerste jaar hoger onderwijs*. Mastertproef, Master in de Gezondheidsvoorlichting en -bevordering. Universiteit Gent.
- Garber, C., Blissmer, B., Deschenes, M., Franklin, B., Lamonte, M., Lee, I., et al. (2011). Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: Guidance for prescribing exercise. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 43(7), 1334-1359.
- Goodwin, R. (2003). Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. *Preventive Medicine*, 36(6), 698-703.

- Gorczyński, P., Faulkner, G., Greening, S., & Cohn, T. (2010). Exploring the construct validity of the transtheoretical model to structure physical activity interventions for individuals with serious mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(1), 61-64.
- Haase, A., Taylor, A., Fox, K., Thorp, H., & Lewis, G. (2010). Rationale and development of the physical activity counselling intervention for a pragmatic TRIal of Exercise and Depression in the UK (TREAD-UK). *Mental Health and Physical Activity*, 3(2), 85-91.
- Hollenberg, M., & Haight, T. (2003). Depression decreases cardiorespiratory fitness in older women. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, 1111-1117.
- Jonas, S., & Phillips, E. (2009). *ACSM's exercise is medicine: a clinician's guide to exercise prescription*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Knapen, J., & Schoubs, B. (2006). Motiveren tot bewegen in de geestelijke gezondheidszorg: interventiestrategieën op maat van het individu. *PsychoPraxis*, 8, 17-24.
- Knapen, J., Vancampfort, D., Schoubs, B., Probst, M., Sienaert, P., Haake, P., et al. (2009). Exercise for the treatment of depression. *The Open Complementary Medicine Journal*, 1, 78-83.
- Knapen, J., Vancoillie, J., & Probst, M. (2010a). Intrinsieke en extrinsieke motivatie tot bewegen bij psychiatrische patiënten. In: J. Simons (Ed.), *Actuele themata uit de psychomotorische therapie* (pp. 149-158). Leuven: Acco.
- Knapen, J., Vancampfort, D., & Schoubs, B. (2010b). Psychomotorische therapie voor stemmings- en angststoornissen: up-date evidence based practice. In: J. Simons (Ed.), *Actuele themata uit de psychomotorische therapie* (pp. 83-106). Leuven: Acco.
- Knapen, J., Coppens, E., Vancampfort, D., Minguet, P., Schueuremans, A., De Herdt, et al. (2012). Study on the association between severity/recovery of depression and severity/recovery of gross motor retardation. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 16(2), 12-21.
- Köke, A. (2007). Rubriek 'Meten in de praktijk' patiënt specifieke klacht. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 117(4), 154.
- Markland, D., & Tobin, V. (2004). A modification to the Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire to include an assessment of amotivation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 26, 191-196.
- Markland, D., Ryan, R., Tobin, V., & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and selfdetermination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 811-831.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Mullan, E., Markland, D., & Ingledew, D. (1997). A graded conceptualisation of selfdetermination in the regulation of exercise behaviour: Development of a measure using confirmatory factor analytic procedures. *Personality and Individual Differences*, 23(5), 745-752.
- Ng, F., Dodd, S., & Berk, M. (2007). The effects of physical activity in the acute treatment of bipolar disorder: A pilot study. *Journal of Affective Disorders*, 101, 259-262.

- Parks, J., Svendsen, D., Singer, P., & Foti, M. (2006). *Morbidity and mortality in people with serious mental illness*. Alexandria: National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Medical Directors Council.
- Petrella, R., & Lattanzio, C. (2002). Does counseling help patients get active? Systematic review of the literature. *Canadian Family Physician, 48*, 72-80.
- Prochaska, J., & Velicer, W. (1997). The transtheoretical model of health behavior changes. *American Journal of Health Promotion, 12*, 38-45.
- Raepsaet, J., Knapen, J., Vancampfort, D., & Probst, M. (2011). Motivation to physical activity in non-psychotic psychiatric inpatients. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 15* (1), 53-62.
- Rethorst, C., Wipfli, B., & Landers, D. (2009). The antidepressive effects of exercise: A meta-analysis of randomized trials. *Sports Medicine, 39*, 491-511.
- Richardson, C., Faulkner, G., McDevitt, J., Skrinar, G., Hutchinson, D., & Piette, J. (2005). Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. *Psychiatric Services, 56*, 324-331.
- Ryan, R. & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55*(1), 68-78.
- Steens, G. (2007). *Moet er nog sport zijn? Sport, beweging en gezondheid in Vlaanderen 2002 - 2006*. F & G Partners, Partners in Sports.
- Vancampfort, D., Knapen, J., Rutten, L., Aerts, L., De Schepper, E., & Probst, M. (2009). Motiveren tot bewegen binnen de psychomotorische therapie. In: J. Simons (Ed.), *Actuele themata uit de psychomotorische therapie* (pp. 11-40). Leuven: Acco.
- Vancampfort, D., Probst, M., Sweers, K., Maurissen, K., Knapen, J., & De Hert, M. (2011a). Relationship between obesity, functional exercise capacity, physical activity participation and physical self-perception in people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 123*(6), 423-430.
- Vancampfort, D., Probst, M., Maurissen, K., Deckx, S., Raepsaet, J., Remans, S., et al. (2011b). Motiverende gespreksvoering: een meerwaarde voor de psychomotorische therapie. In: Simons J. (Eds.), *Actuele themata uit de psychomotorische therapie* (pp. 11-22). Leuven: Acco.
- Vancampfort, D., Probst, M., Maurissen, K., Sweers, K., Knapen, J., & De Hert, M. (2011c). Reliability, minimal detectable changes, practice effects and correlates of the six-minute walk test in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research, 187*(1), 62-67.
- Vancampfort, D., Vanderlinden, J., Pieters, G., De Herdt, A., Schueremans, A., Adriaens, et al. (in press). Het belang van bewegingsgerichte interventies in de multidisciplinaire behandeling van een eetbui stoornis: een literatuuronderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*.
- Van Poppel, M., Chin, A., & van Mechelen, W. (2004). Reproduceerbaarheid en validiteit van de Nederlandse versie van de International Physical Activity Questionnaire. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 82*, 457-462.
- Vansteenkiste, M., & Neyrinck, B. (2010). Optimaal motiveren van gedragsverandering: Psychologische behoeftebevrediging als motor van therapie succes. *Tijdschrift voor Psychotherapie, 36*(3), 171-189.

Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M., & Laursen, T. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *British Journal of Psychiatry, 199*(6), 453-458.

Weuve, J., Kang, J., Manson, J., Breteler, M., Ware, J., & Grodstein, F. (2004). Physical activity, including walking, and cognitive function in older women. *The Journal of the American Medical Association, 292*, 1454-1461.

Wipfli, B., Rethorst, C., & Landers, D. (2008). Anxiolytic effects of exercise: A meta-analysis of randomized trials and dose-response analysis. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 30*, 392-410.