



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Hardlopen als behandeling: ervaringen in een RIAGG

Alette Kleinsman en Ruud Bosscher*

Samenvatting

Hardlopen als vorm van behandeling heeft de laatste jaren de aandacht getrokken in de ambulante hulpverlening aan met name cliënten met depressieve problematiek. Onderzoek bevestigt in grote lijnen de positieve mogelijkheden van deze aanpak. In dit artikel wordt ingegaan op praktische ervaringen die in een RIAGG-groep zijn opgedaan, geïllustreerd aan de hand van een casus. De algemene ervaringen wijzen op een positieve waardering van de mogelijkheden van een loopgroep, zij het dat een en ander niet moeiteloos verloopt. Gebrekkige of onvoldoende geëxploreerde motivatie van de cliënt, problemen in het sociale contact tussen de deelnemers, uitval of sterk wisselend bezoek aan de groep, niet-uitgevoerd of niet-gecontroleerd huiswerk en de betrokkenheid van de begeleiders zowel bij de loopgroep als bij tegelijk plaatsvindende andere vormen van behandeling, vormen potentiële bronnen van problemen. In de conclusies wordt benadrukt dat de loopgroep geen wondermiddel is met gegarandeerd succes, maar een mogelijkheid de nadruk te leggen op het benutten en uitbreiden van capaciteiten. Het vergt niet alleen van de deelnemer, maar ook van de begeleider een aanzienlijke inspanning.

Inleiding

Sportbeoefening als onderdeel van een behandeling staat de laatste jaren in toenemende mate in de belangstelling van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Hoewel in principe meerdere vormen van sport in aanmerking kunnen komen, wordt vaak voor hardlopen gekozen: een vorm die eenvoudig en met weinig kosten voor de cliënt is te gebruiken. Voorts blijken ervaren hardlopers juist de positieve invloed op hun psychisch functioneren vaak als belangrijk effect aan te geven (Weber, 1982; Callen, 1983), waardoor de stap naar een therapeutische toepassing bij mensen met psychische problemen niet onlogisch lijkt. In de literatuur wordt vooral melding gemaakt van het effect van aërobe training (meestal hardlopen, maar ook wandelen of zwemmen) bij depressieve klachten, maar in de praktijk blijken ook problemen in agressieregulatie, algemene angstklachten, sociale angst, agorafobie en subassertiviteit voor behandelaars aanleiding te zijn cliënten naar een loopgroep te verwijzen. Ten slotte kan een gebrekkige fysieke conditie die in samenhang met psychische klachten tot algehele malaise voert, reden zijn om enig heil van een loopgroep te verwachten door verbetering van de lichamelijke conditie.

Sinds het eind van de jaren zeventig verschijnen publikaties waarin de psychische gevolgen van lichamelijke activiteit systematisch gerapporteerd worden. Door de jaren heen publiceerde een aantal onderzoekers positieve resultaten bij stemmingsstoornissen

* MEVR. DRS. A.C.M. KLEINSMAN, arts, volgt de a-opleiding psychiatrie bij Psychiatrisch Ziekenhuis Endegeest, Endegeesterstraatweg 5, 2342 AJ Oegstgeest.
DR. R.J. BOSSCHER, klinisch bewegingswetenschapper, is werkzaam bij de vakgroep Bewegingsagogiek, Faculteit der Bewegingswetenschappen, Vrije Universiteit, Van der Boechorststraat 9, 1081 BT Amsterdam.

(Greist et al, 1979; Doyne et al., 1983; Damen et al., 1984; Fremont & Craighead, 1987; Martinsen et al., 1989a; Bosscher, 1991), terwijl onder anderen Martinsen et al. (1989b) ook een positief effect bij angststoornissen vonden.

Verklaringen voor de positieve invloed van hardlopen op psychische klachten worden zowel in sociaal-wetenschappelijke als in medisch-biologische hoek gezocht. Te denken valt daarbij aan de rol van afleiding, spierontspanning, lichaamstemperatuur, monoaminen en bèta-endorfinen (Bosscher, 1991). Een naar onze mening vruchtbare kandidaat-theorie is de 'self-efficacy'-theorie van Bandura (1977, 1986). Hierin wordt uitgegaan van de stelling dat gedragsverandering gebaseerd is op veranderingen in 'self-efficacy expectations', verwachtingen dat men in staat is prestaties te leveren die nodig zijn om gewenste doelen te bereiken. Wanneer mensen verwachten dat zij die prestaties niet kunnen leveren, wanneer zij met andere woorden over een laag competentieniveau beschikken, zullen zij geen pogingen doen op onbekende uitdagingen in te gaan en wordt bij een mislukking niet doorgezet. Dit beeld is typerend voor veel cliënten die de RIAGG bezoeken. In het kader van behandeling kan het derhalve van belang zijn mensen ervaringen te laten opdoen waaraan zij de conclusie kunnen verbinden dat ze ergens succesvol in zijn. Als bronnen voor het versterken van competentieverwachtingen noemt Bandura (a) directe succeservaringen, (b) prestaties die geleverd worden door personen met wie men zich kan identificeren, (c) de door anderen overgebrachte overtuiging dat men iets kan, en (d) lichaamssignalen ('arousal') die informatie geven over de aanwezige vaardigheid met een situatie om te kunnen gaan. Een loopgroep kan elk van deze vier bronnen benutten. Deelnemers kunnen ervaren dat de loopprestaties verbeteren, of dat aflezen aan in kaart gebrachte prestaties. Ook wordt gezien dat andere deelnemers – ook geen atleten – iets tot stand brengen, waardoor de gedachte kan postvatten: als zij het kunnen, kan ik het ook. De overtuiging dat men iets kan zal zowel door de begeleiders van de groep als door andere deelnemers overgebracht kunnen worden, verbaal of non-verbaal, terwijl de deelnemer in de loop van de bijeenkomsten kan ervaren dat de 'arousal', die gepaard gaat met het volgen van het loopprogramma, afneemt. Ook zal de deelnemer aan de lichamelijke reacties gaan ervaren dat iets wat aanvankelijk moeilijk ging na verloop van tijd makkelijker gaat, waaraan afgelezen kan worden dat de conditie toeneemt.

Hoewel in veel loopprogramma's gebruik gemaakt wordt van trainingsschema's die op conditieverbetering gericht zijn, in de zin van verbetering van het vermogen zuurstof op te nemen, is het onduidelijk of dit ook altijd bereikt wordt. Het resultaat wordt niet altijd gemeten, of de meting maakt gebruik van methoden die slechts een matige betrouwbare schatting geven. Maar evenmin is duidelijk of conditieverbetering per se een noodzakelijke voorwaarde is voor het slagen van het programma. Hoewel in een studie met depressieve patiënten Martinsen et al. (1985) een positieve correlatie vonden tussen afname van de depressie en toename van de maximale zuurstofcapaciteit – overigens alleen bij mannen – kon dit in een later onderzoek (Martinsen et al., 1989a) niet bevestigd worden. Ook in het onderzoek van Bosscher (1991) werd geen significant verband gevonden tussen de verbetering van de conditie en een afname van depressieve klachten. Wel werd in dat onderzoek een significant verband gevonden tussen een toename van de subjectief gepercipieerde lichamelijke fitheid en een afname van depressie. Over de richting van het causaal verband is daarmee echter nog niets gezegd.

De RIAGG–loopgroep

De door ons gevolgde loopgroep is die van de RIAGG Zuid/Nieuw West in Amsterdam. Deze groep startte in oktober 1990 onder leiding van twee psychotherapeuten en een arts. Alle deelnemers hebben nog een ander begeleidend of therapeutisch contact. In principe kunnen alle cliënten tot de groep toegelaten worden, tenzij er sprake is van een manifeste psychose of wanneer destructief gedrag verwacht kan worden. In het algemeen worden deelnemers door hun behandelaar op de groep attent gemaakt en ernaar verwezen. Nieuwe deelnemers krijgen informatie over de groep, over het Sport Medisch Adviescentrum (SMA) en over rek/stretch-oefeningen. Voor de eerste bijeenkomst wordt de deelnemer gevraagd een bezoek aan de huisarts te brengen of bij het SMA een keuring te laten verrichten met het oog op eventuele fysieke contraïndicaties. De maximale duur van de deelname aan de groep is een jaar. De groep komt eens per week gedurende vijf kwartier bijeen op een loopveldje bij een sportcomplex. Na de warming-up – die bestaat uit enkele ronden rustig inlopen, losmaak- en stretch-oefeningen – wordt aandacht besteed aan looptechnische oefeningen. Vast onderdeel is ook een aaneengesloten periode van tien minuten, waarin de deelnemers proberen zoveel mogelijk rondjes rond het veld af te leggen zonder te gaan wandelen. Aan het eind van de bijeenkomst wordt een estafette-achtige activiteit of een balspel ingelast, waarna de ‘cooling-down’ volgt. Deelnemers krijgen het advies om naast de groepsbijeenkomst nog minimaal eens per week voor zichzelf te gaan lopen.

Gedurende de periode waarin de ervaringen met deze loopgroep zijn opgetekend, is een poging gedaan op systematische wijze gegevens te verzamelen. Daartoe werd een aantal nieuwe deelnemers intensief gevolgd. Zij werden geïnterviewd voorafgaand aan de eerste bijeenkomst, na enkele keren en na de tiende bijeenkomst. In het eerste interview werden onder andere de verwachting, motivatie en eerdere ervaringen met lichamelijke activiteit gepeild. Daarnaast gaven de deelnemers een beoordeling van hun lichamelijke conditie en een schatting in hoeverre zij een positief effect van het loopprogramma verwachtten. Het voortgangsgesprek had het karakter van een tussentijdse evaluatie; het derde interview richtte zich onder andere op door de deelnemer zelf ervaren effecten en op verschillen met voorgaande of parallel lopende therapieën. Hiertoe vulden zij ook enkele vragenlijsten in. Verder werd bij het begin en na verloop van tijd de lichamelijke conditie gemeten. Teneinde de deelnemers besef bij te brengen van progressie in het lopen en een koppeling te maken tussen geschatte conditie en werkelijke conditie, werd bij iedere bijeenkomst gevraagd een voorspelling te doen, van het aantal rondjes (van ca. 250 m) dat zonder te wandelen kon worden afgelegd.

Paul

Paul is een 52-jarige man, gehuwd, met voorheen een leidinggevende functie. Hij is een kleine twee jaar in therapie in verband met een surmenage door problemen op het werk. De diagnose is gesteld op aanpassingsstoornis met lichamelijke klachten (hyperventilatie, globusgevoel) bij een man met narcistische en afhankelijke persoonlijkheidstrekken.

De behandeling bestond uit ontspanningsoefeningen in de vorm van zelfhypnose, en uit cognitieve technieken. Werkhervatting bleek niet realiseerbaar en een afkeuringprocedure

is inmiddels in gang gezet. De slaapstoornissen en de concentratieproblemen zijn met succes behandeld; wat blijft is regelmatig somatiseren. De behandelaar beoogt met het loopprogramma met name de lichamelijke klachten te beïnvloeden.

Paul had zelf de behoefte om een of andere sportieve activiteit te ondernemen al diverse keren bij zijn behandelaar geuit en hij was blij deze mogelijkheid aangeboden te krijgen. Hij hoopt door het loopprogramma vooral de lichamelijke ervaren spanningen te kunnen verminderen. Tot twee jaar geleden heeft hij veel aan sport gedaan: hardlopen en basketbal. Na een traumatische ervaring op het werk lukte het lopen van het ene op het andere moment niet meer. Iedere keer wanneer hij het probeerde, had hij last van benauwdheid, duizeligheid en pijn op de borst. Hij stakte hierop het sporten, hoewel lichamelijke afwijkingen niet werden gevonden. Nu gaat hij eens per week zwemmen, wat goed gaat zolang hij rustig aan doet. Hij ergert zich er enorm aan dat het sporten niet meer lukt, vooral omdat hij zich nog goed herinnert hoe heerlijk hij zich voelde als hij een eind had gelopen. Ook legt hij een verband met zijn psychische conditie. Paul beschouwt hardlopen als een manier om zelf iets aan zijn moeilijkheden te doen; hij heeft namelijk weinig vat op zijn situatie. Een goede lichamelijke conditie vindt hij erg belangrijk.

Van de eerste vijf bijeenkomsten mist hij er een, van de laatste vijf drie, onder andere wegens vakantie. Hij maakt redelijke vorderingen, geeft de indruk een pittige inspanning te leveren maar er toch plezier in te hebben. Zowel tijdens als na het lopen uit hij vooral aan het begin nog lichamelijke bezwaren, die hem echter niet weerhouden door te gaan. Zijn prestaties vindt hij erg belangrijk; de eerste keer dat hij zes rondjes achter elkaar kan lopen 'en niet meer helemaal achteraan bungelt' is voor hem een succeservaring. Ook loopt hij regelmatig voor zichzelf, wat hem meer moeite kost, omdat hij zijn prestaties nog gering vindt. 'In de groep gaat het makkelijker, want daar weet iedereen wel dat je met grenzen zit.' Positieve punten noemt hij het regelmatig met zijn lichaam bezig zijn en zijn eigen toestand actief te verbeteren. Zijn problemen zijn niet verdwenen, maar, zoals hij al eerder heeft ervaren, verdwijnen ze bij plezierige activiteiten naar de achtergrond. Ook tijdens het lopen, want 'zo bezig zijn heeft ook iets van plezier, niet alleen van een opgave'. De grote verdienste van de groep is voor Paul dat hij 'in beweging is gekomen', wat hem alleen totaal niet lukte. De deceptie 'als ik na 25 meter al van alles voel, hoe moet dat dan als ik verderop kom?' is veranderd in het zelfvertrouwen: je kunt best doorzetten, ook al voel je wat. Hij heeft de ervaring zich beter te voelen als hij in beweging blijft. Al is het nog op een lager niveau, het gaat weer, en dat is enorm belangrijk voor hem.

De begeleiding is van belang als stimulans en als geruststelling, voor het geval er iets zou gebeuren. Beide aspecten ervaart hij in voldoende mate. De mate van contact met andere groepsleden wisselt. Met degenen die na de training nog wat blijven hangen in de kleedkamer heeft hij wat meer contact en dat vindt hij prettiger. Verder zijn de andere groepsleden van belang als stimulans, om zijn eigen prestaties aan anderen te kunnen afmeten.

Uiteindelijk geeft hij aan duidelijk verbeterd te zijn. Lichamelijke symptomen zijn er nog wel, maar minder frequent. Zelf verklaart hij dit vooral uit de afleiding die de inspanning verschaft. Als verschil met de andere, verbale, therapie geldt voor hem vooral het gevoel met het lopen directer zijn problemen te beïnvloeden. 'Hardlopen leidt van negatieve invloeden af,' meent hij, 'en richt zich op een aantal positieve elementen in je leven, terwijl de andere therapie gericht is op: wat zit er structureel fout?'

De behandelaar ziet duidelijk effect: de hypochondere klachten zijn verminderd, Paul heeft meer vertrouwen in zichzelf, is actiever en minder angstig. Paul is zelf tevreden over het programma. Daarin speelt vooral dat een specifiek probleem is opgelost, namelijk het niet kunnen sporten terwijl dat voor hem heel belangrijk is. Niet alleen is zijn conditie verbeterd, ook meldt hij een verbetering op overige punten, wat door de behandelaar wordt bevestigd.

Algemene ervaringen met de loopgroep

Fysieke training is nog betrekkelijk nieuw in het hulpverleningsaanbod. De ervaring is evenwel zo bemoedigend dat volgens onze informatie nu meer dan tien RIAGG'S en een aanzienlijk aantal psychiatrische ziekenhuizen een loopgroep in hun hulpverleningsaanbod hebben. Hoewel onderzoekers met hardlopen hebben geëxperimenteerd als mono-therapie, vormt het voor de RIAGG-clënten doorgaans een secundair aanbod, als aanvulling op een gesprekscontact. Hardlopen als therapievorm is in deze setting zeker nog geen uitgekristalliseerd gegeven. Startproblemen zijn dan ook onvermijdelijk. In het onderstaande trachten we enige aspecten van het fenomeen 'therapeutische loopgroep' nader te belichten.

Wat betreft problematiek blijkt een zekere eenvormigheid: ondanks de mogelijkheid ook cliënten met andersoortige klachten te verwijzen, is er bij vrijwel alle deelnemers sprake van depressieve klachten en uiten ze vrijwel allemaal ook lichamelijke klachten. Afgaand op gegevens van diverse RIAGG-loopgroepen hebben de meeste groepen ongeveer evenveel mannen als vrouwen, terwijl in enkele groepen vrouwen in de meerderheid zijn.

Activiteitenprogramma's hebben doorgaans te maken met hoge drop-out rates (30-70%; Dishman, 1988). Ook de begeleiders van de huidige RIAGG-groep waren al geconfronteerd met een aanzienlijke uitval. Sommige cliënten die aanvankelijk waren aangemeld kwamen nooit opdagen; van anderen was de opkomst zeer wisselend. Daarbij viel op dat cliënten van wie de begeleiders van de loopgroep tevens hoofdbehandelaar waren, tot de trouwste deelnemers behoorden. Het op peil houden van de motivatie is een cruciale factor. Genoemd kunnen worden het bijhouden van een logboek, het afsluiten van een contract ten aanzien van de frequentie, duur en intensiteit, het stellen van (bereikbare) doelen, het exploreren van competentiegevoelens en het overbrengen van een realistische kijk op hardlopen (Bosscher, 1985, 1991). Een mogelijkheid is de eerste sessies individueel uit te voeren. Tussen de bijeenkomsten door zelfstandig lopen blijkt voor velen niet of moeilijk op te brengen. Dat de begeleiders regelmatig wijzen op de noodzaak hiervan, is volstrekt onvoldoende. Een oplossing kan een logboek zijn, waarin ook afspraken over het individueel te volgen plan worden genoteerd. Daarop aansluitend moet expliciet, bij elke deelnemer afzonderlijk, navraag worden gedaan naar de vorderingen. 'Huiswerk' geven zonder dit te controleren is nutteloos.

Het nieuwe van een hardloopgroep in een ambulante omgeving houdt ook voor de begeleiders een experiment in. Veel richtlijnen zijn er voor hen nog niet. Een enquête onder deelnemers leert dat zij weinig aan te merken hebben op de begeleiding. De meeste cliënten melden in het begin het contact met andere deelnemers van ondergeschikt belang te vinden, maar klagen na verloop van tijd toch over het ontbreken van contact. Bij andere loopgroepen, zoals die van het Johan Weyer Instituut (polikliniek van het Psychiatrisch Centrum Amsterdam), waar de tweede auteur (RB) al enkele jaren bij betrokken is, wordt gesproken over een sterke sociale functie van de groep.

Conclusies

Welke plaats kan het hardlopen binnen de hulpverleningsmogelijkheden innemen? Is het een gezellige afleiding voor cliënten die verder niets om handen hebben? Een

trainingsgroepje met conditieverbetering als doel op zichzelf? Een 'probeersel' voor cliënten die elders in de hulpverlening zijn vastgelopen? Het gaat ons om geen van deze drie aspecten. Het hulpverleningsaanbod van de RIAGG is er niet op gericht de cliënt bezig te houden. Voor uitsluitend het verbeteren van de conditie bestaan andere mogelijkheden. En voor cliënten die zonder duidelijke motivatie beginnen, lijkt het een tot mislukken gedoemd experiment.

Wat is dan wel specifiek voor het hardlopen? Misschien wordt de essentie nog het best uitgedrukt door de beschreven deelnemer: 'Hardlopen richt zich op positieve elementen in je leven, terwijl andere therapieën zich richten op: wat zit er fout?' De loopgroep geeft de deelnemers de kans op een succeservaring, door aan te sluiten bij iemands capaciteiten, waardoor een meer positieve kijk op zichzelf en de omgeving kan ontstaan. Niet elk activiteitenprogramma kan dit bewerkstelligen. Specifiek is dat hardlopen een activiteit is die door de meeste mensen op dit moment als zinvol wordt beleefd en waarin vooruitgang ook duidelijk te signaleren is. Lichamelijke klachten, inactiviteit en verstoord lichaamsbewustzijn kunnen er beter mee aangepakt worden dan met een verbale therapie.

De keerzijde is dat het hardlopen veel inspanning vraagt van zowel de begeleider als de cliënt. Hardlopen is geen succesformule voor cliënten bij wie niets werkt. Bij verschillende RIAGG'S is men er dan ook toe overgegaan een duidelijk doel bij de cliënt als 'ingangscriterium' te stellen. De cliënt moet aangeven wat hij of zij met het programma wil bereiken. Deze werkwijze voorkomt de deelname van teveel cliënten die, door vroegtijdig afhaken, zelf geen resultaat behalen en daarnaast het groepsproces nadelig beïnvloeden.

Abstract

The therapeutic effects of physical activity and its use, particularly running, in psychosocial treatment has been drawing interest over the past fifteen years. The attention currently given to running as therapy in research and applied literature suggests its positive consequences. The present short note describes experiences of working with a running group in an outpatients psychiatric clinic in general and is illustrated by a case example. Positive results are discussed in light of problems that may arise in the course of treatment. Particular problems concern motivation, social contact between participants, irregular compliance with sessions or homework assignments, or involvement of running group leaders in other types of treatment that are provided simultaneously. It is concluded that running may serve a number of goals that emphasize to train skills that the client can utilize to feel more effective in handling the problems of daily life, that it is no 'cure for all', and that it demands a considerable effort by client and therapist.

Referenties

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Bosscher, R.J. (1985). Running-therapie met depressieve patiënten, ontwerp van een theorie, gebaseerd op de geherformuleerde aangeleerde hulpeloosheid theorie van Abramson, Seligman en Teasdale en Bandura's self-efficacy theory. *Bewegen en Hulpverlening*, 2, 99-109.
- Bosscher, R.J. (1991). *Runningtherapie bij depressie*. Amsterdam: Thesis.
- Callen, K.E. (1983). Mental and emotional aspects of long-distance running. *Psychosomatics*, 24, 133-134, 139, 141.
- Damen, T., Bosscher, R.J. & Fahrenfort, J. (1984). Runningtherapie bij patiënten met een stemmingsontregeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 26, 105-116.
- Dishman, R.K. (1988). *Exercise adherence*. Champaign, Ill.: Human Kinetic Publishers.
- Doyne, E.J., Chambless, D.L. & Beutler, L.E. (1983). Aerobic exercise as a treatment for depression in women. *Behavior Therapy*, 14, 434-440.
- Fremont, J. & Craighead, L.W. (1987). Aerobic exercise and cognitive therapy in the treatment of dysphoric moods. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 241-251.
- Greist, J.H., Eischens, R.R., Klein, M.H. & Linn, D. (1981). Addendum to running through your mind. In: M.H. Sacks & M.L. Sachs (red.), *Psychology of running* (pp. 27-31). Champaign, Ill.: Human Kinetics Publishers.
- Greist, J.H., Klein, M.H., Eischens, R.R., Faris, J., Gurman, A.S. & Morgan, W.P. (1979). Running as treatment for depression. *Comprehensive Psychiatry*, 20, 41-54.
- Martinsen, E.W., Hoffart, A. & Solberg, O.Y. (1989a). Comparing aerobic with nonaerobic forms of exercise in the treatment of clinical depression: A randomized trial. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 324-331.
- Martinsen, E.W., Hoffart, A. & Solberg, O.Y. (1989b). Aerobic and non-aerobic forms of exercise in the treatment of anxiety disorders. *Stress Medicine*, 5, 115-120.
- Martinsen, E.W., Medhus, A. & Sandvik (1985). Effects of aerobic exercise on depression: A controlled study. *British Medical Journal*, 8, 393-394.
- Weber, A. (1982). Laufen - Motive und Wirkungen. *Sportwissenschaft*, 12, 174-184.