

Energiequelle Bewegung

Ein Bewegungsprojekt für ambulante Schizophreniepatienten

Sabine Bissig

Bewegung kann bei schizophrenen Patienten eine wertvolle und zudem preiswerte Zusatzbehandlung darstellen. Günstige therapeutische und präventive Effekte können sowohl auf psychischer als auch auf physischer Ebene erzielt werden. Im stationären Rahmen ist das Angebot schweizweit gut etabliert. Es fehlen jedoch, trotz Nachfrage, Möglichkeiten für ambulante Patienten.

Einleitung

Gemäss Untersuchungen der WHO sind psychische Störungen weltweit zunehmend für einen erheblichen Teil von Invalidisierung und Einbusse von Lebensqualität verantwortlich. Schizophreniforme Erkrankungen sind quantitativ von Bedeutung, da die Prävalenz weltweit bei zirka 1 Prozent liegt (2, 10, 36). Zu berücksichtigen ist auch der meist frühe Krankheitsbeginn in vulnerablen Lebensabschnitten und damit verbunden die Verursachung hoher Kosten u.a. durch Arbeitsunfähigkeit und Rehabilitation (10).

Pharmakotherapie und Komorbiditäten

Die Lebensqualität von Schizophreniepatienten wird durch die Krankheit als solche beeinträchtigt sowie teilweise durch unerwünschte Wirkungen der Behandlung. Erschwerend tritt oft ein ungesunder Lebensstil mit ungünstigen Ernährungsgewohnheiten, unkontrolliertem Konsum psychotroper Substanzen und sogenanntem *sedentary lifestyle*, also Bewegungsmangel, hinzu (11). Die in den letzten Jahren deutlich verbesserten Optionen psychopharmakologischer Behandlung führen jedoch auch zu unerwünschten metabolischen Wirkungen wie Gewichtszunahme und damit verbundenen Problemen (3).

Zusammenfassung

Vorliegender Artikel basiert auf einer sportwissenschaftlichen Masterarbeit in Verbindung mit dem Projekt «Energiequelle Bewegung» und befasst sich mit den Auswirkungen von Bewegung auf ambulante Schizophreniepatienten. Nach einem (aufgrund der nicht einfachen Fragestellung und einer anspruchsvollen Patientenpopulation) schwierigen Rekrutierungsverfahren fand sich eine Gruppe von länger erkrankten Personen.

Als zu untersuchende Parameter wurden die Leistungsfähigkeit, die Stimmung sowie die Motivationsgründe, an einem Sportprogramm teilzunehmen, bestimmt. Die Leistungsfähigkeit wurde mit dem 6-Minuten-Gehtest erhoben, Stimmung und Motivationsgründe wurden anhand von Fragebogen gemessen.

Die Resultate zeigten signifikante Verbesserungen bei der Leistungsfähigkeit ($p = 0,046$) und der Stimmung ($p = 0,027$). Die Motivationsgründe zum Sporttreiben glichen weitgehend denen einer Durchschnittspopulation und beruhten auf dem Anliegen, Gewicht zu reduzieren, und der allgemeinen Hoffnung auf Verbesserung der Gesundheit. Neben der Datenerhebung war ein zentrales Ziel, Bewegung nachhaltig bei den Probanden als integralen Teil ihres Alltags zu implementieren. Alle Teilnehmer integrierten sich nach Programmabschluss in öffentlichen Sportangeboten oder fanden ausreichende Motivation, vermehrt selbständig Sport zu treiben.

Die Studie präsentiert damit ein Modell, wie Bewegungsprogramme für ambulante Psychiatriepatienten aufgebaut und vernetzt werden können.

Der durchschnittliche Body Mass Index (BMI) ist bei schizophrenen Patienten signifikant erhöht (22). Daraus resultiert unter anderem eine zwei- bis dreimal höhere Mortalität infolge kardiovaskulärer Krankheiten sowie ein eineinhalb- bis zweifach erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines Diabetes mellitus (1, 25). Schizophrenieerkrankte weisen eine erhöhte Prävalenz für verschiedene psychiatrische Komorbiditäten auf (33), was den Behandlungserfolg, die Rückfallrate, den persönlichen Leidensdruck sowie die Suizidrate negativ beeinflusst (34).

Wirkungen von Bewegung und Sport

Menschen mit einer Schizophrenie sind eine wichtige Zielgruppe für Bewegungsinterventionen (6, 7, 11, 27, 32, 35). Sport, im Sinne von angepasster, regelmässiger Bewegung, wurde in früheren Studien erfolgreich zur

Verbesserung unerwünschter pharmakologischer Wirkungen (Gewicht, Koordinationsprobleme), als Therapieform bei Komorbiditäten (Depressionen, körperliche Krankheiten) und zur Amelioration der Lebensqualität sowie zur sozialen Integration (4, 9, 18, 24, 29) genutzt. Es wird heute, aufgrund der aktuellen Datenlage, zunehmend empfohlen, sportnahe Trainingsprogramme in die Schizophreniebehandlung einzubeziehen, um damit die soziale Integration der Patienten in die Gesellschaft und bestehende lokale Netzwerke zu fördern (12, 15, 16, 24, 31).

Bewegungsangebote für Psychiatriepatienten in der Schweiz

In einer Befragung psychiatrischer Patienten gaben mehr als die Hälfte an, dass sie von einer Behandlung in der Psychiatrie neben Gesprächen mit Ärzten, Psychologen und Pflegern auch eine Entspannungs- sowie Sport- und Bewegungstherapie erwarten würden (17). Kohler hat das Bewegungsangebot in psychiatrischen Kliniken der Schweiz untersucht. Die qualitative Auswertung dieser Untersuchung ergab, dass alle Institutionen Ausdaueraktivitäten anbieten. Fast alle Institutionen verfügen zusätzlich über Krafttrainings-, Gymnastik- und Entspannungsangebote, welche je nach Klinik sehr unterschiedlich gestaltet sind und keinem einheitlichen Konzept folgen (23).

Bewegung wird in der Therapie also grundsätzlich akzeptiert und angewendet. Die Angebote werden aber weitgehend für stationäre Patienten konzipiert und sind damit ambulanten Patienten nicht oder nur beschränkt zugänglich. Die Integration in bestehende Angebote für die Allgemeinheit erweist sich als schwierig, obwohl viele Psychiatriepatienten überzeugt sind, dass Bewegung ihnen physische und psychische Vorteile bringen könnte (28). Es dürften verschiedene Faktoren dafür verantwortlich sein: vor allem generelle Probleme sozialer (Re-)Integration wie auch finanzielle Aspekte.

Die meisten der von Kohler angefragten Institutionen gaben an, dass ein Bedarf für ambulante Sport- und Bewegungsgruppen bestehe (23). Das Masterarbeit-Projekt «Energiequelle Bewegung» befasste sich mit einigen grundlegenden Fragestellungen zur Konzeptualisierung ambulanter Gruppen. Als prioritäres Projektziel war das «Patienten-Empowerment» definiert worden. Die teilnehmenden Personen sollten angeregt, geschult und unterstützt werden, sich selbständig mehr zu bewegen und/oder den Anschluss an ein allgemein zugängliches Sportprogramm zu finden. Der Nutzen sollte sich neben dem gesundheitlichen Gewinn in der Strukturierung des Alltags und der zusätzlichen sozialen Integration zeigen.

Fragestellung

In diesem Pilotprojekt wurde die Frage untersucht, wie sich die Leistungsfähigkeit und die Stimmung der Teilnehmer während der Bewegungsintervention verändern

und welche Motivationsgründe zum Sporttreiben bei ihnen vorherrschend sind. Ebenfalls ausgewertet wurden die praktische Umsetzbarkeit des Projekts «Energiequelle Bewegung» und die Passung mit den Zielgruppenbedürfnissen. Die Projektauswertung befasste sich auch mit der Teilnahmedisziplin und der Probandenzufriedenheit. Ausserdem wurde überprüft, ob eine Integration der Patienten in allgemein zugängliche Bewegungsangebote möglich ist.

Methodik

Intervention

Das Pilotprojekt dauerte insgesamt 16 Wochen. In den ersten 8 Wochen wurden zwei Bewegungsinterventionen pro Woche durchgeführt, in den zweiten 8 Wochen noch eine. Anfangs wurden die Teilnehmer an Alltagsbewegung herangeführt. Ziel war, dass die Teilnehmer die präventivmedizinisch empfohlenen 30 Minuten Bewegung täglich erreichen (8). In den wöchentlichen Trainings wurden Ausdauersportarten, verschiedene Krafttrainingsformen sowie Spiele und Entspannung eingeführt. Ausserdem erhielten die Teilnehmer Einblick in allgemein zugängliche Bewegungsangebote und Sportanlagen (Kletterhalle, Fitnesscenter, Barfussweg, Gymnastik im Park). Nach acht Wochen fand ein Workshop statt, in dem Sportangebote aus der Region vorgestellt wurden und die Teilnehmer sich mit den verschiedenen Institutionen auseinandersetzten. In der Folge sollten die Teilnehmer ein Training pro Woche in einer selbst gewählten Sportart beziehungsweise Trainingsgruppe absolvieren.

Zur Betonung der Nachhaltigkeit wurde der Fokus nicht nur auf die körperliche Fitness, sondern auch auf die individuelle Beratung der Teilnehmer gelegt. Dazu wurden Theorieblöcke zu den Themen Alltagsaktivität, Motivationsmanagement, Nutzen des Sports, Ernährung und Sport etc. in die Praxislektionen eingebaut und schriftliche Unterlagen abgegeben. Ein Heimtrainingsprogramm sollte die Teilnehmer schrittweise von einem bewegten Alltag ans Sporttreiben heranzuführen.

Datenerhebungen, Probandenrekrutierung

Es wurden innerhalb eines halben Jahres vier Datenerhebungen durchgeführt, jeweils in einem Abstand von zwei Monaten. Die erste Datenerhebung fand zu Projektbeginn statt, die zweite während des Projekts, die dritte bei Projektabschluss und die vierte zwei Monate danach (Follow-up).

Die Rekrutierung der Studienteilnehmer erfolgte in Zusammenarbeit mit der psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Basel. Ausschlusskriterien waren erhebliche kognitive Einschränkungen, akute Selbst- oder Fremdgefährdung, akute psychotische Zustandsbilder und bedeutende körperliche Erkrankungen. Es wurden sechs ambulante Schizophreniepatienten für die Projekt-

teilnahme gefunden. Aufgrund der kleinen Teilnehmerzahl musste darauf verzichtet werden, eine Kontrollgruppe zu bilden. Folgende Daten wurden neben Alter, Körpergröße und -gewicht erhoben:

- **Leistungsfähigkeit:** Die Distanz des 6-Minuten-Gehtests wurde als Indikator für die aerobe Leistungsfähigkeit gemessen.
- **Stimmungsbarometer:** Jeweils vor und nach der Lektion wurde die allgemeine Stimmung der Teilnehmer auf einem Stimmungsbarometer (Skala 1–10) erfasst.
- **Motivationsgründe:** Durch die Verwendung des aktuellen Exercise-Motivation-Inventory (EMI-2)-Fragebogens konnten die Motivationsgründe zur Sportteilnahme der Patienten in zwölf unterschiedliche Kategorien eingeteilt werden (26).
- **Projektelevaluation:** Diese bestand aus einem Erfahrungsbericht der Projektleiterin sowie der Bewertung der Praxis- und Theoriektionen durch die Teilnehmer.

Resultate

Die Untersuchungsgruppe bestand aus drei Frauen und drei Männern mit einem Durchschnittsalter von 48 Jahren. Zwei Teilnehmer waren zu Projektbeginn übergewichtig (BMI 25–29,9), vier Teilnehmer adipös (BMI > 30). Der Gruppenmittelwert des BMI veränderte sich zwischen den vier Datenerhebungen nur leicht und lag jeweils zwischen 32,9 und 33,3.

Die Verbesserung im 6-Minuten-Gehtest während der Intervention war signifikant ($p = 0,046$; *Abbildung 1*). Bei fünf von sechs Teilnehmern war eine Steigerung der 6-Minuten-Gehdistanz während der Projektdauer zu sehen.

6-Minuten-Gehtest: Resultate

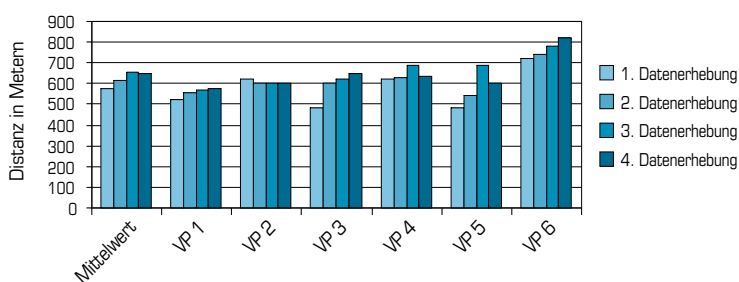


Abbildung 1: 6-Minuten-Gehdistanzen der Projektteilnehmer (VP 1–VP 6) und Mittelwerte zu den vier Messzeitpunkten

Die Stimmung zeigte durchschnittlich eine signifikante ($p = 0,027$) positive Veränderung um 1,5 Punkte auf dem Stimmungsbarometer (Skala 1–10), von 5,7 auf 7,2 (*Abbildung 2*).

Die Motivationsgründe zum Sporttreiben erlangten den höchsten Mittelwert in der Kategorie «Gewichtsmanagement» (4,5 auf einer Skala von 1–5). Ähnlich hohe Mittel-

Stimmungsmittelwerte je Lektion

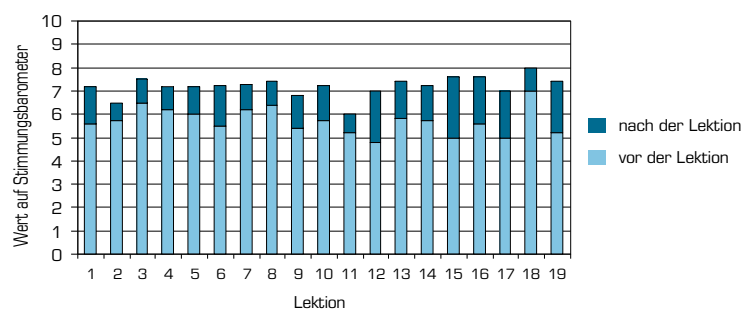


Abbildung 2: Mittelwerte der Gruppe vor und nach den Lektionen (1–19) auf dem Stimmungsbarometer

werte erreichten die Kategorien «Gesundheit» (4,4), «Krankheitsvermeiden» (4,3), «Regeneration» (4,2) und «Fitness» (4,0).

Die Teilnehmer besuchten im Durchschnitt 18 von 22 Lektionen (= 82%). Nordic Walking und der Besuch im Fitnesscenter erreichten auf der Beliebtheitskala die höchsten Mittelwerte (mehr als 4,5 auf einer Skala von 1–5). Den tiefsten Mittelwert fand man beim Jogging (3,0), alle anderen Praxisthemen lagen dazwischen. Die Mittelwerte der Theorietheemen erreichten alle mehr als 3,75 Punkte auf der fünfstufigen Skala. Der *Tabelle* ist zu entnehmen, welche regionalen Angebote von den Projektteilnehmern bereits besucht und welche im Projektverlauf neu belegt wurden.

Diskussion

Das regelmässige Training führte zu einer signifikanten Verbesserung der Distanz im 6-Minuten-Gehtest. Enright und Sherill publizierten eine Gleichung, mit welcher Vergleichswerte für Erwachsene berechnet werden können.

Der Richtwert für 40-Jährige liegt bei 600 Metern, für 80-Jährige bei 400 Metern (14). Spätestens bei der dritten Datenerhebung wurden diese Richtwerte für die Gesamtbevölkerung auch von allen sechs Schizophreniepatienten erreicht.

Die verbesserten Stimmungswerte der Teilnehmer nach den Trainingseinheiten entsprechen den erwarteten Veränderungen, welche wiederholt bei Bewegungsinterventionsstudien mit Durchschnittspopulationen, aber auch mit Schizophrenieerkrankten demonstriert werden konnten (5, 9, 30). Da sehr viele Schizophreniepatienten übergewichtig sind, erstaunt es nicht, dass Sport von ihnen als sinnvolle Möglichkeit für das Gewichtsmanagement angesehen wird und somit der Hauptmotivationsgrund für sportliche Aktivitäten dieser Untersuchungsgruppe war. Der BMI der Teilnehmer veränderte sich während des Projekts aber kaum. Um eine markante Gewichtsreduktion zu erreichen, müsste zusätzlich zur Bewegungsintervention die

staunt es nicht, dass Sport von ihnen als sinnvolle Möglichkeit für das Gewichtsmanagement angesehen wird und somit der Hauptmotivationsgrund für sportliche Aktivitäten dieser Untersuchungsgruppe war. Der BMI der Teilnehmer veränderte sich während des Projekts aber kaum. Um eine markante Gewichtsreduktion zu erreichen, müsste zusätzlich zur Bewegungsintervention die

Tabelle:

Regelmässige Aktivitäten der Teilnehmer vor und nach dem Projekt

	Regelmässige Trainings vor Projekt	Regelmässige Trainings nach Projekt
VP 1	Aquafit und Yoga	zusätzlicher Aquafit-Kurs
VP 2	keine	Fitness im Park
VP 3	keine	Nordic Walking «Behindertensport»
VP 4	Nordic Walking «Behindertensport»	Nordic Walking «Behindertensport»
VP 5	keine	selbständig Nordic Walking
VP 6	keine	Fitnesscenter Abonnement

Ernährung umgestellt und die tägliche Kalorienzufuhr reduziert werden (13, 21). Mit regelmässiger körperlicher Aktivität wird aber auch ohne Gewichtsverlust ein nicht zu unterschätzender gesundheitlicher Nutzen erzielt (13).

Die Teilnahmefrequenz von 82 Prozent ist überraschend hoch und kann, unter Berücksichtigung der kleinen Stichprobe, auch darauf zurückgeführt werden, dass das Angebot zeitlich begrenzt war und die Teilnehmer sich bei Nichtteilnahme abmelden mussten.

Die Projektevaluation zeigte ferner, dass Nordic Walking und der Besuch im Fitnesscenter am beliebtesten waren, die Jogginglektion jedoch nicht den Vorstellungen und Wünschen der Teilnehmer entsprach. Letzteres erstaunt wenig, da die meisten Teilnehmer die dazu benötigten Grundvoraussetzungen hinsichtlich basaler Fitness nicht mitbrachten. Die theoretischen Inputs zu verschiedenen Themen rund um Sport und Gesundheit stiessen bei den Teilnehmern auf reges Interesse. Im Selbstrapport gaben alle Probanden an, ihr Aktivitätsverhalten erhöht zu haben. Nach Projektabschluss besuchten fünf Teilnehmer eine betreute Sportgruppe oder ein Fitnesscenter, ein Teilnehmer bevorzugte selbständiges Training. Alle Projektteilnehmer gaben an, dass sie gerne in der bestehenden Gruppe weitertrainieren würden.

Schlussfolgerungen

Einige der in der Literatur beschriebenen Vorteile eines regelmässigen Trainings für ambulante Schizophreniepatienten wurden in dieser Arbeit bestätigt: Eine Verbesserung der Stimmung sowie eine Erhöhung der Leistungsfähigkeit waren (statistisch signifikant) zu erkennen. Anhand der einschlägigen Literatur ist bekannt, dass damit die physische und psychische Gesundheit verbessert werden kann. Als Hauptmotivationsgrund zur Sportteilnahme wurden Gewichtsmanagement, aber auch die Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit genannt. Sportarten wie Walking, Nordic Walking und sanfte Gymnastikübungen scheinen hier besonders geeignet zu sein. Die Kombination von Theorie- und Praxiseinheiten sorgte für eine kurzweilige Lektionsgestaltung und ermöglichte den Teilnehmern, ihr Wissen zu erweitern.

Es zeigte sich, dass bei der Planung von Bewegungsprogrammen auf die Angemessenheit und Zumutbarkeit der Übungseinheiten und besonders deren Adäquanz hinsichtlich Intensität und koordinativer Anforderungen zu achten ist. Spielformen vermögen Trainings aufzulockern und tragen Wesentliches zur Stimmung der Gesamtgruppe bei. Hingegen können Bewegungseinheiten, welche einen ausgeprägten Therapie-Fokus aufweisen, von Teilnehmern rasch als wenig lustvoll und fremdbestimmt erlebt werden.

Eine Integration der Patienten in öffentlich zugängliche Bewegungsprogramme ist allgemein möglich, hängt aber davon ab, ob die Angebote leicht erreichbar, preisgünstig und auch für Übergewichtige absolvierbar sind. Dennoch kann die fortgesetzte Teilnahme von Kursabsolventen in einer spezialisierten Bewegungsgruppe für Patienten sinnvoll sein, die Gruppe selbst kann damit eventuell den Charakter einer «geleiteten Selbsthilfegruppe» erreichen.

Die Perspektiven für Bewegungstherapien sehen zurzeit viel versprechend aus. Die Akzeptanz von Bewegung und Sport ist in den letzten Jahren weiter gestiegen. Weltweit werden, auch durch die Uno unterstützt, Sportprojekte im Rahmen transkultureller Vermittlungsarbeit erfolgreich durchgeführt. Die Paralympics werden als «brückenbildend» gerühmt. Auch kleine Projekte können Beiträge zur Verbesserung sozialer Integration und möglicherweise zum Heranführen von erkrankten Individuen an einen angemessenen Umgang mit krankheitsbedingten Schwierigkeiten und Hürden liefern. Das Basler Universitätsspital unterstützte die Masterarbeit bei der Patientenrekrutierung sowie organisatorisch und bietet seit April 2008 einmal wöchentlich ein Training für ambulante Langzeitpsychiatriepatienten an; somit erfährt «Energiequelle Bewegung» eine Fortsetzung. ■

Sabine Bissig

*Master of Science in Exercise and
Health Sciences
Zimmerei
6388 Grafenort*



Interessenkonflikte: keine

Diese Arbeit entstand mit freundlicher Unterstützung des Instituts für Sport und Sportwissenschaften der Universität Basel und in Zusammenarbeit mit Dr. med. Markus Kohler, Oberarzt Psychiatrie, Regionalspital Emmental.

Das umfangreiche Literaturverzeichnis ist beim Verlag erhältlich, auch via E-Mail: info@rosenfluh.ch