

42. Schizofreni

Egil W Martinsen, professor, medicine doktor, Aker Universitetssjukhus, Universitetet i Oslo

Jill Taube, psykiater, Centrum för allmän medicin (CEFAM), Huddinge

Sammanfattning

Fysisk aktivitet kan inte ersätta traditionell behandling vid allvarliga psykiska sjukdomar, men kan vara en betydelsefull del i behandlingen. Dokumentationen är dock begränsad, och det finns ännu inga randomiserade, kontrollerade studier av hög vetenskaplig kvalitet som studerat effekterna av fysisk aktivitet vid schizofreni. Fysisk aktivitet verkar kunna reducera negativa symtom, och kan vara en användbar metod även för att bemästra andra så kallade positiva symtom. Fysisk aktivitet kan bidra till minskad ångest och depression, bättre livskvalitet och minskad risk för återfall och är viktig inte minst med tanke på de fysiska hälsovinster som följer. Fysisk inaktivitet, rökning och övervikt är vanligt bland personer med schizofreni, vilket troligtvis bidrar till ökad sjuklighet och dödlighet för denna sjukdomsgrupp.

Regelbunden fysisk aktivitet är bland de främsta faktorerna för att bevara hälsa och förebygga sjukdom, och detta är viktigt inte minst vid sjukdomar med risk för sänkt överlevnad och ökad allmän sjuklighet. Idrott och friluftsliv är för många människor en viktig källa till glädje och livsupplevelse, något som även personer med allvarliga psykiska sjukdomar bör få del av.

Definition

Schizofeni hör till de allvarliga psykiska sjukdomarna. Variationen i sjukdomsbilden är stor mellan olika personer. För att kunna ställa diagnosen måste patienten ha varit psykotisk under en viss tidsperiod. Det finns flera typer av psykotiska symtom, varav de vanligaste är vanföreställningar och hallucinationer. En ofta förekommande vanföreställning är att personen känner sig förföljd. Hallucinationer är inbillade sinnesförnimmelser utan yttre påverkan. Det vanliga är att höra röster som inte finns eller se personer som inte existerar. Mindre vanligt är osammanhängande tal eller beteende. Dessa symtom kallas positiva symtom (1).

Negativa symtom är mindre dramatiska, men har ofta större betydelse för patientens funktionsnivå på sikt. De vanligaste är tvångsmässig likgiltighet, passivitet samt brist på initiativ och uthållighet. Dessa symtom är ofta svåra att acceptera för anhöriga och behandlare. Ångest och depression är vanligt vid schizofreni, vilket gör det svårare att motivera dessa patienter till fysisk aktivitet.

Förekomst

Schizofreni är en allvarlig sjukdom som drabbar cirka 0,5–1 procent av befolkningen och är därmed lika vanlig som insulinkrävande diabetes. Sjukdomen debuterar vanligtvis mellan 15 och 35 års ålder och förekommer lika ofta hos män som kvinnor. Förekomsten är påfallande lika i de flesta länder och kulturer.

Orsaker och riskfaktorer

Orsakerna till sjukdomen är inte fullständigt klarlagda, men det finns en betydande genetisk disposition. Släktingar närmast personer med schizofreni löper 10 gånger större risk att utveckla sjukdomen än normalbefolkningen. Undersökningar har dock visat att det är betydligt större risk att sjukdomen utvecklas hos enäggstvillingar jämfört med tvåäggstvillingar, vilket innebär att psykosociala omgivningsfaktorer också kan vara viktiga (1).

Prognos

Även om det finns behandlingsmetoder med dokumenterat god effekt, är det få patienter som blir helt friska. De flesta kommer att ha reducerad funktionsnivå i skolan, arbetet och i det sociala livet, och endast ett fåtal klarar ett vanligt avlönat arbete. Tidigare tillbringade många personer med schizofreni livet på institutioner, men efter det att vårdinrättningarna blivit färre, har de flesta flyttat tillbaka till sina hemkommuner (3). Många är ensamma och flertalet behöver någon form av hjälp (4), och i flera kommuner finns etablerade dagcenter som är viktiga för denna grupp.

Trots symtom och plågor upplever dock många människor med schizofreni att de har en bra livskvalitet.

Fysisk hälsa

Under senare tid har intresset för schizofrena patienters fysiska hälsotillstånd ökat. I en undersökning av patienter med långvarigt sjukdomstillstånd från Sogn og Fjordane i Norge, fann forskarna en betydligt ökad dödlighet och reducerad levnadsålder (inget av dödsfallen kunde tillskrivas cancer eller självmord) (3). Den relativa risken för förtidig död är fyra gånger högre och genomsnittsåldern minst 10 år lägre än hos normalbefolkningen. Två tredjedelar av den ökade dödligheten tillskrivs kardiovaskulära sjukdomar, sjukdomar i andningsorganen samt diabetes, och vid alla dessa sjukdomar är livsstilsfaktorer viktiga (5).

Jämfört med personer utan psykiska sjukdomar är sannolikheten dubbelt så stor att dessa personer röker och sannolikheten för övervikt eller fetma är 50 procent högre, något som ofta beror på osund diet och fysisk inaktivitet (6). I en undersökning där personer med schizofreni och allvarliga känslomässiga sjukdomar jämfördes med normalbefolkningen, fann Dickerson och medarbetare att endast 1 procent jämfört med 10 i normalbefolkningen uppfyllde kriterierna för fem utvalda hälsotillståndsfaktorer: inte röka, regelbunden fysisk aktivitet, god tandstatus, frånvaro av övervikt/fetma och avsaknad av allvarliga kroppsliga symtom (7).

Nuvarande behandlingsformer

Det finns en enighet om att behandling med antipsykotiska läkemedel är nödvändig för ett flertal av patienterna med schizofreni, och verkningarna av dessa är väldokumenterade såväl när det gäller enskilda sjukdomsperioder som när det gäller att förebygga återfall. Vid samtidigt depressiva symtom kan antidepressiva och stämningsstabiliserande läkemedel vara av stort värde.

Läkemedel har inte alltid önskad effekt och det förekommer även biverkningar. Med de ”gamla” antipsykotiska medikamenterna var biverkningar i de neuromuskulära funktionerna mest plågsamma, såsom skakningar, stelhet och tröghet, vilket benämns som medicinskt utlöst Parkinson, då symtomen liknar Parkinsons sjukdom. Detta är mindre uttalat vid behandling med moderna antipsykotiska läkemedel. Nyare forskning visar emellertid att dessa kan ha andra biverkningar, exempelvis viktökning, som ibland kan bli så kraftig att det skapar problem för individen. Även glukosintolerans kan utvecklas, liksom att blodfetterna förändras i en ogynnsam riktning, vilket på sikt kan leda till utveckling av metabolt syndrom och typ 2-diabetes (5).

Enbart läkemedelsbehandling är sällan tillräcklig, och det finns olika psykosociala behandlingsformer som är vetenskapligt dokumenterade. Vid familjeterapi försöker man hjälpa familjemedlemmarna att bli mindre kritiska eller överbeskyddande och i stället mer stödjande, vilket har visat sig minska risken för återfall. Vid social träning är målsättningen att lära patienten vanliga sociala färdigheter, exempelvis att starta ett samtal, hur de ska förfara om de märker att symtomen börjar återkomma och hur de ska hantera biverkningar av mediciner (8). Kognitiv beteendeterapi har använts med framgång vid behandling av vanföreställningar, vilket har hjälpt patienten att hitta alternativa tolkningar av sina upplevelser, vilket också visat sig vara värdefullt vid hallucinationer (9). De flesta patienter har även glädje av stödjande samtal.

Trots verksamma behandlingsformer finns det behov av alternativ behandling. Fysisk aktivitet har använts på försök i flera studier, och i det följande ges en översikt över den kunskap som för närvarande finns på området.

Effekter av fysisk aktivitet

När de etablerade psykiatriska institutionerna startade sin verksamhet på 1800-talet, förlades verksamheten ofta till bondgårdar på landet, och så kallad moralisk behandling var den rådande terapeutiska inriktningen. De som var mentalt sjuka ansågs behöva struktur på dagen och träna upp sin arbetsduglighet genom att delta i gårdens arbete, och kroppsarbete samt kontakt med djur räknades som viktiga terapeutiska inslag.

Senare började den terapeutiska nyttan av detta ifrågasättas. Efter hand lades arbetet på gårdarna ner och för många medförde detta fysisk inaktivitet och passivitet. Intressant nog har det under senare tid uppstått ett förnyat intresse för lantarbete som terapeutisk form. Terapi inriktad på arbete med djur har kommit att bli ett eget terapiområde såväl som ett forskningsområde (10).

Primär prevention

Tvärsnittsstudier visar genomgående att det hos fysiskt inaktiva finns en högre förekomst av psykiska sjukdomar jämfört med hos fysiskt aktiva, men detta har inte undersökts specifikt vid schizofreni. Inga långtidsstudier har genomförts, men utifrån nuvarande kunskap finner man det ganska troligt att fysisk aktivitet kan minska risken för att sjukdomen försämrats.

Behandling

Personer med schizofreni har genomgående dålig fysisk kondition (11). Flera interventionsstudier har publicerats där man undersökt hur fysisk aktivitet kan påverka positiva och negativa symtom, depression samt livskvalitet. Undersökningarna har dock alla metodmässiga begränsningar, och det har ännu inte publicerats någon randomiserad studie med tillfredsställande metodik (12). Det är inte sannolikt att enbart fysisk aktivitet är tillräcklig som behandling. En allvarlig sjukdom som schizofreni har dock många sidor, och i följande avsnitt redovisas några studier där man har undersökt nyttan av fysisk aktivitet.

Positiva symtom

I studier som har använt väldokumenterade mätinstrument visar flera undersökningar att fysisk aktivitet är associerat med reduktion av positiva symtom, i första hand hörselhallucinationer (13, 14). Ett exempel är Chamoves (13) undersökning av 40 schizofrena patienter på ett psykiatriskt sjukhem i Skottland, där personalen tränades i att bedöma patienternas symtom och beteende med hjälp av speciella skalor. De dagar då patienterna hade deltagit i fysiska aktiviteter var graden av symtom lägre och dessutom mindre allvarliga. Förändringarna var störst hos de minst sjuka. I en annan studie fördelade Beebe och medarbetare 10 schizofrena patienter till ett 16-veckorsprogram med regelbundna promenader som tillägg till den ordinarie behandlingen (15). Jämfört med kontrollgruppen hade träningsgruppen färre psykiatriska symtom efter interventionen.

Psykotiska symtom försvinner sällan fullständigt, och ett realistiskt behandlingsmål är att hjälpa patienten leva med sin sjukdom på bästa sätt. Ett exempel på psykotiska symtom är hörselhallucinationer, som är vanligt förekommande vid schizofreni. Dessa behandlas med antipsykotiska läkemedel, vilket dock 25–30 procent av patienterna inte svarar på. Falloon och Talbot (16) frågade en grupp patienter som hade dessa symtom vilka metoder de själva ansåg minska plågor. En av de vanligaste strategierna var fysisk aktivitet, under vilken rösterna blev mindre plågsamma. Shergill, Murray och McGuire (17) ställde även frågan vilken strategi patienterna själva ansåg användbar för att bemästra hörselhallucinationer. De konstaterade då att avledande aktiviteter, eller när de var tvungna att koncentrera sig på ett enda uppdrag, gav bäst effekt. Hallucinationerna försvann inte, men distraherande aktiviteter gjorde att de kändes mindre belastande. Holmes och medarbetare (18) bad patienter att beskriva vilka strategier de hade använt för att bemästra plågsamma symtom i allmänhet. De vanligaste metoderna var fysisk aktivitet, reducerade stimuli samt användning av alkohol, narkotika eller tobak.

Negativa symtom

Fysisk aktivitet kan bidra till att reducera negativa symtom. Chamove (13) beskriver att under dagar med ökad aktivitet var patienterna mindre irriterade, deprimerade, inåtvända och spända samt visade mer socialt intresse och större social kompetens. Även större självförtroende har rapporterats. Ångest och depression är vanliga symtom och även för patienter med schizofreni kan fysisk aktivitet vara en användbar metod för att bemästra detta (12).

Kroppsuppfattning

Sell (19) intresserade sig för schizofrena patienters kroppsuppfattning och för att få en bild av hur dessa upplevde sina egna kroppar bad han dem teckna en människa. Många schizofrena har problem med kroppsuppfattningen och deras teckningar har ofta karakteristiska drag: figurerna är livlösa, ofta groteska, stiliserade och statiska. Sell lät även patienter med schizofreni teckna människor före och efter ett 12-veckors program med konditionsträning 3 gånger per vecka. Innan träningen startade var många av teckningarna avvikande. Exempelvis var storleksförhållande mellan olika kroppsdelar fel och detaljer som mun, ögon, fingrar och tår saknades. Efter träningsperioden var teckningarna mer normala, och detta utan att patienterna hade deltagit i någon form av teckningsundervisning, vilket kan tyda på att de genom att vara fysiskt aktiva och använda kroppen hade blivit mer bekant med den och därmed fått en bättre kroppsuppfattning.

Livskvalitet

Borge och medarbetare (4) undersökte patienter med långvarig sjukdom vid ett psykiatriskt sjukhus i Sogn og Fjordane ett år efter det att antalet patientplatser hade reducerats starkt och många patienter återvänt till sina hemkommuner. De intresserade sig för livskvaliteten och vilka faktorer som kunde förklara variationer i denna. De faktorer som framkom var grad av ensamhet, förhållande till grannar och omgivning samt om de deltog i meningsfulla aktiviteter dagtid. För många av dessa patienter är det orealistiskt att kunna få ett vanligt avlönat arbete. Fysisk aktivitet under dagtid kan då vara ett meningsfullt alternativ som kan bidra till ökad livskvalitet.

Förebyggande av återfall

I en spansk undersökning (20) följde forskare 40 patienter med schizofreni över en 10-årsperiod. Patienterna fördelades i en träningsgrupp och en kontrollgrupp som fick sedvanlig behandling. Bägge grupperna medicinerade enligt gängse principer. Under denna 10-årsperiod hade patienterna i träningsgruppen signifikant färre återfall.

Verkningsmekanismer

Det är inte troligt att en enda faktor kan förklara alla de möjliga psykologiska effekter som upplevs vid fysisk aktivitet, och det finns olika hypoteser hur fysisk aktivitet påverkar hälsan hos personer med schizofreni (12). Orsakerna är helt enkelt många och sannolikt även samverkande. Såväl fysiologiska och neurobiologiska som psykologiska hypoteser har lanserats:

- Personer som är i god fysisk form har generellt bättre hälsa och större motståndskraft mot belastningar. Vältränade individer klarar det dagliga livets belastning genom att utnyttja en lägre procent av sin maximala hjärtfrekvens, och hjärtfrekvensen normaliseras snabbare efter en fysisk belastning.
- Påverkan av signalsubstans i hjärnan, speciellt dopamin, är utgångspunkten för medicamentell behandling av schizofreni, och det finns vissa resultat från djurexperiment som tyder på att aktivitet påverkar dessa system.
- Ökad utsöndring av betaendorfiner kan ge en lugnande effekt.
- Sänkt aktivering av samspelet mellan hypotalamus, hypofysen och binjurebarken (den så kallade HPA-axeln) – vilket spelar en viktig roll vid reglering av svar på stress och stresstolerans.

Bland de möjliga psykologiska förklaringarna är avledning och bemästring de mest framträdande. Flera undersökningar har visat att patienter med hörselhallucinationer upplever färre symtom och att symtomen är mindre plågsamma under fysisk aktivitet, vilket kan förklaras med avledning eller distraktion. Hallucinationerna försvinner inte vid fysisk aktivitet, men de är mindre dominerande när patienten koncentrerar sig på något annat, och patienten får en upplevelse av att kunna bemästra dem.

Många människor med psykiska sjukdomar är isolerade och ensamma, har ofta få intressen och dålig social förmåga, vilket kan bidra till att de känner sig osäkra tillsammans med andra. Fysisk aktivitet kan ge livet ett meningsfullt innehåll som bidrar till bättre livskvalitet.

Indikationer

Primärprevention

Fysiskt aktiva personer tenderar i mindre grad än inaktiva att utveckla psykiska sjukdomar i allmänhet, men det finns inga data som visar att detta även gäller specifikt för schizofreni.

Sekundärprevention

Fysisk aktivitet kan inte rekommenderas som enda behandling vid schizofreni, men det finns goda argument för att integrera fysisk aktivitet i behandlingsprocessen. Fysisk aktivitet kan reducera negativa symtom, bidra till bättre kontroll över positiva symtom, ge bättre livskvalitet, en normaliserad kroppsuppfattning och reducera risken för återfall. Regelbunden fysisk aktivitet är dessutom viktig för att hindra utveckling av somatiska sjukdomar, exempelvis övervikt, typ 2-diabetes, hypertension, hjärt-kärlsjukdomar samt metabolt syndrom.

Ordination

Särskilda förhållanden

En grupp svenska forskare var först med att undersöka det fysiska träningsillståndet bland personer med schizofreni (21). De fann att patienterna genomgående hade dålig kondition, men att de svarade normalt på konditionsträning. Ett undantag var personer som använde mycket stora doser av antipsykotiska läkemedel (klorpromazin), vilka svarade sämre på fysisk aktivitet. De individuella skillnaderna i träningsillstånd är stora, och det är därför viktigt att intensitet och duration (varaktighet) anpassas till den enskilda individens kapacitet. Det är lätt att starta med för höga ambitioner och det är överraskande hur lite aktivitet som krävs för att ge effekt hos otränade individer.

Dosering

Vanliga riktlinjer för hälsofrämjande fysisk aktivitet kan användas även för personer med schizofreni, och merparten av hälsovinsten kan uppnås med en halvtimmes fysisk aktivitet under de flesta av veckans dagar. Personer som önskar gå ner i vikt bör dock vara fysiskt aktiva/träna en timme dagligen. Det är viktigt att komma ihåg att fysisk aktivitet är gynnsam även i mindre doser och att det är den totala tiden som räknas.

Funktionstester – behov av hälsokontroll

Det krävs inga speciella undersökningar för patienter med schizofreni som vill påbörja regelbunden fysisk aktivitet eller träning, om inte annan samtidig sjukdom som kan inverka föreligger, såsom hjärtsjukdom.

Hur mäts uppnådda effekter och när?

Regelbunden testning av kondition och kontroll är viktigt och kan stimulera patienten och ge indikationer på om träningen medför önskade effekter. Det finns också enkla, lättillgängliga tester för att mäta psykisk ohälsa, exempelvis ångest, depression och livskvalitet.

Interaktion med läkemedelsbehandling

Stora doser antipsykotiska läkemedel kan möjligen reducera effekten av träningsprogram (21), men det finns inga risker förenade med träning i samband med terapeutiska doser psykofarmaka (22).

Kontraindikationer

Det finns inga kontraindikationer för fysisk aktivitet vid denna sjukdom om inte andra fysiska sjukdomar förekommer.

Risker

För patienter utan kroppsliga sjukdomar där träning är kontraindicerad, finns inga speciella risker förbundna med fysisk aktivitet.

Referenser

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. uppl., Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
2. Malt UF, Retterstøl N, Dahl AA. Lærebok i psykiatri. Oslo: Gyldendal; 2003.
3. Martinsen EW, Ruud T, Borge L, Watne Ø, Friis S. The fate of chronic in-patients after closure of psychiatric nursing homes in Norway. A personal follow-up 6 years after. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998;98:360-5.
4. Borge L, Martinsen EW, Ruud T, Watne Ø, Friis S. Quality of life, loneliness and social contacts among long-term psychiatric patients. *Psychiatric Services* 1999;50:81-4.
5. Connolly M, Kelly C. Lifestyle and physical health in schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment* 2005;11:125-32.
6. Compton MT, Daumit GL, Druss BG. Cigarette smoking and overweight/obesity among individuals with serious mental illnesses. A preventive perspective. *Harvard Review of Psychiatry* 2006;14:212-22.
7. Dickerson FB, Brown CH, Daumit G, Lijuan F, Goldberg RW, Wohlheiter K, Dixon LB. Health status of individuals with serious mental illness. *Schizophrenia Bulletin* 2006;32:584-9.
8. Nathan PE, Gorman JM. A guide to treatments that work. Oxford: Oxford University Press; 2007.
9. Trower P, Birchwood M, Meaden A, Byrne S, Nelson A, Ross, K. Cognitive therapy for command hallucinations. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 2004;84:312-20.
10. Berget B. Animal-assisted therapy. Effects on persons with psychiatric disorders working with farm animals. *Philosophia Doctor Thesis*. Oslo: Norwegian University of Life Sciences; 2006.
11. Carlsson C, Dencker S, Grimby G, Heggendal J. Circulatory studies during physical exercise in mentally disordered patients. I. Effects of large doses of chlorpromazine. *Acta Medica Scandinavica* 1968;184:499-509.
12. Faulkner GEJ. Exercise as an adjunct treatment of schizophrenia. I: Faulkner GEJ, Taylor AH, red. Exercise, health and mental health. Emerging relationships. London: Routledge; 2005.
13. Chamove AS. Positive short-term effect of activity on behaviour in chronic schizophrenic patients. *British Journal of Clinical Psychology* 1986;25:125-33.
14. Lukoff D, Wallace CJ, Lieberman RP, Burke K. A holistic program for schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin* 1986;12:274-82.
15. Beebe LH, Tian L, Morris N, Goodwin A, Allen SS, Kuldau J. Effects of exercise on mental and physical health parameters of persons with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing* 2005;26:661-76.
16. Falloon IRH, Talbot RE. Persistent auditory hallucinations. Coping mechanisms and implications for management. *Psychological Medicine* 1981;11:329-39.

17. Shergill SS, Murray RM, McGuire PK. Auditory hallucinations. A review of psychological treatments. *Schizophrenia Research* 1998;32:137-50.
18. Holmes H, Ziemba, J, Evans T, Williams CA. Nursing model for psychoeducation of the seriously mentally ill patient. *Issues on Mental Health Nursing* 1994;5:85-104.
19. Sell H. The effect of physical training on psychiatric patients. Odense: Eget förlag; 1994.
20. Torres-Carbajo A, Olivares JM, Merino H, Vazquez H, Diaz A, Cruz E. Efficacy and effectiveness of an exercise program as community support for schizophrenic patients. *American Journal of Recreation Therapy* 2005;4:41-7.
21. Carlsson C, Dencker S, Grimby G, Heggendal J. Circulatory studies during physical exercise in mentally disordered patients. I. Effects of training in patients with and without administration of chlorpromazine. *Acta Medica Scandinavica* 1968;184:511-6.
22. Martinsen EW, Stanghelle JK. Drug therapy and physical activity. I: Morgan WP, red. *Physical activity and mental health*. Washington (DC): Taylor & Francis; 1997 s. 81-90.