

43. Schizofreni

Forfattere

Egil W Martinsen, professor, dr. med, Aker universitetssykehus, Universitetet i Oslo

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

Sammendrag

Fysisk aktivitet kan ikke erstatte tradisjonell behandling ved alvorlige psykiske lidelser, men spiller en viktig rolle i et helhetlig behandlingsopplegg. Dokumentasjonen er imidlertid begrenset, og det finnes ennå ingen randomiserte, kontrollerte studier av høy vitenskapelig kvalitet som har undersøkt effektene av fysisk aktivitet ved schizofreni. Fysisk aktivitet ser ut til å kunne redusere negative symptomer, og kan være en nyttig metode for å mestre positive symptomer. Fysisk aktivitet kan bidra til å redusere angst og depresjon, høyne livskvaliteten og minske risikoen for tilbakefall, og ikke minst er de fysiske helsegevinstene viktige. Fysisk inaktivitet, røyking og overvekt er vanlig blant personer med schizofreni, noe som sannsynligvis bidrar til økt sykkelighet og dødelighet i denne sykdomsgruppen.

Regelmessig fysisk aktivitet er en av de viktigste faktorene for å bevare helsen og forebygge sykdom, og dette er spesielt viktig ved sykdommer med risiko for redusert overlevelse og økt generell sykkelighet. Idrett og friluftsliv er for mange mennesker en viktig kilde til glede og livskvalitet, noe som også personer med alvorlige psykiske sykdommer bør få del i.

Definisjon

Schizofreni hører til de alvorlige psykiske lidelsene. Det er stor variasjon i sykdomsbildet mellom forskjellige mennesker. For å kunne stille diagnosen må pasienten ha vært psykotisk i en viss periode. Det er flere typer psykotiske symptomer, og de vanligste er vrangforestillinger og hallusinasjoner. En ofte fore-

kommende vrangforestilling er at personen føler seg forfulgt. Hallusinasjoner er forestillinger eller opplevelser uten adekvate ytre sanseintrykk. Det vanlig er å høre stemmer uten at noen snakker eller se personer eller ting som andre ikke kan se. Mindre vanlig er usammenhengende tale eller oppførsel. Disse symptomene kalles positive symptomer (1).

Negative symptomer er mindre dramatiske, men har ofte større betydning for pasientens funksjonsnivå på lengre sikt. De vanligste symptomene er følelsesmessig avflatning, passivitet, og mangel på initiativ og utholdenhet. Disse symptomene er ofte vanskelig å godta for pårørende og behandlere, og de bidrar også til at det kan være vanskelig å motivere disse pasientene til fysisk aktivitet. Symptomer på angst og depresjon, som er vanlig ved schizofreni, kan også bidra til dette.

Forekomst

Schizofreni er en alvorlig sykdom som rammer ca. 0,5–1 prosent av befolkningen, og som dermed er like vanlig som insulinkrevende diabetes. Sykdommen debuterer vanligvis mellom 15- og 35-årsalderen og forekommer like ofte hos menn som kvinner. Forekomsten er påfallende lik i de fleste land og kulturer.

Årsaker og risikofaktorer

Årsakene til sykdommen er ikke fullstendig klarlagt, men det finnes en betydelig genetisk disposisjon. Nære slektninger av personer med schizofreni har 10 ganger større risiko for å utvikle sykdommen enn normalbefolkningen. Det er betydelig større risiko for at sykdommen utvikles hos eneggede enn hos toeggede tvillinger, men også psykososiale miljøfaktorer er viktige (1).

Prognose

Selv om det finnes behandlingsmetoder med dokumentert god effekt, er det få pasienter som blir helt friske. De fleste får redusert funksjonsnivå på skolen, jobben og i det sosiale livet, og det er bare et fåtall som klarer å ha et vanlig lønnet arbeid. Tidligere var det mange personer med schizofreni som tilbrakte livet på institusjoner, men etter at institusjonene har blitt bygd ned, har de fleste flyttet tilbake til sine hjemkommuner. (3). Mange er ensomme, og de fleste trenger en eller annen form for hjelp eller støtte. I flere kommuner er det opprettet dagsentre, som er viktige for denne gruppen. Til tross for symptomer og plager opplever mange mennesker med schizofreni at de har god livskvalitet.

Fysisk helse

I den siste tiden har det vært økende interesse for schizofrene pasienters fysiske helsetilstand. I en undersøkelse av pasienter med langvarig sykdomstilstand fra Sogn og Fjordane fant forskerne en betydelig økt dødelighet og redusert levealder, og ingen av dødsfallene kunne tilskrives kreft eller selvmord (3). Den

relative risikoen for prematur død er to til fire ganger større og gjennomsnittsalderen minst 10 år lavere enn hos normalbefolkningen. To tredeler av den økte dødeligheten tilskrives kardiovaskulære sykdommer, sykdommer i åndedrettsorganene og diabetes, og ved alle disse sykdommene er levevanene viktige (5).

Sammenliknet med personer uten psykiske sykdommer er sannsynligheten dobbelt så stor for at disse personene røyker, og sannsynligheten for overvekt eller fedme er 50 prosent større, noe som ofte skyldes usunt kosthold og fysisk inaktivitet (6). I en undersøkelse der personer med schizofreni og alvorlige affektive lidelser ble sammenliknet med normalbefolkningen, fant Dickerson og medarbeidere at bare 1 prosent av disse sammenliknet med 10 i normalbefolkningen oppfylte kriteriene for fem utvalgte helseindikatorer: ikke-røyker, regelmessig fysisk aktivitet, god tannstatus, fravær av overvekt/fedme og ingen alvorlige kroppslige symptomer (7).

Behandlingsformer

Det er enighet om at behandling med antipsykotiske legemidler er nødvendig for de fleste pasientene med schizofreni, og virkningene av disse midlene er vel-dokumenterte både når det gjelder enkelte sykdomsperioder og med hensyn til å forebygge tilbakefall. Ved samtidige depressive symptomer kan antidepressiva og stemningsstabiliserende legemidler være av stor verdi.

Legemidler har ikke alltid ønsket effekt, og det forekommer også bivirkninger. Med de «gamle» antipsykotiske medikamentene var bivirkningene i de nevro-muskulære funksjonene mest plagsomme, for eksempel skjelvninger, stivhet og tretthet, noe som betegnes som medisinsk utløst Parkinson, fordi symptomene minner om Parkinsons sykdom. Dette er mindre uttalt ved behandling med moderne antipsykotiske legemidler. Disse medikamentene kan imidlertid ha andre bivirkninger, for eksempel vektøkning, som iblant kan bli så uttalt at det skaper problemer for pasienten. Det kan også utvikles glukoseintoleranse, og blodfettstoffene kan forandres i ugunstig retning, noe som på lengre sikt kan føre til utvikling av metabolsk syndrom og type 2-diabetes (5).

Behandling bare basert på legemidler er sjelden tilstrekkelig, og det finnes forskjellige psykososiale behandlingsformer som er vitenskapelig dokumentert. Ved familierapi forsøker man å hjelpe familiemedlemmene til å bli mindre kritiske eller overbeskyttende og i stedet mer støttende, noe som har vist seg å minske faren for tilbakefall. Ved sosial trening er målet å lære pasientene vanlige sosiale ferdigheter, for eksempel å innlede en samtale, hvordan de skal gå fram hvis de merker at symptomene begynner å komme tilbake, og hvordan de skal håndtere bivirkninger av medisiner. Kognitiv atferdsterapi har vært brukt med hell ved behandling av vrangforestillinger, noe som har hjulpet pasientene med å finne alternative tolkninger av de opplevelsene de hadde, og dette har også vist seg å være verdifullt ved hallusinasjoner (9). De fleste pasientene har også glede av støttesamtaler.

Til tross for virksomme behandlingsformer er det behov for alternativ

behandling. Fysisk aktivitet har vært brukt i flere studier, og i det følgende gis det en oversikt over den kunnskapen som nå finnes på området.

Effekter av fysisk aktivitet

Da de etablerte psykiatriske institusjonene begynte å behandle pasienter på 1800-tallet, ble virksomheten ofte forlagt til bondegårder på landet. Den rådende terapeutiske retningen var såkalt moralsk behandling. Man mente at de som var mentalt syke, måtte ha struktur på dagen og trene opp arbeidsevnen ved å delta i arbeidet på gården. Kroppsarbeid og kontakt med dyr ble ansett som viktige terapeutiske innslag.

Senere begynte man å tvile på den terapeutiske nytten av dette. Etter hvert ble det slutt på gårdsarbeidet, og for mange førte dette til fysisk inaktivitet og passivitet. Det er interessant å merke seg at det i det siste har blitt fornyet interesse for gårdsarbeid som behandlingsform. Behandling rettet mot arbeid med dyr har etter hvert blitt både et eget terapiområde og forskningsområde (10).

Primærforebygging

Tversnittsstudier viser generelt at det hos fysisk inaktive mennesker er høyere forekomst av psykiske sykdommer enn hos fysisk aktive, men dette er ikke undersøkt spesifikt ved schizofreni. Det er ikke gjennomført noen langtidsstudier, men men ut fra nåværende kunnskap finner vi det lite sannsynlig at fysisk aktivitet kan forebygge utvikling av schizofreni.

Behandling

Personer med schizofreni har generelt sett dårlig fysisk kondisjon (11). Det er publisert flere intervensjonsstudier der man har undersøkt hvordan fysisk aktivitet kan påvirke positive og negative symptomer, depresjon og livskvalitet. Undersøkelsene har imidlertid alle metodemessige begrensninger, og det er ennå ikke publisert noen randomisert studie med tilfredsstillende metodikk (12). Det er usannsynlig at fysisk aktivitet alene er tilstrekkelig som behandling. En alvorlig sykdom som schizofreni har imidlertid mange sider, og i følgende avsnitt er det en gjennomgang av noen studier som har undersøkt nytten av fysisk aktivitet.

Positive symptomer

Flere undersøkelser som har brukt veldokumenterte måleinstrumenter viser at fysisk aktivitet er assosiert med reduksjon av positive symptomer, i første rekke hørselshallusinasjoner (13, 14). Et eksempel er Chamoves (13) undersøkelse av 40 schizofrene pasienter på et psykiatrisk sykehjem i Skottland, der personalet ble opplært i å skåre pasienters symptomer og atferd. På de dagene da pasientene hadde deltatt i fysiske aktiviteter, hadde de mindre psykotiske symptomer.

Forandringene var størst hos de minst syke. I en annen studie fordelte Beebe og medarbeidere 10 schizofrene pasienter til et 16-ukers program med regelmessige spaserturer som tillegg til den vanlige behandlingen (15). Sammenliknet med kontrollgruppen hadde treningsgruppen færre psykiatriske symptomer etter intervensjonen.

Psykotiske symptomer forsvinner sjelden helt, og et realistisk behandlingsmål er å hjelpe pasienten til å leve med sykdommen på beste måte. Et eksempel på psykotiske symptomer er hørselshallusinasjoner, som er vanlig ved schizofreni. Disse behandles med antipsykotiske legemidler, som imidlertid ikke har noen effekt på 25–30 prosent av pasientene. Falloon og Talbot (16) spurte en gruppe pasienter som hadde disse symptomene, hvilke metoder de selv mente kunne redusere plagene. En av de vanligste strategiene var fysisk aktivitet. Under aktivitet var stemmene mindre plagsomme. Shergill, Murray og McGuire (17) spurte også om hvilke strategier pasientene selv mente var nyttig for å mestre hørselshallusinasjoner. Pasientene fortalte at de hadde mest nytte av avledende aktiviteter, eller at de måtte konsentrere seg om en oppgave. Hallusinasjonene forsvant ikke, men avledende aktiviteter gjorde at de følte mindre belastende. Holmes og medarbeidere (18) bad pasientene om å beskrive hvilke strategier de hadde brukt for å mestre plagsomme symptomer generelt. De vanligste metodene var fysisk aktivitet, reduksjon av stimuli og bruk av alkohol, narkotika eller tobakk.

Negative symptomer

Fysisk aktivitet kan bidra til å redusere negative symptomer. Chamove (13) beskriver at på dager med økt aktivitet var pasientene mindre irriterte, deprimerede, innadvendte og anspente, og de viste mer sosial interesse og større sosial kompetanse. Det er også rapportert om større selvtillit. Angst og depresjon er vanlige symptomer, og også for pasienter med schizofreni kan fysisk aktivitet være en nyttig metode for å mestre dette (12).

Kroppsoppfatning

Sell (19) interesserte seg for schizofrene pasienters kroppsoppfatning, og for å få et bilde av hvordan de opplevde sin egen kropp, ba han dem om å tegne et menneske. Mange schizofrene har problemer med kroppsoppfattelsen, og tegningene deres har ofte karakteristiske trekk: Figurene er livløse, ofte groteske, stiliserte og statiske. Sell lot pasienter med schizofreni tegne et menneske før og etter et 12-ukers program med kondisjonstrening 3 ganger i uken. Før treningen begynte var mange av tegningene ganske avvikende. For eksempel var størrelsesforholdet mellom forskjellige kroppsdelene feil, og det manglet detaljer som munn, øyne, fingrer og tær. Etter treningsperioden var tegningene mer normale, og dette skjedde uten at pasientene hadde deltatt i noen form for tegneundervisning. Dette kan tyde på at de ved å være fysisk aktive og bruke kroppen hadde blitt bedre kjent med den og dermed fått bedre kroppsoppfatning.

Livskvalitet

Borge og medarbeidere (4) undersøkte tidligere langtidspasienter ved psykiatrisk sykehjem i Sogn og Fjordane noen år etter at antall sengeplasser hadde blitt sterkt redusert, og mange pasienter hadde reist tilbake til sine hjemkommuner. De undersøkte livskvaliteten og hvilke faktorer som kunne forklare variasjoner i den. De faktorene som i størst grad kunne forklare variasjon i livskvalitet, var grad av ensomhet, forhold til nabolag og omgivelser, samt om de deltok i meningsfulle aktiviteter på dagtid. For mange av disse pasientene er det urealistisk å få lønnet arbeid. Fysisk aktivitet vil da kunne være et alternativ som meningsfull aktivitet på dagtid, som kan bidra til økning av livskvalitet.

Forebygging av tilbakefall

I en spansk undersøkelse (20) fulgte forskerne 40 pasienter med schizofreni i en 10-årsperiode. Pasientene ble fordelt på en treningsgruppe og en kontrollgruppe, som fikk vanlig behandling. Begge gruppene ble medisinerert etter vanlige prinsipper. I denne 10-årsperioden hadde pasientene i treningsgruppen signifikant færre tilbakefall.

Virkningsmekanismer

Det er lite sannsynlig at en enkelt mekanisme kan forklare alle de mulige psykologiske endringer som kan følge av fysisk aktivitet, og det foreligger ulike hypoteser for hvordan fysisk aktivitet kan påvirke psykisk helse hos mennesker med schizofreni (12). Det er lansert både fysiologiske, neurobiologiske og psykologiske hypoteser:

- Personer som er i god fysisk form, har generelt sett bedre helse og større motstandskraft mot påkjenninger. Veltrente individer takler dagliglivets påkjenninger ved å bruke en mindre prosent av sin maksimale hjertefrekvens, og hjertefrekvensen normaliseres raskere etter fysiske belastninger.
- Utgangspunktet for medikamentell behandling av schizofreni er å påvirke signalstoffene i hjernen, særlig dopamin, og det foreligger enkelte resultater fra dyreforsøk som tyder på at aktivitet påvirker disse systemene.
- Økt utskilling av betaendorfiner kan gi en beroligende effekt.
- Redusert aktivering av samspillet mellom hypotalamus, hypofysen og binyrebarken (den såkalte HPA-aksen) – som spiller en viktig rolle ved regulering av svar på stress og stresstoleranse.

- Blant de mulige psykologiske forklaringene er avledning og mestring de mest aktuelle. Flere undersøkelser har vist at pasienter med hørselshallusinasjoner har færre symptomer, og at symptomene er mindre plagsomme ved fysisk aktivitet, noe som kan forklares med avledning eller distraksjon. Hallusinasjonene forsvinner ikke ved fysisk aktivitet, men de er mindre dominerende når pasientene konsentrerer seg om noe annet og får en opplevelse av å kunne mestre dem.

Mennesker med psykiske sykdommer er ofte isolerte og ensomme. Mange har få interesser, og noen har dårlige sosiale ferdigheter. Dette kan bidra til at de er usikre sammen med andre mennesker. Fysisk aktivitet kan bli et meningsfullt innhold i livet, som kan bidra til bedret livskvalitet.

Indikasjoner

Primærforebygging

Generelt sett har fysisk aktive personer mindre risiko enn inaktive for å utvikle psykiske sykdommer, men det finnes ikke data som viser at dette gjelder spesielt for schizofreni.

Sekundærforebygging

Fysisk aktivitet kan ikke anbefales som eneste behandling ved schizofreni, men det finnes gode argumenter for å integrere fysisk aktivitet i behandlingsprosessen. Fysisk aktivitet kan redusere negative symptomer, bidra til bedre kontroll over positive symptomer, gi bedre livskvalitet, normalisere kroppsoppfatning og minske risikoen for tilbakefall. Regelmessig fysisk aktivitet er dessuten viktig for å hindre utvikling av somatiske sykdommer, for eksempel overvekt, type 2-diabetes, hypertensjon, hjerte-karsykdommer og metabolsk syndrom.

Anbefalinger

Spesielle forhold

En gruppe svenske forskere var først ute med å undersøke den fysiske treningsstilstanden blant personer med schizofreni (21). De fant at pasientene rent generelt hadde dårlig kondisjon, men at de reagerte normalt på kondisjonstrening. Et unntak var personer som brukte svært store doser antipsykotiske legemidler (klorpromazin), som så ut til å ha en svekket treningsrespons på fysisk aktivitet. Det er store individuelle forskjeller i treningstilstand, og det er derfor viktig at intensitet og varighet tilpasses den enkelte deltakerens kapasitet. Det er lett å starte med for høye ambisjoner, og det er overraskende hvor lite aktivitet som kreves for å ha effekt på utrente individer.

Dosering

Vanlige retningslinjer for helsefremmende fysisk aktivitet kan brukes også for personer med schizofreni, og mesteparten av helsegevinsten kan oppnås med en halvtimes fysisk aktivitet på de fleste av ukens dager. Personer som ønsker å gå ned i vekt, bør imidlertid være fysisk aktive/trene en time om dagen. Det er viktig å huske at fysisk aktivitet er gunstig selv i mindre doser, og at det er den totale tiden i aktivitet som teller.

Funksjonstester – behov for helsekontroll

Det kreves ingen spesielle undersøkelser av pasienter med schizofreni som vil begynne med regelmessig fysisk aktivitet eller trening, hvis ikke det foreligger en annen samtidig sykdom som kan ha betydning, f.eks. hjertesykdom.

Hvordan og når måles oppnådde effekter?

Regelmessig testing av kondisjon og måling av vekt kan være stimulerende og gi en indikasjon på om treningen medfører de ønskede effekter. Det finnes også enkle, lett tilgjengelige tester for å måle psykisk helse, slik som angst, depresjon og livskvalitet.

Interaksjon med legemiddelbehandling

Store doser antipsykotiske legemidler kan muligens redusere effekten av treningsprogram (21), men det er ingen farer knyttet til trening i forbindelse med terapeutiske doser av psykofarmaka.

Kontraindikasjoner

Det finnes ingen kontraindikasjoner for fysisk aktivitet ved denne sykdommen, dersom ikke samtidig forekommende fysiske sykdommer tilsier dette.

Risikoer

For pasienter uten kroppslige sykdommer, der trening er kontraindisert, er det ingen spesielle risikoer forbundet med fysisk aktivitet.

Referanser

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed., Washington D.C.: 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 Psychiatr Scand* 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. *Psychiatr Serv* 1999;50:81-4.
5. Connolly M, Kelly C. Lifestyle and physical health in schizophrenia. *Adv Psychiatr Treat* 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. *Harv Rev Psychiatry* 2006;14:212-22.
7. Dickerson FB, Brown CH, Daumit G, Lijuan F, Goldberg RW, Wohlheiter K, et al. Health status of individuals with serious mental illness. *Schizophr Bull* 2006;32:584-9.
8. Nathan PE, Gorman JM. A guide to treatments that work. Oxford: Oxford University Press; 2007.
9. Trower P, Birchwod M, Meaden A, Byrne S, Nelson A, Ross, K. Cognitive therapy for command hallucinations. Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004;84:312-20.
10. Berget B. Animal-assisted therapy: effects on persons with psychiatric disorders working with farm animals. 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 Med Scand* 1968;184:499-509.
12. Faulkner GEJ. Exercise as an adjunct treatment for schizophrenia. I: Faulkner GEJ, Taylor AH, ed. 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. *Br J Clin Psychol* 1986;25:125-33.
14. Lukoff D, Wallace CJ, Lieberman RP, Burke K. A holistic program for schizophrenic patients. *Schizophr Bull* 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 Ment Health Nurs* 2005;26:661-76.

16. Falloon IRH, Talbot RE. Persistent auditory hallucinations. Coping mechanisms and implications for management. *Psychol Med* 1981;11:329-39.
17. Shergill SS, Murray RM, McGuire PK. Auditory hallucinations. A review of psychological treatments. *Schizophr Res* 1998;32:137-50.
18. Holmes H, Ziemba, J, Evans T, Williams CA. Nursing model for psychoeducation of the seriously mentally ill patient. *Issues Ment Health Nurs* 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. *Am J Recreat Ther* 2005;4:41-7.
21. Carlsson C, Dencker S, Grimby G, Heggendal J. Circulatory studies during physical exercise in mentally disordered patients. II. Effects of training in patients with and without administration of chlorpromazine. *Acta Med Scand* 1968;184:511-6.
22. Martinsen EW, Stanghelle JK. Drug therapy and physical activity. I: Morgan WP, ed. *Physical activity and mental health*. Washington D.C.: Taylor & Francis; 1997. s. 81-90.