

Áhrif hreyfingar á þunglyndi og kvíða, samanburður við sálfræðimeðferð

Þunglyndi er helsta ástæða örorku á heimsvísu og kvíðaraskanir í sjötta sæti (World Health Organization, 2017). Á Íslandi er vandinn alvarlegur eins og annars staðar. Samkvæmt tölum frá árinu 2004 þjást um það bil 21,2% Íslendinga af geðröskun á hverju 12 mánaða tímabili og eru þunglyndi og kvíði þar algengust (Helgason, Tómasson, Sigfússon og Zoëga, 2004). Allt bendir til þess að geðheilsa ungmenna á Íslandi fari versnandi og er ungt fólk síður líklegt til að meta andlega heilsu sína góða núna en áður (Margrét Lilja Guðmundsdóttir o.fl., 2016), auk þess sem fleiri greina frá miklum einkennum kvíða og þunglyndis (Thorisdóttir o.fl. 2017).

Ljóst er að vandamálið er að aukast og mikilvægt er að finna úrræði fyrir þessa einstaklinga. Lyfja- og sálfræðimeðferðir eru algengustu meðferðir við geðsjúkdómum og eru báðar meðferðir viðurkenndar og áhrifaríkar (Nemeroff o.fl., 2003). Hreyfing hefur einnig jákvæð áhrif á þunglyndi og kvíða og samanburðarrannsóknir hafa sýnt fram á að við vægu til miðlungsvalrægu þunglyndi sé hreyfing að minnsta kosti eins gott meðferðarúrræði og lyfjameðferðir (Blumenthal o.fl., 2007; Perraton o.fl., 2009).

Hér á eftir verður greint frá rannsókn sem var gerð sem hluti af meistaraverkefni við Háskólann í Reykjavík og hefur verið birt í Community Mental Health Journal (Ólafsdóttir, Kristjánsdóttir og Saavedra, 2017). Markmið rannsóknarinnar var að meta áhrif hreyfingargripis á þunglyndi og kvíða og bera niðurstöðurnar saman við aðra rannsókn sem skoðaði áhrif ósérhæfðar hugrænnar atferlismeðferðar (ÓHAM) á stóra hópa af einstaklingum með kvíða og/eda þunglyndi (Kristjánsdóttir o.fl., 2013).

Þátttakendur í rannsókninni þurftu að vera með þunglyndi og/eda kvíða að mati heimilislæknis til að fá að taka þátt í rannsókninni. Verkefnið var kynnt fyrir heilsugæslustöðvum á höfuðborgarsvæðinu og lækna þar beðnir um að bjóða skjólstaðingum sem uppfylltu skilyrðin að taka þátt í rannsókninni. Þar að auki var verkefnið auglýst á samfélagsmiðlum en einstaklingar voru þá beðnir um að hafa fyrst samband við heimilislækni.



KRISTÍN BIRNA ÓLAFSDÓTTIR, MSc
ÍPRÓTTAVÍSINDI OG ÞJÁLFUN.
YFIRÞJÁLFARI FRJÁLSÍPRÓTTA-
DEILDAR ÍR, EINKAÞJÁLFARI HJÁ
WORLD CLASS OG STUNDAKENNARI
HJÁ HR OG KEILI.

Þátttakendur í rannsókninni voru 12 og æfðu þau öll saman í líkamsræktarsal þrisvar sinnum í viku í átta vikur undir leiðsögn þjálfara. Fyrri rannsóknir hafa greint frá því að úthaldsþjálfun í 60-80% af hámarkspúls þrisvar sinnum í viku er sú hreyfing sem vinnur hvað mest á þunglyndis-einkennum (Perraton o.fl., 2009). Því var ákveðið að úthaldsþjálfun í 60-80% af hámarkspúls yrði notuð í þessari æfingaáætlun þrisvar sinnum í viku. Þar að auki fór fram styrktarþjálfun með eigin líkamsþyngd og lausum lóðum tvisvar sinnum í viku. Þar lærðu þátttakendur eitthvað nýtt í hverri viku en rannsóknir hafa sýnt að með því að læra eitthvað nýtt er hægt að bæta trú á eigin getu (e. self efficacy) og þar með draga úr þunglyndi og kvíða (Bodin og Martinsen, 2004).

Þátttakendur svöruðu spurningalistum fyrir inngripinu, eftir fjórar vikur, eftir átta vikur og þremur mánuðum eftir lok æfingartímabils. Þunglyndiseinkenni voru mæld með BDI-II, kvíðaeinkenni með BAI, almennir sálrænir erfiðleikar voru mældir með CORE-OM, streita var mæld með PSS og að lokum voru lífsgæði mæld með QOLS.

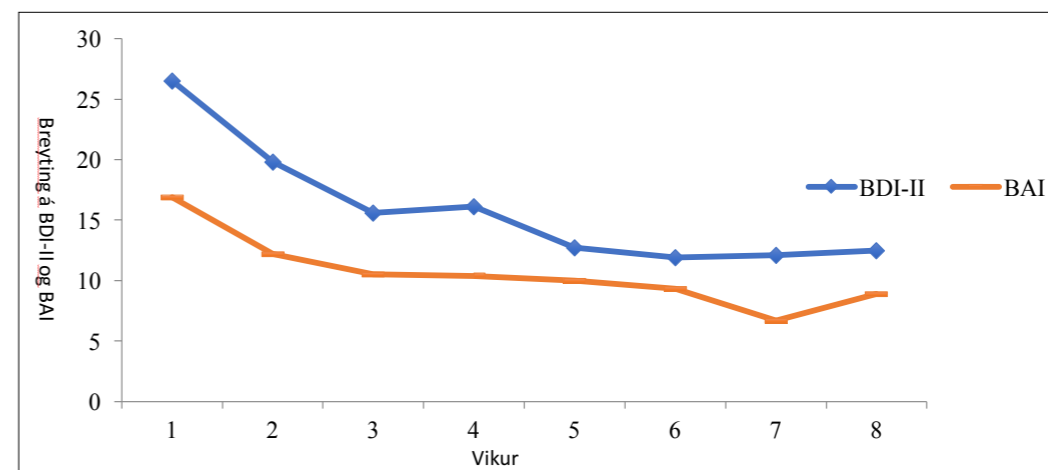
Niðurstöður hreyfirannsóknarinnar og samanburður við ÓHAM eru í töflu 1. Samanburðurinn var óbeinn en notast var við áhrifastærðir (Cohens D) til þess að bera saman niðurstöðurnar. Það var marktækt munur á þunglyndiseinkennum, kvíðaeinkennum og lífsgæðum fyrir og eftir inngrip. Þar að auki voru áhrifastærðir hreyfingar nokkuð hærri en áhrifastærðir ÓHAM sem gefur til kynna að hreyfingargripid virkaði betur á einkennin en ÓHAM.

Sjálfbóðaliðar svöruðu einnig BDI-II (sem mælir þunglyndis-einkenni) og BAI (sem mælir kvíðaeinkenni) vikulega. Á mynd 1 má sjá að það dró strax úr þunglyndis- og kvíðaeinkennum eftir

Tafla 1. Niðurstöður hreyfingargripis og óbeinn samanburður við ÓHAM

	Fyrir Inngrip		Eftir Inngrip		Cohens d	
	Meðaltal (SF)	Meðaltal (SF)	Marktekt	Hreyfing	ÓHAM	
BDI-II	26.5 (14.4)	12.5 (13.07)	0.04*	1.02	0.59	
BAI	16.9 (13.88)	8.9 (12.88)	0.09	0.6	0.41	
CORE-non risk items	1.91 (0.43)	1.34 (0.5)	0.014*	0.6	0.45	
PSS	7.3 (2.11)	6.4 (3.41)	0.442	0.33	0.46	
QOLS	65.73 (14.85)	75.6 (14.66)	0.005*	0.67	0.24	

*Marktækt við 95% öryggismörk



Mynd 1.
Breyting á þunglyndis- og kvíðaeinkennum eftir vikur

fyrstu vikuna í æfingum. Það hélt svo áfram að draga úr einkennum eftir því sem á leið inngripid.

Þátttakendur fengu senda spurningalistana þremur mánuðum eftir inngrip og mældust þeir sem svöruðu með áframhaldandi bata á bæði þunglyndis- og kvíðaeinkennum en allir nema einn af þeim sem svöruðu voru enn að hreyfa sig reglulega þremur mánuðum eftir inngrip.

Takmarkanir á rannsókninni voru helst fjöldi þátttakenda en aðeins 10 einstaklingar luku við átta vikna æfingartímabilið. Þar að auki voru sex einstaklingar á lyfjum á meðan rannsókninni stóð þótt engar breytingar hafi verið á lyfjanotkun á átta vikna tímabilinu. Í framtíðinni er mikilvægt að skoða nánar hver áhrif hreyfingar eru í stærra úrtaki. Þar að auki er mikilvægt að bera saman einstaklinga sem eru á lyfjum og þá sem ekki eru á lyfjum og jafnvel bera saman mismunandi tegundir hreyfingar. Einnig er vert að skoða það frekar hvers vegna hreyfing virkar vel á þunglyndis- og kvíðaeinkenni.

Eins og komið hefur fram þá hafa rannsóknir áður sýnt að hreyfing geti dregið úr kvíða og þunglyndi og bendir ofangreind rannsókn einnig til þess. Út frá þessu má álykta að hreyfing geti verið gott meðferðarúrræði. Mikilvægt er að finna út hver besta leiðin er til þess að innleiða skipulagða hreyfingu sem aðgengilegt meðferðarúrræði.

Heimildir:

- Blumenthal, J. A., Babyak M. A., Doraiswamy, P. M., Watkins, L., Hoffman, B. M., Barbour, K. A., ... Sherwood, A. (2007). Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder. *Psychosomatic Medicine*, 69, 587-596.
- Bodin, T. og Martinsen, E. W. (2004). Mood and self-efficacy during acute exercise in clinical depression. A randomized controlled study. *Journal of Sports & Exercise Psychology*, 26(4), 623-633.
- Helgason, T., Tómasson, K., Sigfússon, E. og Zoëga, T. (2004). Skimun fyrir algengi geðraskana 1984 og 2002 og ávisanir geðlyfja 1984 og 2001. *Læknablaðið*, 7(90), 553-559.
- Kristjánsdóttir, H., Salkovskis, P. M., Sigurðsson, B. H., Sigurðsson, E. Agnarsdóttir, A., & Sigurðsson, F. (2013). Transdiagnostic cognitive behavioural treatment: An open trial in a cohort of primary care patients and the impact of comorbidity. Manuscript submitted for publication.
- Margrét Lilja Guðmundsdóttir, Hrefna Páldóttir, Jón Sigfússon, Ingibjörg Eva Þórisdóttir, Erla María Tölgyes, Álfgeir Logi Kristjánsson, Inga Dóra Sigfúsdóttir. Ungt fólk 2016: Grunnskólar. Nám og skóli, félags- og tómstundarstarf, íþróttir og hreyfing, foreldrar og upplífi, heilsa og líðan, atvinnuþátttaka og fjárhagur fjölskyldunnar og vimefnanotkun ungmenna í 8., 9. og 10. bekk á Íslandi. Samanburður rannsókna árin 2000 til 2016. Staða og þróun yfir tíma. Rannsóknir og greining: Reykjavík.

- Nemeroff, C. B., Heim, C. M., Thase, M. E., Klein, D. N., Rush, J. A., Schatzberg, A. F., ... Keller, M. B. (2003). Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proceedings of The National Academy of Science of The United States of America*, 100(24), 14293-14296
- Perraton, L. G., Kumar, S., & Machotka, Z. (2009). Exercise parameters in the treatment of clinical depression: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16, 597-604. doi: 10.1111/j.1365-2753.2009.01188.x.
- Thorisdóttir, I. E., Asgeirsdóttir, B. B., Sigurvinsdóttir, R., Allegrante, J. P., & Sigfúsdóttir, I. D. (2017). The increase in symptoms of anxiety and depressed mood among Icelandic adolescents: time trend between 2006 and 2016. *European Journal of Public Health*, 27(5), 856-861. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx111>
- Ólafsdóttir, K. B., Kristjánsdóttir, H. og Saavedra, J. M. (2017). Effects of exercise on depression and anxiety. A comparison to transdiagnostic cognitive behavioral therapy. *Community Mental Health Journal*, 49(5). <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0213-9>
- World Health Organization. (2017). Depression. Sótt af <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

Útdráttur á ensku

Depression and anxiety are common illnesses in our society. In fact, depression is the leading cause of disability in the world. Having good treatment options for those that suffer from anxiety and depression is important. The most common form of treatment is pharmacological treatment and psychological treatment. In recent years, research has shown good results on the use of exercise to treat depression and anxiety. The goal of this research was to study the effects an eight-week group exercise program would have on a group of people with depression and anxiety, and to compare the results to the results of a study that used a transdiagnostic cognitive behavioural therapy (TCBT) to treat groups of people with depression and anxiety.

Participants exercised three times a week for eight weeks and answered questionnaires (BDI-II, BAI, CORE-OM, PSS og QOLS), at four intervals: at baseline, after four weeks, immediately after the intervention and at a three month follow up.

The exercise was composed of endurance exercise three times a week at 60-80% of maximum heart rate and strength training twice a week. There was an increase in the time exercised and the difficulty level of the strength training the further into the exercise program.

The results showed significant improvements on both depression and anxiety symptoms, and when compared to TCBT the effects of exercise were slightly better than TCBT.