

Fysisk träning vid depression

Inledning

Depression är en av de vanligaste orsakerna till ohälsa, förtida död, produktionsbortfall och arbetsoförmåga i världen. Cirka 9 procent av befolkningen beräknas ha haft något förstämningssyndrom det senaste året [1]. Kvinnor drabbas oftare än män.

Vid lätt till måttlig depression erbjuds i första hand psykologisk behandling såsom kognitiva och beteendearbetsbaserade terapier (KBT). Medelsvår eller svår depression behandlas med läkemedel och vid svåra tillstånd ibland i kombination med elektrokonvulsiv behandling (ECT). Läkemedels-behandling kombineras ofta med psykologisk behandling.

I Sverige har man hittills bedömt kunskapen om fysisk aktivitet vid depression som otillräcklig. Här sammanfattar och kommenterar SBU en systematisk kunskapsöversikt från Cochrane Collaboration från år 2012 om träning vid depression. Den är en uppföljning av en tidigare Cochrane-rapport från 2009. Översikten bidrar med uppdaterad information om det vetenskapliga stödet för träning vid depression.

Kommenterad rapport

Rimer J, Dawn K, Lawlor DA, Greig CA, McMurdo M, Morley W, Mead GE. Exercise for depression. Cochrane Database of Systemic Reviews 2012, Issue 7. Art. No.: CD004366. DOI: 10.1002/14651858. CD004366.pub5.

Publikationsdatum: 2012

Senaste sökdatum: Maj 2012

SBU:s kommentar

Den systematiska översikten ger en bred överblick över studier om träning vid depression och visar en måttlig effekt på depressionssymtom.

- I rapporten har man endast tagit med studier som berör träning vid unipolär depression men inte bipolär sjukdom, depression som finns samtidigt med andra somatiska/psykiatriska sjukdomar eller depression i samband med

graviditet och förlossning. Studier som inkluderade barn och ungdomar med depression ingår inte heller.

- I de utförda analyserna blandar man studier med stora skillnader i upplägg. I majoriteten av studierna har man rekryterat försökspersoner genom annonser i media, medan man i en mindre andel har använt sig av patienter från sjukvårdskliniker.
- Det är inte på ett tydligt sätt angivet i rapporten vilken grad av depression som försökspersonerna i de enskilda studierna hade. Eftersom det finns skäl att anta att fysisk aktivitet/träning kan ha olika effekt beroende på depressionens svårighetsgrad, är det svårt att direkt överföra resultaten i rapporten till patienter i vård och behandling.
- Majoriteten av studierna i rapporten har metodologiska svagheter. Eftersom det är omöjligt att blinda¹ deltagarna är det därför av ännu större vikt att den som gör resultatbedömningen inte känner till vilken grupp patienten tillhör. I rapporten fann man att effekten av träning var mindre tydlig i de fyra studier som man bedömde hade högre kvalitet, t ex där resultatbedömningen var blindad. Detta kan tolkas som att bedömningsbias kan ha stor betydelse vid denna typ av studier.
- Det vore av intresse att i framtiden undersöka om effekterna visar sig vara olika beroende på typ av träning, träning med olika intensitet och duration samt om effekten är bättre om man kombinerar träning med läkemedelsbehandling och/eller psykoterapi.
- I framtiden bör man även genomföra längre uppföljningsstudier samt ta med fler relevanta utfallsmått (biverkningar och hälsoekonomi).
- En nyligen publicerad svensk systematisk översikt visar liknande resultat som Cochrane-översikten.

¹ Blindning, maskering: åtgärder för att hemlighålla vissa centrala omständigheter i en undersökning tills den är avslutad och resultaten ska bearbetas.

Fysisk träning hade en måttligt positiv effekt på depression i jämförelse med kontrollbehandling (SMD² -0,77; 95 % KI, -1,14 till -0,41). Samtidigt fann författarna ingen signifikant skillnad i effekt jämfört med kontrollgruppen i de studier man bedömde hade högre kvalitet (SMD -0,43; 95 % KI, -1,06 till 0,21) [2].

Sammanfattning av originalrapporten

Om studierna

I översikten ingår 32 randomiserade kontrollerade studier från USA, Kanada, Storbritannien, Australien, Nya Zeeland, Norge, Danmark, Tyskland, Italien, Ryssland och Thailand, publicerade mellan år 1979 och 2009. Syftet var att undersöka effekten av träning jämfört med ingen behandling eller med annan behandling som läkemedel, psykologisk behandling eller andra "alternativa behandlingar" (ljusterapi, meditation) för patienter med depression. Träningstiden i interventionen varierade mellan 10 dagar och 16 veckor. Fler kvinnor än män deltog i studierna. Medelåldern i studierna varierade från 22 år till 87,9 år.

Studierna hade olika design;

- Två jämförelsegrupper (13 studier), tre grupper (15 studier), fyra grupper (2 studier), fem grupper (1 studie) och sex grupper (1 studie).
- I de studier som bestod av tre eller fler grupper jämfördes träning av olika typ och intensitet med kontrollbetingelser som t ex väntelista, placebo-behandling eller sedvanlig vård.
- I ett antal studier jämfördes etablerad behandling (psykoterapi eller läkemedelsbehandling) både med träning och med etablerad behandling plus träning. I studierna med flera olika träningsgrupper valdes den av grupperna till analysen som gav störst effekt.

Primärt effektmått var påverkan på depression och nedstämdhet med olika skattningsskalor³. Sekundära effektmått som undersöktes var livskvalitet, kostnad, risker/biverkningar och acceptans av behandling, vilket bedömdes genom närvaro vid träningstillfällena samt studieavbrott.

Resultat

I de tjugoåtta studier (1 101 deltagare) där man kunde jämföra träning med placebo eller en annan behandling, visade resultaten att träning hade en måttlig positiv effekt på depression i jämförelse med kontrollbehandling; SMD -0,67 (95 % konfidensintervall (95 % KI) -0,90 till -0,43).

Om analys endast utfördes på de fyra studier (326 deltagare) som bedömdes ha högst kvalitet (dvs de som hade intention to treat-analys, dold allokering och blindad resultatbedömning) fann man inte längre någon signifikant effekt av träning jämfört med kontrollgrupperna; SMD -0,31 (95 % KI, -0,63 till 0,01).

Sex studier (152 deltagare) jämförde träning med KBT. De fann ingen signifikant skillnad mellan grupperna; SMD -0,17 (95 % KI, -0,51 till 0,18).

Tre studier (201 deltagare) undersökte skillnaden mellan träning och läkemedelsbehandling. Det fanns inte någon signifikant skillnad mellan grupperna; SMD -0,02 (95 % KI, -0,29 till 0,24).

Inga skillnader observerades i antal avhopp mellan behandlingsgrupperna. Underlaget var otillräckligt för att analysera skillnader i risker, kostnader och livskvalitet. Resultat för långtidsuppföljning (ett år eller längre) saknas.

Slutsatser enligt originalrapporten

Författarna till rapporten anser att det är rimligt att rekommendera träning till patienter med depressionsymtom, eftersom träning tycks lindra depressiva symtom hos personer med depression. Effekterna bedömdes dock endast som måttliga.

Behov av framtida forskning enligt originalrapporten

Rapportens författare påpekar att en framtida uppdatering av översiktsrapporten är viktig för att ge mer precisa resultat. Det finns ett antal pågående studier som bör inkluderas.

Författarna diskuterar även möjligheten att jämföra effekten av olika slags träning, som konditionsträning och styrketräning.

² SMD, Standardised mean difference, ett skaloberoende effektmått där medelvärdesskillnaden dividerats med en vägd spridning avseende interventions- respektive kontrollgrupp. Enheten är standardavvikelser och inte t ex ett värde på en skattningsskala. Enligt konvention räknas 0,20 som en liten effekt, 0,50, som en måttlig effekt och 0,80 som en stor effekt.

³ De vanligast använda skattningsskalorna var Hamilton Rating Scale for Depression och självskattningsskalan Beck Depression Inventory.

I den här typen av studier är det omöjligt att blinda deltagarna, därför anses det viktigt att man i framtida studier gör blindade resultatbedömningar. Denna rapport visade att effekten var tydligt mindre i studier med blindade resultatbedömningar. Även andra systematiska fel bör minimeras.

I framtida studier är det viktigt att också kostnader och risker rapporteras. Man bör även undersöka hur bortfallet kan minimeras.

SBU:s granskning av originalrapporten

Vid SBU:s genomgång av originalrapporten användes en granskningsmall för systematiska översikter som kallas AMSTAR [3]. Granskningen visade att litteratursökning, studieurval och dataextraktion uppfyllde definierade kvalitetskrav för en systematisk översikt. Rapporten saknar dock hälsoekonomisk utvärdering och är bristfällig vad gäller sammanvägning av studiernas resultat.

Depression

Depression räknas till gruppen förstämningssyndrom, vilket innebär att stämningsläge, energi och aktivitetsnivå är så förändrade att funktionsförmågan är påverkad. Depressioner delas in i två huvudgrupper; unipolära syndrom med enbart depressions-episoder och bipolära syndrom, med såväl depressionsepisoder som maniska eller hypomana episoder. Diagnos sätts utifrån definierade kriterier i klassifikationssystemen ICD eller DSM.

Enligt DSM-IV [4] gäller i korthet följande kriterier för egentlig depression (den vanligaste formen av depression): Minst fem av nio nedanstående symtom har förekommit så gott som dagligen under större delen av dagen under minst två veckor. Minst ett av de två första symtomen måste föreligga.

- Nedstämdhet
- Minskat intresse eller minskad glädje för nästan alla aktiviteter som man vanligtvis har glädje eller intresse för
- Betydande viktnedgång/viktuppgång eller påtagligt minskad/ökad aptit
- Sömnstörning (för lite eller för mycket sömn)
- Rastlöshet eller tröghet
- Svaghetskänsla eller brist på energi
- Känslor av värdelöshet eller överdrivna eller obefogade skuldkänslor
- Minskad tanke- eller koncentrationsförmåga eller obeslutsamhet
- Återkommande tankar på döden eller återkommande självmordstankar

Symtomen ska inte kunna förklaras bättre av andra somatiska eller psykiatriska sjukdomstillstånd och tillståndet ska orsaka ett kliniskt signifikant lidande och försämrad funktion.

Diagnosen depression kan sättas efter ett kliniskt samtal där också observation ingår. Detta är inte alltid tillräckligt för att upptäcka en depression och därför ska, enligt en ny kunskapssammanställning från SBU 2012 [1], det kliniska samtalet kompletteras med en strukturerad intervju för att ge tillräckligt hög känslighet och träffsäkerhet. Den nya versionen av DSM (DSM-V) publiceras i maj 2013.

Behandling av depression i Sverige

Majoriteten av patienter med depression i Sverige får behandling i primärvården [5]. Svårare tillstånd bör handläggas i den psykiatriska vården. Val av behandlingsform beror på om det är lindrig, medelsvår eller svår depression. För att bedöma svårighetsgraden kan man använda någon av de skattningsskalor som finns tillgängliga. Mera information om bedömningsformulär finns i SBU:s rapport "Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom" [1].

Nationella riktlinjer för behandling vid depression och ångest publicerades av Socialstyrelsen år 2010 [5]. I korthet innebär riktlinjerna att hälso- och sjukvården vid lindrig depression bör erbjuda psykoterapi och bara i undantagsfall antidepressiva läkemedel. Råd ska ges om fysisk aktivitet som egenvård. Vid medelsvår depression ska patienten erbjudas psykoterapi och/eller antidepressiva läkemedel. Vid svår depression är antidepressiva läkemedel och elektrokonvulsiv behandling (ECT) förstahandsval [5].

Målsättningen för behandling vid depression är förutom lindring av symtom också återgång till tidigare funktionsnivå (t ex i arbete och socialt liv) och livskvalitet samt att minska risken för återinsjuknande [5]. Värdering av självmordsrisk ingår i behandlingen.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet är ett övergripande begrepp för all form av kroppsrörelse som är en följd av muskelarbete och som resulterar i ökad energiförbrukning. Lite förenklat innebär detta i praktiken att allt utom att sitta och ligga still räknas som fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet utförs med olika intensitet, duration och frekvens. Den lägsta rekommenderade nivån för hälsofrämjande fysisk aktivitet är att man ska vara fysiskt aktiv varje dag (minst 5 dagar/vecka) i 30 minuter och att intensiteten då bör vara åtminstone måttlig (t ex som vid en rask promenad), alternativt att man tränar 3 gånger/vecka under förutsättning att intensiteten är högre [6]. Alla rekommendationer om fysisk aktivitet ska anpassas till individens förutsättningar. Regelbunden fysisk aktivitet har en väl säkerställd effekt vid ett antal olika sjukdomstillstånd som exempelvis diabetes, hjärt-kärlsjukdomar och tjocktarmscancer [7]. Med träning menar man fysisk aktivitet som är planerad, strukturerad, regelbunden, målinriktad och som syftar till att bevara eller förbättra den fysiska prestationsförmågan.

Riskerna med en stillasittande livsstil oberoende av träningsgrad har på senare år uppmärksammats alltmer då man börjat se tydliga samband mellan stillasittande, ökad dödlighet och flera olika sjukdomar [8–9]. Det innebär att även mindre ansträngande aktiviteter som olika vardagsrörelser har betydelse för hälsan.

Fysisk aktivitet vid depression – Sverige

I SBU-rapporten Behandling av depressionssjukdomar (2004) [10] konstaterar man att ett antal studier har visat att fysisk aktivitet höjer humöret hos friska och hos personer med lindrig nedstämdhet men att de studier som försökt visa att fysisk aktivitet av olika slag har effekt på egentliga depressioner har sådana brister i metodik att någon säker slutsats inte kan dras.

I FYSS (2008) [7], som används av sjukgymnaster, läkare och annan vårdpersonal i Sverige, finns ett kapitel om fysisk aktivitet vid depression. Indikationer för fysisk aktivitet och träning är 1) att förebygga depression, 2) som tillägg till annan behandling av depression och 3) att förebygga återfall.

I Socialstyrelsens "Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom" (2010) [5], gjorde man bedömningen att det finns visst vetenskapligt stöd för att fysisk aktivitet vid lindrig depression kan förebygga försämring, höja stämningsläget och minska symtomen. Vid medelsvår depression bedömdes det vetenskapliga underlaget som otillräckligt. Fysisk aktivitet kan minska risken att utveckla depression.

Bedömningsbias

Resultatfel som kan uppstå när en undersökare som bedömer behandlingseffekt med mjuka kriterier (patientens muntliga symtombeskrivning, observation av funktionsstörning, t ex gångsvårigheter) känner till vilken behandling patienten fått. Undersökaren kan då tendera att göra förmånligare bedömningar hos de patienter som fått den behandling han/hon tror vara den bästa. Denna typ av fel är ett viktigt skäl för blindning.

Lästips

Blake H. Physical activity and exercise in the treatment of depression. *Front Psychiatry* 2012;3:106.

Referenser

1. SBU. Diagnostik och uppföljning av försämrings-syndrom. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2012. SBU-rapport nr 212. ISBN 978-91-85413-52-2.
2. Josefsson, T, Lindwall M, Archer T. Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic review. *Scand J Med Sci Sports* 2013 Jan 30.
3. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2007;7:10.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). 4th ed. 1994, Washington D.C.: American Psychiatric Association (APA).
5. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
6. Haskell, WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc* 2007;39:1423-34.
7. Statens folkhälsoinstitut. FYSS 2008. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Rapport 2008:4. Östersund: Statens folkhälsoinstitut och Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA); 2008.
8. Statens folkhälsoinstitut. Stillasittande och ohälsa – en litteratursammanställning. Rapport 2012:07. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2012.
9. Katzmarzyk PT. Physical activity, sedentary behavior, and health: paradigm paralysis or paradigm shift? *Diabetes* 2010;59:2717-25.
10. SBU. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2004. SBU-rapport nr 166/1+2+3.

Projektgrupp

Sakkunnig

Cecilia Rastad, med dr och leg sjukgymnast, Institutionen för neurovetenskap, Uppsala universitet och Centrum för Klinisk Forskning Dalarna (CKF)

Granskare

Lars Jacobsson, professor emeritus i psykiatri, Umeå universitet

Projektledare

Elisabeth Hedström, SBU

Mikael Nilsson, SBU

Kommenterad rapport

Rimer J, Dawn K, Lawlor DA, Greig CA, McMurdo M, Morley W, Mead GE. Exercise for depression. Cochrane Database of Systemic Reviews 2012, Issue 7. Art. No.: CD004366. DOI: 10.1002/14651858. CD004366. pub5.

SBU utvärderar sjukvårdens metoder

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, är en statlig myndighet som utvärderar hälso- och sjukvårdens metoder. SBU analyserar metodernas nytta, risker och kostnader och jämför vetenskapliga fakta med svensk vårdpraxis. Målet är att ge ett bättre beslutsunderlag för alla som avgör hur vården ska utformas.

SBU Kommenterar och sammanfattar utländska medicinska kunskapsöversikter. SBU granskar översikten men inte de enskilda studierna. Forskning som förändrar kunskapsläget kan ha tillkommit senare.

SBU Kommenterar publicerad: 2013-04-09

Originalrapporten publicerad: 2012

Rapporten kan hittas på www.sbu.se/2013_03.

Läs fler SBU Kommenterar på www.sbu.se

Ansvarig utgivare: Måns Rosén, Direktör SBU

Programchef: Jan Liliemark, SBU

Grafisk produktion: Åsa Isaksson, SBU

SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering

Box 3657, 103 59 Stockholm • Olof Palmes Gata 17

Telefon: 08-412 32 00 • Fax: 08-411 32 60

E-post: registrator@sbu.se • www.sbu.se