

1. Angst

Konklusion og træningstype

Der er moderat grad af evidens for en positiv effekt af fysisk træning til personer med en angst-diagnose og til inaktive personer med somatisk kronisk sygdom og angstsymptomer. Fysisk træning sænker også angst-niveauet hos personer uden psykiatrisk diagnose. Den enkelte fysiske træningssession har umiddelbar og positiv effekt på angstsymptomer.

Den fysiske træning skal individualiseres. Der er størst erfaring med aerob træning. Træningen kan med fordel foregå på små hold. Der anbefales aerob fysisk aktivitet, som starter ved lav intensitet og gradvist øges til moderat til høj intensitet, ligesom varigheden af den fysiske aktivitet øges gradvist. Den progressive aerobe træning kan med fordel være daglig, idet der er effekt af den enkelte fysiske træningssession.

Den aerobe træning kan være gang/løb, cykling eller svømning. Den fysiske træning skal være progressiv, således at intensiteten gradvist øges. Den fysiske aktivitet kan evt. monitoreres med Borg Skala (1). Initialt trænes på Borg skala 12-13 i 10-20 min. med gradvis øgning til træning ved Borg skala 15-16 i 30 min. Personer med angst kan evt. være i behandling med beta-blokkere og vil derved ikke opleve øget puls, men kan netop monitoreres ved Borg skala.

Baggrund

Angst er en af de mest almindelige psykiske sygdomme i Danmark. Der er nogen usikkerhed omkring, præcis hvor udbredt angsttilstande er, men alle undersøgelser tyder på, at forekomsten er høj. Ifølge Psykiatrifonden vil ca. 12 % af befolkningen opleve en angsttilstand i løbet af et år. De fleste angsttilstande ses i langt højere grad hos kvinder end mænd. Der er også mange, der har flere former for angst, eller angst og depression samtidig. Kvinder oplever angst dobbelt så hyppigt som mænd, dog med undtagelse af OCD (tvangstanker og tvangshandlinger) og sygdomsangst (hypokondri), hvor hyppigheden er den samme for de to køn (2;3).

Angstsymptomer kan opdeles i fire grupper:

- Psykiske symptomer, lige fra den lettere nervøsitet og uro til den voldsomme panikfølelse med angst for at dø eller blive sindssyg

- Kropslige symptomer som hjertebanken, rysten, svedtendens, mavesymptomer og svimmelhed
- Ængstelige tanker omkring hvad der vil ske, fx forestillinger om faretruende begivenheder, udvikling af sygdom eller død
- Undvigelsesadfærd, flugt og undgåelse af de steder og situationer, der giver angst.

De vigtigste overordnede angstlidelser er fobier (bl.a. agorafobi, socialfobi, enkeltfobi), panikangst og generaliseret angst. Dertil kommer de specielle angstformer OCD og PTSD (posttraumatisk stresssyndrom).

Posttraumatisk stresssyndrom, PTSD, er en psykisk tilstand, man kan risikere at udvikle, hvis man har været udsat for hændelser, der er så voldsomme, at der er tale om en katastrofe. Det gælder fx hvis man har været udsat for store ulykker, naturkatastrofer, krig, tortur, voldtægt, overfald, dødstrusler eller gidseltagning (4).

Hvis man har PTSD, får man flashbacks eller mareridt, hvor man igen og igen oplever det, man har været udsat for. Og man føler stærkt ubehag, hvis man kommer ud for situationer, der minder om katastrofen. Man har tendens til at fare sammen, blive irriteret, få koncentrationsbesvær og problemer med at sove (5).

Angst ses desuden som et symptom ved mange forskellige fysiske og psykiske sygdomme.

Man kender ikke angstens præcise årsager, men der er ofte tale om en kombination af en arvelig sårbarhed og belastninger under opvæksten eller senere i livet. Angstlidelsers alvorlighedsgrad kan variere over tid, og spontane forbedringer forekommer. Mange vil blive langvarigt eller kronisk invaliderede uden behandling.

Epidemiologiske studier indikerer, at regelmæssig fysisk aktivitet nedsætter risikoen for angstsymptomer (6).

Evidensbaseret grundlag for fysisk træning

Samtaleterapi, medicinering og ikke mindst kognitiv adfærdsterapi (eksponeringsbehandling) udgør kernen i behandlingen. Der foreligger nogen, men begrænset viden om effekten af fysisk aktivitet som behandling af angst (7;8).

Klassiske undersøgelser fra 1970'erne vedrører personer, der fik angstanfald, når de skulle køre med bus. Når de stod på bussen, blev de grebet af angst med høj puls, svedtendens og følelse af ikke at kunne få vejret. Personerne blev bedt om

at løbe til bussen, så de havde høj puls og var forpustede, når de stod på bussen. Dermed var de fysiske symptomer maksimalt aktiverede og blev ikke forværrede, når de stod på bussen. Patienterne tilskrev den høje puls, svedtendensen og forpustelsen, at de havde løbet til bussen, og angsten for bussen aftog (9;10).

I flere randomiserede kontrollerede forsøg omfattende personer, der ikke opfylder kriterierne for psykiatrisk diagnose, har det vist sig, at fysisk aktivitet kan reducere symptomer på angst og spænding. Det er imidlertid usikkert, om effekten er langvarig (8;11-14).

En metaanalyse fra 2017 (15) inkluderer 6 randomiserede, kontrollerede studier, i alt 262 mænd og kvinder, i behandling med forskellige former for angstdiagnoser. Gennemsnitsalderen var omkring 35 år. Alle studier anvendte aerob træning, træningsfrekvensen var 1 til 7 per uge. Intensiteten var 70 %, sessionerne varede 30 min. og varigheden af træningen var 5 uger for de studier, hvor disse parametre var oplyst. Konklusionen var, at fysisk træning er en effektiv behandling mod angst.

En metaanalyse inkluderede 36 RCT og fandt, at akut fysisk aktivitet kunne bidrage til en moderat reduktion i angstniveau. Studiet inkluderede personer med let til moderat, men ikke svær angst (16).

En metaanalyse inkluderede 40 studier og konkluderede, at fysisk træning har god effekt på ledsagende angstsymptomer hos fysisk inaktive personer med kronisk sygdom, heriblandt hjertekarsygdom, fibromyalgi, multipel sklerose, psykiske lidelser, cancer og kronisk obstruktiv lungesygdom (17). Der var størst effekt af træningssessioner på mindst 30 min., men ingen konklusioner i øvrigt vedrørende specifik træningstype.

En metaanalyse fra 2016 inkluderede 8 studier, heriblandt RCT, tværsnitstudier, kohortestudier og case-kontrol-studier, der undersøgte betydningen af fysisk aktivitet til ældre (+60-årige) personer med angst. Der var overordnet set positiv effekt, men det var ikke muligt at pege på, hvilken type af fysisk træning der var optimal (18).

En metaanalyse fra 2015 (19) vurderer betydningen af fysisk træning til personer med PTSD på baggrund af 4 randomiserede kontrollerede studier, i alt 200 personer i alderen 34-52 år. Personer i træningsgrupperne havde signifikant færre PTSD og depressive symptomer.

Mulige mekanismer

Den positive effekt på angst antages at være multifaktoriel. Nogle peger på, at den fysiske aktivitet er en form for distraktion, der afleder personens angstsymptomer. Til støtte for denne teori er det fremført, at man kan opnå samme effekt ved hvile i lydisolert rum (20).

I den vestlige verden anses det for sundt at være fysisk aktiv, og en person med psykisk sygdom, der motionerer, kan forvente positiv feedback fra omverdenen og social kontakt (21). Det opfattes som normalt at dyrke motion, hvorved en ringslutning kan opstå: Den, der motionerer, føler sig normal. Hvis man er fysisk aktiv ved relativ høj intensitet, er det svært samtidig at tænke/spekulere meget, og den fysiske aktivitet kan benyttes som afledning af tanker og situationer, der kan give angst. Fysisk aktivitet øger konditionen og muskelstyrken og dermed det fysiske velvære. Der er herudover en række teorier om, at hormonændringerne under fysisk aktivitet kan påvirke sindsstemningen. Dette gælder fx betaendorfin-niveauet og monoamin-koncentrationerne (22).

Personer med angst oplever indre uro. Under fysisk aktivitet stiger pulsen, og man sveder. At opleve disse fysiologiske ændringer i forbindelse med normal fysisk udfoldelse kan tænkes at give den angste/depressive person den vigtige erfaring, at det ikke er farligt at have høj puls, svede osv. Det er muligt, at fysisk aktivitet har en direkte positiv effekt på hippocampus (23).

Kontraindikationer

Ingen generelle.

Referenceliste

- 1 Borg G. Perceived exertion as an indicator of somatic stress. *Scand J Rehabil Med* 1970;2(2):92-8.
- 2 Rosenberg R, Videbech P. [Reference programs for anxiety disorders and unipolar depression. The Danish Society of Psychiatry]. *Ugeskr Laeger* 2008 Mar 17;170(12):1051.
- 3 <http://www.psykiatrifonden.dk>. 2017.
- 4 Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005 Jun;62(6):593-602.
- 5 <http://www.netpsykiater.dk/Htmsgd/PTSD.htm>. 2017.
- 6 Pasco JA, Williams LJ, Jacka FN, Henry MJ, Coulson CE, Brennan SL, et al. Habitual physical activity and the risk for depressive and anxiety disorders among older men and women. *Int Psychogeriatr* 2010 Sep 24;1-7.
- 7 Wegner M, Helmich I, Machado S, Nardi AE, Arias-Carrion O, Budde H. Effects of exercise on anxiety and depression disorders: review of meta-analyses and neurobiological mechanisms. *CNS Neurol Disord Drug Targets* 2014;13(6):1002-14.
- 8 Bartley CA, Hay M, Bloch MH. Meta-analysis: aerobic exercise for the treatment of anxiety disorders. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2013 Aug 1;45:34-9.
- 9 Orwin A. 'The running treatment': a preliminary communication on a new use for an old therapy (physical activity) in the agoraphobic syndrome. *Br J Psychiatry* 1973 Feb;122(567):175-9.
- 10 Orwin A. Treatment of a situational phobia--a case for running. *Br J Psychiatry* 1974 Jul;125(0):95-8.
- 11 Conn VS. Anxiety outcomes after physical activity interventions: meta-analysis findings. *Nurs Res* 2010 May;59(3):224-31.
- 12 Raglin JS. Anxiolytic effects of physical activity. In: Morgan WP, editor. *Physical activity and mental health*. Washington D.C.: Taylor & Francis; 1997. p. 107-26.
- 13 Rebar AL, Stanton R, Geard D, Short C, Duncan MJ, Vandelanotte C. A meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. *Health Psychol Rev* 2015;9(3):366-78.
- 14 Stonerock GL, Hoffman BM, Smith PJ, Blumenthal JA. Exercise as Treatment for Anxiety: Systematic Review and Analysis. *Ann Behav Med* 2015 Aug;49(4):542-56.
- 15 Stubbs B, Vancampfort D, Rosenbaum S, Firth J, Cosco T, Veronese N, et al. An examination of the anxiolytic effects of exercise for people with anxiety and stress-related disorders: A meta-analysis. *Psychiatry Res* 2017 Mar;249:102-108. doi: 10.1016/j.psychres.2016.12.020. Epub;2017 Jan 6.:102-8.

- 16 Ensari I, Greenlee TA, Motl RW, Petruzzello SJ. Meta-analysis of acute exercise effects on state anxiety: An update of randomized controlled trials over the past 25 years. *Depress Anxiety* 2015 Aug;32(8):624-34.
- 17 Herring MP, O'Connor PJ, Dishman RK. The effect of exercise training on anxiety symptoms among patients: a systematic review. *Arch Intern Med* 2010 Feb 22;170(4):321-31.
- 18 Mochcovitch MD, Deslandes AC, Freire RC, Garcia RF, Nardi AE. The effects of regular physical activity on anxiety symptoms in healthy older adults: a systematic review. *Rev Bras Psiquiatr* 2016 Jul;38(3):255-61.
- 19 Rosenbaum S, Vancampfort D, Steel Z, Newby J, Ward PB, Stubbs B. Physical activity in the treatment of Post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* 2015 Dec 15;230(2):130-6.
- 20 Bahrke MS, Morgan WP. Anxiety reduction following exercise and meditation. *Cognit Ther Res* 1978;4:323-33.
- 21 Scott MG. The contributions of physical activity to psychological development. *Res Q* 1960;31:307-20.
- 22 Mynors-Wallis LM, Gath DH, Day A, Baker F. Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *BMJ* 2000 Jan 1;320(7226):26-30.
- 23 Campbell S, Marriott M, Nahmias C, MacQueen GM. Lower hippocampal volume in patients suffering from depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2004 Apr;161(4):598-607.