

Qigong har stressdämpande effekt



KARIN LINDER, specialist i allmänmedicin, f d husläkare, företagsläkare, Totalhälsan, Uppsala
 karin.linder.hildebrand@bredband.net

överläkare, institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, enheten för allmänmedicin och klinisk epidemiologi, Uppsala universitet och primärvården i Uppsala län

Välkända icke-farmakologiska behandlingsformer vid stress är diverse avslappnings- och avspänningstekniker samt fysisk träning. Qigong är en kombination av båda dessa och kan ha effekt vid stressutlösta besvär [1-3]. Dock har endast ett fåtal kliniska prövningar av qigong som behandlingsmetod vid stressrelaterade besvär utförts, där som regel effekten av qigong jämförts med effekten av ingen åtgärd alls, vilket försvårar bedömningen av om effekten beror på qigong-träningen eller på allmänt omhändertagande.

Ett slags inre akupunktur

Qigong är en kinesisk filosofi som är mer än 2 500 år gammal. Den är grunden till traditionell kinesisk läkekonst. Qigong bygger på tanken att det finns livsenergi, qi, i allt levande. Utifrån denna filosofi har under historiens gång utvecklats bland annat tai chi, kampsporter och akupunktur. I kroppen löper enligt kinesiskt tänkesätt energikanaler, »meridianer«, där livsenergi flödar.

Sjukdomar och smärta anses bero på blockeringar eller skador i energikanalerna, och blockeringarna kan behandlas med hjälp av medicinsk qigong [1, 4]. Träningen består av avslappning, rörelser, koncentration och andningsövningar. Man tänker sig att särskilda, enkla rörelser stimulerar energiflödet i kroppen, löser upp blockeringar och spänningar, ökar blodgenomströmningen och mjukar upp stela leder (Figur 1). Daglig träning anses fylla på livsenergin. Enligt detta tänkesätt kan man också stimulera energiflödet och lösa blockeringar med hjälp av akupunktur eller akupressur. Qigong kan liknas vid inre akupunktur och har den fördelen att det inte behövs någon terapeut, när man väl lärt sig metoden.

Medicinsk qigong

Medicinsk qigong ingår som en del i traditionell kinesisk medicin och syftar till att genom långsamma rörelser i kombination med avslappning och andningsövningar skapa balans i kropp och själ. Kroppens egna inre krafter aktiveras så att påverkan på det sympatiska nervsystemet minskar [1].

Det finns ett par hundra varianter av denna träningsmetod. Den metod som vi har använt heter jichu gong och är steg ett i biyun-metoden, den hälsobevärande metoden, utarbetad av doktor Fan Xiulan, Kina. Hon är läkare i traditionell kinesisk medicin och qigong-mästare. Metoden har relativt nyligt beskrivits utförligt på svenska [4].

Jichu gong består av en kort inledande avslappning följt av



Foto: IBL Bildbyrå

Figur 1. Qigong ingår som en del i traditionell kinesisk medicin och består av långsamma rörelser i kombination med avslappning och andningsövningar i syfte att skapa balans i kropp och själ.

tio relativt enkla rörelsemoment, t ex rotation i fotlederna, knäna, midjan och höfterna, med en avslutande »insamling av energi«, där man sträcker ut armarna och för ihop dem ovanför huvudet, tänker på något som ger kraft och sedan för ner händerna framför kroppen till en punkt strax nedom naveln. Träningsspasset avslutas med »självmassage«, då man masserar igenom den egna kroppen från huvudet och neråt. Jichu gong tar cirka tio timmar att lära sig och bör övas i minst sex veckor för att man ska få mätbara effekter i form av minskad hjärtfrekvens, minskad katekolamininsöndring, minskad stress och förbättrat självförtroende [1, 3, 5, 6].

Qigong enligt biyun-metoden påminner närmast om kroppskännedomsträning, som dock endast utförs av en utbildad sjukgymnast, medan qigong ges av instruktörer utan koppling till sjukvårdssystemet och fungerar bäst i grupp för att optimera överföringseffekter mellan gruppdeltagarna [7].

För att få ett så objektivt mått som möjligt på tänkbar effekt av qigong vid stressrelaterade besvär gjorde vi en klinisk prövning av effekten av qigong enligt biyun-metoden gentemot ef-

SAMMANFATTAT

Qigong är en träningsform som är lätt att lära sig, och den kräver ingen utrustning. **Den är fysiskt** inte särskilt krävande och kan tillämpas av de flesta personer

Den har visats ha dämpande effekt på stressrelaterade symtom och kan därmed vara ett icke-medikamentellt behandlingsalternativ vid sådana besvär.

TABELL I. Patientkaraktistika vid studiens start, medelvärden, n=9.

	Qigong-grupp	Kontrollgrupp
Genomsnittlig ålder	45,3	47,0
Komorbiditet		
Fibromyalgi	1	1
Utmattningsdepression	1	0
Astma	1	0
Yrsel och ångest	1	0
Muskuloskeletala besvär	2	2
Gastrointestinala besvär	1	1
Poäng på urvalsformulär	17,6	12,4

fekten av traditionellt kliniskt stressomhändertagande i ett litet patientmaterial.

METOD OCH STUDIEPOPULATION

Studiens design är en traditionell, randomiserad, kontrollerad klinisk prövning. Studiepopulationen utgjordes av konsekutiva kvinnliga patienter i åldern 25–65 år, som sökte medicinsk hjälp för stressrelaterade symtom på Liljeforstorgs husläkarmottagning i Uppsala, där en av författarna då var verksam.

Som urvalsinstrument användes symtomformuläret Common Symptoms in General Practise (CSGP) [8]. Formuläret innehåller frågor om huruvida personen besvärats av något av 15 vanliga allmänna symtom och hur frekventa symtomen varit. Svaren på varje fråga kan ge 0–2 poäng. Fem poäng anses motsvara en ganska måttlig stressnivå, och 5 poäng eller mer utgjorde inklusionskriterium till prövningen.

27 patienter fyllde i formuläret, varav fyra fick mindre än fem poäng, och fem avböjde att delta, i merparten av fallen av praktiska skäl. De återstående 18 kvinnorna randomiserades i block om fyra till interventionsgrupp eller till kontrollgrupp, varvid nio allokerades till qigong-gruppen och nio till kontrollgruppen. Efter randomiseringen fick samtliga deltagare fylla i Gothenburg Quality of Life Instrument (GQLI), som användes för att mäta utfallet, dvs effekten av behandlingen [9].

Det består av tre delinstrument, symtom (complaint score), välbefinnande och fritidsaktiviteter. Symtomformuläret består av en lista med 30 specifika symtom, där patienten ska markera vilka symtom hon haft någon gång de senaste två månaderna.

Välbefinnandeformuläret mäter livssituation beträffande arbete, hem och familj, hörsel, syn, minne, kondition, aptit, humör, energi, tålamod, självförtroende, sömn och självskattad hälsa med hjälp av en Lickert-skala, som löper från »mycket dåligt« (1) till »utmärkt, kunde inte vara bättre« (7).

I aktivitetsformuläret finns 32 specificerade aktiviteter plus två öppna alternativ listade. Patienten anger vilka av dessa aktiviteter hon utfört senaste två månaderna med alternativen »aldrig« (0 poäng), »enstaka gånger« (1 poäng) eller »ofta eller regelbundet« (2 poäng). Poängen summeras därefter till en övergripande aktivitetspoäng.

Dessutom frågades om patienten varit sjukskriven vid något tillfälle de senaste åtta veckorna och i så fall i hur många dagar och i vilken grad. Vidare registrerades komorbiditet i form av aktuella diagnoser utöver de symtom patienten sökte för, födel-seär och utbildningsnivå.

Därefter påbörjades behandlingen i respektive grupp. Qigong-gruppen genomgick gruppträning med instruktör kvällstid på vårdcentralen en gång per vecka under en och en halv timme i åtta veckor och däremellan egen träning. En enkel dagbok fördes under tiden, framför allt för att registrera övriga terapi-er eller eventuella bieffekter av qigong. Alla qigong-patienter

fullföljde behandlingen. Kontrollgruppen fick under motsvarande tid sedvanlig rutinbehandling vid vårdcentralen, såsom remiss till sjukgymnast, eventuell läkemedelsbehandling osv efter behov. En kontrollpatient avbröt studien på grund av hjärtinfarktinsjuknande, medan de övriga åtta fullföljde studien.

Efter åtta veckors behandling fyllde deltagarna åter i GQLI. Därefter erbjöds kontrollgruppen qigong-träning i åtta veckor medan den tidigare qigong-gruppen fick fortsätta med qigong-träningen på egen hand eller bli föremål för annan behandling. Efter 16 veckor avslutades studien med att alla deltagare fyllde i GQLI en tredje och sista gång.

Vi redovisar här resultaten från den första 8-veckorsperioden, som är en traditionell randomiserad behandlingsstudie mellan qigong- och kontrollgrupp. Forskningsetikommittén i Uppsala granskade och godkände projektet.

Statistisk analys

Det insamlade datamaterialet bearbetades med statistikprogrammen SAS [10] och JMP [11]. Data var fullständiga för alla patienter som fullföljde studien. Medelvärden och spridningsmått beräknades med traditionella parametriska metoder. Skillnader mellan grupperna i kontinuerliga variabler analyserades med Students t-test och skillnader i proportioner med χ^2 -testet. Antalet sjukskrivningsdagar var skevt fördelade mot högre värden och analyserades därför även efter logaritmering.

Justering av data för olikheter i utgångsvärden gjordes dels med multivariat linjär regression, dels med variansanalys, dels på traditionellt sätt enligt modellen aktuellt mätvärde \times 100/utgångsvärde. Eftersom alla metoderna gav samma resultat redovisas enbart resultaten från den senare, som är lättast att tolka. Inga resultat av signifikantest redovisas, men i Tabell II anges 95 procentens konfidensintervall för effekten, dvs skillnader i trend mellan grupperna.

Studiens primära utfallsmått var upplevd hälsa och effektmåttet var skillnad i förändring över tid mellan grupperna och skillnadens konfidensintervall. Skillnaden anger storlek och riktning på behandlingseffekten och konfidensintervallet kan användas för signifikansbedömning. Studiens styrka (power) med avseende på att identifiera den funna skillnaden mellan grupperna i upplevd hälsoutveckling under behandlingsperioden var 56 procent, minsta signifikanta skillnad var 1,25 och minsta stickprovsstorlek 15 personer. En styrka på 80 procent hade krävt 30 försökspersoner.

RESULTAT

I Tabell I redovisas patientkaraktistika. Patienterna var i genomsnitt 46 år, medianvärde 47 år, och hade i genomsnitt 15 poäng i urvalsformuläret. Åtta patienter hade inte varit sjukskrivna under de senaste två månaderna före studiens start, medan de övriga hade varit sjukskrivna i mer eller mindre grad under 4–8 veckor före studiestarten. Qigong-gruppen var i genomsnitt något yngre än kontrollgruppen och hade något lägre utbildning. Det fanns måttliga skillnader i komorbiditet, dvs sjukdomstillstånd utöver inklusionssymtomen. Inga skillnader mellan grupperna redovisades i Tabell I var signifikanta men har betydelse då qigong-gruppen hade något sämre utgångsläge.

Behandlingsresultat efter åtta veckor

Behandlingsresultatet efter åtta veckor redovisas i Tabell II som poäng för varje faktor i vardera gruppen, dessutom redovisas skillnaden i förändring över tid mellan grupperna och dess 95-procentiga konfidensintervall. En positiv skillnad innebär att det gick bättre över tid i qigong-gruppen, en negativ att det

TABELL II. Livskvalitetsvariabler och sjukskrivningsdata vid start och efter åtta veckor i de två grupperna. Differensen är skillnaden mellan förändringen i de två grupperna. Välbefinnande mättes på en sjugradig Lickert-skala (spännvidd 1–7), höga värden indikerar utmärkt situation. Symtompoäng = antal symtom de senaste två månaderna. Aktivitetspoängens spännvidd = 0–68, höga värden indikerar hög fritidsaktivitet.

	Qigong-grupp		Kontrollgrupp		Differens	
	Utgångsvärde	Efter 8 veckor	Utgångsvärde	Efter 8 veckor	Medelvärde	95 procents konfidensintervall
n	9	9	9	8		
Välbefinnande						
Arbetsituationen	2,8	3,9	3,3	4,1	0,24	-1,69;2,16
Hem och familj	5,9	5,8	5,9	5,6	0,01	-1,05;1,08
Hörsel	5,2	5,7	6,8	6,6	0,57	-0,24;1,38
Syn	4,8	4,7	5,2	5,8	-0,49	-2,31;1,34
Minne	4,0	4,7	4,4	4,8	0,04	-1,56;1,64
Kondition	2,8	3,8	3,8	4,6	0,13	-0,97;1,22
Aptit	4,6	4,9	6,0	6,5	-0,29	-1,85;1,26
Humör	3,8	4,6	3,7	4,8	-0,35	-2,25;1,55
Energi	2,6	4,8	3,4	4,1	1,47	-0,51;3,46
Tålmod	2,7	4,6	4,2	4,5	1,26	-0,99;3,51
Självförtroende	3,7	4,4	5,3	5,5	0,40	-1,19;1,99
Sömn	2,7	4,1	2,7	3,4	0,19	-1,36;1,75
Upplevd hälsa	2,9	4,2	4,1	3,9	1,33	0,08;2,59
Symtompoäng	17,2	11,3	15,6	14,8	-3,76	-10,05;2,52
Aktivitetspoäng	16,1	13,1	14,7	11,0	1,88	-4,61;8,36
Antal sjukskrivna	6	6	4	4	0	-
Sjukskrivningsdagar	28,4	24,2	7,0	10,8	-7,10	-18,86;4,67

gick bättre i kontrollgruppen. Om konfidensintervallet i sin helhet ligger på positiva eller negativa sidan innebär det att skillnaden i trend mellan grupperna är signifikant, annars inte. Enbart faktorn upplevd hälsa uppvisade en signifikant större ökning i qigong-gruppen än i kontrollgruppen, men qigong-gruppen tenderade att ha en fördelaktigare utveckling än kontrollgruppen avseende flertalet av de övriga tolv faktorerna. Skillnader i ålder och utbildning mellan grupperna påverkade inte behandlingsresultaten.

Även symtominstrumentet uppvisade skillnader såtillvida att antalet rapporterade symtom tenderade att minska mer i qigong-gruppen än i kontrollgruppen. Symtomrapporteringen i qigong-gruppen minskade framför allt inom området stress-depression-spänning, medan kontrollgruppens profil var relativt oförändrad. Aktivitetsinstrumentet däremot uppvisade enbart små skillnader, dessutom till qigong-gruppens nackdel (Tabell II).

Sjukskrivningarna minskade i genomsnitt med drygt fyra dagar i qigong-gruppen och ökade med nästan fyra dagar i kontrollgruppen. Bedömt utifrån dagböckerna och symtomformulären fanns inga skillnader mellan grupperna i rapporterade bieffekter.

DISKUSSION

Efter åtta veckor sågs en tydlig förbättring i qigong-gruppen jämfört med kontrollgruppen beträffande upplevd hälsa och en tendens till förbättring i merparten av de övriga utfallsmåtten.

Liten studiepopulation – medvetet val

Studiepopulationen var medvetet liten, eftersom vi ville få en första indikation på hur stor effekten av qigong kunde tänkas vara. Patienterna var konsekutiva med de definierade ingångskriterierna. Studiepopulationen är därför med säkerhet representativ för de patienter vid vårdcentralen som skulle ha kunnat delta. Däremot finns ingen generell representativitet på grund av att undersökningen gjordes vid endast en vårdcentral.

Randomiseringen gjordes i block om fyra för att få en jämn

patientfördelning till grupperna. Proceduren fungerade väl vad gäller ålder och utbildning, något sämre vad gäller komorbiditet. Skillnader i komorbiditet återspeglade skillnader i mediciner. Sjukskrivningsdata var självrapporterade och kompletterade med journaldata. Det är välkänt att självrapportering ger något färre sjukdagar än försäkringskasseraporterade vad gäller av kassan ersatta dagar men bättre täckning vad gäller företagsersatta dagar.

Vi har inte kompletta uppgifter om civilstånd, men grupperna var väsentligen lika i detta avseende. GQLI- och CSGP-instrumenten är båda validerade. Av naturliga skäl kan en studie av denna typ inte blindas (eller maskeras). Utvärderingen av behandlingseffekten var dock undersökaroberoende såtillvida att den var baserad på patienternas uppgifter i frågeformulären och beträffande sjukskrivning.

Fysisk träning förebygger stress

Qigong innehåller ett visst mått av fysisk träning. I en översiktsartikel redovisade Salmon att fysisk träning ger en anxiolytisk och antidepressiv effekt och dessutom ökad motståndskraft mot psykisk stress [12].

Fysisk träning ger vidare en form av kontrollerbar, förutsägbar adaptation till stress genom förändringar i opioidsystemen, som centralt hämmar noradrenalinets svar på stress. Man borde således kunna förebygga effekter av stress genom fysisk träning. Dunn [13] har visat att fysisk aktivitet minskar förekomsten av depression och ångest.

Qigong har visats påverka välbefinnandet

Kinesiska studier har visat att effekten av qigong på välbefinnandet är i nivå med det som uppnås vid fysisk träning [2]. Flera studier, bl a en indisk, har visat att stress leder till ökad kortisolproduktion [14]. Jones har visat att daglig qigong-träning i 14 veckor leder till sänkt kortisolproduktion [15].

Det finns vidare ett antal små och okontrollerade studier om effekten av qigong. I ett samarbetsprojekt mellan en vårdcentral och Försäkringskassan i Lilla Edet påvisades ökat välbefin-

nande och sänkt sjukskrivningsfrekvens hos fibromyalgipatienter som genomgick qigong-träning [16]. I en studie av 50 äldre patienter påvisades subjektiv förbättring i ADL-funktion, mindre depressionstendens och en rad andra förbättringar av hälsotillståndet efter qigong-behandling [2].

KONKLUSION

Sammanfattningsvis finns det således indikationer på att qigong har en stresslindrande effekt eller i varje fall mildrar effekterna av stress. Det är dock oklart om effekten beror på den träning som qigong ger eller om qigong-effekterna är medierade via andra mekanismer. Det som talar för det senare är att träningsintensiteten vid qigong är måttlig, man blir inte svettig. Möjligen har det meditativa inslaget större betydelse. Det behövs fler och större studier för att avgöra den frågan. Qigong är dock ofarligt och borde redan nu kunna användas av framför allt fysiskt mindre aktiva personer som behöver stresshantering.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Studien har fått ekonomiskt stöd från AstraZenecas stipendiefond, Landstinget i Uppsala län och Uppsala universitet.*

REFERENSER

1. Sancier KM. Medical applications of Qigong. *Altern Ther Health Med* 1996;2:40-6.
2. Tsang HW, Mok CK, Au Yeung YT, Chan SY. The effect of Qigong on general and psychosocial health of elderly with chronic physical illnesses: a randomized clinical trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18(5):441-9.
3. Skoglund L. Qigong – en stressreducerande metod vid datorarbete? *Svensk Tidskrift för Medicinsk Akupunktur* 1998;2:10-5.
4. Wikingsson Kjellson H. Qigong. Kinestetisk pedagogik i hälsans tecken [C-uppsats]. Högskolan i Gävle; 1996.
5. Lee MS, Lee MS, Kim HJ, Moon SR. Qigong reduced blood pressure and catecholamine levels of patients with essential hypertension. *Int J Neurosci* 2003;113:1691-1701.
6. Lee MS, Lim HJ, Lee MS. Impact of Qigong exercise on self-efficacy and other cognitive perceptual variables in patients with essential hypertension. *J Altern Complement Med* 2004;10:675-80.
7. Dong P, Esser A. The ancient Chinese way to health. New York; Paragon House, Marlow Co; 1990.
8. Krantz G. Mätinstrument för symptom hos medelålders kvinnor [masteruppsats i folkhälsovetenskap]. Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan; 1998.
9. Tibblin G, Tibblin B, Peciva S, Kullman S, Svärdsudd K. »The Göteborg quality of life instrument« – an assessment of well-being and symptoms among men born in 1913 and 1923. Methods and validity. *Scand J Prim Health Care* 1990; Suppl 1:33-8.
10. Statistical Analysis System. SAS Institute Inc, SAS Campus Drive, Cary, NC; 1995.
11. JMP User's guide. SAS Institute Inc, SAS Campus Drive, Cary, NC 2000.
12. Salmon P. Effects of physical exercise on anxiety, depression and sensitivity to stress: a unifying theory. *Clin Psycho Rev* 2001;21(1): 33-61.
13. Dunn AL, Trivedi MH, O'Neal HA. Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety. *Med Sci Sports Exerc* 2001; 33(6 suppl):589-97.
14. Singh SK. Immuno-modulation by exercise: review. *Indian J Med Sci* 1992;46(5):158-60.
15. Jones BM. Changes in cytokine production in healthy subjects practicing Guolin Qigong: a pilot study. *BMC complement. Altern Med* 2000;1(1):8.
16. Berglund E, Westerlind M, Perman GB. Medicinsk qigong i Lilla Edet [rapport]. Vårdcentralen, Lilla Edet; 2000.