Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi

Monica H. Breitve, psykolog, Cand. psychol.; Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen; Klinikk for psykisk helsevern, Haugesund sjukehus (nåtidig arbeidssted); e-post: monica.breitve@helse-fonna.no

Minna Hynninen, psykolog, Cand. psychol., PhD -stipendiat ved The Bergen Group for Treatment Research, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen

Alice Kvåle, fysioterapeut, Dr.philos., førsteamanuensis, Seksjon for fysioterapivitenskap, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen

Denne vitenskapelige artikkelen, mottatt 29.04.08 og godkjent 27.10.08, er fagfellevurdert i henhold til Tidsskriftet Fysioterapeutens retningslinjer på www.fysioterapeuten.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen.

Sammendrag

Hensikt: Fordi pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi (PMF) ikke er beskrevet med validerte spørreskjema tidligere, kartla vi dem med seks skjema for emosjonelle symptomer og subjektive helseplager.

Design: Kvantitativ sammenlignende tverrsnittsstudie.

Materiale: Pasienter henvist til PMF (n = 60) og ikke-hjelpsøkende personer med tilsvarende alders- og kjønnsfordeling ble rekruttert til sammenligningsgruppe (n = 66).

Prosedyre: Fysioterapeuter som driver PMF rekrutterte pasientene. De to gruppene ble sammenlignet med hverandre og normdata på subjektive helseplager (Subjective Health Complaints), depresjon (Beck Depression Inventory-II), angst (State-Trait Anxiety Inventory-Trait), tretthet (Fatigue Questionnaire), søvnproblemer (Bergen Insomnia Scale) og livskvalitet (Quality of Life Inventory).

Resultater: Mest kvinner (82 %) med gjennomsnittsalder på 44 år (spredning 22-75) oppsøkte PMF. Plagene deres var langvarige (gjennomsnitt > 9 år) og gjaldt mest muskel- og skjelett. Sammenlignet med ikke-hjelpsøkende personer og populasjonsnormer, hadde PMF-gruppen mer markante plager innenfor alle kategorier, og pasientene anga fire ganger mer subjektive helseplager og depressive symptomer enn sammenligningsgruppen. Klinisk betydelige plager var mest utbredt for søvnproblemer (85 %); fulgt av tilbøyelighet til angst (69 %), lav livskvalitet (63 %), depressive symptomer (59 %) og tretthet (57 %). Emosjonelle symptomer hang sterkt sammen med subjektive helseplager og livskvalitet.

Konklusjon: Pasientene som oppsøker PMF i de fleste helseregioner i Norge har en stor andel langvarige og klinisk betydelige emosjonelle symptomer og subjektive helseplager.

Nøkkelord: Bevissthet; Emosjon; Muskel- og skjelettlidelser; Persepsjon; Fysioterapi modaliteter; Psykomotorisk utøvelse; Psykofysiologiske forstyrrelser; mann; kvinne; middelaldrende. (Oversatt fra Mesh-termer.)

Innledning

Psykomotorisk fysioterapi (PMF) ble utviklet i Norge i 1940 og – 50 årene av fysioterapeuten Aadel Bülow-Hansen og psykiateren Trygve Braatøy (1). Litteraturen om PMF preges i stor grad av kasusbeskrivelser og kvalitative undersøkelser, noe som gjerne reflekterer det grunnleggende hermeneutiske og holistiske perspektivet i denne behandlingsformen (2). God bakgrunnskunnskap om pasientgruppen kan bedre forståelsen for hva som bør vektlegges i utdanning og behandling. I tillegg kan man få tilgang på mulige mål som kan anvendes for å undersøke endring over tid. Det synes derfor viktig å kartlegge pasienter som oppsøker PMF for type problemer og forekomst, samt alvorlighetsgrad av problemene.

PMF kan betraktes som en type kroppsbevissthetsterapi i likhet med Basic Body Awareness Therapy og Mensendieckmetoden (3). De såkalte kroppsbevissthetsterapiene («body awareness therapies») er basert på en antagelse om sammenheng mellom fysiske og psykiske belastninger og kroppens reaksjoner i form av muskelspenninger og endringer i respirasjon og kroppsholdning (4). Dette er en tradisjon der man ser på mennesket i et holistisk perspektiv, og fremhever gjensidig interaksjon mellom kropp og psyke (3). Ved hjelp av kommunikasjonsformer og teknikker som avspenning, massasje og øvelser, har kroppsbevissthetsterapiene som mål å redusere spenninger og normalisere funksjon, samt å hjelpe pasienten å bli bevisst på sammenhengen mellom kropp og sinn (1, 3). I PMF behandles symptomer lite lokalt og mye med fokus på hele kroppen (5). Ved å fokusere på respirasjon, holdning og bevegelser, kan pasienten bli mer oppmerksom på kroppen og godt innarbeidete kroppslige handlingsmåter. PMF brukes ved en rekke lidelser som for eksempel muskel- og skjelettplager samt muskelsmerter med opphav i angst og depresjon (1, 6). Metoden er veletablert innen det norske helsevesenet, og det er i dag cirka 400 fysioterapeuter med videreutdanning i norsk psykomotorisk fysioterapi (7).

Det finnes få karakteriseringer eller mer omfattende beskrivelser av pasientgruppen som helhet, og validerte spørreskjema synes ikke å ha vært anvendt. Dette gjør sammenligning med andre grupper vanskelig.

Likevel er eksisterende data interessante. For eksempel registrerte Aabakken og medarbeidere (8) henvisningsårsak og symptomer hos 152 pasienter som startet med PMF i perioden 1986-89. De fleste pasientene hadde lokaliserte eller generaliserte smerter eller spenninger, og 80 prosent av dem var kvinner som hadde hatt plager over flere år. To tredjedeler angav også psykisk pregede tilleggssymptomer. I en kvalitativ studie med 15 videoopptak og 30 intervju av fysioterapeuter, rapporterte Thornquist (9) at mens manuell fysioterapi ble oppsøkt for forholdsvis veldefinerte lokaliserte plager, mottok psykomotoriske terapeuter også henvisninger for mer generelle spenningstilstander. I en evalueringsstudie av 13 pasienter (11 kvinner og 2 menn), der en blant annet så på hvorfor pasienter ble henvist fra lege til PMF, var legens henvisningsgrunnlag ryggsmerter eller myalgi i seks tilfeller. Andre henvisningsdiagnoser var slitenhet, depresjonsfølelse, underlivssmerter og angst (10). Pasientene selv beskrev noe mer omfattende og diffuse plager.

Kvinner ser ut til å dominere gruppen med generaliserte eller uspesifikke smerter og muskel og skjelettplager (11). Andre studier av denne pasientgruppen har også demonstrert en høy forekomst av komorbide emosjonelle vansker (12, 13). Malmgren-Olsson og Armelius (11) fant at det vanligste symptomet i tillegg til smerte var uttalt trettthet (fatigue). De fleste av de 78 pasientene rapporterte også symptomer som angst, tristhet og søvnvansker. Andre funn antyder at pasienter med langvarige muskel- og skjelettplager ikke nødvendigvis har en klar psykopatologi, men psykologiske symptomer (13). Hos 36 kvinner med fibromyalgi korrelerte ikke subjektiv opplevelse av generell muskelspenning med objektive målinger av muskulær hyperaktivitet, men med personlighetstrekk som indikerer tilbøyelighet til angst (14). Langvarige muskelsmerter påvirker og forandrer livet til dem som rammes, og smertepasienter beskriver kroppen som fremmed, negativ, ukontrollerbar og svikefull (15).

Fordi tidligere studier beskriver en rekke ulike psykosomatiske problemer hos pasienter som oppsøker PMF, enten kvalitativt eller med ikke-validerte måleverktøy, valgte vi å kartlegge dem i en tverrsnittsstudie med etablerte og validerte måleinstrumenter. Studier av pasienter med uspesifikke smertetilstander og muskel- og skjelettplager har fremhevet faktorer som tilbøyelighet til angst, depresjon, fatigue eller tretthet, søvnproblemer, forverret livskvalitet og andre helseplager. Slike helseproblemer forekommer også relativt hyppig i befolkningen generelt og opptar mye ressurser i helsevesenet.

Derfor syntes det relevant og viktig å kartlegge gruppen som oppsøker PMF på disse variablene, for å fremskaffe data for utdannings-, undersøkelses- og evalueringsmål. Problemstillingene var:

(1) Hvor stor andel av pasienter som oppsøker PMF har betydelige problem (skårer over grenseverdi og/eller som tilfredsstiller kriterier for klinisk betydningsfulle plager) innen områdene (a) subjektive helseplager; (b) depressive symptomer; (c) tilbøyelighet til angst; (d) trettthet; (e) søvn; (f) livskvalitet?

(2) Hvor store problemer har disse pasientene sammenlignet med ikke-hjelpsøkende personer og normdata for de valgte instrumentene?

(3) Er det noen sammenhenger mellom de ulike problemene blant pasientene som oppsøker PMF?

Metode

Deltagere og prosedyrer

Data til denne tverrsnittsstudien er del av en behandlingsstudie hvor effekt av PMF blir målt på de samme variablene. Rekruttering av deltagere foregikk fra april 2006 til april 2007. Totalt ble 136 fysioterapeuter med spesialitet i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi kontaktet med spørsmål om å rekruttere deltagere til studien. Hoveddelen hadde registrert e-postadresse på internettsiden til Norsk Fysioterapeutforbund, og noen av disse kontaktet igjen andre psykomotoriske fysioterapeuter som ikke var oppført på medlemssiden. Pasientene ble enten rekruttert i første behandlingstime eller fra ventelistene til PMF-klinikkene. Fysioterapeutene kontaktet pasientene på ventelisten, enten via telefon eller brev, og tilbydde dem deltakelse i studien. Inklusjonskriteriene var (1) skriftlig samtykke til deltagelse (2) kvinner eller menn over 18 år som var henvist til PMF av lege.

Etter å ha gitt informert samtykke, fylte de klinikkrekrutterte deltagerne ut spørreskjema i løpet av, eller like etter, første time. Ventelistepasienter fikk tilsendt spørreskjema og informasjon om studien og returnerte det i posten sammen med signert skriftlig samtykke til deltagelse.

I denne studien ble normdata fra tidligere metodestudier av spørreskjemaene anvendt som sammenligningsgrunnlag. Noen av spørreskjemaene var normert kun med utenlandske utvalg hvor blant annet studenter inngikk. For også å kunne sammenligne med voksent norsk utvalg, rekrutterte vi i tillegg ikke-hjelpsøkende personer med samme alder og kjønnsfordeling som i PMF-gruppen. Denne sammenligningsgruppen frembrakte vi på to måter. Først ringte vi ledelsen ved tre ulike sykehjem i Rogaland for å be om tillatelse til å invitere ulike yrkesgrupper ved sykehjemmene til å delta. Dernest samlet vi data fra tilfeldige andre voksne personer som samtykket til deltakelse. Begge subgruppene i sammenligningsgruppen fikk først informasjon om studien, signerte deretter et skriftlig samtykke til deltagelse og fylte til slutt ut spørreskjemaene. Personer på venteliste til PMF eller som var under behandling ble ekskludert fra sammenligningsgruppen.

Måleinstrumenter

Spørreskjema som kartlegger ulike psykosomatiske helseaspekter ble valgt ut fra funn fra tidligere studier og fra et ønske om å kartlegge bredt innen sannsynlige problemområder. Normdata fra de ulike spørreskjemaene presenteres sammen med resultatene fra selve studien. Alle måleinstrumentene er selvrapporteringsskjemaer:

- *Somatiske og psykologiske helseplager: Subjective Health Complaints Inventory* (SHC; 16) er et norskutviklet skjema som måler 29 vanlige somatiske og psykologiske helseplager. Grad av plager og varighet skal angis for de siste 30 dager. Plagene graderes på en 4-punkts- skala fra 0 («Ikke plaget») til 3 («Alvorlig plaget»). En skår på 2 eller 3 indikerer at plagene er betydelige (17). I tillegg til en total sumskår, har instrumentet fem subskalaer: Muskel- og skjelettplager, Pseudonevrologi (for eksempel hjertebank og svimmelhet), Gastrointestinale plager, Allergiske plager og Forkjølelse. SHC har god intern konsistens mellom variablene og er normert på bakgrunn av 1219 besvarelser fra personer fra ulike yrker. Test-retest korrelasjonen er undersøkt på cirka 100 studenter og ble funnet å være høy, med unntak av subskalaen Forkjølelse (18).
- *Depresjon: Beck Depression Inventory-II* (BDI-II; 19) er mye brukt for å måle symptomer på depresjon. BDI-II består av 21 ledd hvorav hvert ledd består av fire graderte delspørsmål. Totalskårer fra 0 til 13 indikerer minimal depresjon, fra 14 til 19 mild depresjon, 20-28 moderat depresjon, og 29-63 alvorlig depresjon. Instrumentet kan vise til høy intern konsistens, god faktoriell og konvergerende validitet, adekvat test-retest reliabilitet (19) og er blitt validert for bruk på pasienter med medisinske plager (20). Klinisk betydelige depressive symptomer definerte vi som en skåre på 14 eller

høyere. Denne skåren tilsvarer en empirisk basert grenseverdi for å skille mellom normal og klinisk deprimert voksen populasjon (21). Instrumentet er validert og normert i en norsk undersøkelse (22).

● *Tilbøyelighet til angst: Spielberger State-Trait Anxiety Inventory-Trait* (STAI-T; 23) er utviklet i USA og er et veletablert mål som brukes for å måle tilbøyelighet til angst som personlighetstrekk. STAI-T har 20 ledd, hvor hvert ledd blir gradert på en 4-punktsskala fra «Aldeles ikke» til «Svært mye». Spennvidden for totalskåren er 20-80, høyere skåre indikerer mer tilbøyelighet til angst. En empirisk basert grenseverdi på 46 er blitt definert for å skille mellom funksjonelle og dysfunksjonelle populasjoner (24). Skalaen er validert med ulike kliniske og normale populasjoner og kan vise til tilstrekkelig god reliabilitet og validitet (23).

● *Søvnforstyrrelse (insomni): Bergen Insomnia Scale* (BIS; 25) er et norskutviklet skjema som brukes for å måle søvnproblemer. BIS inneholder seks spørsmål vedrørende insomni basert på inklusjonskriteriene for insomni i DSM-IV-TR (26). Svarene blir gradert på en 7-punkts- skala fra 0 til 7, hvor 0 indikerer fravær av problem. BIS gir en totalskåre på kontinuerlig skala, samt kategorisk skår for tilstedeværelse av insomni. Instrumentet er utarbeidet på grunnlag av tre ulike typer utvalg; studenter, pasienter med udiagnostiserte søvnvansker samt et randomisert utvalg av den norske befolkning. Pallesen et al. (2008) fant at instrumentet har høy intern konsistens, adekvat test-retest reliabilitet, og god konvergerende og diskriminerende validitet (25).

● *Tretthet: Fatigue Questionnaire* (FQ; 27) består av 11 spørsmål om uttalt tretthet (fatigue) og gir skåre på to subskalaer, fysisk tretthet og mental tretthet, samt en totalskåre. I tillegg inneholder skalaen to delspørsmål om varighet og omfang av tretthet. Leddene blir gradert på en Likert-skala (0, 1, 2, 3) fra «Mindre enn vanlig» til «Mye mer enn vanlig». Høyere skåre indikerer mer tretthet. Skalaen er blitt validert med pasienter i allmennpraksis og kan vise til tilstrekkelig god reliabilitet og validitet (27). På grunnlag av valideringsstudien kan det også beregnes en kategorisk skår (dikotomiserte skårer på enkelte ledd: 0, 0, 1, 1). Total dikotomisert skår > 4 og varighet > 6 måneder er grenseverdi for betydelig tretthetsproblem. Dette instrumentets normdata er blitt undersøkt i en større norsk studie med over 2000 deltakere (28).

● *Livskvalitet: Quality of Life Inventory* (QOLI; 29) er utviklet i USA og måler livskvalitet og tilfredshet i 16 domener i livet. Skåringen gjenspeiler en antagelse om at personens totale livskvalitet er sammensatt. Tilfredshet i spesifikke livsdomener blir vektet med deres relative betydning for individet. Betydning av hvert område graderes fra 1 til 3 fra «Ikke viktig» til «Svært viktig», og tilfredshet graderes på en 6-punktsskala fra –3 («Svært misfornøyd») til 3 («Svært fornøyd»). Høyere skårer indikerer mer tilfredshet og subjektiv livskvalitet enn lavere skårer. Skårer under en grenseverdi på 1,6 er anslått å indikere lav livskvalitet. Instrumentet har demonstrert høy test-retest korrelasjon og intern konsistens vurdert ut fra besvarelser til tre kliniske og tre ikke-kliniske utvalg (29).

Varighet av plager og parallell behandling ble registrert med et egetkonstruert spørreskjema. Der anga pasientene antall måneder helseplagene hadde vart og krysset av om de mottok andre typer behandling. Kategoriene var Lege, Psykolog/psykiater, Ordinær fysioterapi, Alternativ behandling og Annet. På de to sistnevnte ble de også bedt om å spesifisere. I tillegg ble det registrert om de hadde mottatt PMF tidligere. Antall og type helseplager ble innhentet med instrumentet SHC (se over).

Statistiske analyser

Dataprogrammet SPSS 14.0 (SPSS Incorporated, Chicago, Illinois) ble brukt til alle analyser. Uavhengige t-tester og Kji-kvadrat tester ble brukt for å sammenligne gruppene på sosiodemografiske og kliniske variabler. Bivariate assosiasjoner mellom variabler ble uttrykt med Pearsons korrelasjonskoeffisient (r). Cohen (1988) har følgende retningslinjer for tolkning av styrken av sammenhenger: r = 0.10-0.29 anses som svak sammenheng; r = 0.30-0.49 som moderat sammenheng; r = 0.50-1.0 som sterk sammenheng (30). Dersom p-verdiene var lavere enn 0.05 ble resul-

Tabell 1. Sosiodemografiske karakteristika i PMF-gruppen og i sammenligningsgruppen.

	PMF-gruppen (n = 60)	Sammenligningsgruppen (n = 66)	p-verdi[1]
Kvinner/men	49/11	59/7	0.326
Antall barn, gj.snitt (SD)	1.6 (1.1)	2.2 (1.0)	0.006**
Alder, gj.snitt (SD)	44.3 (12.2)	42.3 (10.5)	0.325
Sivilstand, gift/ugift	26/34	43/23	0.023*
Arbeidssituasjon, sykemeldt, trygdet/ikke	31/29	1/65	<0.001***
Utdannelse, høyskole eller universitet/ lavere	24/36	29/37	0.790

[1] p-verdier er basert på uavhengige t-tester og Kji-kvadrat tester *** p < 0.001, **p < 0.01, *p < 0.05
PMF = Psykomotorisk fysioterapi; SD = standardavvik.

Tabell 2. Subjektive helseplager i PMF-gruppen og i sammenligningsgruppen.

	PMF-gruppen (n = 60)	Sammenligningsgruppen (n = 66)	p-verdi[1]
SHC, gj.snitt skåre (SD)	25.0 (9.7)	8.7 (7.0)	<0.001***
Antall plager siste måned, gj.snitt (SD)	14.2 (4.2)	6.5 (4.5)	<0.001***
Muskel- og skjelett	5.6 (1.8)	2.6 (1.9)	<0.001***
Pseudonevrologi	4.7 (1.6)	1.8 (1.7)	<0.001***
Gastrointestinale	2.3 (1.8)	1.4 (1.5)	0.003**
Allergiske	1.1 (1.1)	0.4 (0.7)	0.002**
Forkjølelse	0.8 (0.9)	0.5 (0.7)	0.038*
Varighet av helseplager, i måneder, gj.snitt (SD)	108.5 (96.2)	20.7 (50.6) [2]	<0.001***

[1] p-verdier er basert på uavhengige t-tester *** p < 0.001, **p < 0.01, *p < 0.05
[2] 28 personer i sammenligningsgruppen rapporterte varighet av symptomer.
Forkortelser: Gj.snitt = gjennomsnitt; SD = Standardavvik; SHC = Subjective Health Complaints; PMF = psykomotorisk fysioterapi.

tatene ansett for å være statistisk signifikant forskjellige.

Etikk
Prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk Vest-Norge (REK Vest), og Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). Skriftlig informert samtykke ble hentet fra alle deltagere. Deltagerne mottok ikke betaling og ble informert om at de kunne trekke seg fra studien når som helst, uten konsekvenser.

Resultater
Materiale
I alt 26 fysioterapeuter som driver PMF i privat praksis eller som var ansatt i et helseforetak i tre av fire helseregioner i Norge (unntaket var Helse Nord) rekrutterte pasientdeltagere til studien. Totalt 60 pasienter ble rekruttert til PMF-gruppen, 38 av dem skulle begynne i behandling og 22 sto på venteliste. Sammenligningsgruppen besto av 66 personer, hvorav 30 var sykehjemsansatte og 36 andre tilfeldige personer. Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom sykehjemsansatte og tilfeldige andre på sosiodemografiske og kliniske variabler, og de to gruppene ble derfor slått sammen til én sammenligningsgruppe i videre analyser.

Sosiodemografiske variabler
De fleste som oppsøkte PMF var kvinner (81.7 %), med en gjennomsnittsalder på cirka 44 år (spredning 22-75). Over halvparten av dem var sykemeldt eller trygdet (51.7 %), og omtrent en tredjedel var i arbeid (30 %) eller arbeidssøkende (1.7 %). PMF-gruppen var lik sammenligningsgruppen med hensyn til alder, kjønnsfordeling og utdannelsesnivå. Pasientene i PMF-gruppen var oftere enslige og hadde i gjennomsnitt færre barn enn sammenligningsgruppen (henholdsvis $p = 0.023$ og $p = 0.006$). Tabell 1 gir oversikt over sosiodemografiske variabler i PMF- og sammenligningsgruppen.

Personer i PMF-gruppen hadde i gjennomsnitt opplevd 14.2 (SD 4.2) ulike subjektive helseplager i løpet av den siste måneden (tabell 2). De hadde fire ganger flere helseplager av klinisk betydning enn sammenligninsgruppen (gj.snitt 8.1, SD 4.2 vs. 2.0, 3.0), og forskjellene mellom gruppene var statistisk signifikante (figur 1). Helseplagene i PMF-gruppen hadde vart cirka 9 år i gjennomsnitt (108.5 måneder, SD 96.2, spredning 6-371).

Sammenlignet med data fra normalbefolkning i Norge i 1996 (31), rapporterte flere i PMF-gruppen plager i subskalaer Muskel- og skjelettplager, Pseudonevrologi, Gastrointestinale plager, og Allergi. Det var prosentvis mange flere i PMF-gruppen med betydelige helseplager, i forhold til både sammenligningsgruppen og normdata (tabell 3).

Spesifisert gikk det i PMF-gruppen nær tre ganger flere til behandling hos legen (58.3 % vs 20 %), og over åtte ganger flere gikk også til psykolog (25 % vs 3 %) enn i sammenligningsgruppen. I PMF-gruppen fikk cirka 20 % også vanlig fysioterapi, og syv personer (11.7 %) hadde tidligere vært i psykomotorisk behandling. I sammenligningsgruppen hadde 4.5 % vært i PMF-behandling tidligere. Det var over seks ganger flere i PMF-gruppen som mottok alternativ behandling enn i sammenligningsgruppen (20 vs 3 %). Eksempler på alternative behandlere er healer, kinesiolog og homeopat.

Depresjon, angst, søvn og livskvalitet
Personer i PMF-gruppen rapporterte over fire

Tabell 3. Betydelige subjektive helseplager i PMF-gruppen, sammenligningsgruppen og i normalbefolkningen† i Norge 1996.

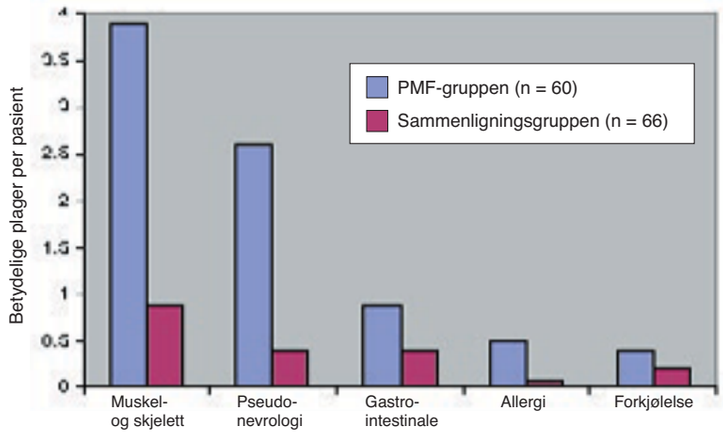
	PMF-gruppen (n = 60)	Sammenlignings-gruppen (n = 66)	Normdata† (n = 1240)
Muskel- og skjelettplager, %			
Hodepine	58.3	21.2***	19.5
Nakkesmerter	71.3	27.3***	18.6
Smerter øverst i ryggen	45.0	4.5***	10.1
Smerter i korsryggen	53.3	12.1***	18.6
Smerter i armer	48.3	6.1***	11.7
Smerter i skuldre	65.0	9.1***	20.3
Migrene	15.0	4.5	4.7
Smerter i føttene	36.7	7.6***	10.2
Pseudonevrologi, %			
Hjertebank	15.0	3.0*	4.7
Hetetokter	16.7	4.5*	2.9
Søvnproblemer	61.7	12.1***	11.0
Tretthet	63.3	16.7***	21.8
Svimmelhet	25.0	1.5***	5.2
Angst	36.7	3.0***	3.4
Nedtrykthet, depresjon	40.0	4.5***	8.6
Gastrointestinale plager, %			
Sure oppstøt	21.7	3.0*	8.8
Sug eller svie i magen	8.3	1.5	5.6
Magekatarr, magesår	1.7	1.5	2.3
Mageknip	10.0	4.5	6.0
'Luftplager'	30.0	15.2	12.9
Diare	13.3	3.0	7.1
Forstoppelse	10.0	7.6	2.2
Allergi, %			
Astma	1.7	1.5	2.5
Pustevansker	15.0	1.5*	3.1
Eksem	1.7	6.1	5.2
Allergier	16.7	1.5**	4.8
Brystsmerter	11.7	1.5*	3.8
Forkjølelse, %			
Forkjølelse, influensa	25.0	12.1	23.3
Hoste	15.0	7.6	8.3

*** $p < 0.001$, **$p < 0.01$, *$p < 0.05$, p-verdier er basert på Kji-kvadrat tester av forskjeller mellom PMF-gruppen og sammenligningsgruppen. PMF = psykomotorisk fysioterapi; † Normdata fra Ihlebæk, Eriksen & Ursin, 2002 (17).

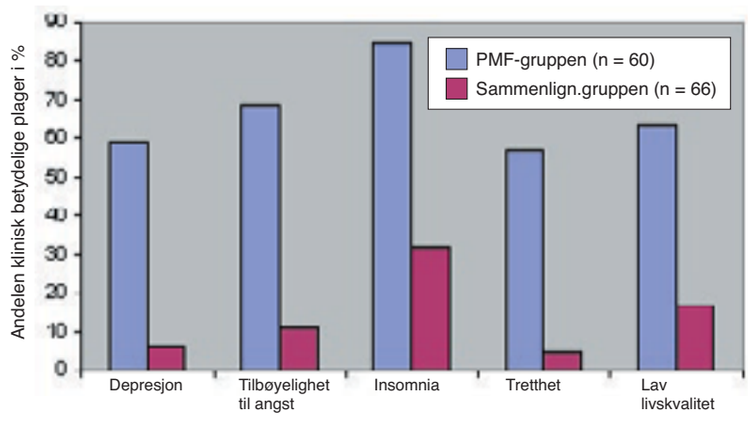
Tabell 4. Depresjon, angst, søvn og livskvalitet i PMF-gruppen, sammenligningsgruppen, og normdata

	PMF-gruppen (n = 60)	Sammenlignings-gruppen (n = 66)	Normdata
Depresjon (BDI-II), gj.snitt (SD)	16.9 (10.1)	4.1 (4.3)***	8.1 (7.5)[1]
Angst (STAI-T), gj.snitt (SD)	49.9 (10.2)	36.4 (9.6)***	35.6 (9.8)[2]
Tretthet (FQ), gj.snitt (SD)	19.0 (5.5)	11.7 (3.3)***	12.2 (4.0)[3]
- Mental, gj.snitt (SD)	6.1 (2.0)	4.1 (1.2)***	4.3 (1.4)[3]
- Fysisk, gj.snitt (SD)	12.9 (4.2)	7.6 (2.4)***	7.9 (3.1)[3]
Søvn (BIS), gj.snitt (SD)	23.8 (8.6)	13.5 (6.8)***	10.7 (9.7)[4]
Livskvalitet (QOLI), gj.snitt (SD)	1.3 (1.3)	2.7 (1.1)***	2.6 (1.1)[5]

*** $p < 0.001$, p-verdier er basert på uavhengige t-tester av forskjeller mellom PMF-gruppen og sammenligningsgruppen. PMF-gruppen = pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi; [1] n=875, norsk populasjon (22); [2] Voksne i arbeid, utenlandsk populasjon (23); [3] n = 2287, norsk populasjon (27); [4] n=2645, norsk populasjon; [5] n=272, utenlandsk studentpopulasjon (28); SD = Standardavvik; BDI-II = Beck Depression Inventory-II; STAI-T = Spielberger State-Trait Anxiety Inventory-Trait; FQ = Fatigue Questionnaire; BIS = Bergen Insomnia Scale; QOLI = Quality of Life Inventory.



Figur 1. Antall subjektive helseplager av klinisk betydning per person i psykomotorisk fysioterapi-gruppen (PMF) og sammenligningsgruppen. Gjennomsnittsverdier. De fem delskalaene på horisontalaksen er fra instrumentet Subjective Health Complaints.



Figur 2. Andeler med klinisk betydningsfulle plager på depresjon, tilbøyelighet til angst, søvnvansker, tretthet og livskvalitet i psykomotorisk fysioterapi-gruppen (PMF) og sammenligningsgruppen (S). Måleinstrumenter: Depresjon: BDI-II = Beck Depression Inventory-II; Angst: STAI-T = Spielberger State-Trait Anxiety Inventory-Trait; Søvnforstyrrelse: BIS = Bergen Insomnia Scale; Tretthet: FQ = Fatigue Questionnaire; Livskvalitet: QOLI = Quality of Life Inventory.

ganger mer depressive symptomer enn sammenligningsgruppen og halvparten av deres livskvalitet. PMF-gruppen hadde fra 1.4 - 1.8 ganger mer tilbøyelighet til angst, tretthet og søvnproblemer enn sammenligningsgruppen. Forskjeller mellom gruppene på alle disse variablene var statistisk signifikante ($p < 0.001$). Det var liten forskjell mellom sammenligningsgruppen og normdata på disse variablene, bortsett fra på depresjon (BDI-II), hvor normgruppen hadde dobbelt så høy gjennomsnittsskår (tabell 4).

Store andeler av pasientene i PMF-gruppen var klinisk betydelig plaget innen alle de ulike problemområdene. Mest fremtredende var klinisk insomnia som vi fant hos 85 %. Dernest fulgte tilbøyelighet til angst (69 %), lav livskvalitet (63 %), depressive symptomer (totalt 59 % hvorav 13 % alvorlig, 20 % moderat, 26 % mild depresjon) og vedvarende tretthet (57 %). Figur 2 illustrerer forskjeller mellom PMF-gruppen og sammenligningsgruppen i betydelige plager på disse variablene.

Sammenheng mellom variabler i PMF-gruppen

I PMF-gruppen var det en sterk sammenheng mellom opplevde helseplager og tilbøyelighet til angst og depressive symptomer, og en moderat sammenheng med tretthet og søvnproblemer (tabell 5). Total tretthet viste også en sterk sammenheng med tilbøyelighet til angst og depressive symptomer, mens sammenhengen med søvnproblemer var svak og ikke statistisk signifikant. Livskvalitet viste sterk negativ sammenheng med tilbøyelighet til angst og depressive symptomer, samt moderat negativ sammenheng med tretthet. Det ble ikke funnet noen signifikante sammenhenger mellom varighet av symptomer og andre variabler, med unntak av en svak sammenheng med søvnproblemer målt med BIS ($r = 0.27$, $p = 0.038$).

Diskusjon

Oppsummert var svarene på problemstillingene:

(1) Pasientene i PMF-gruppen hadde klinisk betydelige plager innen alle de seks områdene som ble målt. Mest utbredt var insomnia (85 %), fulgt av tilbøyelighet til angst, lav livskvalitet, depressive symptomer og minst hyppig var vedvarende tretthet (57 %).

(2) PMF-gruppen rapporterte fire ganger kraftigere depressive symptomer og subjektive helseplager enn sammenligningsgruppen og cirka halvparten så god livskvalitet. De anga også 1.4 - 1.8 ganger større tilbøyelighet til angst, tretthet og søvnproblemer enn

Tabell 5. Bivariate korrelasjonskoeffisienter mellom ulike psykosomatiske variabler i gruppen som oppsøkte psykomotorisk fysioterapi (n = 60).

	Varighet av symptomer	Subjektive helseplager	Tilbøyelighet til angst	Depresjon	Tretthet	Søvn	Livs-kvalitet
Varighet av symptomer		0.25	0.01	0.01	0.07	0.27*	0.19
Subjektive helseplager	0.25		0.51***	0.65***	0.48***	0.36*	-0.27
Tilbøyelighet til angst	0.01	0.51***		0.71***	0.54***	0.34*	-0.53***
Depresjon	0.01	0.65***	0.71***		0.57***	0.33*	-0.62***
Tretthet	0.07	0.48***	0.54***	0.57***		0.26	-0.42***
Søvn	0.27*	0.36*	0.34*	0.33*	0.26		-0.1

* $p < 0.05$, *** $p \leq 0.001$; Subjektive helseplager: SHC = Subjective Health Complaints; Tilbøyelighet til angst: STAI-T = Spielberger State-Trait Anxiety Inventory-Trait; Depresjon: BDI-II = Beck Depression Inventory-II; Tretthet: FQ = Fatigue Questionnaire; Søvn: BIS = Bergen Insomnia Scale; Livskvalitet: QOLI = Quality of Life Inventory.

sammenligningsgruppen.

(3) Opplevde helseplager og tretthet viste begge en sterk positiv sammenheng med tilbøyelighet til angst og depressive symptomer. Økende livskvalitet viste derimot sterk sammenheng med redusert tilbøyelighet til angst og depressive symptomer.

Begrensninger ved studien

En svakhet ved vår studie var at pasientene ikke ble spurt før de begynte i behandling hvorfor de oppsøkte psykomotorisk fysioterapi. Det er derfor ukjent hvilken av de diverse helseplagene pasientene anså å være den primære grunnen for å oppsøke behandling, eller hva de ønsket å oppnå ved å begynne i psykomotorisk behandling. Dermed er det mulig at de instrumentene som ble brukt ikke fanget opp alle relevante plager og symptomer. Andre instrumenter valgt ut fra psykomotorisk teori kunne også ha gitt interessant informasjon om pasientgruppen, men vår hensikt begrenset seg til å beskrive pasientene på vanlige helseproblemer fremhevet i tidligere studier av pasienter med smertetilstander og muskel- og skjelettplager.

Vi ønsket å styrke studien ved å ha en frisk ikke-hjelpsøkende sammenligningsgruppe som var tilnærmet lik PMF-gruppen på sosiodemografiske variabler (kjønn, alder, utdannelse). Siden sammenligningsgruppen ble rekruttert fra Rogaland fylke mens pasienter til PMF-gruppen ble rekruttert fra større deler av Norge, kan den ujevne geografiske fordelingen ha påvirket til forskjeller mellom gruppene. En del av sammenligningsgruppen ble også rekruttert fra arbeidsplasser, noe som med stor sannsynlighet bidro til signifikante gruppeforskjeller i arbeidssituasjon. Det viste seg også at personer i PMF-gruppen i større grad var enslige og hadde færre barn enn sammenligningsgruppen, men det er lite sannsynlig at dette var en konsekvens av utvelgelsesmetoden. Det kan tenkes at familiesituasjon har en sammenheng med helseproblemer. Det å være enslig og uønsket barnløs kan være stressende og bidra negativt i forhold til helse, eller det kan være at psykiske og somatiske helseproblemer bidrar til at en ikke klarer å endre den uønskede livssituasjon. Det var likevel ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene i alder, kjønn og utdannelsesnivå. Sammenligningsgruppen skilte seg heller ikke nevneverdig ut fra normeringsgrunnlag for de ulike instrumentene. Dermed kan det antas at svakheter ved utvelgelsesmetoden ikke var av særlig betydning for den indre validiteten i studien.

Selv om mange fysioterapeuter ble kontaktet, var det kun et fåtall som rekrutterte pasienter og det var tilfeldig når de tok seg tid til det. Det var også ønskelig med et større antall pasienter i PMF-gruppen, men til tross for påminnelser, viste det seg problematisk for fysioterapeutene å ha fokus på rekruttering i en travel klinisk hverdag. Vi fikk tilbakemeldinger om at noen av fysioterapeutene syntes at det var vanskelig å opprettholde engasjement for studien eller at de glemte den. Noen fryktet også at det å introdusere studien i starten av behandlingen ville få negative konsekvenser for relasjonen, eller at de ikke ønsket å bruke behandlingstimen til rekruttering da pasienten tross alt betaler for timen. Det er mulig at økonomisk erstatning for tapt konsultasjonstid, samt ytterligere tiltak for å motivere fysioterapeutene og for å øke deres engasjement i studien hadde ført til bedre rekruttering.

Som en konsekvens av rekrutteringsvansker, kan det antas at resultatene av studien ikke er representative for alle pasienter som oppsøker PMF. Derfor er generaliserbarheten eller den ytre validiteten av resultatene noe begrenset. Både terapeuter og pasienter ble imidlertid rekruttert fra tre av fire helseregioner, og sammenlignet med de fleste tidligere publiserte studier av denne pasientgruppen er vårt utvalg likevel forholdsvis stort. Funnene kan derfor tilføye feltet nye og viktige antydninger om type, omfang og alvorlighet av fysiske og psykiske plager og symptomer i populasjonen.

Nytteverdi av funnene

Til tross for begrensninger ved studien er funnene i overensstemmelse med tidligere forskning som også har antydet at hovedvekten av pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi er kvinner og at pasientene ofte presenterer diffuse smerter eller spenninger og psykiske symptomer (8, 9). I motsetning til tidligere forskning på PMF, er vår studie den første i sitt slag som har brukt instrumenter som er normert og validert på kliniske utvalg og normalutvalg. Resultatet fra denne studien kan derfor tilføre mer pålitelig informasjon om type, forekomst og alvorlighetsgrad av plager i PMF-gruppen. Samtidig får vi frem hvor mye mer disse pasientene er plaget enn friske personer. Andre kan også sammenligne PMF-gruppen med andre kliniske grupper ved at vi har dokumentert i hvor stor grad de var klinisk betydelig plaget av symptomer. De store utslagene vi fant betyr at potensialet for å vise til endring i symptomer under og etter en behandling vil være stort ved å benytte ovennevnte skalaer.

Kliniske implikasjoner

Det at over halvparten av de som oppsøker PMF synes å ha klinisk betydelige symptomer på depresjon, og at kun en av fire går til behandling hos psykolog, krever at også psykomotoriske fysioterapeuter trenger å kunne vurdere pasienters psykiske helse på en bred måte. Den første vurderingen bør gjøres av legen, men likevel må fysioterapeutene kunne følge med i pasientenes utvikling. I tillegg til samtalen som kartleggingsmetode, finnes det flere etablerte og validerte spørreskjema som er enkle å bruke for dette formålet. Registrering av plager over tid ved

hjelp av spørreskjema kan også gi informasjon om endringer i helsetilstanden og effekt av behandling for egen klinisk nytte. Jevnlig bruk av slike skjemaer kan også lette effektforskning i feltet.

For å kunne gjøre seg nytte av spørreskjema kreves psykometrisk forståelse og trening i å tolke data. Det er derfor viktig at skolering i dette inngår i den psykiatriske og psykosomatiske videreutdanningen.

Selv om en stor andel av de hjelpsøkende pasientene parallelt gikk i annen type behandling, både hos etablerte helseprofesjoner og hos alternative behandlere, så er det usikkert om de ulike behandlerne har etablert god kommunikasjon og samarbeid seg imellom. I tråd med Bülow-Hansen og Braatøys intensjoner om samarbeid mellom flere profesjoner (1), kan det være nyttig for psykomotoriske fysioterapeuter å arbeide i tverrfaglige team med yrkesgrupper som også har kompetanse på psykisk helse. Fysioterapeutene kan da lære mer om å vurdere psykisk helse, samtidig som de kan berike de andre gruppene med sin spesialkompetanse. Pasienten kan også sikrere få vurdert alvorligheten av sin depresjon og en eventuell risiko for selvmord. Dette kan gi flere henvisninger videre, i rett tid. Kanskje vil en helhetlig behandling av mennesket, fra flere profesjoner, optimalisere behandlingen for personer med behandlingsresistente plager over flere år.

Sammenhengen mellom angst og depressive symptomer, tretthet, subjektive helseplager, livskvalitet og søvnplager, handler sannsynligvis om komplekse, negative interaksjoner. Det kan være nyttig for både pasientene og terapeutene å vite at de mange ulike negative forholdene henger tett sammen. Dette fordi det kan moderere synet på den tilsynelatende uløselige helseproblemfloken mange av disse pasientene erfarer. Ettersom de negative forholdene henger så tett sammen, er det mulig at en positiv utvikling innenfor et område kan føre til positiv utvikling på andre områder. Om man for eksempel kan redusere uttalt tretthet, kan mange prosesser snus fra å være nedbrytende til å bli oppbyggende. Men bare kliniske effektstudier vil kunne gi oss gyldige svar på om tiltakene nytter.

Livskvalitet synes ikke å henge sammen med grad av subjektive helseplager for pasienter som oppsøker PMF. Dette kan virke overraskende, men det er mange faktorer som spiller inn på forholdet. Blant annet hvordan man ser på seg selv og plagene. Pasienter som opplever at de er med på å påvirke det som skjer i eget liv (har et indre «locus of control»), vil i stor grad føle kontroll over tilværelsen, tåle mye ubehag og samtidig ha høy livskvalitet. Pasienter som derimot føler at tilværelsen er styrt av forhold utenfor deres kontroll, kan med samme ubehag oppleve lav livskvalitet. Eksempel på ukontrollerbare forhold kan være skjebnen eller andre personer (et ytre «locus of control») (32). Det at lav livskvalitet henger sterkt sammen med alvorlige emosjonelle symptomer er velkjent fra studier av pasienter med kroniske medisinske sykdommer. Der, som i vår studie, finner en ofte at livskvalitet henger sterkt sammen med emosjonelt velvære, men henger lite sammen med alvorlighetsgraden av den somatiske sykdommen (33, 34).

Sammenhengen mellom somatisk og psykisk sykdom og søvnforstyrrelser er også velkjent fra tidligere studier (35). I tillegg rapporterer mennesker med søvnproblemer oftere smerter og gastrointestinale plager enn mennesker uten søvnproblemer (36). Dårlig søvnkvalitet kan både være en årsak til eller en konsekvens av kroppslige eller psykiske plager. Men selv om søvnproblemene opprinnelig var forårsaket av smerter eller psykiske symptomer, har de ofte en tendens til å opprettholde seg selv (37). En behandler som rutinemessig etterspør søvnproblemer, er bevisst på problemets effekt og vet at det ikke nødvendigvis forsvinner om pasienten blir kvitt sine primærplager, kan lett henvise til og samarbeide med spesialist på søvnvansker.

Konklusjon

Studien viser at pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi i store deler av Norge i hovedsak er kvinner. De rapporterer langvarige klinisk betydelige plager på områdene subjektive helseplager, depressive symptomer, tilbøyelighet til angst, uttalt tretthet, søvnproblemer og lav livskvalitet. Dette på reliable og valide måleverktøy. Sammenlignet med ikke-hjelpsøkende personer rapporterer de cirka fire ganger så store depressive symptomer og subjektive helseplager, samt bare halvparten av deres livskvalitet. Pasientenes emosjonelle symptomer henger sterkt sammen med både livskvalitet og subjektive helseplager.

Psykomotoriske fysioterapeuter kan vurdere å:

- Systematisk kartlegge og dokumentere endringer med brede psykosomatiske måleverktøy.
- Danne tverrfaglige team rundt pasientene.

Det er viktig at videreutdanninger i psykosomatisk og psykiatrisk fysioterapi gir skolering i psykometri og tolkning av data. Hvorvidt pasientenes symptomer kan bedres som et resultat av psykomotorisk fysioterapi må undersøkes i longitudinelle studier. Der kan en også inkludere andre kliniske måleverktøy.

Takk

Forfatterne takker fysioterapeutene som rekrutterte til studien samt pasienter og andre frivillige som deltok. Vi vil også takke Mien Parlati ved Forskningsseksjonen, Haugesund sjukehus, for plotting av data.

Litteratur

1. Bunkan BH. Psykomotorisk fysioterapi - prinsipper og retningslinjer. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2845-8.
2. Øien AM, Iversen S, Stensland P. Narratives of embodied experiences. Adv Physiother 2007; 9: 31-9.
3. Kvåle A, Ljunggren AE. Body Awareness Therapies. I: Schmidt RF, Willis WD (red). Encyclopedia of Pain. Volume 1. New York: Springer, 2007: 167-9.
4. Bunkan BH, Thornquist E. Psychomotor therapy: An approach to the evaluation and treatment of psychosomatic disorders. I: Hegna T, Sveram M (red). International perspectives in physical therapy 5: Psychological and psychosomatic problems. London: Churchill Livingstone, 1990: 45-74.
5. Bunkan BH, Bülow-Hansen A, Thornquist E et al. Psykomotorisk behandling: Festskrift til Aadel Bülow-Hansen. Oslo: Universitetsforlaget, 1982.
6. Bunkan BH. Kropp, respirasjon og kroppsbilde. Ressursorientert kroppsundersøkelse og behandling. Oslo: Universitetsforlaget, 1996.
7. NFFs medlemsregister. 2007.
8. Aabakken L, Aabakken B, Øfsti L et al. Psykomotorisk fysioterapi - pasientenes utgangspunkt og deres vurdering av behandlingsresultatet. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 1619-23.
9. Thornquist E. Diagnostics in physiotherapy – processes, patterns and perspectives. Part II. Adv Physiother 2001; 3: 151-62.
10. Kamps H, Arnesen S. Samhandling mellom allmennlege og psykomotorisk fysioterapeut. Utposten 2004; 33 (6). (www.uib.no/isf/utposten/2004nr6/utp04606.htm (15.08.2007).)
11. Malmgren-Olsson EB, Armelius BÅ. Nonspecific musculoskeletal disorders in patients in primary care: Subgroups with different outcome patterns. Physiother Theory Pract 2003; 19: 161-73.
12. Kvåle A, Ellertsen B, Skouen JS. Relationships between physical findings (GPE-78) and psychological profiles (MMPI-2) in patients with long-lasting musculoskeletal pain. Nord J Psychiatry 2001; 55: 177-84.
13. Malmgren-Olsson EB, Armelius BÅ. Physical and psychological health and social relations in patients with prolonged musculoskeletal disorders. Scand J Caring Sci 2001; 15: 181-9.
14. Kendall SA, Elert J, Ekselius L et al. Are perceived muscle tension, electromyographic hyperactivity and personality traits correlated in the fibromyalgia syndrome? J Rehabil Med 2002;

34: 73-9.
15. Råheim M, Håland W. Lived experience of chronic pain and fibromyalgia: Women´s stories from daily life. Qual Health Res 2006; 16: 741-61.
16. Eriksen HR, Ihlebæk C, Ursin H. A scoring system for subjective health complaints (SHC). Scand J Public Health 1999; 1: 63–72.
17. Ihlebæk C, Eriksen HR, Ursin H. Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. Scand J Public Health 2002; 30: 20-9.
18. Eriksen HR, Olff M, Ursin H. The CODE: A revised battery for coping and defense and its relations to subjektive health. Scand J Psychol 1997; 38: 175-82.
19. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck Depression Inventory–Second Edition: Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.
20. Arnau RC, Meagher MW, Norris MP et al. Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients. Health Psychol 2001; 20: 112-9.
21. Seggar LB, Lambert MJ, Hansen NB. Assessing clinical significance: Application to the Beck Depression Inventory. Behav Ther 2002; 33: 253-69.
22. Aasen H. An empirical investigation of depression symptoms: Norms, psychometric characteristics and factor structure of the Beck Depression Inventory – II. Hovedfagsoppgave i psykologi. Universitetet i Bergen: Bergen, 2001.
23. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R et al. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y) («Self-Evaluation Questionnaire»). Palo Alto, CA: Consulting Psychological Press, 1983.
24. Fisher PL, Durham RC. Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy: An analysis of clinically significant change in the STAI-T across outcome studies since 1990. Psychol Med 1999; 29: 1425-34.
25. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text rev.) Washington, DC: Author, 2000.
26. Pallesen, S., Bjorvatn, B., Nordhus, I. H., Sivertsen, B., Hjørnevik, M., Morin, C. M. (2008). A new scale for measuring insomnia: The Bergen Insomnia Scale. Percept Mot Skills, 107, 691-706.
27. Chalder T, Berelowitz G, Pawlikowska T et al. Development of a fatigue scale. J Psychosom Res 1993; 37: 147–53.
28. Loge JH, Ekeberg Ø, Kaasa S. Fatigue in the general Norwegian population: Normative data and associations. J Psychosom Research 1998; 45: 53-65.
29. Frisch MB. Quality of Life Inventory (QOLI). Minneapolis, MN: National Computer Systems, 1994.
30. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioural sciences (2.ed). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1988.
31. Ihlebæk C, Eriksen HR, Ursin H. SHC - et måleinstrument for subjektive helseplager. Tidsskr Nor Psykologforen 2004; 41: 385-7.
32. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychol Monogr 1966; 80: 1-28.
33. Hynninen KMJ, Breitve M, Wiborg AB et al. Psychological characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease: A review. J Psychosom Res 2005; 59: 429-43.

Abstract

Emotional Symptoms and Health Complaints for Patients Seeking Psychomotor Physiotherapy

Aim: Because patients seeking Norwegian psychomotor physiotherapy (PMF) rarely have been described with validated, psychometrically sound instruments, we used six questionnaires to characterize these patients in terms of subjective health complaints and emotional symptoms.
Design: quantitative, cross-sectional, and comparative study.
Material: Physiotherapists specialised in PMF recruited patients from different parts of Norway (n = 60). Non-help-seeking persons (n = 66) with similar gender and age distribution were recruited to a comparison group. The groups were compared with each other and population norms regarding subjective health complaints (Subjective Health Complaints), depression (Beck Depression Inventory-II), anxiety (State-Trait Anxiety Inventory -Trait), fatigue (Fatigue Questionnaire), insomnia (Bergen Insomnia Scale), and quality of life (Quality of Life Inventory).
Results: Most patients seeking PMF were women (82 %), with a mean age of 44 years (range 22-75). They had long-lasting (mean >9 years), primarily musculoskeletal complaints. Compared to non-help-seeking persons and population norms, persons seeking PMF had more severe impairment on all variables, and reported four times more depressive symptoms and subjective health complaints than non-help-seekers. The most widespread clinically significant problems were sleep disturbances (85 %), followed by anxiety (69 %), low quality of life (63 %), depressive symptoms (59 %), and fatigue (57 %). Emotional symptoms correlated strongly with subjective health complaints and quality of life.
Conclusion: Patients seeking PMF had long-lasting and comprehensive problems.

Keywords: Awareness; Emotions; Musculoskeletal Disorders; Perception; Physical Therapy Modalities; Psychomotor Performance; Psychophysiologic Disorders; male; female; middle aged. (Mesh-

34. Häuser W, Holtmann G, Grandt D. Determinants of health-related quality of life in patients with chronic liver diseases. Clin Gastroenterol Hepatol 2004; 2(2): 157-63.
35. Roth T. Prevalence, associated risks, and treatment patterns of insomnia. J Clin Psychiatry 2005; 66: 10–3.
36. Kuppermann M, Lubeck DP, Mazonson PD et al. Sleep problems and their correlates in a working population. J Gen Intern Med 1995; 10: 25–32.
37. Roth T. Diagnosis and management of insomnia. Clin Cornerstone 2000; 2: 28-38.

Lyst til å bli bokanmelder?

Del dine oppfatninger med andre fysioterapeuter. Er boka godt skrevet, nyttig, relevant, rotete eller ustrukturert? En nødvendig bok – eller en man bør styre unna?
På **www.fysioterapeuten.no** finner du våre retningslinjer for skriving av bokomtaler.