



Psykologtidsskriftet

ORIGINALARTIKKEL

Psykomotorisk fysioterapi ved akutt mani – en pilotstudie om reduksjon av stressaktivering

Ellen Raugstad¹, Oda Bentzrød¹, Kristine Myksvoll¹, Hans Martin Nussle¹, Nikolaj Kunøe^{1,2} og Anne-Marthe Rustad Indregard^{1,3}

¹Senter for psykisk helse og rus, avd. for døgntilrettelagt behandling, Lovisenberg Diakonale Sykehus

²Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn

³OsloMet, Fakultet for helsevitenskap, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Publisert: 27.02.2025

Studien har mottatt finansiell bistand fra Frivillighet og tvang. Ingen interessekonflikter foreligger.

KONTAKT: ellen.raugstad@lds.no

Sammendrag



Bakgrunn: Ved akutte manier søkes regulerende tiltak som demper overaktiv og ukritisk adferd. I akutt manisk fase blir pasientene ofte møtt med begrensninger og tvangsvedtak, noe som kan øke pasientens frustrasjon og uro. Tidligere studier viser at stressaktivering i maniske pasienter dempes etter fysioterapi i tidlig innleggelsesfase. I denne pilotstudien ønsket vi å evaluere gjennomførbarheten og pasientopplevelsen av psykomotorisk fysioterapi til pasienter innlagt med akutt mani.

Materiale og metode: Kvantitativ pilotstudie med pre- og post-tester i forbindelse med psykomotorisk fysioterapi til pasienter innlagt ved Lovisenberg Diakonale Sykehus (15.06.2021–15.06.2022). I studieperioden var 84 pasienter innlagt med akutt mani. Pasientenes opplevelse av stressaktivering ble skåret med visuell analog skala (VAS) før og etter hver fysioterapibehandling.

Resultater: Av de inneliggende pasientene mottok 73 % minst én fysioterapibehandling. Tjueto pasienter samtykket til studiedeltakelse, og det ble gjennomført totalt 94 fysioterapibehandlinger med registrering av VAS-skår. Studien fant signifikant reduksjon i pasientenes stressaktivering etter fysioterapibehandling. I 9 % av behandlingene sovnet pasienten.

Konklusjon: Psykomotorisk fysioterapi er gjennomførbart for pasienter i akutt manisk fase. Pasientene rapporterer om redusert stressaktivering etter fysioterapibehandling. Tilnærmingen bør utforskes videre med kontrollgruppe og et større datamateriale med tanke på potensialet det har til å fremme pasienttilfredshet og redusere risikoen for skjerming og bruk av tvang.

Nøkkelord: psykomotorisk fysioterapi, mani, stressreduksjon, berøring, pilotstudie

I Norge vil 1–2 % av befolkningen få minst én akutt manisk episode i løpet av livet (Helsedirektoratet, 2012). Symptombildet er preget av blant annet overaktivitet, irritabilitet, grandiositet, taletrang, impulsivitet og redusert søvn. Psykose kan også forekomme. Smerter og angst kan medføre et oppløst bilde av egen kropp, og pasientens opplevelse av kaos er ofte stor (Fadnes & Leira, 2006). Faren for å utsette seg selv eller andre for risikofylte eller skadelige situasjoner er forhøyet som følge av nedsatt dømmekraft og kritikkløs adferd. Ved manglende samtykkekompetanse og nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv og helse blir det fattet vedtak om tvungen innleggelse og behandling (Psykisk helsevernloven, 1999). Overaktivering og aggressiv fremtoning er blant de vanligste pasientfaktorene som ligger bak tvangsvedtak (Husum et al., 2010). Sykehusinnleggelse inkluderer ofte behandlingsintervensjoner som skjerming og medisiner. Skjerming defineres slik: «[...] pasienter holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten» (Psykisk helsevernloven, 1999). Standard medikamentell behandling ved mani er ofte en kombinasjon av stemningsstabiliserende og antipsykotiske medisiner, samt benzodiazepiner som behovsmedikasjon. Skjerming og medikamentell behandling har som formål å redusere maniske symptomer, avgrense ukritisk adferd og reetablere søvn. Behandling som blir gitt mot pasientens eget ønske, kan øke frustrasjonen og uroen deres og forårsake utageringssituasjoner hvor pasienten selv og andre kan bli skadelidende. I tillegg vurderes tvangsvedtak som inngripende og kan kun benyttes når en ikke når frem med annen frivillig behandling.

Psykomotorisk fysioterapi kan være en tilleggsbehandling ved mani. Formålet er blant annet å kunne møte en pasient som er urolig og aggressiv med en frivillig behandlingstilnærming som kan virke beroligende, fremme søvn og minske frustrasjonen over å være innlagt. Ved akutte innleggelser tar psykomotorisk fysioterapi sikte på å gi pasienten sterkere forankring til her-og-nå og å øke selvavgrensning, identitetsopplevelse og samhandlingsevne (Gretland, 2007). Stimulering av berøring-, balanse- og muskel/leddsansen er sentralt for å regulere stressresponsystemet, som videre kan gi pasienten økt selvkontroll (Bakken & Johannessen, 2020). Hands-on-tilnærming benyttes dersom pasienten ønsker berøring. Trygg berøring fremmer utskillelse av stressreducerende stoffer som oksytocin, senker nivåene av stresshormonene kortisol og adrenalin og gir økt aktivitet i vagusnerven, noe som fremmer avslapning og sosial tilknytning (Field, 1998; Field, 2014; Kerr et al., 2019; Li et al., 2019).



Tidligere forskning har vist at ulike former for fysioterapi og fysisk aktivitet kan bedre maniske symptomer ved å redusere uro og irritabilitet (Murray et al., 2011; Ng et al., 2007; Perich et al., 2013; Uebelacker et al., 2014). I en dansk studie (Christensen et al., 2020) mottok pasienter innlagt med akutte maniske symptomer fysioterapibehandling beregnet på å redusere stressaktivering. De fikk knotteballmassasje, avspennings- og kroppsbevissthetsøvelser eller tilpasset fysisk aktivitet som kondisjons- og styrkeøvelser. Pasientene rapporterte betydelig redusert anspenhet, uro og irritabilitet/aggresjon etter fysioterapibehandlingen.

Med denne pilotstudien ønsket vi å evaluere gjennomførbarheten og pasientopplevelsen av psykomotorisk fysioterapi til pasienter med akutte maniske symptomer. Det gjorde vi ved å (1) undersøke andelen pasienter innlagt med akutt mani som ønsker å motta fysioterapi, (2) evaluere pasientenes selvrapporterte opplevelse av anspenhet, uro og irritabilitet/aggresjon før og etter hver fysioterapibehandling, og (3) undersøke frekvensen av søvn under eller rett etter fysioterapibehandlingen.

Metode

Design

Studien er gjennomført som en kvantitativ pilotstudie med bruk av data fra pasientjournal og selvrapporterte pre- og post-tester i forbindelse med psykomotorisk fysioterapi til pasienter innlagt i akutt manisk fase i perioden 15.06.2021 til 15.06.2022.

Stuedsted

Studien er gjennomført ved Lovisenberg Diakonale Sykehus, Senter for psykisk helse og rus, avdeling for døgnbehandling. Avdelingen har akutt- og intermediærfunksjon innen psykisk helsevern med Oslos sentrumsbydeler som opptaksområde, og den har til sammen 67 sengeplasser til pasienter med ulike psykiske lidelser. Avdelingen har fokus på tvangsreduksjon, brukermedvirkning og frivillighet i behandlingen. Den innførte i 2021 tilnærmingen åpen dør-policy (Indregard et al., 2024), der målet er å motivere pasientene til å ta imot behandling uten bruk av tvang. De har bred tverrfaglig tilnærming med blant annet tre psykomotoriske fysioterapeuter. I tillegg til miljøterapi og medikamentell behandling under innleggelse får pasientene tilbud om musikkterapi og ergoterapi.

Utvalg



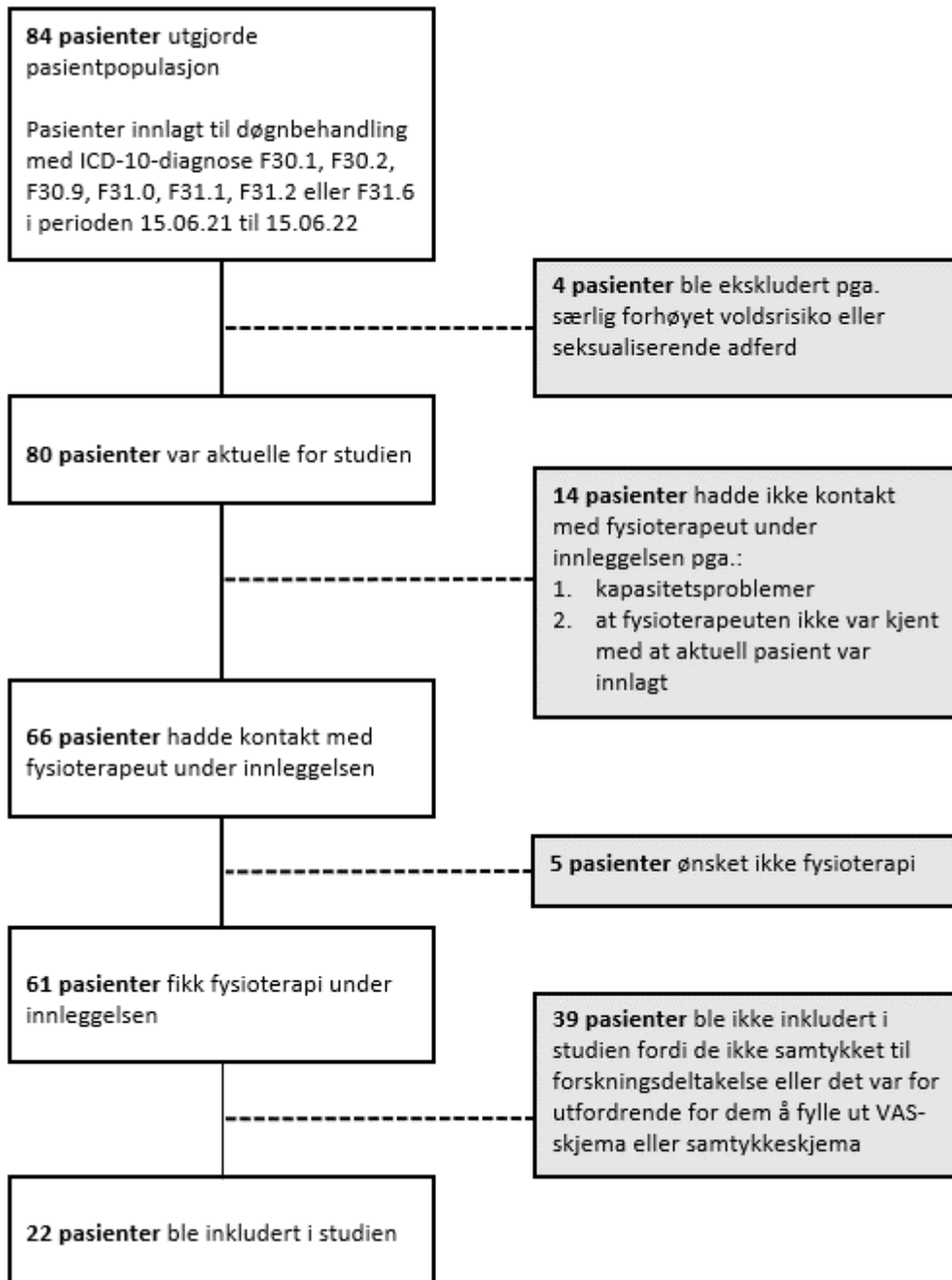
Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi inkluderte pasienter fortløpende i studieperioden. Pasienter over 18 år innlagt med akutt manisk episode ble forespurt om å delta (diagnoser ICD-10: F30.1, F30.2, F30.9, F31.0, F31.1, F31.2, F31.6). Pasienter som allerede var innlagt ved oppstartsdato, ble også inkludert. Pasienter med høy voldsrisiko eller seksualiserende adferd ble ekskludert fra studien.

I studieperioden var det totalt 84 pasienter innlagt på avdeling for døgnbehandling med en akutt manisk episode (figur 1). Av disse var det 66 pasienter som var i kontakt med fysioterapeut under innleggelsen. Fem av disse ønsket ikke fysioterapi. Av den totale pasientpopulasjonen i studieåret mottok 61 pasienter (73 %) fysioterapibehandling. Av de 61 som mottok fysioterapi under innleggelsen, var det 22 pasienter (36 %) som samtykket til deltakelse og ble inkludert i studien. Årsakene til at 39 pasienter som fikk fysioterapi ikke ble inkludert i studien, var enten fordi de ikke ønsket å delta, eller fordi det ble for utfordrende å fylle ut VAS-skjema eller samtykkeskjema.

Figur 1

Flytdiagram over pasientpopulasjon og inkluderte pasienter i studien



Intervensjon (psykomotorisk fysioterapi)

Fysioterapibehandlingen ble gitt på dagtid i ukedagene, tidligst mulig etter at første observasjoner og sikkerhetsvurderinger var gjort etter innkomst. Pasientene i studien ble tilbudt kroppsavgrensende (samlende) massasje med faste trykk mot hele eller deler av kroppen. Teppe, dyne eller knotteball ble benyttet der direkte berøring ikke var ønsket. Jordingsøvelser, avspenningsøvelser, rolig bevegelse/strekk som i yoga og tilpasset fysisk aktivitet som styrketrening ble også benyttet. Varigheten på

behandlingen kunne variere fra 10 til 45 minutter. Hyppighet varierte fra opptil tre ganger ukentlig de første to ukene og deretter ned mot én gang i uken. Behandlingen foregikk på pasientrom på skjermet eller åpen enhet når pasientene ikke hadde utgang utenfor egen post. Utover dette ble eget fysioterapirom, sanserom eller treningsrom benyttet.



Datainnsamling

Pasientkarakteristikk

Pasientdata ble etter samtykke eksportert fra pasientjournal (DIPS Arena). Uttreksvariabler fra pasientjournal inkluderte kjønn, alder, innleggelsesdiagnose, frivillig eller tvungen innleggelse, innleggelsens varighet og vedtak om bruk av tvangsmidler: skjerming (§ 4–3), behandling med legemidler uten eget samtykke (§ 4–4) og bruk av mekaniske tvangsmidler, isolasjon, korttidsvirkende legemidler og kortvarig fastholding (§ 4–8 bokstav a til d). Når selvrapporterte data og pasientjournaldata var koblet i et felles datasett, ble NPR-id erstattet av en genert studie-id.

Selvrapportert pasientopplevelse i forbindelse med psykomotorisk fysioterapi

Data på pasientenes opplevelser av stressaktivering ble registrert på papirskjema rett før og etter hver fysioterapibehandling. Skjemaet inkluderte 3 x Visual Analog Scale (VAS) (Bond & Lader, 1974) som målte opplevelse av henholdsvis anspenhet, uro og irritabilitet/aggresjon. VAS-skalaen gikk fra 0 til 10, hvor verdien 0 tilsvarte ingen opplevelse og verdien 10 tilsvarte verst tenkelig opplevelse av anspenhet, uro eller irritabilitet/aggresjon. Det ble også krysset av for hvilke(t) fysioterapitiltak som ble gjennomført, om pasienten hadde mottatt medisiner siste 45 minutter, og om pasienten sovnet under eller rett etter fysioterapibehandlingen. Pasientene kunne gjennomføre flere fysioterapibehandlinger i løpet av studieperioden og således besvare flere VAS-skjemaer i løpet av én innleggelse.

Dataanalyse

Deskriptiv statistikk ble utført for å beskrive pasientgruppen. Resultatene presenteres som frekvens og gjennomsnittsverdier med standardavvik (*SD*) og median på grunn av skjevfordeling i resultatmål.

For å undersøke om endring i VAS-skår før og etter fysioterapibehandling var statistisk signifikant, ble det gjennomført paret *t*-test. Effektestimat for endring i VAS-skår ble regnet ut med Cohens *d*. Statistisk signifikans ble satt til $p < 0.05$. Alle statistiske analyser ble utført i SPSS versjon 28.

Personvern og forskningsetikk



Studien er vurdert av Regional etisk komité (REK) (saksnummer: 467 976) og vurdert til å være utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2 og § 4 bokstav a), og det kreves ikke godkjenning fra REK. Studien er godkjent av personvernombudet på Lovisenberg. Det er innhentet skriftlig samtykke fra alle deltakere om at opplysninger fra pasientjournalen kan hentes ut til studien, og at selvrapporterte data inngår i statistikken. Før inkludering har alle deltakere fått informasjon av fysioterapeut om formålet med studien og så blitt spurt om de ønsket å delta. I tilfeller hvor pasienten har vært i en tilstand som har gjort det usikkert om vedkommende har forstått informasjonen, har pasienten ikke blitt inkludert, men fått tilbud om fysioterapibehandling på vanlig måte. I tvilstilfeller har samtykket blitt bekreftet på nytt senere i innleggelsen. Pasienter som ikke ønsket å delta, fikk samme tilbud om fysioterapibehandling uten å delta i studien.

Resultater

Av den totale pasientpopulasjonen på 84 pasienter i studieåret var det 61 (73 %) som mottok minst én fysioterapibehandling under innleggelsen. Årsaken til at fysioterapi ikke ble gitt til 23 pasienter, var en særlig forhøyet voldsrisiko og/eller seksualiserende adferd ($n = 4$), at pasienten ikke var i kontakt med fysioterapeut under innleggelsen på grunn av kapasitetsproblemer, eller fordi fysioterapeut manglet informasjon om at aktuell pasient med maniske symptomer var innlagt ($n = 14$), eller fordi pasienten selv ikke ønsket å motta fysioterapi ($n = 5$) (figur 1).

Av de 22 pasientene som deltok i studien, var det 16 menn (73 %) og seks kvinner (27 %). Gjennomsnittsalderen var 40 år (fra 21 til 60 år). Ni pasienter (41 %) hadde psykotiske symptomer, 16 pasienter (73 %) var innlagt på tvang og 15 pasienter (68 %) hadde minst ett vedtak om bruk av tvangsmidler (§ 4–3, § 4–4 eller § 4–8 bokstav a til d) i løpet av innleggelsen. Blant de som hadde minst ett vedtak om tvangsmidler, varierte antallet fra ett til 19 vedtak (median to vedtak). Liggetiden varierte fra 11 til 132 dager (median 49 dager).

Beskrivelse av gjennomføring av psykomotorisk fysioterapi

Deltakende 22 pasienter gjennomførte til sammen 94 fysioterapibehandlinger. Antall dager fra innleggelse til første fysioterapibehandling med bruk av VAS-skjema varierte fra null til 28 dager (median syv dager). Behandlingstiltakene som hyppigst ble benyttet, var samlende massasje, rolig bevegelse/strekk og styrketrening. De fleste pasientene holdt seg til samme type behandling gjennom hele innleggelsen. Tre pasienter (14 %) gjennomførte én fysioterapibehandling med utfylling av

VAS-skjema før og etter. De resterende 19 pasientene (86 %) gjennomførte gjennomsnittlig fem fysioterapibehandlinger hver.



Endring i selvrapportert pasientopplevelse av anspenhet, uro og irritabilitet/aggresjon

Basert på 94 fysioterapibehandlinger med VAS-skår av pasientens opplevelse før og etter fysioterapi ble det funnet en signifikant reduksjon i samtlige dimensjoner av stressaktivering (tabell 1 og figur 2): *opplevelse av anspenhet* målt før fysioterapi ($M = 4.60$, $SD = 3.33$) og etter fysioterapi ($M = 1.33$, $SD = 2.25$), $t(93) = 9.96$, $p < 0.001$; *opplevelse av uro* målt før fysioterapi ($M = 3.51$, $SD = 3.26$) og etter fysioterapi ($M = 1.09$, $SD = 1.85$), $t(93) = 7.99$, $p < 0.001$ og *opplevelse av irritabilitet/aggresjon* målt før fysioterapi ($M = 3.85$, $SD = 3.76$) og etter fysioterapi ($M = 1.06$, $SD = 2.20$), $t(93) = 7.77$, $p < 0.001$.

Effektestimat målt med Cohens d viste stor effekt for samtlige dimensjoner (tabell 1): opplevelse av anspenhet ($d = 1.03$), opplevelse av uro ($d = 0.82$) og opplevelse av irritasjon/aggresjon ($d = 0.80$). Reduksjon på VAS-skår var uavhengig av hvilke tiltak som ble benyttet. I alt åtte (9 %) fysioterapibehandlinger resulterte i at pasienten sovnet under eller rett etter behandlingen. Tiltaket som hyppigst resulterte i søvn, var samlende massasje.

Tabell 1

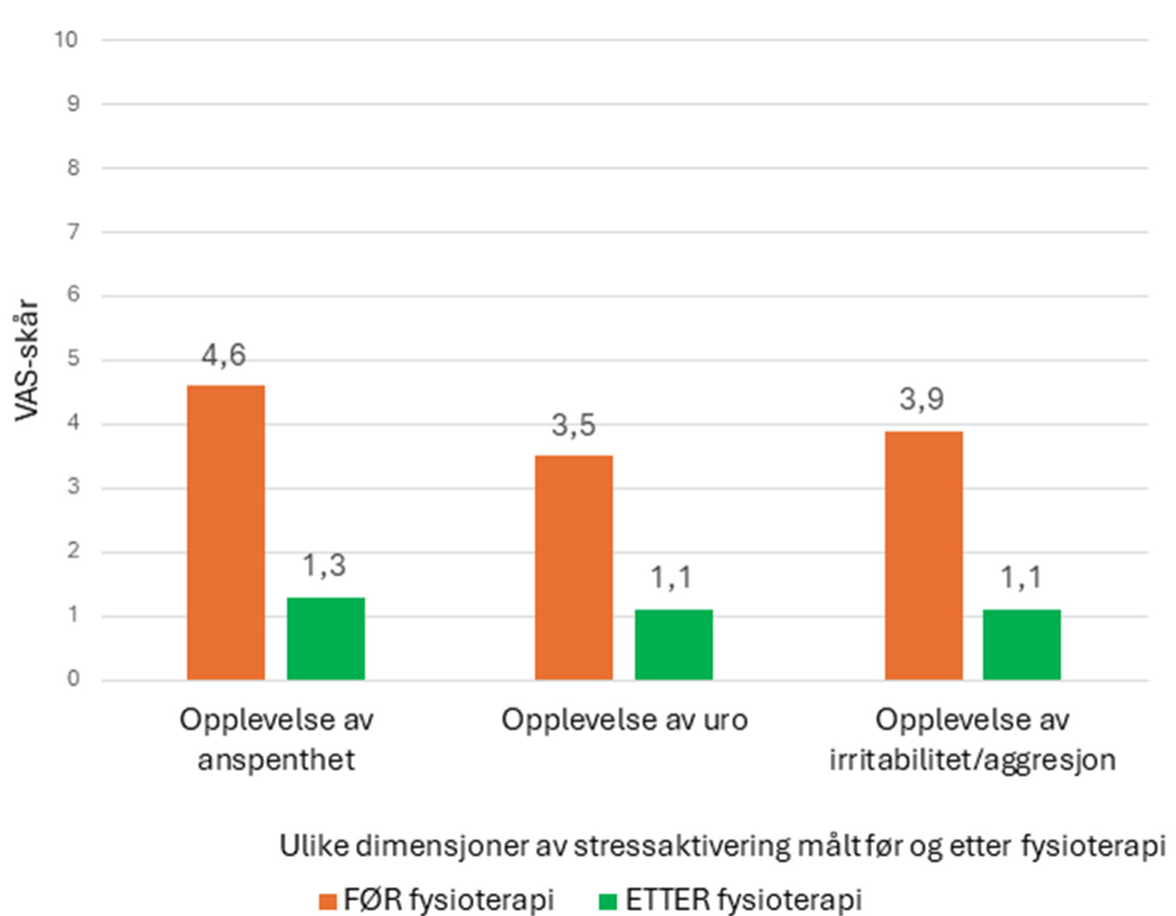
Endring i pasientenes selvrapporterte opplevelse av stressaktivering målt med VAS-skår før og etter hver fysioterapibehandling og effektestimat (Cohens d)

VAS-dimensjon	Gj.snitt VAS-skår FØR fysioterapi (SD)	Gj.snitt VAS-skår ETTER fysioterapi (SD)	Differanse (SD)	Effektestimat for endring Cohens d (95 % CI)
Opplevelse av anspenhet	4.60 (3.33)	1.33 (2.25)*	3.27 (3.18)	1.03 (0.78–1.28)
Opplevelse av uro	3.51 (3.26)	1.09 (1.85)*	2.43 (2.94)	0.82 (0.59–1.06)
Opplevelse av irritabilitet/aggresjon	3.85 (3.76)	1.06 (2.20)*	2.79 (3.48)	0.80 (0.57–1.03)
Totalskår stressaktivering	11.96 (9.03)	3.29 (5.29)*	8.67 (8.02)	0.82 (0.77– 1.33)

* $p < 0.001$

Figur 2

Gjennomsnittlig VAS-skår for pasientens opplevelse av anspenhet, uro og irritabilitet/aggresjon målt før og etter fysioterapi



Diskusjon

Med denne pilotstudien ønsket vi å evaluere gjennomførbarheten og pasientopplevelsen av psykomotorisk fysioterapi til pasienter med akutte maniske symptomer. Det gjorde vi ved å (1) undersøke andelen pasienter innlagt med akutt mani som ønsker å motta fysioterapi, (2) evaluere pasientenes selvrapporterte opplevelse av anspenthet, uro og irritabilitet/aggresjon før og etter hver fysioterapibehandling, og (3) undersøke frekvensen av søvn under eller rett etter fysioterapibehandlingen.

Gjennomførbarhet

Gjennomførbarheten av fysioterapibehandlingen var høy, da 73 % av alle de 84 pasientene innlagt med maniske symptomer i studieperioden mottok minst én fysioterapibehandling. Som følge av manglende kapasitet eller fordi fysioterapeuten ikke kjente til at aktuell pasient med mani var innlagt, fikk 14 pasienter ikke tilbud om fysioterapi. Av de 22 pasientene som samtykket til studiedeltakelse, mottok 86 % mer enn én fysioterapibehandling. Høy gjennomførbarhet samsvarer med funn fra

tidligere studie (Christensen et al., 2020) og tyder på stor aksept blant pasientgruppen til å motta fysioterapibehandling i tidlig innleggelsesfase.



Utvalget i studien representerer en pasientgruppe som ofte er krevende for miljøet på sengepost, både for ansatte og medpasienter. At 73 % av pasientene var innlagt på tvang og 41 % hadde psykose, gjenspeiler alvorlighetsgraden av sykdomsbildet til denne studiepopulasjonen. Funnene tyder på at alvorlig syke pasienter kan nyttiggjøre seg fysioterapibehandling som regulerer anspenhet, uro og irritasjon/aggresjon. Behandlingen kan gagne både pasienten selv, medpasienter og behandlingsmiljøet på posten.

Pasientenes selvrapporterte opplevelse av anspenhet, uro og irritabilitet/aggresjon

Pasientene hadde en tydelig reduksjon i selvrapportert opplevelse av anspenhet, uro og irritabilitet/aggresjon etter fysioterapibehandling. Dette er i tråd med funnene til Christensen et al. (2020) og bekrefter at riktig bruk av sansestimulering kan dempe stressaktivering og fremme søvn (Gammeltoft, 2009). Da ulike typer stimuli virker dempende eller vekkende på det autonome nervesystemet, vil det være nødvendig å spesifisere i behandlingsplanen hvilke stimuli som beroliger, og hvilke som aktiverer den enkelte pasient. Pasientene mottok ulik type fysioterapibehandling og opplevde samtidig redusert stressaktivering.

Videre kan dempet stressaktivering gjøre pasientene lettere tilgjengelige for samtaler og forbedre samarbeidet om behandlingen (Bakken & Johannessen, 2020). Vi erfarte at fysioterapibehandlingen kunne fungere som deeskalerende tiltak når dette ble gitt før eller etter behandlersamtaler, og før, under eller i etterkant av depotinjeksjoner. Resultater fra den danske studien (Christensen et al., 2020) viste signifikant reduksjon i bruk av mekaniske tvangsmidler blant pasienter innlagt med mani i studieperioden sammenlignet med to år tidligere. Vi har ikke undersøkt dette i denne studien, men vi tenker at å gi pasientene alternative behandlingsmetoder for å dempe stressaktivering gir dem økt selvbestemmelsesrett og er i tråd med Lovisenbergs mål om å redusere bruk av tvang.

Frekvensen av søvn under eller rett etter fysioterapibehandlingen

Pasientene sovnet i 9 % av behandlingene i studien. Hovedsakelig var dette etter kort tids behandling (fra ti minutter) med tiltaket samlende massasje gitt ved høyt symptomtrykk. Dette bekrefter den kliniske erfaringen fra den danske studien, hvor det var vanlig at pasienter sovnet der hvor blant annet knotteballmassasje ble benyttet (Christensen et al., 2020). Der tidligere studier på pasienter med mani har fokusert på fysisk aktivitet og instruerte øvelser som yoga og mindfulness (Murray et al., 2011;

Ng et al., 2007; Perich et al., 2013; Uebelacker et al., 2014), har denne studien også benyttet berøring i behandlingen som kunne bidra til avspenning og søvn. Den kliniske erfaringen angående berøring var at mange pasienter uttalte lengsel etter å bli tatt på, at det roet opplevelsen av indre kaos og hjalp dem med å komme på plass i seg selv. Avklaringer med pasienten om innhold, grenser og rammer for fysioterapitimen, fysioterapeutens oppmerksomhet på pasientens kroppsspråk underveis og at fysioterapibehandlingen ble tilpasset pasientens reaksjoner, virket sentralt for å unngå eskalering av agitasjon og frustrasjon. En større studie kunne undersøkt om psykomotorisk fysioterapi for å dempe stressaktivering i akutt manisk fase kan fremme søvn og bidra til redusert bruk av beroligende medikamenter.

Styrker og svakheter

Styrker i studien er at den ble gjennomført i en naturlig klinisk kontekst, under akutt innleggelse, der fungeringen til mange av pasientene er aller mest nedsatt, og hvor risikoen for tvangsbruk, utagering og skader er høyest. Resultatene tyder på at et tilbud basert på psykomotorisk fysioterapi i denne kritiske fasen er like gjennomførbart her i Norge som i Danmark (Christensen et al., 2020), der datagrunnlaget var mye større. Erfaringene fra denne pilotstudien er verdifull for design av fremtidige forskningsprosjekter når det gjelder hvordan for eksempel samtykke innhentes, mengden skriftlig informasjon som blir akseptert av pasientgruppen, type intervensjoner pasientene ønsker å motta, og hvordan fysioterapeuter samarbeider med annet helsepersonell om å nå frem til pasientene på posten med behandlingstilbudet.

Utfylling av VAS-skjema og å signere samtykket fremsto som barrierer for deltakelse i studien. Kun 36 % av pasientene som mottok fysioterapi, gjennomførte begge krav. Det er mulig at inklusjonsandelen hadde gått opp ved annet metodevalg for datainnsamling som ikke stiller krav til at pasientene må fylle ut skjema i akutt manisk fase. Enkelte pasienter uttalte at de anga VAS-skår for å tydeliggjøre hvor viktig fysioterapibehandlingen var for dem. Dette kan ha bidratt til feilkilder i datainnsamlingen.

Denne pilotstudien har et lite utvalg og ingen kontrollgruppe. Det er derfor begrenset hva vi kan si om effekten av psykomotorisk fysioterapi på stressaktivering og reduksjon av maniske symptomer, men danner et grunnlag for en større RCT-studie som vil kunne undersøke dette nærmere. Fremtidige studier på denne pasientgruppen bør vurdere flere måter å måle effekt av psykomotorisk fysioterapi på, for eksempel med objektiv symptomskala som YMRS (Young et al., 1978) og

døgnregistreringsskjema og ved å registrere hjerteratevariabilitet, liggetid og bruk av medikamenter og tvang.



Konklusjon og praktiske implikasjoner

Denne pilotstudien viser at psykomotorisk fysioterapi er gjennomførbart for pasienter i akutt manisk fase. Selvrapperte mål på stressaktivering tyder på at psykomotorisk fysioterapi reduserer pasientenes opplevelse av anspenthet, uro og irritabilitet/aggresjon. Psykomotorisk fysioterapi kan være med på å dekke et vakuum i behandling av akutt mani, der skjerming og medikamenter ikke alltid er tilstrekkelig for å oppnå ønsket effekt. Tilnærmingen bør utforskes videre med kontrollgruppe og større datamateriale med tanke på potensialet det har til å fremme pasienttilfredshet og redusere forløp med høy risiko for skjerming og bruk av tvang.

Referanser

- Bakken, A.-K. & Johannessen, K. N. (2020). *Fra uro til ro: utfordrende atferd og barns muligheter for læring*. Gyldendal.
- Bond, A. & Lader, M. (1974). The use of analogue scales in rating subjective feelings. *British Journal of Medical Psychology*, 47, 211–218. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1974.tb02285.x>
- Christensen, J. B., Lassen, I. S., Carlsen, A. H., Strazek, S. & Nyboe, L. (2020). Physical therapy for reducing arousal and mechanical restraint among in-patients with mania. *Nordic Journal of Psychiatry*, 75(1), 49–53. <https://doi.org/10.1080/08039488.2020.1792981>
- Fadnes, B. & Leira, K. (2006). *Balansekoden: om samspillet mellom kroppslig og mental balanse*. Universitetsforlaget.
- Field, T. M. (1998). Touch therapy effects on development. *International Journal of Behavioral Development*, 22(4), 779–797.
- Field, T. (2014). Massage therapy research review. *Complementary therapies in clinical practice*, 20(4), 224–229. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2014.07.002>
- Gammeltoft, B. C. (2009). *Sansestimulering for voksne*. Gammeltoft.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen. Fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonale faglige retningslinjer for utgreiing og behandling av bipolare lidinger*.

- Husum, T. L., Bjørngaard, J. H., Finset, A. & Ruud, T. (2010). A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Services Research*, *10*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-89>
- Indregard, A. R., Nussle, H. M., Hagen, M., Vandvik, P. O., Tesli, M., Gather, J. & Kunøe, N. (2024). Open-door policy versus treatment-as-usual in urban psychiatric inpatient wards: a pragmatic, randomised controlled, non-inferiority trial in Norway. *Lancet Psychiatry*, *11*(5), 330–338. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(24\)00039-7](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(24)00039-7)
- Kerr, F., Wiechula, R., Feo, R., Schultz, T. & Kitson, A. (2019). Neurophysiology of human touch and eye gaze in therapeutic relationships and healing: a scoping review. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, *17*(2), 209–247. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2014.07.002>
- Li, Q., Becker, B., Wernicke, J., Chen, Y., Zhang, Y., Li, R., Le, J., Kou, J., Zhao, W. & Kendrick, K. M. (2019). Foot massage evokes oxytocin release and activation of orbitofrontal cortex and superior temporal sulcus. *Psychoneuroendocrinology*, *101*, 193–203. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.11.016>
- Murray, G., Suto, M., Hole, R., Hale, S., Amari, E. & Michalak, E. E. (2011). Self-management strategies used by ‘high functioning’ individuals with bipolar disorder: from research to clinical practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *18*(2), 95–109. <https://doi.org/10.1002/cpp.710>
- Ng, F., Dodd, S. & Berk, M. (2007). The effects of physical activity in the acute treatment of bipolar disorder: a pilot study. *Journal of affective disorders*, *101*(1–3), 259–262. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.11.014>
- Perich, T., Manicavasagar, V., Mitchell, P. B., Ball, J. & Hadzi-Pavlovic, D. (2013). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *127*(5), 333–343. <https://doi.org/10.1111/acps.12033>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Uebelacker, L. A., Weinstock, L. M. & Kraines, M. A. (2014). Self-reported benefits and risks of yoga in individuals with bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Practice*®, *20*(5), 345–352. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000454779.59859.f8>



Young, R. C., Biggs, J. T., Ziegler, V. E. & Meyer, D. A. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 133(5), 429–435. <https://doi.org/10.1192/bjp.133.5.429>

