

# Kognitiv tilgang i behandlingen af komplekse lænderygpatienter hos praktiserende fysioterapeut

## Forløbsprogram for Lænderygsmerter Region Midtjylland

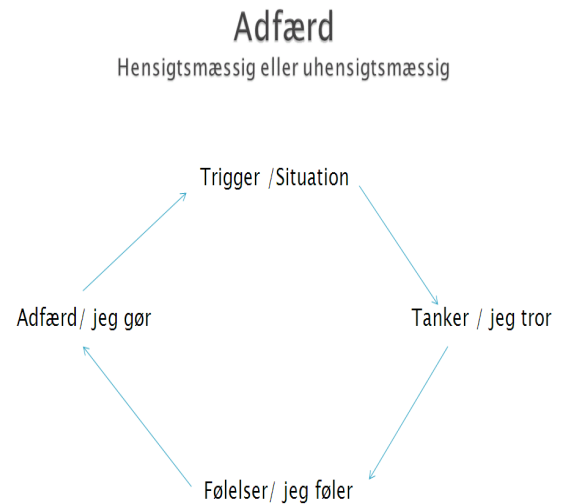
Dette informationsark har til formål at introducere og informere om kognitiv tilgang i behandlingen af komplekse lænderygpatienter hos praktiserende fysioterapeut. Informationsarket indeholder en enkel beskrivelse af **kognitiv tilgang til den komplekse lænderygpatient samt en række spørgsmål, der kan stilles indenfor forskellige problemområder** i kommunikationen med lænderygpatienten. Det understreges, at informationsarket på ingen måde kan erstatte uddannelse i en kognitiv tilgang, men mere skal se som en oplysende appetitvækker med opfordring til at opsøge efteruddannelse på området.

### Hvad er Kognitiv adfærds terapi?

Kognitiv adfærds terapi er en terapiform, som opstod i 1950'erne, kaldes ofte for CBT (Cognitive Behavioral Therapy), en teori om adfærd styret af livssituation, straf og belønning. Senere omformet til at facilitere og ændre tanker, så følelser og adfærd ændres. I 1990'erne opstod begrebet ACT (Acceptance and Commitment Therapy), der har til formål at validere følelser og tanker og herefter fokusere på det, der er fremmede for livskvalitet. Hovedformålet er altid at afhjælpe menneskelig lidelse, hvor adfærden i væsentligt omfang er styret af undgåelse af oplevet ubehag. ACT har som målsætning at skabe rummelighed og accept af den smerte, der er en naturlig del af menneskelig væren. Herigennem mindskes undgåelse og uhensigtsmæssig adfærd, dvs. adfærd, der hæmmer livsudfoldelsen.

At leve en tilværelse i tråd med det, det enkelte menneskes livsværdier skaber, er grundlæggende for at udvikle villighed til i større omfang at lade smerte få plads.

CBT/ ACT tager udgangspunkt i, at lidelse er en del af den menneskelige natur. Vores umiddelbare strategier vil være at løse problemet, når det opstår. Men denne måde at leve på koster meget energi. Så ved at erkende, at smerte i forskellige afskygninger er en del af vores liv og at få hjælp til at være i det, til stede med det, øges vores mulighed for at leve et liv i overensstemmelse med vores værdier. Vi kan ikke kognitivt fjerne eller løse disse følelsesmæssige/ oplevelsesmæssige problemer, men vi kan lære at forholde os til dem med accept.



### Hvad er anderledes for fysioterapeuten?

Ikke så meget, CBT/ ACT ligger tæt op ad den arbejdsmåde og kommunikationsform, vi allerede anvender som fysioterapeuter.

Vi skal ikke være kognitive terapeuter, men vi kan i det normale patientforløb, ved mere systematisk og bevidst kommunikation i samarbejde med patienten, fokusere på:

- gennem åben kommunikation at påvirke tanker, opfattelse og viden så følelser og adfærd ændres
- hermed at mindske bekymring, angst, og nedsat funktionsevniveau
- at hjælpe patienten på vej med at gøre det, der er vigtigt for dem, selvom de fokuserer på smerte, er bekymrede og angede

### Hvad er bør fysioterapeuten fokusere på?

Nedsat evne til at håndtere og forstå lænderygtilstanden, bevægeangst og katastrofetænkning er nøglefaktorer i en kronificerende udvikling, og de kan medføre en uhensigtsmæssig adfærd præget af nedsat aktivitetsniveau eller overaktivitet, hvor smerten ignoreres. Disse ændringer i aktivitetsniveauet synes at være tæt involveret i udviklingen af kronificering.

Fysioterapeuten kan i kommunikationen med patienten imødegå en kronificerende udvikling ved at give strategier til at :

- øge aktivitetsniveauet
- håndtere perioder med overaktivitet
- adressere katastrofetænkning og bevægeangst
- forbedre evnen til at håndtere tilstanden

**Den komplekse lænderygpatient** er karakteriseret ved markante og konstante rygsmerter og høj grad af udstrålende smerte til ben, smerten er langvarig/ kronisk, der er nedsat funktionsevniveau, der er høj grad af psykosociale risikofaktorer, høj score i STarT9: Gruppe 3 = "Høj risiko".

Patienterne vil oftest have afprøvet forskellige/talrige former for behandling - oftest kun med korttidseffekt. I dagligdagen vil patienten ofte forsøge at kontrollere og undgå smerten. Adfærd med henblik på at undgå eller ignorere smerten kan mindske livskvaliteten væsentligt.

Adfærd er generelt styret af vores livssituation, arbejdsliv, fritidsliv, personer omkring os, vores tanker omkring tidligere oplevelser og erfaringer og de følelser, situationen skaber for eksempel: Vrede, frygt, angst og sorg. Der vil ofte forekomme social tilbagetrækning og følelsesmæssige problemer, f.eks. påvirket humør, bekymring, katastrofetænkning, bevægeangst, depression, angst eller stress.

Patienten føler ofte, at han/ hun ikke kan komme videre, før der er smertefrihed, og det er umuligt at komme videre, før der foreligger en forklaring på smerterne. Patienten er ofte bange for at skade/ forværre for ingen ved jo, hvad det er? Er ked af ikke at kunne klare det samme som før. Ægtefælle og omgivelser bakker op, der må da kunne findes en forklaring, og nogen må da kunne gøre noget!

### Information synes at være et af de mest "potente" tiltag i forhold til det videre forløb:

- Tage udgangspunkt i hvad patienten selv ved?
- Hvad vil patienten gerne vide?
- Hvad vælger patienten selv at tro? Måske ved de slet ikke, hvad de skal tro?
- Hvor mange forskellige forklaringer og behandlinger har patienten modtaget?
- Identificere huller i patientens viden om rygsmerter, korrigere misforståelse, smertemekanismer, prognose, undersøgelses- og behandlingsmuligheder.
- Hvor meget information kan patienten modtage?

I kommunikationen med patienten anbefales det at tage udgangspunkt i en række spørgsmål, der kan stilles separat indenfor forskellige problemområder, kaldet "Stem and leaves" (stilke og blade): "Stem" er inspiration til indledende spørgsmål som afdækker konkrete problemer, samt mulige uddybende spørgsmål "leaves" som afdækker nogle af de følelser, der kan give et fingerpeg om, hvor meget psykosociale faktorer fylder.

#### Diagnostik:

Når man har smerte, har man ofte selv en ide om, hvad smerten skyldes? Selvom du ikke er læge/ fysioterapeut, har du så selv en ide om, hvad der er galt med din ryg?

- Har nogen givet en forklaring på, hvad der har forårsaget din rygsmerter?
- Hvad synes du om den forklaring?
- Forklarer det dine symptomer?
- Giver det mening for dig?
- Hvordan tror du, det vil gå?
- Har nogen givet andre forklaringer på din rygsmerter?
- Hvad synes du selv?

#### Bevægeangst:

Hvis du er i gang med et eller andet og du mærker forværring/ øget smerte i din lænderyg, er du så bange for, at du kan forværre din tilstand og skade dig selv?

- Holder du op med aktiviteten eller fortsætter du?
- Hvad er det, der gør, at du undgår eller ændrer aktiviteten?
- Tror du, at smerte altid er et tegn på, at du forværrer din tilstand og skader dig selv?
- Hvilke råd har du fået om aktivitet og arbejde?
- Hvilke råd har du fået om øvelser?

#### Katastrofetænkning:

Bliver du meget bekymret, når din rygsmerter forværres?

- Hvordan tror du din rygtilstand er om - lad os sige 5 år - i forhold til smerte og arbejde?
- Hvor slem er din smerte på en dårlig dag på en skala fra 0 - 10, hvor 0 er ingen smerte og 10 er den værste tænkelige smerte
- Og på en god dag?
- Tænker du meget på dine rygsmerter og alt, hvad der er sket?

#### Coping strategi/ evne til at håndtere tilstanden:

Hvad gør du for øjeblikket for at klare dig bedst muligt med din lænderygtilstand?

- Hvor godt føler du, at du kan håndtere tilstanden for øjeblikket
- Hvad gør du, når du får flere smerter?
- Er der noget, du kan gøre, der hjælper dig?
- Er der noget, du kan gøre for at lindre eller reducere dine symptomer?
- Er det muligt i dagligdagen at gøre, det der er bedst for dig?
- Kan du tilrettelægge dagen, så du kan gøre det, der er bedst for dig?
- Har dine smerter gjort, at du tager mere smertestillende medicin, end du har fået udskrevet?
- Har dine smerter gjort, at du har indtaget mere alkohol end du plejer?

#### Humør/ sindstilstand:

Gør din smerte dig nogensinde i dårligt humør/ nedtrykt?

- Hvordan føler du, at du klarer/ håndterer din smerte?
- Hvad synes du er mest foruroligende ved din smerte?
- Hvad er du mest bekymret/ foruroliget over?
- Når man har haft smerte i lang tid, fortæller folk ofte, at det påvirker deres humør/ sindstilstand. Har du oplevet det?
- Er der andet, du ønsker at fortælle mig?
- Hvordan har du det med alt det, der er sket i forhold til din nuværende situation?

#### Litteraturliste:

1. Grotle M, Bronx JJ, Veierod MB, Glomsrod B, Lonn JH, Vollestad NK. Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: patients consulting primary care for the first time. *Spine* 2005; 30(8):976-82.
3. New Zealand Acute Low Back Pain Guide : incorporating the guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain. New Zealand Guidelines Group; 2004.
4. Musculoskeletal pain in primary health care: A biopsychosocial perspective for assessment and treatment. Anders Westman, 2010  
Publisher: Örebro University 2010 [www.publications.oru.se](http://www.publications.oru.se)
5. A cognitive-behavioral programme for the management of low back pain in primary care: a description and justification of the intervention used in the Back Skills Training Trial (BeST; ISRCTN 54717854) Z. Hansen. *Physiotherapy* 96 (2010) 87-94
6. A multicentred randomised controlled trial of a primary care-based cognitive behavioural programme for low back pain. The Back Skills Training (BeST) trial SE Lamb, *Health Technology Assessment* 2010; Vol. 14: No. 41

Kursusmateriale: Den komplekse lænderygpatient. Rygcenter Syd Middelfart, samt vejledning af læge Merete Dissing, Kognitivgruppen Århus