JYX JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

This is a self-archived version of an original article. This version may differ from the original in pagination and typographic details.

Author(s): Lausmaa, M.; Holopainen, R.

Title: Yksilöllinen biopsykososiaalisesti orientoitunut kivun hoito

Year: 2018

Version: Accepted version (Final draft)

Copyright: © Kirjoittaja & SOMTY, 2018.

Rights: In Copyright

Rights url: http://rightsstatements.org/page/InC/1.0/?language=en

Please cite the original version:

Lausmaa, M., & Holopainen, R. (2018). Yksilöllinen biopsykososiaalisesti orientoitunut kivun hoito. Manuaali : Suomen ortopedisen manuaalisen terapian yhdistyksen jäsenlehti, 2018(1), 10-16.

Yksilöllinen biopsykososiaalisesti orientoitunut kivun hoito

Tässä artikkelissa käsitellään kipukokemusta ilmiönä, kivun pitkittymisen ennaltaehkäisyä, sekä pitkittyneen ja toistuvan kivun hoitoa fysioterapeutin näkökulmasta. Molemmat kirjoittajat työskentelevät ja tekevät väitöskirjaansa professori Jaro Karppisen johtamissa projekteissa, joissa on tarkoituksena tutkia yksilöllisen biopsykososiaalisesti orientoituneen alaselkäkivun hoidon vaikuttavuutta. Näihin projekteihin liittyen ja omasta mielenkiinnosta olemme perehtyneet Kognitiiviseen Funktionaaliseen Terapiaan (Cognitive Functional Therapy, CFT). Tässä artikkelissa näkyy siis taustamme CFT- menetelmän kanssa työskentelyssä, mutta emme kuvaa menetelmää sellaisenaan, vaan omasta näkökulmastamme käsin. Tulkitsemme ilmiötä kirjallisuuden pohjalta sekä kivusta kärsivien asiakkaiden hoidon käytännön kokemuksiemme kautta. Terapiasuhdetta ja vuorovaikutusta on käsitelty tarkemmin toisessa tämän lehden artikkelissa.

Kivuista kärsivät asiakkaat muodostavat suurimman ryhmän fysioterapiaan hakeutuvista, tuki- ja liikuntaelinongelmiin (tule-ongelmiin) erikoistuneen fysioterapeutin vastaanotolla. Jotta pystymme auttamaan kivusta kärsiviä ihmisiä parhaalla mahdollisella tavalla, meidän on tunnettava kipu ilmiönä, siihen vaikuttavat tekijät sekä tutkimusnäyttö eri hoitomuodoista. Pitkittyneeseen kipuun ja sen kehittymisen uhkaan liittyvät tutkimukset on suurelta osin tehty alaselkäkivun parissa. Tästä johtuen, ja oman asiantuntijuutemme pohjalta, käsittelemmekin artikkelissa pääasiallisesti alaselkäkipua. Kipu ilmiönä on universaali käsite, joten artikkelissa esitetyt asiat ovat todennäköisesti suurelta osin siirrettävissä myös muiden tule-vaivojen hoitoon.

Epäspesifin alaselkäkivun, eikä muidenkaan tule-vaivojen hoitoon, ole pystytty toistaiseksi osoittamaan tehokasta yksittäistä hoitomenetelmää. Akuutin kivun spontaani paranemistaipumus on hyvä ja siksi liiallista hoitoa tulisi välttää. Suurin osa hoitosuosituksista suositteleekin asiakkaan vakuuttamista siitä, että kipu todennäköisesti helpottuu itsestään (1). Haasteena on kuitenkin se, että osalla asiakkaista alaselkäkipu ei helpota kokonaan, vaan jatkuu toistuvina jaksoina, pahenemisvaiheina tai jatkuvina kipuina. Noin kolmannes asiakkaista kokee toipuneensa kolmen kuukauden päästä, mutta jopa kaksi kolmannesta raportoi kipua vielä vuoden päästäkin. Systemaattisen katsauksen mukaan henkilöistä, jotka kokivat kipua kolmen kuukauden kohdalla, alle 10% koki olevansa kivuton

vuoden päästä. Tämä tarkoittaa sitä, että kun kerran on selkäkipua, se todennäköisesti vaivaa jollain tapaa myöhemminkin. Luonnollista paranemista odottavan ("wait and see") lähestymistavan sijaan meidän tulisi estää pitkittyneiden ongelmien syntyminen varhaisessa vaiheessa ja seurata intensiivisesti erityisesti niitä, joilla kipua on vielä kolmen kuukauden kohdalla (2). Asiakasohjaus, positiiviset viestit ja kivusta huolimatta aktiivisena pysymisen korostaminen on usein riittävää. Psykologisilla prosesseilla on merkittävä rooli, kun siirrytään akuutista vammasta kipuun liittyvään pitkittyvään toimintakyvyttömyyteen. Fysioterapeutin tulisikin osata tunnistaa ja huomioida kivun pitkittymistä ennustavat tekijät, niin sanotut keltaiset liput, jo varhaisessa vaiheessa.

Yleisesti ottaen harjoitteluterapiaa pidetään konservatiivisen hoidon kulmakivenä ja harjoittelun tulisikin jollain muotoa olla aina osa hoitoa. Emme kuitenkaan varmuudella tiedä, millainen harjoittelu on tehokkainta. Manuaalisen terapian hyödyt yksittäisenä interventiona ovat useimmiten lyhytaikaisia. Harjoitteluun yhdistettynä manuaalisen terapian teho voi olla parempi, mutta siirryttäessä kroonistuneen kivun pariin, sen teho on hyvin vaatimaton. Aiemmin kiinnitettiin enemmän huomiota liikemallien alaryhmäluokitteluun, mutta sittemmin on siirrytty kohti yksilöllistä moniulotteista alaselkäkivun ymmärrystä, jossa liikemallit ovat vain yksi komponentti (3). Jäykkiin alaryhmiin luokittelu saattaa jättää huomiotta tärkeät kipuun vaikuttavien tekijöiden väliset yhteydet. Yrityksiä lähestyä kipua luokittelun kautta on kritisoitu yksipuolisuudesta, reduktionistisuudesta ja kyvyttömyydestä kuvata alaselkäkivun biopsykososiaalista luonnetta.

Kipu on monisyinen ilmiö ja siksi yksittäisten hoitotoimenpiteiden teho jää tutkimuksissa vaatimattomaksi. Kipukokemus kuvastaa keskushermoston arviota siitä, kuinka vaarallinen jokin aistimus (esim. nosiseptiivinen viesti nivelrakenteista) on. Kokemuksen voimakkuuteen vaikuttavat aistimuksen voimakkuuden lisäksi myös useat muut tekijät, kuten yleinen terveydentila, elämäntapatekijät, psykososiaaliset tekijät, henkilön aiemmat kokemukset, uskomukset ja kontekstuaaliset tekijät. Siksi ei ole yllättävää, että kivun luonne on hyvin vaihteleva ja ajan myötä muuttuva. On tärkeää selvittää muokattavissa olevat kipukokemukseen vaikuttavat tekijät, sekä ne tekijät, joihin emme voi vaikuttaa. Tarvitaan joustavaa moniulotteista kliinisen päättelyn viitekehystä. Tämänhetkisen tiedon mukaan meidän tulisi lähestyä asiakasta yksilöllisesti biopsykososiaalisessa viitekehyksessä ja tunnistaa tälle yksilölle ominaiset oirekuvaa ylläpitävät tekijät ja suunnitella hoitointerventio näiden pohjalta.

On paradoksaalista, että krooninen kipu jatkuu, vaikka siitä ei useinkaan ole mitään hyötyä asiakkaalle. Reaktiot kipuun, jotka tiettynä hetkenä, tietyssä kontekstissa ovat hyödyllisiä, voivat olla haitallisia ja kipua ylläpitäviä myöhemmässä vaiheessa tai toisessa kontekstissa. Kivun toistuminen voi aikaansaada päivittäisissä rutiineissa sellaisia asteittaisia muutoksia, joita asiakas ei välttämättä tiedosta. Selviytymiskeinot, jotka ovat hyödyllisiä lyhyellä aikavälillä, saattavat pitkällä tähtäimellä ylläpitää ongelmaa, jos niiden käyttöä jatketaan. Kipu saa aikaan monia negatiivisia tunteita (pelko, turhautuminen, viha, suru, ahdistus) ja ajatuksia (katastrofointi). Koska nämä tunteet ja ajatukset ovat erityisen luotaantyöntäviä, niitä pyritään usein välttämään.

Kipu tunteena on merkittävä opitun käyttäytymisen ohjaaja, koska epämiellyttävät tuntemukset ja tunteet liittyvät siihen vahvasti. Kivun uhka tai kipuun liittyvät huolet saavat usein aikaiseksi motorisia vasteita. Nämä vasteet voivat olla suojelevia ja adaptiivisia esimerkiksi akuutin kudosvaurion yhteydessä. Kivuliaassa tilanteessa omaksumme tapoja, joita kutsutaan kipukäyttäytymiseksi. Nämä tavat viestivät toisille, että koemme kipua, ja ne voivat itsessään lievittää kipua. Toivottu lopputulos lisää niiden esiintymistä ja verbaaliset ilmaisut kivun voimakkuudesta ohjautuvat niiden aikaansaamien vasteiden mukaan (4). Tällainen oppiminen on tärkeää kroonisen kivun kehittymisessä, koska kivusta kärsivät kehittävät uudenlaisia toimintamalleja, joita esimerkiksi työpaikka ja läheiset voivat vahvistaa.

Klassisessa ehdollistumisessa henkilö oppii ennustamaan potentiaalisesti haitallisen ärsykkeen, kuten kivun esiintymisen. Esimerkiksi neutraali ärsyke (ampiaisen pörinä) ja sitä seuraava haitallinen ärsyke (ampiaisen pisto) johtaa lihasten jännittymiseen ja pelkoon. Koska ampiaisen pörinä on nyt luotettava ennuste ampiaisen pistolle, pelkkä ääni voi saada meissä aikaan pelkoa ja lihasjännitystä. Tämä yhteys jää muistiimme, ja siitä voi olla hankalaa päästä eroon. Pelkkä ajatus ampiaisen äänestä voi lopulta aktivoida muiston ampiaisen pistosta ja tuottaa pelkoa ja jännitystä. Operantissa ehdollistumisessa henkilö oppii käyttäytymisen ja sen seurauksien välisestä suhteesta tietyssä tilanteessa. Tietyssä tilanteessa (kotona puolison kanssa) tietty toiminta (kipukäyttäytyminen, kuten irvistäminen nostaessa painavaa tavaraa) todennäköisesti johtaa tiettyyn lopputulokseen (puoliso nostaa tavaran puolestasi) (5).

Pitkittyneestä alaselkäkivusta kärsivillä on hyvin usein havaittavissa liiallista keskivartalon lihasten jännittymistä, joko jatkuvissa staattisissa asennoissa, aktiivisten liikkeiden aikana tai molemmissa. Vartalon lihasten kasvanut aktiivisuus ja kyvyttömyys rentouttaa lihakset liikkeiden aikana, kuten eteentaivutuksessa, johtaa usein jäykkään, hitaaseen ja vähemmän vaihtelevaan rangan liikkeeseen. Jos tällainen käyttäytymismalli on epäsuhdassa vamman vaikeuden ja kudospatologian kanssa ja jos se jatkuu odotetun kudosten paranemisajan jälkeenkin, ovat seuraukset usein haitallista ja kipua provosoivia. Tällaisia käyttäytymismalleja ovat esimerkiksi käsiin tukeutuminen, raajan kuormittamisen välttäminen, jatkuva kipeän kohdan koskettaminen tai kivun tarkistaminen, sekä kommunikatiiviset vasteet, kuten irvistäminen ja säpsähtely. Pitkittyneessä kivussa voi olla nähtävissä myös sympaattisen hermoston liialliseen aktiivisuuteen liittyviä vasteita, kuten nopeaa apikaalista hengitystä, hikoilua, silmäluomien liikkeitä, kasvanutta lihasjännitystä ja levottomuutta.

Biopsykososiaalinen näkökulma ja psykososiaalisten riskitekijöiden huomiointi

Viimeisten vuosikymmenten aikana biopsykososiaalinen malli on laajentanut ymmärrystämme kivusta (6). Tutkimusnäyttö tukee hoidon tuloksellisuutta, jos hoito on toteutettu biopsykososiaalisessa viitekehyksessä (1). Biopsykososiaalinen malli painottaa, että kipu ei välttämättä ole merkki patologiasta tai kudosvauriosta, vaan siihen vaikuttavat myös sosiaaliset ja psykologiset tekijät. Suurimmalla osalla tule-ongelmista kärsivistä asiakkaista rakenteisiin liittyvät ongelmat eivät yksistään selitä monimuotoista kliinistä kuvaa: kipuoireita, toimintakyvyttömyyttä ja kärsimystä. Kipu voi jatkua pitkäänkin alkuperäisen vamman jo parannuttua. Biologiaa ei voi erottaa psykologisesta ja sosiaalisesta, ne ovat kaikki läsnä samanaikaisesti, kaiken aikaa. Kaikki ihmiset siis kokevat kivun yksilöllisenä biopsykososiaalisena kokemuksena, riippumatta siitä, mikä kivun alkuperä on.

Pitkittyneeseen kipuun liittyy lähes aina muita oireita, kuten masennusta, unihäiriöitä tai ahdistuneisuutta (7). Tyypillisesti nämä liitännäisoireet esiintyvät yhdessä ja kietoutuvat yhteen kipuongelman kanssa. Monet yhtäaikaisesti ilmenevät terveysongelmat näyttäisivät liittyvän yhteisiin neuroimmunologis-endokrinologisiin mekanismeihin. Huolet, pelko, ahdistus, katastrofointi ja kipuun liittyvät uskomukset, sekä behavioraaliset tekijät, kuten välttäminen ja passiiviset selviytymiskeinot, ennustavat tulevia kipuongelmia. Pelko, ahdistus

ja minäpystyvyys ovat tekijöitä, joiden on todettu selittävän kivun ja toimintakyvyttömyyden välistä yhteyttä (8).

Kliinisessä työssä haasteena on tunnistaa ne asiakkaat, jotka ovat riskissä kehittää pitkäkestoisia kipuongelmia. Kyselylomakkeiden käyttö on tärkeää psykososiaalisten riskitekijöiden tunnistamisessa, sillä monet lääkärit ja fysioterapeutit eivät usko pystyvänsä tunnistamaan näitä tekijöitä. Vaikka ammattilaisten taidot kehittyisivät, he ovat silti taipuvaisia aliarvioimaan tiettyjen tekijöiden, kuten pelon esiintymistä, ja siksi tarvitaan riskinarviointityökaluja (9). Kaksi tällaista työkalua ovat Start Back- ja Örebro-kyselyt. Perusterveydenhuollossa ensimmäisellä vastaanottokäynnillä Örebron kipukyselyn lyhyellä versiolla pystyttiin tunnistamaan 85% (työterveys) ja 83% (julkinen) asiakkaista, jotka tulivat olemaan yli 14 päivää sairauslomalla kivun takia seuraavan kuuden kuukauden aikana (10). Ideaalinen aika kyselylomakkeen käytölle on ensimmäinen vastaanottokäynti, sillä psykososiaaliset tekijät ovat läsnä suurimmalla osalla asiakkaista jo oireiden alkaessa (8,11). Kysely antaa laajan kuvan asiakkaan tilanteesta, mutta esiin nousevista asioista on tarpeen keskustella tarkemmin, jotta saadaan selville yksilölliset tekijät ongelman taustalla, sekä asetettua soveltuvat tavoitteet. Osa asiakkaista ottaa mielellään vastaan kysymykset psykososiaalisten tekijöiden yhteydestä kipuun, mutta toiset tulkitsevat ne epäilyksenä kivun fyysisen syyn olemassaolosta. Onkin tärkeää pohtia, miten näitä asioita nostetaan keskusteluun - vuorovaikutuksella on väliä tässäkin tapauksessa (12).

Kuva 1. Kuvateksti:Alaselkäkivun tutkimisen ja hoidon periaatteet

Alaselkäkivun tutkimisen ja hoidon periaatteet

Alaselkäkipuista asiakasta tutkittaessa on ensiarvoisen tärkeä tunnistaa oireita mahdollisesti aiheuttavat vakavat syyt (punaiset liput) tai spesifit patologiset tilanteet. Nämä ovat kuitenkin harvinaisia. Onkin arvioitu, että noin 90% alaselkäkivuista on epäspesifiä alaselkäkipua. Seuraavassa käsittelemme vain epäspesifiä alaselkäkipua ja pääpaino on pitkittyneessä tai toistuvassa kipuongelmassa.

CFT on integroiva behavioraalinen lähestymistapa alaselkäkipuisten asiakkaiden yksilöllisessä hoidossa, kun vakavat selkäkivun syyt ja spesifi patologia on suljettu pois. Tässä menetelmässä hyödynnetään moniulotteista kliinisen päättelyn viitekehystä niiden

tärkeiden parantumisen esteenä olevien tekijöiden tunnistamiseksi, joita on mahdollisuus muuttaa. Hoito perustuu tarkkaan asiakkaan oman tarinan kuuntelemiseen ja hänen kipureaktioidensa ja käyttäytymismalliensa tutkimiseen (3).

CFT-menetelmän mukaan alaselkäkivun hoito voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen sen jälkeen, kun kattava haastattelu ja tarpeellinen kliininen tutkiminen on suoritettu. Ensin autamme asiakasta ymmärtämään kipua moniulotteisesti hänen oman tarinansa pohjalta, huomioiden kontekstuaaliset tekijät, negatiiviset uskomukset ja pelot, sekä niihin liittyvät emotionaaliset ja toiminnalliset vasteet, kuten kipukäyttäytymisen. Asteittainen altistaminen pelottaville, vältetyille asioille rentouden ja kipukäyttäytymisen huomioimisen kautta on usein tarpeen. Yhdessä asiakkaan kanssa etsitään toimivia strategioita kivun kontrolloimiseksi silloin, kun se on mahdollista, ja tähdätään kohti asiakkaalle arvokkaita tavoitteita. Elämäntapatekijöiden huomiointi on myös tärkeää, erityisesti, kun pohditaan asiakkaan hyvinvointia pidemmällä tähtäimellä (3). (KUVA 1)

Yksilöllinen lähestymistapa biopsykososiaalisessa viitekehyksessä

Olemme kuvanneet yllä biopsykososiaalisen lähestymisen merkitystä tutkimisen ja hoidon yhteydessä. Moniulotteinen, kaikki oleelliset kipuoireeseen liittyvät tekijät huomioiva tutkiminen on kaiken perusta, jotta pystymme tunnistamaan jokaisen asiakkaan yksilölliset kipua ylläpitävät ja paranemisen esteenä olevat tekijät. Tunnistettujen tekijöiden pohjalta suunnitellaan yksilöllinen, nämä tekijät huomioiva hoitointerventio. Asiakkaan tilanteen tarkka kartoitus alkaa huolellisella ja syvällisellä haastattelulla.

Haastattelu aloitetaan asiakkaan tarinan kuuntelemisella. Meidän on oltava kiinnostuneita ihmisen elämäntilanteesta kokonaisuudessaan, sillä usein jäävuoren pinnan alla olevat asiat kasvavat suuremmiksi kuin kipu itsessään. Esimerkiksi uni, talousasiat, lääkkeiden sivuvaikutukset, mieliala, stressi, ihmissuhdeongelmat ovat tällaisia tekijöitä. Hyvä puoli on se, että moniin näistä pystytään vaikuttamaan (3).

Haastattelussa selvitetään asiakkaan kipuhistoria ja kipua provosoivat ja helpottavat tekijät (asento, liike, kuormitus, lepo), asiakkaan käsitykset kivusta (uskomukset kivun syystä, tulevaisuuden odotukset, kivun kontrolloitavuus, ennustettavuus, ja voimakkuus) *“Mistä itse ajattelet, että kipusi johtuu”*. Lisäksi selvitetään kontekstuaaliset tekijät kivun

alkamisajankohtana (sosiaaliset, kognitiiviset, emotionaaliset, fysikaaliset, elämäntapatekijät, terveys). *“Mitä muuta elämässäsi tapahtui niihin aikoihin, kun kivut alkoivat?”*. Emotionaaliset vasteet kivulle (pelko, kipuun liittyvä stressi ja huoli, tämänhetkinen sosiaalinen konteksti) ovat myös oleellisia selvitettäviä asioita. *“Onko tässä jotain sellaista mistä olet huolissasi”*. Näiden tekijöiden keskusteluun nostamisessa hyvänä apuna toimii aiemmin esitelty Örebron kipukysely.

Myös asiakkaan odotukset ja toiveet fysioterapian suhteen on tärkeä selvittää haastattelun yhteydessä. Odotukset ovat yhteydessä hoitotyytyväisyyteen, joka puolestaan vaikuttaa hoitoon sitoutumiseen ja yhteistyöhön ja sitä kautta hoidon tuloksellisuuteen (13).

Tutkiminen ja hoito yhteydessä asiakkaalle merkityksellisiin toimiin

Pitkittyneestä kivusta kärsivän asiakkaan perinteinen kliininen tutkiminen ei useinkaan anna kovin paljoa uutta tietoa, sillä hänet on jo yleensä tutkittu useita kertoja läpikotaisin. Yksi näkökulma, jonka CFT tuo kliiniseen tutkimiseen on asiakkaan käyttäytymis-/ liikemallien tarkastelu. Selvitetään ovatko ne tarkoituksenmukaisia, vaiko osa opittua kipukäyttäytymistä, joka saattaa olla oireita ylläpitävä tekijä (3).

Toiminnallinen tutkiminen keskittyy asiakkaalle merkityksellisiin toimintoihin, jotka nousevat esiin haastattelussa. Esimerkiksi, jos asiakas kertoo oireita provosoiviksi tekijöiksi erilaiset nostot, niin toiminnallinen tutkiminen kohdistetaan nostamiseen tai jos asiakas haluaisi kävellä enemmän, muttei kipujen takia pysty, niin tutkiminen kohdistetaan kävelyyn. Samalla tarkastellaan behavioraalisia strategioita, joita asiakkaalla on näitä toimintoja suorittaessa, mukaan lukien kipukäyttäytyminen ja autonomiset reaktiot. Samalla voidaan tarkkailla pidättääkö asiakas esimerkiksi hengitystä hänelle hankaliin liikkeisiin liittyen. Palpaatiota voidaan käyttää kudosten sensitiivisyyden arvioimiseksi ja suojajännityksen selvittämiseksi.

Selitä mistä kipu johtuu

Hyvin tehty alkuhaastattelu auttaa löytämään asiakkaan tilanteen kannalta merkitykselliset kipuun vaikuttavat tekijät. Keskustelemalla ja usein tilanteeseen liittyvän noidankehän piirtämisellä tuodaan asiakkaalle esiin, miten nämä tekijät vaikuttavat hänen tilanteeseensa ja

miten ne liittyvät toisiinsa. (KUVA 2) Samalla lisätään asiakkaan ymmärrystä kivun moniulotteisuudesta sekä ajatusten ja tunteiden vaikutuksesta käyttäytymiseen ja kehollisiin vasteisiin. Kun asiakas itse ymmärtää, mistä kipu johtuu, hänellä on mahdollisuus tehdä parempia valintoja oman hyvinvointinsa eteen. Lisäksi ymmärrys parantaa kipuoireiden hallintaa ja minäpystyvyyttä. Asiakkaan tarinan hyödyntämisen ohella kannattaa käyttää asiakkaan omia sanamuotoja sekä metaforia. Kivun selittäminen ei ole erillinen interventio, vaan se yhdistyy haastattelun lisäksi toiminnalliseen tutkimiseen ja ohjattuihin toiminnallisiin kokeiluihin. Jos kuvantamistutkimuksia on tehty, tulee asiakkaan kanssa keskustella hänen ymmärryksestään löydöksiin liittyen erityisesti silloin, jos asiakkaan käsitykset rakenteista vahvistavat negatiivisia uskomuksia kivusta. Kuvantamistutkimuksissa näkyvät kulumamuutokset ovat usein osa normaalia ikääntymisprosessia, sillä niiden esiintyminen on hyvin yleistä myös kivuttomilla henkilöillä (14). Kuvantamistutkimusten löydösten merkitystä kipuoireen suhteen arvioitaessa tulisikin olla varovaivainen.

Erinomaisena tukena kipuun liittyvän ymmärryksen lisäämisessä toimivat suomeksi käännetyt infografiikat, opaslehtiset tai lyhyet videot ja verkkokurssit. Monet selkäkipuiset asiakkaat toivovatkin saavansa fysioterapiakäynniltä yhteenvedon läpikäydyistä asioista, koska iso osa näistä asioista unohtuu (15). Esimerkiksi retrainpain.org verkkokurssi ja otakipuhaltuun.fi sivuilta löytyvät lyhyet animaatiovideot kivusta ovat olleet toimivia välineitä asiakkaan oman kipuymmärryksen tukemisessa sen jälkeen, kun kivusta on ensin keskusteltu asiakkaan tarinan pohjalta.

Korjaa väärät uskomukset

Asiakkaiden uskomukset kivun syistä ovat useimmiten biomedikaalisia (16). Negatiivisten uskomusten on havaittu olevan yhteydessä kivun pitkittymiseen, lisääntyneeseen toimintakyvyn haittaan, hoitoihin hakeutumiseen sekä huonompiin pitkän aikavälin hoitotuloksiin. Uskomukset voivat vaikuttaa asiakkaan tekemiin valintoihin hänen terveytensä ja hyvinvointinsa suhteen sekä käyttäytymistapoihin ja liikemalleihin.

Setchellin ym. (17) tutkimuksessa asiakkailta itseltään kysyttiin, “mikä on käsityksesi siitä, miksi alaselkäkipusi on pysyvää tai toistuvaa?” Asiakkaiden antamista vastauksista nousi esiin neljä teemaa: “Keho koneena” - Alaselkäkipu jatkuu, koska jotain on rakenteellisesti epäkunnossa ja se voidaan joskus korjata. “Alaselkäkipu on pysyvää” - Kun selkä on kerran mennyt rikki, selkäkipu on pysyvä ominaisuus, eikä sitä voida korjata. “Alaselkäkipu on

monimutkaista” - Monet tekijät vaikuttavat alaselkäkipuun ja sille ei ole yksinkertaista selitystä. “Alaselkäkipu on hyvin negatiivista” - Alaselkäkipu on epänormaalia, katastrofaalista ja sitä tulee välttää kaikin keinoin. Nämä ovat teemoja, jotka asiakkailta kysyttäessä toistuvasti nousevat esille myös kliinisessä työssämme. Kun samoilta asiakkailta kysyttiin, mikä on lähde näille uskomuksille, niin 89% vastasi, että ne tulevat terveydenhuollon ammattilaisilta. Internetiä ehdotti uskomusten lähteeksi 24% vastanneista, perhettä 9% ja ystäviä 5%.

Darlowin ym. (18) systemaattisen katsauksen mukaan on vahvaa näyttöä siitä, että terveydenhuollon ammattilaisten uskomukset alaselkäkivusta ovat yhteydessä asiakkaiden uskomuksiin alaselkäkivusta. Fysioterapeuttien uskomukset ja asenteet alaselkäkivun aiheuttajista voivat muokata asiakkaan tutkimista sekä terapian sisältöä. Jos uskomuksena on esimerkiksi, että liikkuminen kivusta huolimatta ja varhainen töihin paluu ovat alaselkäkipuiselle asiakkaalle haitallisia, niin tämän voidaan nykytiedon valossa katsoa vaikuttavan negatiivisesti hoitotulokseen. Katsauksen mukaan fysioterapeutit, joilla on biomedikaalinen ajattelumalli, neuvovatkin asiakkaita palaamaan töihin myöhemmin sekä rajoittamaan fyysistä aktiivisuutta. He noudattavat hoitosuosituksia heikommin sekä uskovat, että töihin tai normaaleihin aktiviteetteihin paluu on uhka asiakkaalle. Lisäksi fysioterapeutit, joilla oli korkeammat pelkovälttämisuskomukset, suosittelivat enemmän sairauslomaa ja neuvoivat ennemmin välttämään töihin tai normaaleihin aktiviteetteihin paluuta (19).

Bunzlin ym. (16) tutkimuksessa ne alaselkäkipuisista, joiden hoitotulos fysioterapiassa oli hyvä, olivat omaksuneet biopsykososiaaliset uskomukset. Sen katsottiin olevan edellytys onnistuneeseen hoitoprosessiin. Pitkään jatkuneen kivun yhteydessä uskomusten muuttumisen enemmän biopsykososiaalisiksi voidaan ajatella olevan jopa yksi hoidon päätavoitteista minäpystyvyyden tukemisen ohella. Uskomusten muuttaminen vaatii vahvaa terapiasuhdetta ja hyviä vuorovaikutustaitoja. Se voi olla hidas prosessi, joka vaatii fysioterapeutilta kärsivällisyyttä.

Tiukassa olevan uskomuksen muuttamiseen yksi tehokas väline on kokemuksellinen oppiminen (KUVA 3). Kun asiakas saa positiivisen kokemuksen, joka on ristiriidassa hänen uskomuksensa kanssa, hänen on helpompi hyväksyä uusi selitysmalli. Jos yritämme muuttaa uskomusta vain tietoa antamalla, voi se kääntyä itseään vastaan. Meidän täytyykin hyödyntää vuorovaikutustaitojamme auttaaksemme asiakasta oivaltamaan itse.

Kuva 3. Kuvateksti: Uskomusten ja käyttäytymismallien muuttaminen kokemuksellisen oppimisen avulla

Korjaa haitalliset käyttäytymismallit

Toiminnallista tutkimista seuraavat ohjatut toiminnalliset kokeilut, jotka pohjautuvat asiakkaalle ongelmallisiin ja merkityksellisiin toimiin. Tarkoituksena on löytää ratkaisuja, jotka johtavat asiakkaalle merkityksellisten tavoitteiden kannalta positiiviseen muutokseen. Nämä kokeilut mitoitetaan asiakkaan tilanteen hankaluuden mukaan ja niiden avulla pyritään vähentämään autonomisia reaktioita, vähentämään kipua sekä helpottamaan liikkumista, mikä saa asiakkaan muuttamaan kipukäyttäytymistään. Toimivia keinoja ovat rento palleahengitys, kehon rentouttaminen, kehotietoisuuden lisääminen ja liikemallien muuttaminen. Kun asiakkaalla on pelko-välttämiskäyttäytymistä, asteittainen altistaminen on tehokas tapa vähitellen palauttaa arjesta pois jääneet toiminnot hänen elämäänsä. Asiakasta altistetaan vähitellen hänen pelkäämilleen, välttämilleen tai kivuliaille toiminnoille. Jos pelko on voimakasta, voidaan altistaminen aloittaa mielikuvaharjoittelulla. Uusien toimintamallien kehittymisen tukena käytetään manuaalista ohjausta sekä visuaalista palautetta (peilit, video, ammattilaisen esimerkki), joka haasta asiakasta reflektoimaan käyttäytymismalliaan. Ohjaus ja palaute voi myös lievittää pelkoa ja vaaran tunnetta harjoittelun aikana.

Asiakkaan huomio kohdistetaan odotettujen ja toteutuneiden kipuvasteiden väliseen eroon. Tämä auttaa asiakasta tarkastelemaan uudessa valossa aikaisempaa rajoittavaa uskomustaan, kuten sitä, että selän eteen taivuttaminen on vaarallista ja vaatii suojelua ja sen välttämistä. Prosessi kumoaa asiakkaan pelko-välttämisuskomuksia ja vahvistaa hänen kykyään kohdata hänelle arvokkaat toimet turvallisesti ilman kipukäyttäytymistä ja vähemmällä kivun tarkkailulla. Kokemuksellisen oppimisen kautta vahvistetaan myös käsitystä kehosta vahvana ja kestävänä rakenteena. Prosessissa voi syntyä voimakkaita emotionaalisia reaktioita, pelkoa ja joskus jopa paniikkia. On tärkeää, että ammattilainen pysyy rauhallisena ja empaattisena, validoi asiakkaan reaktion, reflektoi sen alkuperää ja vahvistaa turvallisuuden tunnetta (3).

Jos kivun kontrolli ei ole saavutettavissa tällä prosessilla, huomio siirretään pois kivusta ja kohti kehon rentouttamista, autonomisten reaktioiden vähentämistä, kipukäyttäytymisen purkamista ja asiakkaalle tärkeiden toiminnallisten ja elämäntapoihin liittyvien tavoitteiden saavuttamista. Uudet toiminnalliset strategiat integroidaan heti päivittäisiin toimiin, mikä

vahvistaa minäpystyvyyden rakentumista (3). Minäpystyvyydellä tarkoitetaan itseluottamusta omiin kykyihin saavuttaa haluttu lopputulos. Sellaisten strategioiden löytäminen, joilla asiakas voi itse vaikuttaa kipuun voi olla kriittisen tärkeää, sillä tällaisten keinojen puuttuminen on yhdistetty korkeaan kipuun liittyvään pelkoon ja epätoivon tunteisiin. Omat kivunhallintakeinot ja parantunut kehotietoisuus edesauttavat itsenäistä ongelmanratkaisua, joka on tärkeä taito itsehoidossa (16).

Tämän toiminnallisen prosessin aikana kivun pahenemisvaiheet hyödynnetään mahdollisuutena vahvistaa uusia tapoja reagoida kipuun ilman kipukäyttäytymistä ja välttämistä. Asiakkaalle tehdään pahenemisvaiheen suunnitelma ohjaamaan itsehoitokeinoja sekä emotionaalisia ja behavioraalisia vasteita kivulle. Tarvittaessa sovitaan ylimääräinen käynti, jos asiakas ei saa omatoimisesti kipua hallintaan, stressi kasvaa hallitsemattomaksi tai toimintakyky heikkenee (3).

Elämäntapamuutos

Useat elämäntapatekijät voivat olla kivun pitkittymistä ennustavia tai kipua ylläpitäviä tekijöitä. Liikunnan määrän, passiivisen elämäntyylin, stressiherkkyyden, univaikeuksien, ylipainon ja tupakoinnin on havaittu olevan yhteydessä selkäkipuun. Nämä tekijät voivat esimerkiksi aiheuttaa tulehduksellista tilaa sekä heikentää kipua inhiboivia toimintoja ja immuunijärjestelmän toimintaa. Elämäntapatekijöiden kartoittaminen ja ohjaus ovat tärkeitä hoitointervention osia.

Unen merkitys on noussut vahvasti esille viime aikoina. Huono unen laatu tai liian vähäinen uni ennustavat alaselkäkivun kehittymistä ja pahenemista, ja alaselkäkipu ennustaa uniongelmia (20,21). Uni vaikuttaa myös muihin psykologisen hyvinvoinnin osa-alueisiin ja stressiin. Unen suhteen intervention kohteena voivat olla esimerkiksi unihygieniaan liittyvät tekijät, nukahtamista haittaavat huolet, asentouskomukset, kipu sängyssä kääntyessä tai uniapnea.

Fyysisen aktiivisuuden osalta liian vähäinen liikunta (alle 90min/viikko), mutta myös liiallinen liikunta (yli 100min rankkaa harjoittelua päivässä) ennustavat alaselkäkipua. Asiakkaalle voidaan laatia yksilöllinen harjoitusohjelma, joka huomioi hänen omat tavoitteensa ja mieltymyksensä. Tärkeintä olisi löytää tapa liikkua, josta asiakas nauttii.

Liikunnassa on syytä kiinnittää huomiota myös sen aikana mahdollisesti ilmenevään suojakäyttäytymiseen tai muihin haitallisiin toimintamalleihin, ja pyrkiä purkamaan niitä. Harjoitusmääriä lisätään vähitellen kuormitusfysiologisten periaatteiden mukaisesti, jotta vältetään oireiden provosoitumista liiallisen äkillisen kuormituksen seurauksena.

Keskivartalolihavuus aiheuttaa sekä kuormitusta, että vaikuttaa tulehduksellisiin prosesseihin. Myös tupakointi on itsenäinen riskitekijä alaselkäkivulle, jonka vaikutus on kohtalainen, mutta mekanismi epäselvä. Tupakoinnin lopettamisen merkitys korostuu erityisesti, jos asiakkaalla on myös masennusta, sillä tupakoinnin vaikutus kivun voimakkuuteen ja toimintakyvyn haittaan näyttäisi välittyvän masennusoireiden kautta (3).

Tavoitteiden asettaminen yhdessä asiakkaan kanssa

Kuntoutuksen tulisi olla aina tavoitteellista toimintaa. Tavoitteet luodaan yhteistyössä asiakkaan kanssa ja tavoitteiden tulee kohdistua selkeästi asiakkaalle arvokkaisiin toimiin ja/tai auttaa ratkaisemaan kipuun liittyviä ongelmia, jotka ovat nousseet esille haastattelussa. Tavoitteiden tulee olla realistisia ja saavutettavissa olevia. On tarpeellista asettaa välitavoitteita, jos kyseessä on asiakkaan tilanteeseen nähden hankalasti saavutettava tavoite. Arvoihin pohjautuvat tavoitteet motivoivat asiakasta eteenpäin hänen kuntoutumisprosessissaan ja toimivat pohjana hoitointerventiolle. Ne määrittelevät esimerkiksi minkälaisia harjoitteita asiakkaalle annamme. On ehdottoman tärkeää, että asiakkaalla on selkeä käsitys siitä, mitä hänen kuntoutusprosessinsa tulee sisältämään ja miksi, sekä mikä on ennuste. Lisäksi asiakkaalla on tärkeä olla mahdollisuus tarvittaessa ottaa yhteyttä fysioterapeuttiin, jos kysymyksiä tai ongelmia ilmenee.

Alaselkäkivun hoidon periaatteet

•Yksilöllinen lähestymistapa biopsykososiaalisessa viitekehyksessä

•Tutkiminen ja hoito yhteydessä asiakkaalle merkityksellisiin toimiin

•Selitä mistä kipu johtuu

•Korjaa väärät uskomukset

•Ei negatiivisia viestejä (käsitellään vuorovaikutusartikkelissa)

•Korjaa haitalliset käyttäytymismallit

•Elämäntapamuutos

•Tavoitteiden asettaminen yhdessä asiakkaan kanssa

•Hyvä terapiasuhde (käsitellään vuorovaikutusartikkelissa)

LÄHTEET

1. Koes B et al. An updated overview of clinical guidelines for the management of nonspecific low back pain in primary care. Eur Spine J. 2010; 19:2075-2094.

2. Itz C et al. Clinical course of non-specific low back pain: A systematic review of prospective cohort studies set in primary care. European Journal of Pain. 2013; 17(1): 5-15.

3. O'Sullivan P et al. Cognitive functional therapy: an integrated behavioral approach for the targeted management of disabling low back pain. Phys ther, painossa.

4. Main CJ et al. Fordyce's behavioral methods for chronic pain and illness: Republished with invited commentaries. Lippincott Williams & Wilkins. 2015.

5. Linton S et al. Understanding the etiology of chronic pain from a psychological perspective. Painossa.

6. Gatchel R et al. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. Psychological bulletin 2007;133(4): 581-624.

7. Linton SJ. A transdiagnostic approach to pain and emotion. Journal of Applied Biobehavioral Research, 2013;18(2):82-103.

8. Linton S. A cognitive behavioral approach to early interventions to prevent chronic pain-related disability. Painossa.

9. Beales D et al.. Association between the 10 item Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire and physiotherapists' perception of the contribution of biopsychosocial factors in patients with musculoskeletal pain. Manual Therapy. 2016; 23: 48-55.

10. Linton SJ et al. Understanding the link between depression and pain. Scandinavian Journal of Pain. 2011;2(2):47-54.

11. Shaw W et al. The Pain Recovery Inventory of Concerns and Expectations: A Psychosocial Screening Instrument to Identify Intervention Needs Among Patients at Elevated Risk of Back Disability. Journal of Occupational and Environmental Medicine. 2013;55: 885-94.
12. Hopayian K et al. A systematic review of low back pain and sciatica patients' expectations and experiences of health care. The Spine Journal. 2014;14:1769–80.
13. Verbeek J et al. Patient expectations of treatments for back pain. A systematic review of Qualitative and Quantitative studies. Spine. 2004;29(20):2309-18.
14. Brinjikji W et al. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. Am J Neuroradiol. 2015;36:811-16.
15. Holopainen R et al. From "Non-encounters" to autonomic agency. Conceptions of patients with low back pain about their encounters in the health care system. Musculoskeletal Care, 2018 (epub ahead of print).
16. Bunzli S et al. Patient perspectives on participation in Cognitive Functional Therapy for Chronic Low Back Pain: A qualitative study. Phys Ther. 2016;96:1397-407.
17. Setchell J et al. Individuals' explanations for their persistent or recurrent low back pain: a cross sectional survey BMC Musculoskeletal Disorders. 2017;18(466):1831-7.
18. Darlow B et al. The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: A systematic review. Eur J Pain. 2012;16: 3–17
19. Gardner T et al. Physiotherapists' beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain: a systematic review of quantitative and qualitative studies. Journal of Physiotherapy 2017:63:132–143.
20. Auvinen J et al. Is insufficient quantity and quality of sleep a risk factor for neck, shoulder and low back pain? A longitudinal study among adolescents. European Spine Journal 2010; 19: 641-9.
21. Lusa S et al. Sleep disturbances predict long-term changes in low back pain among Finnish firefighters: 13-year follow-up study. Int Arch Occup Environ Health 2015; 88(3): 369-79
22. Heneweer H et al. Physical activity and low back pain: A U shaped relation? Pain 2009; 143(1–2): 21-5.

Mikko Lausmaa,
ft OMT, OMT- kouluttaja,

mikko.lausmaa@rokua.com

Riikka Holopainen,
ft, TtM, väitöskirjatutkija
riikka.t.holopainen@student.jyu.fi