

Vårdprogram för fysioterapeutisk intervention

Generaliserad ångest

Syftet med vårdprogrammet är att säkerställa evidensbaserat arbetssätt vid Fysioterapikliniken, Karolinska universitetssjukhuset. Vårdprogrammen riktar sig främst till fysioterapeuter internt men även externt och till andra som kan tillgodogöra sig innehållet.

Innehåll	sid
Introduktion	2
Målsättning	2
Intervention	2
Mätmetoder	6
Restriktioner	6
Uppföljning/vårdkedja	6
Referenser	7
Bilaga 1	9

Författare

Reviderat av: Adrienne Levy Berg

Kontaktinformation

Adrienne.levy-berg@karolinska.se, 58582147

Sökvägar

- Databaser SveMed+, Medline, PsychINFO, Pedro

Sökord: Sökord: avspänning, avslappning, träning, sjukgymnastik, generaliserad ångest, applied relaxation, exercise, generalised (generalized) anxiety disorder, physical therapy, physiotherapy, relaxation

Produktionsår

- 2008

Revideringsår

- 2013

Introduktion

Det är inte ovanligt att patienter som söker för spännings- och eller smärtproblem lider av generaliserad ångest. Det kan därför vara viktigt att fysioterapeuten har denna diagnos i bakhuvudet vid det inledande mötet även om det inte framgår på remissen att patienten har generaliserad ångest (GAD). Fysioterapeuten kan vid misstanke om GAD använda bifogat självskattningsformulär (Bilaga 1).

Målsättning

1) Att patienten skall få:

- ✓ ökad kroppskänedom vilket gynnar såväl förmågan att uppfatta och härbärgera affekter samt förmågan att reglera spänningsnivån
- ✓ större förståelse för samband mellan de kroppsliga och psykiska symptomen
- ✓ ökad tolerans för de kroppsliga symptomen/minskade kroppsliga symptom så som tex
 - minskad muskulär spänning/stelhet
 - minskad smärta från muskler och leder
 - minskad trötthet – ökad fysisk förmåga
 - förbättrad sömn
- ✓ generellt ökad affektmedvetenhet och i första hand ökad förmåga att tolerera ångesten vilket är en förutsättning för att kunna tolka känslan
- ✓ ökad förmåga till affektdifferentiering
- ✓ ökad självkänedom

2) Att minska ångestens negativa inverkan på patientens livsföring, tex:

- ✓ ökad förmåga att resa kommunalt
- ✓ förbättrade relationer/ökad förmåga att umgås med vänner/familj
- ✓ ökad förmåga att företa sig något utanför hemmet

Interventioner

Interventioner kan ske på flera nivåer enligt nedan. Vissa interventioner går bra att kombinera. Valet av interventioner görs utifrån patientens behov, inställning och förutsättning samt fysioterapeutens kompetens.

De olika interventionerna är:

- A) Regelbunden fysisk aktivitet /träning
- B) Avslappning/avspänning
- C) Kroppsmedvetandeövningar enbart eller i kombination med samtal som rör samband kropp/känsla
- D) Beteendeoriktade interventioner
- E) Affektfokuserad kroppspsykoterapi (AKP) (utförs av fysioterapeut med vidareutbildning i psykodynamisk kroppsterapi och grundläggande kompetens i psykoterapi)

Tabell 1: Intervention relaterad till begreppen kroppsfunction, aktivitet/delaktighet och omgivning/miljö

Intervention	Syfte	Kroppsfunsk.	Aktivitet	Delaktighet
Fysisk aktivitet/träning	Förbättrad kroppslig funktion Endorfinfrisättning(1, 2)	Förbättrad motorik och kondition Minskad ångest	Ökad förmåga att delta i ålders- och för individen adekvata sysslor	Ökad förmåga till arbete/studier/ social samvaro etc
Avslappning	Reglering av det autonoma nervsystemet (3)	Ökad förmåga till ångesttolerans/ Minskad spänning/ smärta/ ångest		
Kroppsmedvetandeövningar	Ökad kontakt med kroppsjetaget (4)	Förbättrad psykomotorisk funktion. Minskad spänning/ smärta	Ökad förmåga att adekvat avläsa och tolka egna kroppsliga signaler samt kunna handla mer ändamålsenligt utifrån dessa	
Beteendeinriktade interventioner	Ökad kognitiv förståelse för ångesten och de tankeprocesser som är kopplade till den (5)	Ökad förmåga att hantera ångesttankar och att bryta ångestspiraler	Ökad förmåga att avläsa, tolka och hantera egna kognitiva/affektiva/ kroppsliga signaler adekvat	
Affektfokuserad kroppspsykoterapi	Ökad känslomässig förståelse för ångesten och tanke/ känslprocesser kopplade till den. Ökad förståelse för de bakomliggande faktorerna relaterade till tidigare upplevelser/händelser och ökad förståelse och medkänsla med sig själv genom det affektiva samspelet med terapeuten (6)	Ökad affekt tolerans, ökad förmåga att uttrycka affekter adekvat.(6) Ökad ångest tolerans/ minskad ångest	Ökad förmåga att avläsa, tolka och hantera egna kognitiva/affektiva/ kroppsliga signaler adekvat. Ökad förmåga att på ett för ändamålet adekvat sätt uttrycka behov och känslor i relation till andra människor. Ökad förmåga att läsa av andra människors känslor.	

A) Regelbunden fysisk träning

Länge har man ansett att fysisk träning har god effekt vid lätt till medelsvår depression (1). På senare år har flera vetenskapliga studier också kunna visa positiva effekter av träning vid generaliserad ångest (1, 2). Det finns dock även studier med motsägelsefulla resultat (7).

Tillvägagångssätt:

Enligt Martinsen (1) bör fysioterapeuten informera patienten om motionens betydelse för tillfrisknandeprocessen och motivera patienten att delta i regelbunden fysisk träning. Optimalt bör den försiggå 3 ggr per vecka i ett 12-veckorsprogram under fysioterapeuts ledning. På Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge erbjuds fysisk träning i terapibassäng eller sekvensträning 1-2 ggr i veckan.

En tänkbar läkande mekanism är att patienten lär sig att omtolka de kroppsliga signalerna: Vid träning är hjärtklappning, andfåddhet och svettning naturliga signaler vilket patienten kan lära sig att känna igen och tolerera. Eftersom ångestsignaler har fysiska effekter som liknar dem som uppkommer vid fysisk träning kan patienten härigenom få en ökad ångest tolerans samt ökad förmåga att hantera ångest.

B) Avslappning/ avspänning

Tillämpad avslappning (TA), som tränas enligt manual (8), har visat jämförbara resultat som vid kognitiv terapi och kognitiv beteendeterapi (3, 9). Alla tre metoderna ansågs lika effektiva med ångestreduktion på mellan 50-60 % mätt med STAI (10). I en senare studie beskrivs hur TA påverkar patienter med GAD och vikten av att lära patienterna att känna igen tidiga signaler på ångest (11). I en mindre studie visades att TA med självexponering efter tre månaders behandling resulterade i minskade panik- och ångestsymtom jämfört med patienter på väntelista (12). På Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge erbjuds tillämpad avslappning i gruppform. Andra former av avslappning/avspänning ingår oftast som en del av ett behandlingskoncept.

C) Kroppskännedomsträning kombinerat med samtal som rör förståelse för samband kropp/känsla

Andra former av avslappning och kroppskännedomsträning (KROK) har inte utvärderats systematiskt för patienter med GAD. Emellertid har studier visat på positiv effekt av kroppskännedomsträning för patienter med psykiatriska diagnoser(13) samt vid mag-tarmbesvär (14) och psykosomatiska besvär (15). Behandling med KROK avser att öka patientens kroppsliga upplevelse av rörelsecentrum, kontakten med underlaget, mittlinje, andning och närvaro i nuet. Tillsammans med psykopedagogiska samtal kan kroppskännedomsträning vara en verksam behandlingsform för patienter med GAD.

D) Kognitiva och kognitiva beteendeterapeutiska interventioner

(Leg sjukgymnast med grundläggande utbildning i psykoterapi, steg I)

Kognitiv beteendeterapi/kognitiv terapi är beprövade och accepterad behandlingsformer för patienter med GAD (16, 17). De kognitiva modellerna inriktar sig på att arbeta med patientens föreställningar om oron, patientens oförmåga att tåla osäkerhet, föreställningen att oron kan ha en positiv inverkan på så sätt att den gör en mera förberedd inför en ev katastrof, överdrivet fokus på negativa händelser/tankar och undvikande av ångestframkallande situationer. Se bilaga för mer detaljer. Hayes-Skelton, Roemer och Orsillo (18) har beskrivit en framgångsrik behandlingsmodell för patienter med GAD där mindfulness/acceptans baserade metoder kombineras med KB. Metoden visade lika goda resultat som behandling med tillämpad avslappning.

Tillvägagångssätt:

Efter tre bedömningssamtal och avtal om terapikontakt görs en beteendeanalys, där patientens tankar och känslor i samband med olika situationer går igenom.

Detta blir fokus för behandlingen som handlar om att kartlägga och tydliggöra, samt att verka för förändring i patientens inställning till och hantering av ångesten.

Målsättningen är att patienten skall få en annan inställning till ångesten, inte låta ångesten utgöra ett hinder i det dagliga livet och ytterst kunna släppa ångesten.

Antalet behandlingstillfällen kan maximeras till 15-20 gånger för att stärka processen.

E) Affektfokuserad kropppsykoterapi

(AKP tidigare benämnt PDK som utövas av fysioterapeut med vidareutbildning i psykodynamisk kroppsterapi vilket inkluderar grundläggande psykoterapikompetens).

På senare tid har man funnit att det inte räcker med kognitivt inriktade

behandlingsmodeller utan det gäller att också fokusera på de interpersonella problem som ofta förekommer vid GAD (19). Det har framkommit ett behov av att integrera metoder för att tillmötesgå de multifasetterade behov som patienter med GAD har.

Flera forskare har presenterat behandlingsmetoder där olika psykoterapeutiska inriktningar integreras (20). En metod som utvecklats av Crits-Christoph(19)

integrerar kognitiva, beteendeterapeutiska, psykodynamiska/interpersonella och acceptans baserade metoder för patienter med GAD (21). Wolfe (22) har beskrivit

en integrative teori som rör etiologin till GAD och menar att patienter med GAD är extremt rädda för sina egna känslomässiga reaktioner. I behandlingsmodellen

inkorporerar psykodynamiska, beteendeterapeutiska, KBT, humanistisk-

upplevelsebaserade och biomedicinska perspektiv på ångest störningar. AKP är en fysioterapeutisk behandlingsmetod i linje med vad som föreslagits ovan. Terapin

fokuserar bl.a. på patientens förhållningssätt till kroppen och känslomässiga upplevelser samt handlingsmönster i relation till känslomässigt betydelsefulla

personer. Utöver det terapeutiska samtalet använder man inom AKP tekniker såsom massage och övningar. Behandlingen styrs efter principen att stabilisera kroppens fundament innan man löser upp spänningar (23) .

Tillvägagångssätt:

Genom anamnesupptagning och kroppsundersökning tar fysioterapeuten ställning till om det är lämpligt med AKP behandling för patienten. Fysioterapeuten och patienten kommer då tillsammans fram till ett fokus för behandlingen utifrån patientens beskrivning av och förhållningssätt till sina besvär och sätter upp ett behandlingsmål och erbjuder 1 års behandling med AKP, 1g/vecka

Effekter av AKP

AKP har utvärderats för patienter med generaliserad ångest (23) och har jämförts med sedvanlig psykiatrisk behandling inom öppenvård psykiatri. Resultatet visade att patienterna i båda behandlingsgrupperna förbättrades men patienterna som fick den kroppspsykoterapeutiska behandlingen förbättrades mer beträffande symptomnivån mätt med SCL-90. Andra tidigare studier visar att behandlingen är lämplig vid långvarig smärta och även då visades att patienternas ångestnivå sjönk (24).

Mätmetod/Utvärderingsinstrument

- ✓ Hospital anxiety and depression scale [HAD;(25)]
- ✓ Hälsorelaterad livskvalitet; EQ 5D index (26) samt VAS
- ✓ Frågeformulär om metakognitioner (5) vid behandling enligt punkt D ovan
- ✓ Affektintervju (6, 27) affekterna oro/rädsla, irritation/ilska, ledsenhet, glädje/välbehag. Skattningen sker direkt från ljudband eller anteckningar under intervjun. Vid behandling enligt punkt E

Restriktioner

Var observant på komorbiditet. Patienter med GAD har ofta flera axel I störningar såsom depression eller annan ångeststörning (tex socialfobi, tvångssyndrom eller panikångest). Det är också vanligt med personlighetsstörningar i denna patientgrupp. Ett annat observandum är alkohol- eller tablettmissbruk.

Uppföljning / vårdkedja

1. Bedömningsfasen avslutas alltid med ett remissvar där planeringen för patienten framgår.
2. Utvärdering vid avslutad behandling
3. Remissvar/epikris till remittent där behandlingsresultatet framgår

Referenser

1. Martinsen EW. Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2008;62(Suppl 47):25-9.
2. Martinsen EW. Running away from anxiety and depression? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 2003 Aug;40(8):676-81.
3. Öst LG BE. Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, . 2000;3:777-90.
4. Nordwall VR, G. *Tre BAS-skolor.: Studentlitteratur, Lund.; 1997.*
5. Kåver A. *Att leva ett liv inte vinna ett krig. Om acceptans. : Stockholm: Natur och Kultur.; 2004.*
6. Monsen J. Affects and Affect Consciousness, Initial Experiences with the Assessment of Affect Integration. . *The Journal of psychotherapy Practice and Research*. 1996;5:238-49.
7. Bartley CA, Hay M, Bloch MH. Meta-analysis: Aerobic exercise for the treatment of anxiety disorders. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*. 2013 Aug;45:34-9. PubMed PMID: 23643675. Epub 2013/05/07. eng.
8. L-G. Ö. *Tillämpad avslappning – manual till en beteendeterapeutisk coping-teknik. . In: Institutionen. SP, editor. 1997.*
9. Arntz A. Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2003 Jun;41(6):633-46.
10. Spielberger C D GRL, Lushene R, Vagg P R, Jacobs G A.. . *State-Trait Anxiety Inventory for Adults. . In: Redwood City CMG, editor. 1983.*
11. Hayes-Skelton SA, Roemer L, Orsillo SM, Borkovec TD. A Contemporary View of Applied Relaxation for Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive behaviour therapy*. 2013 Jun 4. PubMed PMID: 23731329.
12. Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, Middleton H, Anastasiades P, Gelder M. A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 1994 Jun;164(6):759-69.
13. Hedlund L, Gyllensten AL. The experiences of basic body awareness therapy in patients with schizophrenia. *Journal of bodywork and movement therapies*. 2010 Jul;14(3):245-54. PubMed PMID: 20538222.
14. Eriksson EM, Moller IE, Soderberg RH, Eriksson HT, Kurlberg GK. Body awareness therapy: a new strategy for relief of symptoms in irritable bowel syndrome patients. *World journal of gastroenterology : WJG*. 2007 Jun 21;13(23):3206-14. PubMed PMID: 17589899.
15. B. MMM. Physiotherapeutic Treatment in Out-Patient Psychiatric care *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 1994;8:119-26.
16. Ballenger J C DJR, Lecrubier Y, Nutt D J, Borkovec T D, Rickels K, Stein D J, Wittchen H U. . Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, . 2001;62 (Suppl. 11):53-8.

17. DiMauroa J, Dominguesb, J., Fernandezc, G., Tolin, F. F. Long-term effectiveness of CBT for anxiety disorders in an adult outpatient clinic sample: A follow-up study. *Behaviour Research and Therapy* 2013;51:82-6.
18. Hayes-Skelton SA, Roemer L, Orsillo SM. A Randomized Clinical Trial Comparing an Acceptance-Based Behavior Therapy to Applied Relaxation for Generalized Anxiety Disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2013 May 6. PubMed PMID: 23647281.
19. P. C-C. Psychodynamic-interpersonal treatment of generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science & Practice*. 2002;9:81-4.
20. Stricker G GJ. *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press; 2005. . Norcross J C GMR, editor2005.
21. Crits-Christoph P CGMB, Narducci J, Schamberger M, Gallop R. Interpersonal problems and the outcome of interpersonally oriented psychodynamic treatment of GAD. *Psychotherapy; Theory, Research and Practice* 2005;42:211-24. .
22. E. WB. Self-experiencing and the integrative treatment of the anxiety disorders. *Journal of Psychotherapy Integration* 1992; 2 (29-43.).
23. Levy Berg A SR, Sandahl, C. . Affect-focused body psychotherapy in patients with generalised anxiety disorder: evaluation of an integrative method. *Journal of psychotherapy integration*,. 2009;19:67-85.
24. Monsen K MJ. Chronic pain and psychodynamic body therapy. *Psychotherapy*. 2000;37:257-69.
25. Zigmond A, Snaith R. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983 Jun;67(6):361-70.
26. Burström. K. Hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5. Beskrivning av instrumentet samt resultat från en befolkningsundersökning i Stockholms län. Folhälsoinstitutet, 2002.
27. Monsen JT, Melgård, T., & Ødegård, P. . Kartlegging av affektbevisshet: Intervjuguide, instruks og skåringskriterier. . In: Oslo UoO, Department of Psychology, editor. 1986.

Bilaga 1: <https://www.pfizerhalsa.se/har-du-angest>

Bilaga 1

GAD-7 självskattningsfrågor

Har du under de senaste två veckorna besvärats av något av detta:

	Inte alls	Flera dagar	Flertalet dagar	Dagligen
Känt mig nervös, orolig, spänd				
Inte kunnat låta bli att ängslas				
Ängslats för mycket om olika saker				
Haft svårt att koppla av				
Varit så rastlös att det varit svårt att sitta still				
Varit retlig och lättstörd				
Varit rädd, som om något förfärligt skulle hända				

Om något av detta förekommit, hur påverkade det din arbetsförmåga, hemsysslor och relationer?

(Ringa in det som passar)

Inte alls Litet Mycket Påtagligt störande

GAD -7

Poäng

Inte alls = 0

flera dagar =1

Flertalet dagar = 2

Så gott som dagligen = 3

GAD

5 = mild GAD

10= moderat GAD

15 = svår GAD

Vid ≥ 10 rekommenderas fördjupad diagnostisering