



Bild: Carl Fredrik Hill (1883 – 1911) Landscape with Lion.

Smärt- problematik

– med ökat fokus på
emotioner och kontext

KBT är förstahandsval vid behandling av smärta. Men hos vissa patienter är effekten begränsad eller uteblir helt, vilket pekar på vikten av att vidareutveckla metoderna och finna nya angreppssätt. Forskning med fokus på emotioner och kontext öppnar dörrar för nya tekniker. Det skriver Ida Flink, docent och forskare i psykologi, och Steven J. Linton, professor i klinisk psykologi, båda verksamma vid CHAMP, Örebro universitet.

Långvarig smärta är ett utbrett problem som kostar samhället enorma summor och orsakar stort lidande för den drabbade. Omkring 20 procent av Sveriges befolkning beräknas leva med långvarig smärta enligt Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och smärttillstånd antas vara orsaken till mellan 20 och 40 procent av läkarbesöken i primärvården [1, 2]. Smärta ökar inte bara vårdbehovet hos den drabbade, utan är även en betydande anledning till snabbt växande sjukskrivningstal [3], vilket är oroande både på samhällsnivå och för de individer som fastnar i långvariga sjukskrivningar.

Det finns en myt om att psykologisk behandling endast passar vissa smärtpatienter: de fall då problemet uppfattas som "psykosomatiskt" och är kopplat till framträdande emotionella besvär. Det stämmer visserligen att många smärtpatienter har samtidig emotionell ohälsa. Depression och ångesttillstånd är tydligt överrepresenterade i gruppen. Däremot betyder inte det att psykologiska metoder endast lämpar sig vid svåra problem där det emotionella lidandet är tydligt. Tvärtom vet vi att om problemet identifieras i ett tidigt skede ökar chanserna att motverka långvariga problem. Till exempel har det visat sig att personer som får höga poäng på ett psykologiskt screeninginstrument löper upp till åtta gånger högre risk att hamna i långvarig sjukskrivning.

Betydelsen av tidiga insatser

Trots att det finns effektiva metoder för att tidigt identifiera individer som löper risk att utveckla kroniska smärtproblem tillämpas sällan kunskapen inom vården. Redan under tonåren upplever många de första symtomen och idealt skulle hjälp erbjudas redan då. I en longitudinell studie som bedrivs vid enheten för psykologi vid Örebro universitet följer vi omkring tretusen ungdomar över fem års tid. Hela 23 procent av ungdomarna rapporterar någon typ av besvärande smärta och 7 procent har smärta på flera platser i kroppen [4]. De ungdomar som besväras av smärta har markant högre skolfrånvaro än ungdomar utan smärta, och dessutom rapporterar de högre nivåer av emotionell ohälsa i form av ångest och depression. De uppger även att de upplever interpersonella problem såsom stress över hemsituationen och problem med kamrater. Det här indikerar att smärta redan tidigt påverkar personens fungerande i vardagen. Om dessa ungdomar fick redskap att hantera smärta skulle det kunna

motverka framtida funktionsnedsättning och sjukskrivning.

Vidare finns betydande forskningsstöd för att det hos personer i arbetsför ålder går att motverka långvarig funktionsnedsättning i ett tidigt skede genom screening och preventiva insatser, exempelvis via arbetsplatsen. I en nyligen publicerad studie fann vi att en KBT-insats som riktar sig mot både arbetstagare i risk för långvariga smärtproblem och deras arbetsledare resulterade i ökad upplevd hälsa, lägre vårdkonsumtion och mindre sjukskrivning vid uppföljningen [5]. Tyvärr tillämpas sällan tidiga insatser. Det finns alltså tidiga tecken som signalerar att en individ löper risk att utveckla långvariga smärtbesvär, och genom rätta insatser från vården kan problemutvecklingen förhindras. Ändå är det få som idag får hjälp tidigt i processen; de allra flesta patienter får hjälp först när smärtan blivit kronisk och mer omfattande insatser behövs.

Psykologisk behandling vid smärta

KBT är förstahandsalternativ som psykologisk behandling vid smärta, både vid tidiga insatser och vid rehabilitering. Grunden i KBT för smärta är att öka patientens funktion snarare än att minska smärta. Under behandlingen orienteras patienten mot att formulera funktionsinriktade mål, hantera symtom (coping), gradvis öka fysisk aktivitet, genomföra beteendeexperiment och lära sig hantera närliggande problem såsom sömnsvårigheter och stress. Kognitiva tekniker som att utmana negativa tankar kan också ingå. Effekter av KBT vid smärta är lovande men enligt systematiska översiktsartiklar är effektstorlekarna tämligen modesta [6]. Dock finns stora skillnader mellan studier, och utvalda kliniker som arbetar systematiskt uppvisar mycket goda resultat. Däremot är en genomgående trend att KBT tycks misslyckas med att hjälpa de patienter som mår allra sämst, nämligen de med höga nivåer av negativa emotioner [7].

ACT har under det senaste decenniet vunnit mark som behandling vid smärta. Även om ACT kan infogas under paraplytermen KBT skiljer sig metoden som bekant en hel del från traditionell KBT och förtjänar därför att nämnas separat. I ACT läggs större vikt vid att lära sig leva med symtomen och inte sträva efter att minska eller tygla dem, utan leva fullt ut i linje med sina värderingar. Det skiljer sig delvis från traditionell KBT där fokus har legat på att hitta strategier för att hantera eller kontrollera symtomen. Däre-

"Pilotstudier har visat mycket lovande effekter för patienter med hög grad av katastroftankar och negativa emotioner"

mot tycks trenden vara att de två angreppssätten närmar sig varandra genom att alltför kliniker plockar in ACT-tekniker i bredare KBT-program. Reviewartiklar visar på liknande effekter av ACT och traditionell KBT [8].

Exponering in vivo för rörelserädsla är en annan KBT-metod vars tillämpning har vuxit på senare år. Exponering vid rörelserädsla liknar till stora delar exponering vid andra rädslor, med antagandet att rörelser är det stimulus som patienten (fobiskt) undviker. Behandlingen fokuserar på att systematiskt närma sig de rörelser som undvikits och på så vis minska rädsla och öka funktion. För patienter med utpräglad rörelserädsla och undvikande är exponering den rekommenderade behandlingen och flera studier visar på påtagliga önskade effekter på till exempel funktion och rädsla. Exponering är en psykologisk metod, men det är brist på psyko-

loger som utför behandlingen och därför är det i praktiken främst fysioterapeuter som arbetar med metoden i Sverige idag. Även om exponering är förstahandsalternativ för patienter med utpräglad rörelserädsla är det inte alla patienter som blir hjälpta. Liksom i andra KBT-behandlingar har katastroftankar och negativa emotioner visat sig kunna hindra effekten av exponering [9], vilket pekar på behovet att förbättra teknikerna.

Ökat fokus på emotionsreglering

Negativa emotioner är en central del i långvarig smärta, vilket man behöver ta hänsyn till i behandlingen. Redan i definitionen av smärta framkommer att emotioner och smärta är nära sammankopplade: "Smärta är en obehaglig sensorisk och/eller emotionell upplevelse förenad med vävnadsskada, eller hotande vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan skada". (Internationell Association for the Study of Pain, IASP)

Trots att det länge varit känt att smärtpatienter ofta lider av samtidig emotionell ohälsa har

problemen i regel behandlats separat. På senare år har forskningen börjat intressera sig för faktorer som kan förklara den höga samsjukligheten, och svårigheter med emotionsreglering har lyfts fram som en möjlig transdiagnostisk faktor [10]. Om emotionsreglering är en central färdighet för att hantera problem med smärta och negativa emotioner skulle metoder för att arbeta med emotionsreglering i patientgruppen kunna öka effekten av befintliga behandlingar.

Reglera negativa emotioner

I Center for Health and Medical Psychology (CHAMP) har vi just nu ett pågående projekt för att utvärdera effekten av ett nytt angreppssätt, särskilt utformat för patienter med smärta och svårigheter med emotionsreglering. Behandlingen går under arbetsnamnet The Hybrid, då den kombinerar exponering för rörelserädsla med exponering för andra emotionellt laddade stimuli. Pilotstudier har visat mycket lovande effekter för patienter med hög grad av katastroftankar och negativa emotioner, en grupp som vanligtvis är svåra att hjälpa med KBT. Resultaten motiverar den pågående randomiserade kontrollerade studien (RCT) där hybridbehandlingen jämförs med traditionell KBT. Resultaten är angelägna då de kommer att tala om ifall vi närmar oss bättre metoder för patienter med smärta och samtidig emotionell problematik.

Ett sätt att reglera negativa emotioner är i en interpersonell kontext, till exempel genom att söka stöd hos närstående. För att få adekvat stöd är det centralt att smärtpatienter plockar upp signaler om när, var och hur det är lämpligt att uttrycka besvär med smärta och negativ affekt. Kontextkänslighet är en term som beskriver just detta [11]. Även om man intuitivt kan förstå att personer med långvarig smärta behöver vara mottagliga för omgivningens signaler på om det är lämpligt att tala om sina bekymmer, är kontextkänslighet ett outforskat begrepp inom smärteforskningen. Om kontextkänslighet visar sig vara centralt, torde det vara en viktig färdighet att arbeta med i behandlingen, som skulle kunna öka effekterna av KBT för patienter med smärta och samtidig emotionell ohälsa. I ett pågående projekt koncentrerar vi oss på betydelsen av kontextkänslighet, och preliminära resultat från en experimentell studie indikerar att kontextkänslighet mycket riktigt är en central mekanism som har betydelse för hur funktionsnedsättande smärtan är. Nästa naturliga steg är att utveckla metoder för att öka kontextkänslighet, och dit riktas vår uppmärksamhet just nu.

Sammantaget öppnar ett ökat fokus på emotioner och emotionsreglering dörrar för framsteg inom KBT för personer med långvarig smärta som samtidigt lider av emotionell ohälsa, en patientgrupp som vi haft svårt att hjälpa med befintliga behandlingar.

Framtida utmaningar

Utifrån dagens kunskapsläge och tillämpning av KBT som behandling vid smärta står vi inför ett antal spännande utmaningar. Psykologisk behandling vid smärta kan bli betydligt bättre. Som vi har belyst är effekterna av KBT medelmåttiga, och en väsentlig anledning är att vissa patienter tycks svara betydligt sämre på behandlingen: patienter där smärtan är nära kopplad till påtaglig emotionell ohälsa. Dessutom är psykologer sällan inblandade i de behandlingar som kanske har allra tydligast psykologisk grund och är behandlingstekniskt utmanande, nämligen exponeringsbehandlingar.

Dessutom tillämpas KBT i regel i ett sent skede, då patienten redan utvecklat ihållande smärteproblem som många gånger är förknippat med uttrycklig emotionell ohälsa. En rimlig förklaring till detta är bristen på psykologer i primärvården, den vårdinstans dit smärtpatienter normalt söker först. Fler psykologer i primärvården skulle även skapa möjligheter att uppmärksamma andra typer av smärta som innebär stort lidande för den drabbade, men som i princip negligeras inom vårdapparaten. Ett sådant exempel är vulvava-

ginal smärta, som har visat sig förekomma hos upp till 20-25 procent av unga kvinnor. Trots att smärtan avsevärt påverkar emotionell och relationell hälsa ligger utvecklingen av psykologisk behandling långt efter annan typ av smärteproblematik, vilket bör tas på stort allvar. I framtiden bör psykologisk behandling utformas och erbjudas vid olika typer av smärta, och vi hävdar att fyra åtgärder bör prioriteras: utveckling av effektivare behandlingar för patienter med smärta och samtidig emotionell ohälsa, psykologer bör utföra exponeringsbehandlingarna, fler tidiga insatser, samt fler psykologer inom primärvården.

Psykologisk kunskap behövs i behandling av smärta och det finns effektiva metoder. Om metoderna tillämpas på rätt sätt, för rätt patienter och av kompetent personal är vi övertygade om att det kommer att innebära ett viktigt steg framåt. ●



IDA K. FLINK, docent och psykolog
STEVEN J. LINTON, professor i klinisk psykologi, psykolog och psykoterapeut
Båda vid Center for Health and Medical Psychology (CHAMP), Örebro universitet

REFERENSER

1. SBU (2006) Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2006. Rapport-nr 2006-177/1-177/2.
2. SBU (2010) Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010. SBU-rapport nr 198. ISBN 978-91-85413-34-8
3. Regeringskansliet, Socialdepartementet (2015). Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro.
4. Boersma K & Flink I K (in progress). Pain in adolescence: A longitudinal study of prevalence, incidence and correlates.
5. Linton S J, Boersma K, Traczyk M et al. (2016). Early workplace communication and problem solving to prevent back disability: results of a randomized controlled trial among high-risk workers and their supervisors. *Journal of occupational rehabilitation*, 26(2), 150-159.
6. Williams A C D C, Eccleston C & Morley S (2012). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *The Cochrane Library*.
7. Turner J A, Holtzman S & Mancini L (2007). Mediators, moderators, and predictors of therapeutic change in cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 127(3), 276-286.
8. Veehof M M, Oskam M J, Schreurs K M, et al. (2011). Acceptance-based interven-
9. Flink I K, Boersma K, Linton S J (2010). Catastrophizing moderates the effect of exposure in vivo for back pain patients with pain-related fear. *European Journal of Pain*, 14, 887-892.
10. Linton S J (2013). A transdiagnostic approach to pain and emotion. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 18(2), 82-103.
11. Linton S J, Flink I K, Schrooten M G et al. (2016). Understanding Co-occurring Emotion and Pain: The Role of Context Sensitivity from a Transdiagnostic Perspective. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 3, 129-137.