

Smärtpatienter

– personlighet, upplevt sammanhang, kliniskt status, effekter av kognitiv terapi

Birgitta Peilot, Anita Samuelsson, Sven Pettersson,
Eva-Marie Norberg och Ann Frodi

Vad är det som påverkar en individs upplevelse av och förmåga att hantera stress och smärta?

Trots att forskningen kring långvarig smärta, dess orsaker och konsekvenser länge har varit intensiv och numera ses ur ett biopsykosocialt perspektiv, kvarstår frågor om vilka faktorer som styr människors smärtupplevelse och ibland gör att smärtan blir långvarig och svårbehandlad.

Denna artikel är en sammanställning av det examensarbete som författarna gjorde i samband med legitimationsgrundande utbildning i Kognitiv Psykoterapi vid Kognitivt Center i Kungälv 2005. I studien undersöktes sambandet mellan långvarig smärta och sårbarhetsfaktorer samt effekter av kognitiv terapi utifrån en kvantitativ och kvalitativ eftermätning avseende kliniskt status.

Birgitta Peilot är läkare och psykoterapeut och arbetar inom psykiatri och företagshälsovård i Mariestad.

Anita Samuelsson är socionom och psykoterapeut och arbetar inom Primärvården i Göteborg.

Sven Pettersson är psykolog och psykoterapeut vid Capiro, Lundby sjukhus, Göteborg.

Eva Marie Norberg var socionom och psykoterapeut och arbetade på Beroendecentrum i Örebro tills hon avled i november 2006.

Ann Frodi är professor i psykologi och forskningsansvarig vid Kognitivt Center i Kungälv. Artikeln har skrivits av de två först nämnda författarna i samarbete med professor Ann Frodi.

Kontakt: Ann Frodi, Center för Kognitiv Psykoterapi och Utbildning, Thorilds gränd 1 332 31 Kungälv

Inledning

Långvarig smärta ur ett biopsykosocialt perspektiv

Grunden för det nu rådande multifaktoriella synsättet på smärta lades av Melzack och Wall (1) med Gateo-

rin, där smärtsystemets förmåga att begränsa smärtimpulser beskrivs som kognitiva händelser. Ångest och räds-la öppnar portarna i centrala nervsystemet för smärtupplevelser.

Sedan 1960-talet har smärtforskningen fört fram till en helt ny syn på smärta: från ett enkelt system där ett stimulus ger smärta genom att aktivera en smärtnerv, till ett komplext system, en neuromatris, där den synaptiska strukturen bestäms av genetiska och sensoriska influenser från t.ex. kroppens vävnader, syn och hörsel, kognitiva och emotionella impulser, stressreglerande system och smärtnihiberande system (2). Melzacks definition av smärta: *"Smärtan är en perceptuell upplevelse, vars kvalitet och intensitet beror på individens unika historia och vilken mening han/hon lägger i smärtan, vilka tankar och rädslor han/hon har, och vilka förhoppningar som finns för framtiden"* gäller fortfarande (3).

Dersh, Polatin och Gatchel (4) beskrev långvarig smärta som ett biopsykosocialt fenomen. Enligt samma författare har de flesta studier visat högre grad av psykopatologi hos individer med långvarig smärta än vid akut. En hög frekvens av psykopatologi som ångest och depression påverkar även smärtförloppet och rehabiliteringsresultatet. Patienter med smärtsymtom uppvisar ofta hög ångest och depression innan diagnos fastställts, vilket beskrivits bero på bristande socialt stöd från omgivning och störda familjerelationer (5). Kvinnor är överrepresenterade vid långvariga smärttillstånd. Könsskillnaderna kan bero på olikheter i att uttrycka smärta, ökad förekomst av ångest och depression hos kvinnor, hormonella faktorer och förmåga till endogen smärtnihibition (6).

Smärtutveckling och personlighetsprofil

I boken *Personality Characteristics of Patients with Pain* (7) framförde Gatchel och Weisberg att ångestbenägna patienter har en tendens att oro sig mer över smärta och kroppsliga symtom och att det finns en risk för undvikande av aktiviteter som ger smärta och därmed risk för vidmakthållande av smärtan. Katastrofering, vilket innebär tankar och bilder som förutspår negativa konsekvenser (8), är ytterligare en faktor som bidrar till vidmakthållande. Sambandet mellan långvarig smärta och ångesttillstånd är starkare än det mellan depression och smärta enligt McWilliams, Cox och Enns (9). Depressiva patienter med smärtor känner emellertid lätt hopplöshet och hjälplöshet vilket kan försvåra deras motivation att ta en aktiv roll i sin rehabilitering.

Enligt DSM IV finns vid många personlighetsstörningar oflexibla och maladaptiva drag med inadekvata copingstrategier som kan bidra till svårigheter hos dessa personer om de drabbas av långvarig smärta (7). Det finns dock inga enstaka personlighetstest som kan visa på prognosen för utveckling av långvarig smärta, utan multipla källor krävs.

Smärta liksom fysiskt trauma utlöser en stressreaktion som aktiverar det sympatiska nervsystemet i kroppen och HPA axeln (10). Gatchel (11) har utvecklat en stressdiatesmodell där han delar in smärtutvecklingen i tre stadier. Denna modell visar inte på att det finns en speciell "pain prone" personlighetstyp utan att smärtupp-

levelsen beror på individuella sårbarhetsfaktorer som aktiveras av stress i samband med långvarig smärta i samspel med omgivningen. Dersh et al har i en review från 2002 (4) inte funnit ett entydigt svar på frågan vad som kommer först, långvarig smärta eller psykopatologi. Traumatiska händelser påverkar individer olika beroende på vilken sårbarhet och vilka skyddsfaktorer som finns, exempelvis socialt nätverk, en hög känsla av sammanhang eller ett tryggt attachment-mönster.

Långvarig smärta och känsla av sammanhang

Enligt Antonovsky speglar Känslan av sammanhang, KASAM (12), en individs syn på tillvaron som begriplig, meningsfull och hanterbar. En person med hög KASAM har en förmåga att uppleva livshändelser som begripliga, meningsfulla och har en tilltro till sig själv att klara svåra situationer. Detta innebär att en person med hög KASAM upplever mindre stress och kan mobilisera mer energi att lösa problem än en person med låg KASAM. KASAM grundläggs redan hos det späda barnet i samspel med modern, där en trygg relation skapar just Begriplighet, Meningsfullhet och Hanterbarhet (12). Maunder och Hunter (13) anser att hög KASAM liknar trygg anknytning i vissa avseenden.

Långvarig smärta ur ett attachmentperspektiv

Enligt Bowlby (14) utvecklar barnet modeller av sig självt i samspel med modern och andra betydelsefulla personer. Det anknytningsmönster som

en gång utvecklats har tendens att kvarstå även i vuxen ålder (15).

Bartolomew och Horowitz (16) knöt an till Bowlbys syn på attachment där det finns två poler i synen på "self and other". En individ med trygg (Secure) anknytning har en positiv syn på sig själv och andra. Preoccupied anknytning innebär negativ bild av själv och positiv bild av andra. Dismissing anknytning innebär positiv bild av själv och negativ bild av andra. En fjärde grupp som betecknas som Fearful har en negativ bild av både själv och andra. Alla grupper utom den med trygg anknytning anses ha en ökad vulnerabilitet för stress och psykosocial belastning eftersom individen är osäker på om det finns en trygg bas tillgänglig enligt Bowlbys teori (14).

En undersökning av ett studentmaterial (16) visade en frekvens på 57% Secure, 10% Preoccupied, 18 % Dismissing och 15% Fearful. Smärta innebär att individen utsätts för stress och upplevd fara vilket aktiverar anknytningssystemet. I en population av smärtpatienter kan man räkna med en större procent otrygg anknytning (17). Också graden av symptom och utnyttjande av sjukvården styrs av attachmentmönster (18). Individer med Preoccupied anknytning har mest symptom och utnyttjar vården mest. Maunder och Hunter (13) fann i en översiktsartikel stöd för att det finns samband mellan otrygg attachment och somatisk sjukdom.

Behandling med kognitiv psykoterapi vid långvarig smärta

Det har visats att en högre grad av acceptans av smärtan är förenat med

lägre grad av smärtpåverkan, ångest och depression (19). De flesta smärtpatienter har negativa tankar relaterade till smärtan som påverkar beteende och känsloupplevelse. Depression, ångest, spänning och ilska är exempel på faktorer som öppnar smärtgrunden enligt Gateteorin. Motsatt verkan uppnås med lugn, avkoppling och fokusering på annan aktivitet (20). Kognitiva faktorer kan således påverka smärtupplevelsen, och därmed bör kognitiv psykoterapi (KPT) ha en plats i behandlingen av smärta. Enligt Turk och Gatchel i boken *Psychological Approaches to Pain Management* (21) är KBT effektivt vid långvarig smärta oberoende av diagnos eftersom behandlingen fokuserar på problem och konsekvenser av smärtan.

En viktig del i Becks kognitiva psykoterapi vid depression (22) är den kognitiva triaden, som beskriver den deprimerade individens syn på sig själv, sin omvärld och framtiden. För kroniska smärtpatienter gäller följande triad: Självet ses ofta som skadat eller försvagat, omvärlden är straffande, berövande eller orättvis och framtiden ses ofta som en smärtsam kamp, som leder mot invalidisering och hopplöshet (20).

Hos patienter, som lyckats i sin rehabilitering, har man sett betydelsefulla kognitiva förändringar. En individs tolkning av sin verklighet, enligt de livsregler (scheman) som individen byggt upp, fungerar som en perceptuell lins, vilket styr individens handlingsstrategier (23). Reflektioner och tänkande leder till en process, som sätter igång neuroplastiska förändringar i hjärnan varvid nya synaps-

mönster skapas (24). Personer har således visat sig kunna gå från hjälplöshet och passivitet till resursstyrka och förmåga att fungera trots smärta (21). Andra forskare har påvisat positiva effekter genom att negativa tankemönster kring smärtan förändrats. Detta gäller speciellt katastroftänkande (25). Vidare beskrev Brattberg (26) i en kvalitativ studie av patienter med långvarig smärta att smärtförståelsen är avgörande för hur patienterna känner sig och klarar det dagliga livet. Det är svårare att klara en smärta som är obegriplig och som kan leda till katastroftankar än om man har kontroll över smärtan.

Frågeställningar:

- 1a. Skiljer sig smärtpatienter från icke-kliniska personer med avseende på personlighetsprofil, känsla av sammanhang, attachment mönster, och kliniskt status?
- 1b. Hur påverkas smärtpatienternas kliniska status (smärtpåverkan, depression, ångest) av terapiprocessen?
2. Vad i terapiprocessen upplevs som värdefullt?

Metod Studie 1a och 1b

Deltagare

Deltagarna i studien var personer som sökt terapi för stressrelaterade och andra psykiska symtom vid ett västsvenskt terapicentrum och som angivit smärtpåverkan med ett värde av minst 2 på en skala mellan 0-10. Av 131 deltagande personer uppfyllde 45 personer kriteriet för smärta. Fyra personer hade inte besvarat mätin-

strumentet SSP (se nedan) varför dessa exkluderades. Således återstod 41 personer, 29 kvinnor och 12 män.

Kontrollgruppen bestod av 28 personer, anställda vid två västsvenska företag, som inte sökt för stressrelaterade problem vid psykotericentret, utan anmält sig som frivilliga till kontrollgruppen efter ett informationsmöte på företagen. Två personer hade här inte besvarat SSP varför dessa exkluderades. Därvid återstod 26 personer, 7 kvinnor och 19 män.

Tio personer, 7 kvinnor och 3 män, fyllde i eftermätningsformulären direkt efter avslutad kognitiv terapi. Påminnelsebrev ledde till att ytterligare 10 personer, 8 kvinnor och 2 män, återsände ifyllda formulär.

Deltagarna i smärtgruppen erhöll förmättningsformulären vid första behandlingstillfället och eftermätningsformulären vid sista tillfället. Deltagarna i kontrollgruppen fick samtliga formulär via post och besvarade dessa i hemmet. Samtliga deltog frivilligt och skrev under ett ”informerat medgivande”.

Mätinstrument

Mätinstrumenten som ingick var Scandinavian Universities Personality Scales (SSP), Känsla av Sammanhang (KASAM), Relationship Styles Questionnaire (RSQ), Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Scale (BAI), samt Borgs smärtsymtomskala. De första två fylldes i vid första mättillfället och de övriga vid båda mättillfällena. Till frågeformulären bifogades frågor om ålder och kön. Samtliga mätinstrument har god reliabilitet och validitet.

SSP (27) är ett personlighetsinventorium som bygger på en grundlig omarbetning av KSP (Karolinska Scales of Personality). Detta självskattningsformulär omfattar 91 items fördelat på 13 delskalor som var och en avtäckar en specifik personlighetsvariabel, till exempel stresskänslighet och somatisk/psykisk ångestbenägenhet. SSP lägger fokus på personlighetsdrag, som anses ha biologiska korrelerat och implikationer för informationsbearbetning och psykopatologi.

KASAM-formuläret (28) utformades i form av en självskattningsskala som omfattar 29 frågor. Spännvidden är mellan 29 och 203 poäng. Hög poäng betyder att personen har en hög Känsla av sammanhang. Skalan mäter, enligt Antonovsky, enbart den totala Känslan av sammanhang varför skalans komponenter Hanterbarhet, Begriplighet och Meningsfullhet inte bör ses som delskalor.

RSQ (29) är ett instrument som mäter testpersonens attachmentmönster. RSQ är utvecklat från Bowlby's Inre Arbetsmodeller genom definition av individuella skillnader i attachmentmönster hos vuxna i två dimensioner – positiv/negativ självmodell och hypotetisk positiv/negativ självmodell av andra. RSQ består av 18 frågor som besvaras på en 7-gradig Likertskala, där försökspersonen uppmanas ange i vilken utsträckning som varje fråga överensstämmer med personens känsla angående nära personliga relationer. RSQ innehåller fyra subskalor av attachmentmönster: Secure, Preoccupied, Dismissing och Fearful. Ett attachmentmönster har befunnits vara ett stabilt etablerat personlighetsdrag

hos en individ i åldersspannet 4 - 25 år. Mönstret med högst poäng utgör huvudanknytningsmönstret. På så vis undviks cut off värden och erhålls en mer mångfacetterad beskrivning av en persons anknytningsmönster än man får vid en kategoriindelning.

BDI (30) består av 21 frågor med ett kumulativt poängberäkningssystem. Frågorna fokuserar på fysiska tecken som sömnstörningar, sexuell dysfunktion, viktändringar och psykologiska symtom som t.ex. anhedoni. BDI utvecklades ursprungligen som ett redskap att mäta den kognitiva komponenten i depression. Varje fråga innehåller fyra påståenden som var för sig mäter intensiteten av det depressiva symtomet med skattning 0 - 3 poäng där högre siffra anger högre grad av depression.

BAI (31) är ett självskattningsinstrument bestående av 21 frågor som mäter graden av fysiologiska och kognitiva ångestsymtom under den senaste veckan, exempelvis rastlöshet, yrsel, katastroftankar. Svaren markeras på en 4-gradig skala från 0 - 3, där noll betyder inga symtom. Ångestnivån utgörs av totalsumman av poäng i förhållande till högsta möjliga poäng.

Frågeformulär om smärtproblem. Borgs symtomskala (32) användes för skattning av smärtpåverkan. Skalan är graderad från 0-10, där 0 anger ingen symtompåverkan och 10 är mycket, mycket stark påverkan. Borgs symtomskala används för att skatta upplevda symtom som smärta och mäter aktuell intensitet av symtom. I frågeformuläret ingick också frågor om smärtans varaktighet och

om smärtan bedömdes som generell eller lokaliserad.

Statistisk bearbetning

Kvantitativa data har bearbetats statistiskt med hjälp av det datorbaserade SPSS 13.0 (Statistical Package for the Social Sciences). t-test har använts för att testa skillnaderna mellan gruppmedelvärdena för de i testbatteriet ingående variablerna, samt för att testa könsskillnaderna inom respektive grupp. Signifikansnivån för de utförda analyserna har lagts på 5% (2-tailed) och varianshomogeniteten har prövats med Levenes test.

Resultat Studie 1a och 1b

Som framgår av Tabell 1 (se nästa sida) befanns smärtpatienterna vid en jämförelse med kontrollgruppen ligga signifikant högre på personlighetsvariablerna Somatisk ångestbenägenhet, Psykisk ångestbenägenhet, Stresskänslighet, Äventyrslystnad, Bitterhet och Misstroende i SSP. Männerna i smärtgruppen hade signifikant lägre värden på variabeln Social konformitet, Mm 42.4 respektive Mkv 53.2, $p < 0.000$.

Smärtpatienterna låg också signifikant högre vad gäller depression och ångest (BDI och BAI), samt på variabeln Preoccupied i attachmentprofilen på RSQ.

Huvudanknytningsmönstret, det vill säga det mönster som hade högst poäng i profilen, var dock Dismissing både för smärt- och kontrollgrupp. Kvinnorna i smärtgruppen låg signifikant högre på variabeln Dismissing

jämfört med männen. Signifikant skillnad mellan smärt- och kontrollgrupp förelåg också, som väntat, beträffande grad av smärtpåverkan.

Beträffande KASAM förelåg signifikant skillnad i totalpoäng, där smärtgruppen uppvisade mindre optimala värden.

Den enda signifikanta könsskillnaden i kontrollgruppen förelåg för

smärtpåverkan som påvisade högre värden för kvinnorna. Smärtnivån låg dock lågt både för männen och kvinnorna, 0.37 respektive 1.71, $p < 0.014$.

I eftermätningen konstaterades signifikant mer omfattande minskning av smärtpåverkan inom smärtgruppen jämfört med kontrollgruppen ($t(29) = -4.98, p < 0.000, Msm = 2.53,$

Variabel:	Grupp:							
	smärtgrupp/kontrollgrupp (n= sm 41/kontr 26)				kön: smärtgrupp (n= m 12/kv 29)			
	M sm	t kontr	t	p	M m	t kv	t	p
	df=65				df=39			
Somatisk ångestbenägenhet	63.9	54.1	3.814	.000				
Psykisk ångestbenägenhet	59.6	51.9	3.206	.002				
Stresskänslighet	63.4	54.0	3.338	.001				
Undergivenhet	56.0	51.9		ns				
Impulsivitet	53.3	49.7		ns				
Äventyrslystnad	52.8	47.8	2.146	.036				
Interpersonell distans	50.8	51.3		ns				
Social konformitet	50.0	50.8		ns	42.4	53.2	-4.589	.000
Bitterhet	56.6	48.0	3.654	.001				
Irritationsbenägenhet	57.5	53.2		ns				
Misstroende	53.1	47.3	2.445	.017				
Verbal aggressionsbenägenhet	50.4	48.5		ns				
Fysisk aggressionsbenägenhet	48.9	48.9		ns				
KASAM:	df = 62				df=36			
SOC	116.8	141.9	-4.643	.000				
RSQ:	df = 65				df=39			
Secure	3.8	4.2		ns				
Dismissing	4.5	4.6		ns	3.95	4.79	-3.030	.004
Preoccupied	4.2	3.4	3.525	.001				
Fearful	3.7	3.3		ns				
BAI	18.5	5.8	5.233	.000				
BDI totalt	18.8	6.7	5.771	.000				
BDI kognitioner	10.9	3.3	5.409	.000				
BDI somatiskt	7.6	3.4	5.156	.000				
Smärta	4.1	0.7	7.922	.000				

t= t-testvärde ,p= statistiskt signifikant korrelationskoefficient ($p < 0.05$)

Tabell 1. t-test (2-tailed) – skillnader mellan smärt- och kontrollgrupp samt könsskillnader inom smärtgruppen.

Mkontr = 0.5 och depression (BDI), ($t(28) = -3.05$, $p < 0.005$, $M_{sm} = 8.17$, $M_{kontr} = 0,50$). Förändringarna var signifikant större hos kvinnor jämfört med män, för smärta ($t(32) = 2.66$, $p < 0.01$, $M_{kv} = 1.94$, $M_m = 0.19$) och för depression ($t(31) = -3.24$, $p < 0.003$, $M_{kv} = 8.00$, $M_m = 0.60$). Inga signifikanta skillnader förelåg vad gäller ångest (BAI), eller attachmentmönster, mellan smärtgrupp och kontrollgrupp, eller mellan könen.

Metod Studie 2

För att få ökad förståelse för hur smärta påverkas av behandling med kognitiv psykoterapi utfördes, efter medgivande, intervjuer med 6 patienter. Smiths "interpretative phenomenological analysis" metod valdes (33) för att söka finna nya beskrivningar och begrepp. Enligt Smith är denna analys särskilt användbar när forskaren vill utveckla kunskap om informantens liv och erfarenheter inom ett specifikt område. Som teoretisk referensram under analysarbetet användes det förändringsperspektiv om hur smärtan får sin innebörd i en persons biografiska sammanhang utifrån då, nu och framtiden, som beskrivits av Corbin och Strauss (34) och Gullacksen (35) samt kristeorin som utvecklats av Caplan (36) och därefter Cullberg (37).

Förförståelse

Samtliga av författarna, läkare, sociomer och psykolog hade erfarenhet av arbete med långvarig smärtproblematik, varför intervjuer och analyser kan ha påverkats av detta. Rollkon-

fikt kunde undvikas då intervjuarna inte varit vårdgivare.

Genomförande

De 6 personerna intervjuades individuellt vid Terapicentret av två av författarna, läkare och sociomer. Frågorna rörde personens aktuella livssituation, förväntningar inför psykoterapi, samarbetet med terapeuten, effekter av terapi och framtidstankar (fullständig intervjuguide kan erhållas av författarna).

För analys av data användes Smiths fenomenologiska analys vilken genomförs i fyra faser:

1. Genomläsning av materialet för att få ett helhetsintryck

2. Identifiering och kodning av meningsbärande enheter – dekontextualisering = delar av materialet lyfts ut och studeras

3. Kondensering från kod till innebörd = omformulering av det konkreta innehållet till abstrakt innebörd

4. Sammanfattning och bedömning om resultatet ger en tillfredsställande beskrivning av det sammanhang det ursprungligen ingick i = rekontextualisering

Analysarbetet utfördes både individuellt och vid fortlöpande diskussioner mellan författarna.

Resultat Studie 2

Analys och resultat av intervjuerna

Patienterna uppgav samtliga att smärtsymtomen uppkommit eller förvärrats i samband med olika stressframkallande livssituationer. Smärta hade noterats som hjärtbesvär, värk och stelhet i nacke och axlar samt som

migrän, huvudvärk och magsmärtor. För samtliga patienter hade smärtan varat mer än 3 månader innan psykoterapiens början samt minskat eller upphört vid behandlingens avslut.

Fas 1. Tre huvudteman kunde urskiljas: förväntningar, mötets innehåll och struktur samt personligt förändringsarbete.

Fas 2. Meningsbärande information utifrån valda teman samlades in

under kodbeteckningar (tabell 2). Dessa anknöt till begrepp inom kris- och förändringsteori samt hade en koppling till kognitiva begrepp och processer samt symptom som kan skattas med BDI och BAI. Under koderna noterades subgrupper som sammanhängde med varandra.

Fas 3. Genom att abstrahera innehållet under koderna till en mer generaliserad form erhöles följande nyckel-

KOD	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5	Patient 6
Yttre/inre Stressituation subgr: händelser, något sker, droppen oförutsett, symtom	Magen krånglade; jag flyttades runt, var hängig inåtvänd.	Mamma svårt sjuk; svårt att andas.	Så mycket hände; allt var tungt; blandade ihop saker.	Dålig sömn länge; orkade inte, hade diarréer, grät, hjärtat.	Mycket att göra, trött, oengagerad, många symtom	Många omorganisationer; spänd jämt, armar domnade.
Förlust subgr; funktion, fångad, ingen lösning, beroende	Ingen använder mig; jag hittade mig inte, resignerad.	Ängest, orolig hela tiden.	Rädd, allt var motigt urladdad.	Ville inte gå ut, drog mig undan, var rädd att träffa någon	Vänjer sig.	Trivdes inte; kunde inte.
Okänt subgr; nytt, inte känna igen, vilsen kaos	Inget fungerade; brukar prata, blev tyst.	Var litet för mycket ett tag.	Var allt på en gång.	Hade svårt att få struktur; något rann över	Tråkigt att inget göra	Hur ta sig ur; visste inte vad som händer.
Hinder Subgr; mottstånd anledning att söka hjälp	Är så negativ; har inte känt efter. Min chef	De frågade; få prata, få råd	Tidigare neg erfarenhet.	Drog mig undan.	Inga förväntningar.	Inga förväntningar.
Hopp subgr; tillit, mötet, bli uppmärksam, sedd, se, något finns, något nytt	Är återhållsam; mycket bra kontakt.	Hon var bra.	Få leva ut känslor; få förståelse.	Lätt att prata; är en sökare.	Fick förtroende.	Vi såg på situationer; vi hade mål.
Motivation subgr; vilja att få bekräftelse, något blir bättre, förväning, glädje	Göra är viktigt; slippa smärtor; lära sig, spännande	.	Leva ut känslor; allt är bättre; det gick ju bra.	Behöver ändra mig, får insikt då.	Bättre än inget; Fick tala; är inte likadan nu.	Går sakta framåt; fick tillförsikt; är inte så krångligt.
Medvetenhet Subgr; begriplighet, sammanhang, inre dialog, tidsfönster	Märker omgivningens konflikter; lyssnar på kroppen; jag är annorlunda.	Förstår; behöver inte oroa mig, är bättre nu.	Vet mer om känslor; tål inte stress. Ibland har jag tänkt det känns så länge sedan.	Tänker innan, jmf med andra; säger till mig själv, det får gå som det går.	Ser samban;d; tänker efter; förstår nu.	Löser problem; är ett tanke-mönster; har självrespekt; fått bygga nytt; leva nu.
Empowerment subgr; hanterbarhet, jag är, jag kan jag gör, jag vill, jag väljer, jag förstår	Har distans; tar reda på, planerar; har trygghet.	Jag klarar mig nog; använder tekniker; är som vanligt.	Jag kan fokusera; jag har fortsatt med; allt ordnar sig, det blir nog bra.	Kan prata, planera; behöver inte och måste inte.	Fått redskap; är aktiv.	Behöver fylla på; jag kommer att gå vidare; kan fundera och besluta.

Tabell 2. De meningsbärande enheter som funnits relevanta i textmassan

ord/innebörder: Att vara kraftlös; Någon såg att behov fanns; Mötet med någon som lyssnar till mina behov; Börja längta, ”få upp ögonen”, känna ”suget” efter att själv kunna påverka; Få tillbaka tilltron till sig själv.

Fas 4. Under varje innebörd beskrevs det sammanhang och den textmassa innebörden ursprungligen ingick i (fullständig redovisning kan erhållas av författarna).

Att vara kraftlös. Personerna sade att de varit i en situation som känts ovanlig och obekant. De hade upplevt att förmågan till självkontroll hade minskat och de saknade tankar om hur de kunde förändra sin situation. Ändå hade de försökt kämpa vidare på egen hand. Samtliga patienter beskrev symtom på kraftlöshet, som gjorde att de drog sig undan umgänge, blev mer inåtvända, tappade ork och inte förstod vad som hände i kroppen. ”Hustrun såg att tiden innan jag blev sjuk, ville jag inte göra någonting. Jag var likgiltig och tappade lusten för det mesta”.

Någon såg att behov fanns. Först när någon annan än anhöriga föreslog samtalsbehandling togs steget till detta. Det hade blivit en vana att känna hopplöshet, men det fanns en öppenhet att vilja testa även om inte förväntningarna var så höga: ”Man kan ju inte vara så dum att man har en åsikt om något, som man inte vet vad det handlar om.”

Mötet med någon som lyssnar till mina behov. Behoven, som framkom under terapisaftalen var mycket olika. ”Jag tänkte att jag skulle få prata

litet och att hon skulle komma med förslag.” Alla upplevde att den personliga kontakten varit bra. Förståelse och att inte bli värderad var viktigt. ”Det kändes skönt att prata med en person som inte hade förutfattade meningar.” Även om man inte känt att det första samtalet lett fram till något, ville man fortsätta. ”Det är ovant att någon lyssnar. Jag kan prata om mig själv och vad jag gör.”

Börja längta, ”få upp ögonen”, känna suget efter att själv kunna påverka sina symtom. Patienterna beskrev hur mötet med terapeuten, skapade en öppning för att våga testa något nytt. ”Det blev mer att ta reda på vad är problemet och så utgick man från det.” Ibland hittade man något som man mått bra av tidigare och kunde börja använda sig av det igen. ”Hon sa till mig hela tiden: du har så mycket energi, du kan göra så mycket saker.” Personerna såg tillvaron tydligare i ett tidsfönster, kunde se att en förändring började ske. ”Det gick sakta men säkert framåt.”

Få tillbaka tilltron till sig själv. Terapin gav kunskap om och metoder att skapa lugn, reflektera och prioritera vardagsuppgifter för att samla kraft. ”Jag tar reda på vad som händer och då kan man utesluta en massa. Och så försöker jag göra saker litet mindre komplicerat. Man kan bryta ned det mesta”. Det blev lättare att lyssna på andra och se samband med egna behov och förstå konsekvenserna av de sätt man tidigare agerat på. ”Man kan inte bara köra sitt race”. ”Förstår nu att det är mitt sätt att leva mitt liv och sköta min hälsa som har betydelse hur frisk jag är”.

Diskussion

Syftet med Studie 1a var att se hur en grupp patienter med långvarig smärtpåverkan, som sökt för stressrelaterade och andra psykiska symtom, skiljde sig från en kontrollgrupp avseende personlighetsprofil, känsla av sammanhang, attachmentmönster, ångest, depression och upplevd smärta. Syftet med Studie 1b var att studera potentiella förändringar i kliniskt status hos smärtpatienterna efter genomgången behandling med kognitiv psykoterapi.

Resultaten visade att smärtpatienterna kännetecknades av signifikant högre Somatisk och Psykisk ångestbenägenhet, Stresskänslighet, Äventyrslystnad, Bitterhet, Missstroende på instrumentet SSP, signifikant sämre Känsla av sammanhang (KASAM), signifikant mer Preoccupied attachmentmönster i attachmentprofilen (RSQ), signifikant högre grad av depression (BDI) och ångest (BAI), samt större smärtpåverkan. Ett fåtal könsskillnader förelåg även. Mätningen efter genomgången behandling visade att smärtpatienterna rapporterade en signifikant sänkning av depressionsgrad och smärtpåverkan samt en viss tendens att närma sig ett anknytningsmönster som var mer Secure och mindre Preoccupied och Dismissing än tidigare. Vid eftermätningen närmade sig smärtpatientgruppen kontrollgruppen avseende attachmentmönster men visade fortfarande på starkare depression och ångest. Smärtpatienternas KASAMvärden ökade, dock inte signifikant.

Syftet med Studie 2 var att belysa smärtpatienters upplevelse och för-

ändringsprocess vid behandling med kognitiv psykoterapi. Analysen av intervjuerna visade att för just dessa sex patienter med stressrelaterad smärta, hade kognitiv psykoterapi fungerat mycket bra. Först sedan andra hade sett och uppmärksammat behov av samtalskontakt orkade de intervjuade söka hjälp. Mötet med terapeuten tände ett hopp om förändring utifrån patienternas olika förväntningar och förutsättningar vilket krävde förståelse, timing och lyhördhet. I bekräftelsen stärktes tryggheten och tilliten till själv och andra. Nyfikenheten och modet att söka nya kunskaper ökade, vilket ledde fram till uppbyggande och återtagande av tidigare resurser. Genom den ökade medvetenheten om samband mellan tankar, känslor och symtom från kroppen kunde personen pröva nya alternativ till problemlösningar och genom ett "tidsfönster" uppfatta en förändring. Detta gav tillförsikt att våga se framåt och göra nya försök. Genom den ökade livskontrollen minskade oro och spänning vilket också sänkte smärtupplevelsen.

Ingen av patienterna i studien hade sökt primärt för sina smärtor. Smärtan hade funnits tidigare och/eller förvärrats i samband med stress. Enligt Turk och Gatchel (21) antas att smärtpatienter inte är en homogen grupp. Patienterna i föreliggande studie uppgav smärta som en del i en psykisk problematik. Studiens patienter kan därför skilja sig från smärtpatienter, som söker primärt för sina smärtor till exempel på en smärtemottagning, både vad beträffande personlighetsdrag och symtom. Utifrån variationen av de smärtsymtom som patienterna

beskrivit i studie 2 tycks dock symtomen väl överensstämma med den smärtproblematik som finns inom primärvården (38).

Det är känt att smärta utlöser en stressreaktion i kroppen som aktiverar det sympatiska nervsystemet och HPA axeln (10). Undersökningar har visat att det finns en högre frekvens av psykopatologi som ångest och depression vid långvarig smärta jämfört med akut smärta (21). Resultaten i Studie 1 överensstämde således med tidigare forskningsresultat beträffande ökad förekomst av ångest, stress och depression vid långvarig smärtpåverkan.

I Studie 1 skattades attachment med RSQ och Känslan av sammanhang med KASAM. Smärtpatienterna uppvisade på dessa mått mindre optimala värden än kontrollgruppen. Detta stöder Perris antagande (39) att det kan finnas sårbarhetsfaktorer som ökar förekomst av psykopatologi och kanske även risken att utveckla långvarig smärta. Anmärkningsvärt var dock att det både i kontroll- och smärtgruppen fanns en övervikt för personer med Dismissing som huvudanknytningsmönster. Kontrollgruppen skiljde sig härvid från en normalpopulation där Secure anknytning överväger, vilket kan ha påverkats av att kontrollgruppen bestod av frivilliga från endast två arbetsplatser.

Det har varit svårt att hitta publicerade data angående huvudanknytningsmönster hos patienter med långvarig smärta. Dozier och Lee (40) har dock funnit i jämförelse mellan patienter med Dismissing och Preoccupied anknytning att de senare rap-

porterade mer symtom men att de med Dismissing anknytning hade en mer uttalad symtomatologi.

Förändring i attachmentmönster förväntar man sig inte att se förrän möjligen på lång sikt. Vid eftermätningen i terapigruppen minskade otrygg anknytning något och Secure visade stigande tendens. Kanske kan kognitiv psykoterapi, liksom andra terapier, som fokuserar på relationen mellan terapeuten och klienten, skapa ett tryggare mönster att relatera till andra människor och omvärlden. Att skatta anknytningsmönster med frågeformulär, i detta fall RSQ har dock sina begränsningar. Validiteten och reliabiliteten är lägre jämfört med semistrukturerade intervjuer som Adult Attachment Interview (AAI) (41) och The Family Attachment Interview (16).

I eftermätningen (studie 1b) var nedgången i smärtpåverkan signifikant dvs 3,5 till 1,2 på en 10 gradig skala. Smärtgruppen hade nu samma värde som kontrollgruppens utgångsvärden. Det är viktigt att notera att denna smärtgrupp utvaldes enligt specifika villkor, varför mer forskning krävs avseende andra patientgrupper med smärta. Siffermässigt var den upplevda smärtnedgången inte stor, men spridningen av utgångsvärdena avseende smärtpåverkan var liten samtidigt som endast 2 personer av de 20 patienterna angav smärtpåverkan större än 5.

Den signifikanta nedgången i depression vid eftermätningen skattat med BDI är mindre anmärkningsvärt. Det bekräftar bara det som tidigare är känt att kognitiv psykoterapi är verk-

samt vid depression. Indirekt kan man dock dra slutsatsen att minskad depression ger minskad smärta enligt Melzack och Walls gateteori (1). Att behandla depression kan således vara en viktig del i smärtbehandling.

Ingen av de intervjuade beskrev några smärtproblem efter avslutad terapi. Resultatet av analysen kan återknytas till Melzacks teori och definition av smärta, nämligen att smärtan är en perceptuell upplevelse vars kvalitet och intensitet beror på individens egen unika historia och vilken mening hon lägger i smärtan, vilka tankar och rädslor hon har och vilka förhoppningar hon har för framtiden.

Forskning rörande effekterna av psykoterapi har enligt Gordons review (42) oftast redovisat olika kvantitativa förändringar. Att se effekterna utifrån patientens synvinkel har framförts som viktig då patienten inte är en passiv mottagare av olika hjälpåtgärder utan en aktiv partner i en helande relation i terapiprocessen.

Patienter med långvarig smärta är emellertid en heterogen grupp och ytterligare forskning behövs för att särskilja olika subgruppers behov och effekt av behandling.

Referenser

1. Melzack R, Wall PD, Pain mechanisms: A new theory. *Science* 1965;150:971-9.
2. Melzack R. From the gate to the neuromatrix. *Pain supplement* 1999;6:121-126.
3. Melzack R, Wall PD. *The Challenge of Pain*. London: Penguin Books;1996. p. 32.
4. Dersh J, Polatin PB, Gatchel RJ. Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations. *Psychosom Med* 2002; 64: 773-86.
5. Samuelsson A, Ahlmen M, Sullivan M. The Rheumatic Patients Early Needs and Expectations. *Patient Educ Couns* 1993;20:77-91
6. Fillingim RB. Sex, gender, and pain: women and men really are different. *Curr Rev Pain* 2000;4:24-30.
7. Gatchel RJ, Weisberg JN. *Personality Characteristics of Patients With Pain*. Washington: American Psychological Association; 2000.
8. Stroud MW, Thorn BE, Jensen MP, Boothby J L. The relation between pain beliefs, negative thoughts, and psychosocial functioning in chronic pain patients. *Pain* 2000;84:347-52.
9. McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW. Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain* 2003;106:127-33.
10. Melzack R. Pain and stress: a new perspective. In: Gatchel RJ, Turk DC, editors. *Psychosocial factors in pain* New York: Guilford Press; 1999. p. 89-106.
11. Gatchel RJ. Psychological disorders and chronic pain: Cause-and effect relationships. In: Gatchel RJ, Turk DC, editors. *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook*. New York: Guilford Press; 1996. p. 33-52.
12. Antonovsky A. *Hälsans mysterium*. Köping: Natur och Kultur; 1991.
13. Maunder RG, Hunter JJ. Attachment and psychosomatic medicine: Developmental contributions to stress and disease. *Psychosom Med* 2001;63:556-67.
14. Bowlby J. *En trygg bas*. Borås: Natur och Kultur; 1988.
15. Cassidy J, Kobak R. Avoidance and its relation to other defensive processes. In: Belsky J, Nezworski T, editors. *Clinical implications of attachment*. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum; 1988.
16. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *J Pers Soc Psychol* 1991;61:226-44.
17. Mikail SF, Henderson PR, Tasca GA. An interpersonally based model of chronic pain: an application of attachment theory. *Clin Psychol Rev* 1994;14:1-16.
18. Chiechanowski PS, Walker EA, Katon WJ, Russo JE. Attachment theory : A model for health care utilization and somatization. *Psychosom Med* 2002;64:660-67.
19. McCracken L M, Eccleston C. Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain* 2003;105:197-204.
20. Eimer BN, Freeman A. *Pain Management Psychotherapy. A Practical Guide*. New York : John Wiley & Sons, Inc.; 1998.

21. Turk, D C, Gatchel, R J. Psychological Approaches to pain management. A practitioner's handbook. New York, London: Guilford Press; 2002.
22. Beck, A. Depression: Causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1967.
23. Turner JA, Jensen MP, Romano JM. Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain* 2000;89:115–25.
24. Kolb B. Brain Plasticity and Behavior. Mahwah. New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1995.
25. Jensen MP, Turner JA, Romano JM. Changes in beliefs, catastrophizing and coping are associated with improvement in multidisciplinary treatment. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69:655-62.
26. Brattberg G. How individuals develop the ability to live with chronic pain. Cited 2002 may 29. Available from: www.varkstaden.se/vetskapskap1.htm
27. Gustavsson JP, Bergman, H, Edman G, Ekse-lius L, von Knorring, L, Linder J. Swedish universities Scales of Personality (SSP): construction, internal consistency and normative data. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:217-25.
28. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med* 1993;36(6):725-33.
29. Griffin D, Bartholomew K. The metaphysics of measurement: The case of adult attachment. I Bartholomew K, Perlman D, editors. *Advances in personal relationships*. 1994; vol 5, p 17-52.
30. Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory – Manual: svensk version. Stockholm: Psyko-logiförlaget AB; 1996.
31. Beck AT, Epstein, Brown, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:893-97.
32. Harms Ringdahl K, Carlsson AM, Ejholm J, Raustorp A, Svensson T, Toresson HG. Pain assessment with different intensity scales in response to loading of joint structures. *Pain* 1986;2:401-11.
33. Smith JA, Osborn M. Interpretative phenomenological analysis. In Breakwell G, editors. *Doing social psychology research*. Oxford, United Kingdom: Blackwell 2004. p. 229-54.
34. Corbin J, Strauss A. Accompaniments of Chronic Illness: Changes in body, self, biography, and biographical time. In Roth J, Conrad P, editors. *Research in the Sociology of Health Care. A research Annual. The Experience and Management of Chronic Illness*. London: JAI Press; 1987. Vol 6 p. 249-81.
35. Gullacksen A-C. När smärtan blir en del av livet. Livsomställning vid kronisk sjukdom och funktionshinder. Helsingborg: Gyllene Snittet AB; 1998.
36. Caplan G. The theory and Practice of Mental Health Consultation. New York: Basic Books, Inc.; 1970.
37. Cullberg J. Kris och utveckling. Stockholm: Natur och Kultur; 1975.
38. SBU Ont i ryggen, ont i nacken. En evidensbaserad kunskapsammanställning. , Stockholm: SBU-rapport 2000:145(2).
39. Perris C, Perris H. Personlighetsstörningar. Stockholm: Natur och Kultur; 1998.
40. Dozier M, Lee S. Discrepancies between self- and other-report of psychiatric symptomatology: Effects of dismissing strategies. *Devel psychopathol* 1995;7:217-26.
40. Kaplan C, Main M. Adult Attachment Interview. Unpublished manuscript. Department of Psychology, University of California, Berkeley (third edition); 1996.
42. Gordon NS. Researching psychotherapy, the importance of the Client's View: A methodological challenge. *Qual Rep*. 2000;4(3-4).

Nyckelord: Smärta, psykopatologi, känsla av sammanhang, attachment, kognitiv psykoterapi

Summary in English:

Painpatients – personality, sense of coherence, clinical status, effects of cognitive therapy.

The current study had 3 parts: **1a)** A group of patients with stress related pain (assessed on a VAS-scale) was compared to a control group on personality profile (Scandinavian Universities Personality Scales), Sense of Coherence (SOC/KASAM), as well as clinical status: Relationship Styles (RSQ), depression (Beck Depression Inventory/BDI) and anxiety (Beck's

Anxiety Scale/BAI); **1b)** the effects of cognitive psychotherapy on clinical status were assessed following treatment; and **2)**, interviews were conducted with a subgroup of the pain patients focusing on significant aspects of the therapy process. The Study 1a results indicated that patients with pain exhibited significantly more Somatic and Mental Stress propensity, Vulnerability to stress, Sensation seeking, Bitterness, and Distrust than the control group. In addition, they displayed significantly more “Preoccupied attachment”, less optimal Sense of Coherence, more depression and anxiety symptoms. Following treatment (Study 1b), pain patients showed a significant decrease in depression and pain, particularly among females. Study 2 interview data suggested a process going from chaos and powerlessness to an increased awareness, knowledge, and ability to look forward. Clinical implications are discussed.

Keywords: Pain, psychopathology, attachment, sense of coherence(SOC), cognitive therapy