

# Rädd för att röra sig?

"Rädsla-undvikande" i utveckling och rehabilitering av ryggbesvär

Steven James Linton

Forskare och vårdpersonal så väl som lekmän har länge försökt att förstå varför en del människor med ryggbesvär utvecklar ett plågsamt, långvarigt problem som hindrar dem från att arbeta. Den här artikeln fokuserar på en psykologisk mekanism som tycks kunna bidra till utvecklingen av kroniska besvär och som redan utnyttjas för att förbättra rehabiliteringsresultat. Rädsla-undvikande ("fear-avoidance") innebär att patienter med ryggbesvär vanligtvis undviker flera rörelser pga rädslan för smärta eller besvär. I artikeln tittas närmare på vad rädsla-undvikande är, hur det eventuellt fungerar samt vilken betydelse det kan ha i rehabilitering.

Steven James Linton är docent i psykologi och verksam vid Yrkes- och miljömedicinska kliniken vid Regionsjukhuset i Örebro.

Ryggbesvär är ett vanligt problem som kan bli återkommande och en mindre grupp utvecklar stora behov av sjukvård och rehabilitering. Upp till 85% av befolkningen kommer t ex att söka vård eller vara sjukskriven för ryggbesvär (Linton, 1992; Nachemson, 1992). De flesta med ryggbesvär tillfrisknar relativt fort men återfall är vanligt. Vi vill gärna tro att långvariga problem utvecklas genom att smärtan uppstår och inte går över. I själva verket har de flesta med långvariga problem haft en utveckling under flera år där det har funnits bra och dåliga perioder, dvs att ryggbesvär är återkommande (VonKorff,

1994). Uppfattningen att "akut" ryggbesvär snabbt går över stämmer inte med forskningsresultat. Studier från primärvården visar till exempel att det tar i genomsnitt 8 veckor för en person med ryggbesvär att bli bra samt att de flesta får en ny episod inom ett år (van den Hoogen, Koes, van Eijk, Bouter, & Devillé, 1998). Vidare har upp emot hälften betydande besvär och funktionshinder flera månader efter första besöket (van den Hoogen et al., 1998; von Korff, 1999). Tämligen många personer upplever långvariga eller regelbundet återkommande besvär, men endast ett fåtal är arbetshindrade av sin smärta. Inom befolkningen i åldrarna 25-74 år uppgav 55% att de lidit av värk mer än tre månader (Socialstyrelsen, 1994). I primärvården har cirka 25% av de sökande med ryggbesvär ett långvarigt problem (van den Hoogen et al., 1998). Dock är det ett litet antal som blir långtidssjukskrivna eller får förtidspension p g a sin smärta. Av de som blir sjukskrivna utvecklar 3 till 10% en lång arbetsfrånvaro (Reid, Haugh, Hazard, & Tripathi, 1997). Det är viktigt att förstå varför vanliga akuta nack- och ryggbesvär ibland utvecklas till långvariga problem. Sådan kunskap öppnar dörren för tidiga, förebyggande åtgärder.

---

*Det är viktigt att förstå varför vanliga akuta nack- och ryggbesvär ibland utvecklas till långvariga problem*

---

Exakt hur ryggbesvär fungerar är ett pussel med många delar, men klart är att besvären har en viktig funktion och att smärta påverkas av många faktorer. Det görs stora framsteg vad gäller förståelsen av besvär ur olika forskningsperspektiv. Psykologiska faktorer är en del av denna utveckling och hjälper oss att förstå varför tidigare erfarenheter och omgivningen är betydelsefulla vid upplevelsen av besvär. Nyligen har litteratur sammanfattats och kritiskt värderats av Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2000). Tidigare översiktsartiklar och ett 30-tal studier av hög kvalitet granskades. Detta omfattande underlag påvisar att psykosociala variabler är starkt förknippade med övergången från akut till kronisk smärta. Dessutom hade de psykosociala variabler generellt större effekt på ryggsmärta och funktionshinder än biomedicinska eller biomekaniska (ergonomiska) faktorer. Bland de faktorer som kommer fram är "rädsla-undvikande". Det finns därför stöd för idén att psykologiska processer är centrala när akut smärta blir till ett långvarigt smärtproblem.

Rädsla-undvikande kan vara en mekanism som för vissa individer bidrar till utvecklingen av långvariga problem.

### **Hur fungerar rädsla-undvikande?**

En naturlig reaktion på smärta är rädsla och oro som i sin tur leder till att vi undviker rörelser som kan framkalla smärta. När skadan är akut är reaktionen en fördel eftersom det skyddar den skadade kroppsdelens. Dock kan

undvikandet utveckla beteende hos personen som gör att denne undviker flera rörelser även efter skadan är mer eller mindre läkt. Detta kallas för "rädsla-undvikande" eftersom undvikandet styrs av rädslan snarare än av kroppsskadan (Vlaeyen & Linton, 2000). Således påverkar rygg- och nackvärk inte bara funktionsförmågan utan ger också upphov till psykologiska reaktioner som kan vara grunden till rädsla-undvikande.

Rädsla-undvikande beteende fungerar ungefär som fobier. Den naturliga reaktionen på ett antal företeelser som ormar, spindlar, höjder, är rädsla för de förknippas med en viss fara. Medan de flesta känner lite obehag inför en orm, utvecklar en liten del av oss en fobisk respons, dvs vi undviker ormar totalt. Liksom inför ormar är oro och rädsla en naturlig känslomässig reaktion på smärta. Dessa känslors funktion är att motivera oss att skydda den skadade kroppsdelens och vanligtvis är det en bra reaktion. Dock kan rädsla och oro för smärta i likhet med utvecklingen av en fobi för ormar, spindlar eller höjder resultera i ett problematiskt undvikande av aktiviteter och rörelser. Personen kan bli rädd för att röra sig.

*Figur 1* visar en model av rädsla-undvikande som en ond cirkel (Vlaeyen, Kole-Snijders, Boeren, & van Eek, 1995; Vlaeyen & Linton, 2000). Genom inlärning kan ett undvikande beteende betingas till olika situationer, dvs ett utökat undvikande sker. Känslor och föreställningar tycks spela en viktig roll. Till höger i figuren visas en naturlig respons på smärta som framkallar en del bekymmer. Ingen är glad över att få ont, men å andra sidan inser man att det är ett övergående problem ungefär som en vanlig förkylning. Resultatet är att vi *konfronterar* problemet genom att testa hur mycket vi kan röra den onda

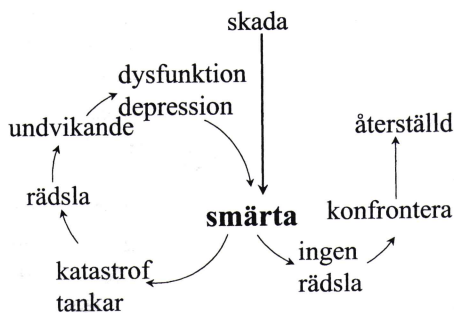
---

---

*Psykosociala variabler är starkt förknippade med övergången från akut till kronisk smärta*

---

---



Figur 1. Rädsla-undvikande

korpsdelen. Genom återkoppling förstår vi att vi gradvis kan röra oss mer och mer tills funktionen i princip är återställd.

Så är inte fallet i den vänstra delen av figuren som utgör en ond cirkel. Här väcker smärtan katastroftankar och rädsla. Katastroftankar handlar mycket om negativa tolkningar av något som i verkligheten egentligen inte alls eller bara till viss del kan uppfattas som negativt. Negativa tankar som, "nu har jag en allvarlig sjukdom", "jag kommer aldrig att kunna springa igen" eller "hela veckan är förstörd" ökar rädslan och bidrar till ökad uppmärksamhet på den egna kroppen. Vi spanar efter "signaler" i kroppen som kan bekräfta våra tankar och ge oss möjlighet att undvika skada. Rädslan kan leda till undvikande av rörelser och därmed aktiviteter med syfte att minska eller förebygga besvär eller skada. Undvikandet i sin tur resulterar i dysfunktion som även påverkar humöret negativt. Nedsatt sinnesstämning har visat sig påverka smärtupplevelsen genom att sänka tröskeln och to-

---

*Vi spanar efter "signaler" i kroppen som kan bekräfta våra tankar och ge oss möjlighet att undvika skada*

---

leransen. Den onda cirkelen är i gång.

En intressant del av en fobi är att när den väl är igång, så blir den "självgående" eftersom det inte finns någon möjlighet att upptäcka att det man är rädd för egentligen inte är så farligt. Undvikandet gör att vi aldrig kommer i kontakt med det vi är rädda för, t ex spindlar eller vissa rörelser. Jämför det med konfrontationen i figuren där man får direkt återkoppling till var gränsen går för rörelser.

Forskningen angående rädsla-undvikande är än så länge blygsam till sin mängd men visar hittills en relativt stark effekt. Waddell mfl (Waddell, Newton, Henderson, Somerville, & Main, 1993) fann till exempel att rädsla-undvikande var starkt förknippad med dysfunktion och sjukskrivning. Vidare var rädsla-undvikande betydligt starkare förknippad med svåra funktionshinder än t ex upplevde smärtintensitet eller medicinska fynd (Waddell et al., 1993). Experiment har även visat att rädsla inför olika typer av funktionstest är avgörande för resultatet (Vlaeyen & Linton, 2000). Ett par longitudinella studier har påvisat vikten av rädsla-undvikande i utvecklingen av långvariga besvär. Som exempel kan nämnas en engelsk studie av 300 personer med akut ryggbesvär som sökte hjälp i primärvården. Vid första besöket blev deltagarna undersökta och de fick fylla i flera frågeformulär. Efter ett år kontaktades deltagarna igen för att konstatera utfallet. Resultaten visade att sju procent utvecklade kroniska problem och att mått på rädsla-undvikande var det som starkast var releterad till denna utveckling.

Vi har undersökt personer i allmänheten utan ryggbesvär och sedan följt dem ett år för att utvärdera rädsla-undvikandes roll i uppkomsten av en ny episod av ryggbesvär (Linton, Buer, Vlaeyen, & Hellsing, 1999). Re-

---

---

## *Rädsla-undvikande är ändå bara en del av en komplicerad process*

---

---

sultaten visade att de deltagare med högre (över medeln) poäng på rädsla-undvikande löpte drygt två gånger större risk att få besvär samt nedsatt funktion under det kommande året.

Trots de tämligen klara resultaten skall man komma ihåg att rädsla-undvikande ändå är bara en del av en komplicerad process. Det är en mekanism som verkar kunna bidra till utvecklingen av långvariga besvär hos vissa individer.

### **Tidig identifiering (screening)**

Eftersom rädsla-undvikande är förknippat med långvariga problem väcks frågan om rädsla-undvikande kunde användas för att, på ett tidigt stadium, identifiera personer som riskerar att utveckla långvariga besvär. Tidiga insatser krävs nämligen för att kunna hjälpa dem som riskerar att utveckla långvariga ryggbesvär. Ju tidigare man sätter in åtgärder desto bättre. Problemet är dock att ryggbesvär är så vanligt att det är svårt att veta vem som utvecklar problem som kräver tidiga interventioner. Screening syftar till att identifiera de som riskerar att utveckla långvariga problem så att de knappa resurserna kan utnyttjas på bästa sätt. Screening är till sin natur sådan att den inte kan vara hundra procentigt korrekt. Den innebär en grov "sortering" så att vårdpersonalen kan utreda fallet närmare eller sätta in tidiga åtgärder.

Frågeformulär som riktar sig in på rädsla-undvikande är en viktig del av ett screeningförfarande men inte tillräckligt för att användas ensamt. Olika försök har gjorts för att utveckla en "screening" som kan skilja ut per-

soner med ökad risk att få långvariga problem och samtliga fokuserar på psykosociala faktorer (Gatchel, Polatin, & Kinney, 1995; Hazard, Haugh, Reid, Preble, & MacDonald, 1996; Linton & Halldén, 1998; Main, Wood, Hollis, Spanswick, & Waddell, 1992). Med hänsyn till att olika mekanismer kan vara verksamma för olika personer är det naturligt att flera andra dimensioner såsom nedstämdhet, stress, coping och ångest ingår i ett screening instrument.

Vi konstruerade ett formulär som har sin bas i ett antal psykosociala riskfaktorer inklusive rädsla-undvikande (Linton, 1999). Det uppstår 25 frågor som omfattar personens bakgrund, funktionsförmåga, rädsla-undvikande, tidigare besvär, arbete, stress, stämningsläge och personens egen bedömning av risk. Formuläret har prövats på 137 primärvårdspatienter med akuta eller subakuta muskuloskeletala besvär. Vi kunde visa att poängtalet på formuläret hade ett relativt starkt samband med utfallet framför allt vad gäller sjukskrivning. 87% av de som blev sjukskrivna under kommande sex månader var faktiskt identifierade. Frågeformuläret kan därmed var en hjälpmedel för att identifiera de patienter som löper risk för utveckling av långvariga problem.

### **Behandling och förebyggande åtgärder**

Kunskaper om rädsla-undvikande kan ha stor betydelse för rehabilitering när det gäller behandling så väl som tidiga åtgärder. För att förstå hur tillämpningen kan se ut kan vi återvända till likheterna mellan rädsla-undvikande och fobier. Som tur är finns det framgångsrika behandlingar av fobier som bygger på att man gradvis exponerar personen för det hon är rädd för. En ormfobiker får t ex lära

sigt att ormar inte är farliga genom att gradvis närma sig en orm. Behandling av patienter med ryggbesvär kan därför gå ut på att gradvis "exponera" personen för rörelserna hon är rädd för. Graderad aktivering är en särskild metod som utnyttjar denna kunskap (Fordyce, 1976; Linton, 1994). Först etablerar man en nivå på en viss målaktivitet som ej framkallar smärta eller obehag. Sedan sätter man mål för varje träningspass som ökar nivån i små steg som inte skall framkalla träningsvärk. När patienten klarar ett mål så förstärks det av beröm, återkoppling och själva glädjen att kunna utföra aktiviteten. Träningen fortsätter tills patienten har återhämtat sig och studier visar att tekniken ger reella förbättringar jämfört med enkla träningsprogram (Compas, Haaga, Keefe, Leitenberg, & Williams, 1998; Flor, Fydrich, & Turk, 1992; Morley, Eccleston, & Williams, 1999). En metod har nyligen beskrivits i en fallstudie där patienter med höga nivåer av rädsla-undvikande exponeras på ett sätt som liknar exponeringen för andra fobier med mycket goda resultat (Vlaeyen, de Jong, Geilen, Heuts, & von Breukelen, in press). I korthet identifierar dessa forskare vilka rörelser patienten specifikt undviker och sedan arbetar med att minska rädslan för dessa rörelser.

Vad gäller tidiga insatser tyder forskningen hittills på vikten av att minska ångest/oro hos patienter med höga nivåer samt att ge tydlig information angående rörelser och aktiviteter. Waddell med flera (Waddell, Feder, & Lewis, 1997) har gjort en review av undersökningar där patienter som sökte för akut ryggbesvär fick specifik information angående vikten av att fortsätta röra sig så normalt som möjligt. Budskapet var till exempel att det är ofarligt att röra sig även om det gör lite ont

samt att läkningen sker fortare om man rör på sig genom att blodflodet ökar. Dessa studier har även använt sig av träning av olika slag. Resultaten är slående då samtliga studier visar att den tidiga insatsen är mer effektiv än "vanlig" behandling i primärvården. En del av förklaringen är troligtvis att dessa tidiga insatser förebygger utvecklingen av rädsla-undvikande beteende.

I vår egen forskning har vi utvecklat en gruppbehandling som syftar till att öka deltagarnas möjligheter att hantera sin smärta. En målsättning är att förhindra utvecklingen av rädsla-undvikande beteende. Deltagarna träffades i grupper om sex till tio personer. Behandlingen bygger på kognitiv beteendeterapi och berör förutom smärthantering en rad smärtrelaterade faktorer som rädsla-undvikande, stress, livskvalitet och funktion. Eftersom intervention är tänkt som en förebyggande åtgärd har vi utvärderat effekten i två studier där deltagarna kommer från allmänheten (istället för att vara patienter). Resultaten i båda studierna visade på en markant effekt framför allt på sjukskrivning (Linton & Andersson, In press; Linton & Ryberg, in press) där risken att utveckla långvariga problem minskade med 3 till 9 gånger om man fick den kognitiv beteendeterapi gruppbehandling. I den ena studien fann vi dessutom att rädsla-undvikande minskade mera i behandlingsgruppen än hos kontrollgruppen (Linton & Ryberg, in press).

Även om det ännu inte finns tillräckligt med vetenskapliga bevis så att en slutsats kan dras, finns det studier som antyder att interventio-

---

---

*Det finns studier som antyder att interventioner som minskar rädsla-undvikande är framgångsrika*

---

---

---

---

*Forskning visar ett klart samband mellan rädsla-undvikande beteende och aktivitets-hinder så väl som sjukskrivning*

---

---

ner som minskar rädsla-undvikande är framgångsrika.

### Slutsatser

Rädsla-undvikande kan vara en mekanism som förklarar varför en del personer med ryggbesvär utvecklar långvariga problem som hindrar dem från att arbeta. Den emotionella reaktionen i form av oro och rädsla kan tänkas spela en viktig roll för utvecklingen av långvariga problem. Forskningen visar ett klart samband mellan rädsla-undvikande beteende och aktivitets-hinder så väl som sjukskrivning. Från en praktisk synvinkel har det betydelse för hantering av patienter med långvariga så väl som akuta besvär. Patienter med långvariga besvär kan ha glädje av tekniker, t ex graderad aktivering, som behandlar rädsla-undvikande problematiken. I den akuta fasen verkar det vara viktigt att ge patienter information, råd och behandlingar som minskar oron och rädslan och som hjälper personen att vidmakthålla sina aktiviteter/rörelser så mycket som möjligt.

### REFERENSER

Compas, B. E., Haaga, D. A. F., Keefe, F. J., Leitenberg, H., & Williams, D. A. (1998). A sampling of empirically supported psychological treatments from health psychology: Smoking, chronic pain, cancer, and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 89-112.

Flor, H., Fydrich, T., & Turk, D. C. (1992). Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: A meta-analytic review. *Pain, 49*, 221-230.

Fordeyce, W. E. (1976). *Behavioral methods for*

*chronic pain and illness*. St. Louis, Mo.: Mosby.

Gatchel, R. J., Polatin, P. B., & Kinney, R. K. (1995). Predicting outcome of chronic back pain using clinical predictors of psychopathology: a prospective analysis. *Health Psychology, 14*(5), 415-420.

Hazard, R. G., Haugh, L. D., Reid, S., Preble, J. B., & MacDonald, L. (1996). Early prediction of chronic disability after occupational low back injury. *Spine, 21*(8), 945-951.

Linton, S. J. (1992). *Smärtans psykologi*. Stockholm: Folksam Förlag.

Linton, S. J. (1994). Chronic back pain: Activities training and physical therapy. *Behavioral Medicine, 20*, 105-111.

Linton, S. J. (1999). *Manual for the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire: The early identification of patients at risk for chronic pain*. Örebro: Author.

Linton, S. J., & Andersson, T. (In press). Can chronic disability be prevented? A randomized trial of a cognitive-behavioral intervention and two forms of information for spinal pain patients. *Spine*.

Linton, S. J., Buer, N., Vlaeyen, J., & Hellsing, A. L. (1999). Are fear-avoidance beliefs related to a new episode of back pain? A prospective study. *Psychology and Health, 14*, 1051-1059.

Linton, S. J., & Halldén, K. (1998). Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain. *The Clinical Journal of Pain, 14*(3), 209-215.

Linton, S. J., & Ryberg, M. (in press). A cognitive-behavioral group intervention in the prevention of persistent neck and back pain in a non-patient population: A randomized controlled trial. *Pain*.

Main, C. J., Wood, P. L. R., Hollis, S., Spanswick, C. C., & Waddell, G. (1992). The distress and risk assessment method: a simple patient classification to identify distress and evaluate the risk of poor outcome. *Spine, 17*, 42-52.

Morley, S., Eccleston, C., & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain, 80*(1-2), 1-13.

Nachemson, A. L. (1992). Newest knowledge of low back pain. *Clinical Orthopaedics, 279*, 8-20.

Fullständig referenslista kan fås av författaren.