

Psykiska faktorer och arbetshandikapp vid ryggbesvär

Ingemar Åkerlind

Per Bjurulf

Kroniska ryggbesvär är en av de främsta orsakerna till arbetshandikapp. Sjukdomstillståndet är ofta svårbedömt och svårbehandlat. Psykiska komponenter har länge uppmärksamats både kliniskt och i forskning. En undersökning av patienter vid ortopedisk klinik visar att den emotionella reaktionen går klart utöver vad som kan förväntas från det somatiska handikappet som sådant. Resultatet tolkas utifrån ett socialpsykologiskt synsätt där ryggpatientens marginalposition och rollkonflikt uppmärksammas. Psykologiska faktorer visas också ha prognostisk betydelse för utveckling mot ett definitivt arbetshandikapp. Resultaten understryker betydelsen av ett helhetsbetonat förhållningssätt där också de psykologiska reaktionerna uppmärksammas.

Ingemar Åkerlind, högskolelektor och leg psykolog, forskar vid avd för socialmedicin, Hälsouniversitetet i Linköping. Per Bjurulf är professor i socialmedicin vid samma universitet.

Ryggbesvärerna svarar för en betydande del av den definitiva utslagningen från arbetsmarknaden i form av förtidspensionering. En pågående undersökning (1) av samtliga sjukskrivningsfall i Östergötlands län under tre år visar att ryggdiagnoser står för 5% av korttidsfrånvaron och 18% av långtidsfrånvaron. Andra undersökningar visar att 10% av de som blir sjukskrivna för ryggbesvär fortfarande var sjukskrivna efter 3 månader och 4% efter 6 månader. Riksförsäkringsverkets statistik visar också att ryggbesvär dominerar i den största diagnosgruppen vid förtidspension (2).

Ur individens synvinkel finns de vanliga negativa handikappeffekterna i form av arbetsoförmåga och andra livsinskränkningar. Därtill kommer en särskild socialpsykologisk problematik pga att handikappet är mer "dolt" än andra. Omgivningens undran och tvivel skapar en osäkerhet om den egna rollen (frisk eller sjuk) som i sig kan vara mycket påfrestande. För att undvika detta kan patienten ta till överdrivna anpassningsförsök i två helt olika riktningar: att dölja handikappet som tex att inför grannar låtsas gå till arbetet varje morgon trots långtidssjukskrivning, eller att framhäva handikappet för andra genom yttre tecken (käppar, rörelsemönster) eller för sig själv genom symtomfixering.

Det som ur samhällets synvinkel ytterligare komplicerar bilden är att sjukdomstillståndet fortfarande är både svårbedömt och svårbehandlat. Effektiva preventiva och terapeutiska åtgärder hindras av bristande kunskap i fråga om orsak och bidragande faktorer. Liksom vid andra sjukdomar påverkar sociala och strukturella faktorer om utvecklingen leder fram till varaktig arbetsoförmåga (3). Därutöver anser man allmänt att det finns betydelsefulla psykologiska komponenter i processen (4), ett inflytande som är mer framträdande än vid de flesta andra somatiska sjukdomar.

Hur är då förhållandet för den begränsade grupp där sjukskrivningen inte upphör och som fortsätter att söka sjukvård för smärtor i ryggen men där dessa smärtor vanligtvis inte motsvarar de objektiva fynden? Denna grupp blir föremål för utredning genom försäkringskassan och ofta aktualiseras olika rehabili-

teringsåtgärder. Esbjörnsson (5) har undersökt den grupp som remitteras till medicinsk rehabiliteringsklinik. Inom den gruppen har hon påvisat psykologiska skillnader mellan de som efter ett år återgått i arbete resp fortfarande är sjukskrivna. Gruppen som senare återgick i arbete hade i utgångsläget en mer optimistisk livssyn och positiv självbild, större självförtroende, högre motivation för arbete, var mindre rigida och mer sociala. Däremot fann hon ingen skillnad beträffande psykisk ohälsa eller neurotiseringsgrad.

Internationellt finns allt sedan 1950-talet en omfattande forskning om psykiska faktorer vid ryggbesvär som baserar sig på Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) (6). Gemensamt för alla undersökningar är att ryggpatienter som grupp avviker från normalpopulationen och mer överensstämmer med psykiatriska patienter, med neurotiska besvär. Forskning om prognos för grupper med olika typer av MMPI-profiler har förespråkats (6). En genomgång av litteraturen (7) visar emellertid att relativt få sådana studier gjorts. Det stora flertalet rör istället enskilda skalors prediktiva förmåga. Av dessa visar Hypokondriskalan (Hs) störst genomslagskraft. Den framträder som signifikant prognosfaktor i de flesta undersökningar (13 av 19 oberoende sampel). Även Hysteri- och Psychoastenisikalorna (Hy och Pt) återkommer som prediktorer i många undersökningar (i 8 resp 5 av 19 oberoende sampel). Resultaten tycks gälla oberoende av den stora variation som finns beträffande undersökningsparametrar som samspelestorlek, uppföljningstidens längd. Detsamma tycks gälla för de flesta typerna av behandling.

Uppföljningstiderna har emellertid varit relativt begränsade. Så gott som alla ligger i intervallet 0–24 månader. Endast två studier överskrider den gränsen och har uppföljningstider som varierar mellan 1–11 år ($M = 5$ år) (8) resp 5 år (9). Som McArthur et al (9) påpekar är värdering av behandling av kronisk ländryggssmärta ofullständig om inte "results can be shown to be stable over an extended follow-up period". De påpekar dock att det är svårt att undvika stora bortfall vid långa uppföljningstider. I deras studie fanns endast 6% av undersökningsgruppen kvar vid 5-årsuppföljningen. Herron et al (9) nådde 56% av sin grupp men här varierar uppföljningstiden så

.....
Vid tveksamma patientfall har man ofta frågat sig vad som är primärt: smärtan eller de psykiska besvären.
.....

kraftigt att det är svårt att avgöra vad som är långsiktig prediktiv förmåga. Det saknas alltså studier med lång uppföljningstid och litet bortfall. Vidare har flera forskare påpekat att kriterievariablerna mest har utgjorts av symtominriktade skattningar (patienters och/eller läkares bedömning av smärta, rörlighet ody) och att det behövs mer breda beteendeariiktade variabler (6).

Sammanfattningsvis kan man alltså konstatera att studier med mer oberoende kriterier såsom pat:s faktiska presentations- och funktionsförmåga under en längre tid kan ge ett säkrare underlag för att bedöma psykologiska faktorer vid utveckling av kronisk rygginsufficiens. Syftet med denna studie var följaktligen att med hjälp av MMPI undersöka vilken betydelse psykiska faktorer har vid utveckling av definitivt arbetshandikapp vid långdragna ländryggsbesvär, dvs vilka psykologiska faktorer som ev kan relateras till förtidspensionering på 6–12 års sikt. Avsikten var också att jämföra olika sätt att använda MMPI som prognosinstrument (att utgå från form på testprofilerna eller nivån på enskilda skalor).

För att utröna om ryggpatienternas emotionella reaktion på handikappet går utöver vad som allmänt kan förväntas vid en långvarig, rörelseinskränkande och smärtsam somatisk sjukdom ville vi också göra en jämförelse med en grupp patienter med rheumatoid arthrit.

METOD

MMPI – Minnesota Multiphasic Personality Inventory – är ett personlighetspsykologiskt undersökningsinstrument som länge har använts för diagnostik inom psykiatrisk och somatisk vård. En stor fond av erfarenhet är samlad kring tolkning av resultat för olika patientgrupper. Undersökningsinstrumentet ger kvantitativa mått på personlighetspsykologiska dimensioner (10 kliniska och 4 kontrollskalor) och med-

ger statistiska jämförelser mellan grupper. Vid tolkning av svarsmönster från enskilda patienter har formen på testprofilen stor betydelse. Flera av skalorna (tex Pa, Sc, Ma) är förknippade med utpräglade psykiatriska symtom, medan de tre neuros betonade skalorna (Hs, D, Hy – ”den neurotiska triaden”) även är ägnade att ge en nyanserad bild av psykiskt reaktionsmönster vid perioder av ökad påfrestning och kris för ett i psykiatriskt hänseende inte särskilt avvikande klientel. I kontrollskalorna framkommer svarsstil som tex förnekande eller aggravation.

Ryggpatientgruppen utgjordes av de svenskspråkiga personer (38 män och 42 kvinnor) i åldern 21 – 57 år (M = 40 år) som 1973 – 1979 i samråd med försäkringskassan intogs på en ortopedisk klinik på ett svenskt regionsjukhus för utredning och bedömning efter en längre tids sjukskrivning, minst ett halvår och oftast flera år. Patienterna hade behandlats med gängse metoder (ej autotraktion) enligt ortopedisk bedömning utan att någon förbättring i fråga om arbetsförmåga uppnåtts. Kontakt med arbetsvården hade ofta inletts, varvid omplacering, omskolning odyl diskuterats. Patienter med känd eller misstänkt psykiatrisk problematik ingick ej i undersökningsgruppen.

Patienterna gick igenom en omfattande medicinsk undersökning kompletterad med de psykologiska undersökningarna. Av dessa genomfördes först en allmänintellektuell nivåbestämning (SRB). Testet tjäna-de som screeninginstrument för MMPI, som ställer vissa krav på språklig förståelse. Patienter som presterade klart under genomsnittet (SP = 3) eller sämre när det gäller språklig förståelse och som inte i något av de övriga deltesten nådde upp till minst genomsnittlig nivå (Sp = 5) fortsatte inte med personlighetsinvento-riet. Endast några få personer uteslöts på detta sätt. Patienternas testresultat sattes i relation till deras grad av restarbetsförmåga 1985 vilket fastställdes ge-nom Riksförsäkringsverkets register beträffande för-tidspension (40 pat hade hel förtidspension, 40 hade ingen eller partiell förtidspension).

Jämförelsegruppen med reumatoid arthrit bestod av 19 patienter (7 män och 12 kvinnor) i åldern 24 – 66 år (M = 49 år) som behandlats på samma klinik.

RESULTAT

I likhet med de flesta internationella studier (6) visa-de sig gruppen med ryggbesvär påtagligt avvika från normalpopulationen genom kraftiga förhöjningar i den sk ”neurotiska triaden” (Hydrokondri-, Depres-sion- och Hysteriskalorna). Jämförelsegruppen med reumatoid arthrit hade också en viss förhöjning i dessa skalor men den var betydligt mindre och över-steg inte gränsvärdet för normalvariationen. Vidare fanns en klar könsskillnad bland ryggpatienterna, män hade här liksom i andra studier signifikant mer patologiska värden. Begävningsmässigt fanns där-emot inga avvikelser från det normala.

Undersökningen av enskilda skalors prognostiska betydelse bland ryggpatienterna visade att de som efter 6 – 12 år blev helt arbetshandikappade hade i utgångsläget signifikant högre värden på Hypokondri-Hysteri- och Psykasteniskalorna. Detsamma gällde lägre försvarsinställning (K-skalan). Ingen av övriga skalor eller kön och allmänintellektuell nivå hade nå-gon betydelse för prognosen. Däremot innebar högre ålder en klart ökad risk för förtidspension under de närmaste 6 – 12 åren, vilket avspeglar välkända soci-ala och arbetsmarknadsmässiga effekter (2).

Undersökningen visade också att antalet förhöjda skalor i kombination med nivån på vissa enskilda skalor (Hs och Hy) ger ett bättre underlag för prognos-tiska bedömningar än att enbart utgå från formen på profilerna, vilket tidigare förespråkats (6).

DISKUSSION

Sjukrollen

Utvecklingen av en långdragen, smärtsam och rörel-seinskränkande sjukdom i vuxen ålder upplevs natur-ligtvis som en personlig kris, som för med sig en känslomässig reaktion. Minskad arbetsförmåga, roll-förändringar i hemmet odyl kan upplevas som bety-

.....
Utvecklingen av en långdragen, smärtsam och rörelseinskränkande sjukdom i vuxen ålder upplevs som en personlig kris, som för med sig en känslomässig reaktion.
.....

.....
Patienten kan hamna i en rollkonflikt där han inte kan uppfylla sina tidigare roller som frisk men omgivningen inte helt accepterar honom som sjuk.
.....

dande livsinskränkningar. En viss grad av reaktiv sorgereaktion är fullt adekvat och kanske nödvändigt för att man skall acceptera och anpassa sig till handikappet. Undersökningen visar hur detta yttrar sig i något ökad nedstämdhet och oro för diffusa somatiska symptom bland patienter med reumatoid artrit. Långvarigt sjukskrivna ryggpatienter, som klagar på smärta och rörelseinskränkning, visar dock en avsevärt starkare emotionell reaktion. Den går klart utöver vad som kan förväntas utifrån det rent somatiska inslaget i handikappet och överensstämmer närmast med en neurotisk bild där psykofysiologiska reaktioner och depression dominerar. Dessutom skiljer sig grupperna genom att ryggpatienterna visar mer känslor av att vara främmande, missförstådda och utanför i sin sociala omgivning samt mer grubbel över egen identitet och eget värde. Vår tolkning är att det senare är tecken på en rollkonflikt som ryggpatienten löser genom att gå djupare in i en sjukroll, vilket yttrar sig i det förhöjda neurosliknande reaktionsmönstret samt i en svarsstil som mer betonar de sjuka sidorna hos patienten.

Gemensamt i båda gruppernas lidande är dels smärtupplevelsen i sig. Här finns inga objektiva mätmetoder utan man får utgå från patientens utsagor. Dels medför båda sjukdomstillstånden inskränkningar i livsföringen, socialt och psykologiskt, genom tex minskad arbetsförmåga som påverkar självkänslan, genom rollförskjutning i familjen, såsom att inte längre vara den som står för inkomsterna eller vara den som klarar hushållsarbetet som patienten kanske tidigare upplevt som sin huvuduppgift i livet. Vad som däremot skiljer grupperna är osäkerheten i diagnosen och tveksamheten när det gäller objektiva fynd bland ryggpatienterna. Patienten kan uppleva denna osäkerhet som ett misstroende från sjukvårdens sida. Ryggbesvärerna är även till det yttre ett mindre synligt handikapp än reumatoid artrit, vilket gör att patientens närmaste sociala omgivning kanske inte omedel-

bart uppfattar och behandlar honom som sjuk. Även detta kan upplevas som misstroende. Patienten kan alltså hamna i en rollkonflikt där han känner att han inte kan uppfylla sina tidigare roller som frisk (tex familjeförsörjare, husmor) men att omgivningen inte helt accepterar honom som sjuk. För att få balans i konflikten och för sig själv och andra motivera varför han inte kan uppfylla sin tidigare roll måste patienten koncentrera sin uppmärksamhet på smärta och symptom, vilket kan leda till att han överbetonar sjukrollen och fixerar sig vid symptom. Patienter med reumatoid artrit har en mer entydig och allmänt accepterad sjukroll och vet ungefär hur sjukdomen kan utvecklas. De kan koncentrera sin energi på att försöka motarbeta sjukdomen och försöka utnyttja de resurser de har kvar. Sternbach et al (10) har också visat hur ryggpatienter i avsevärt högre grad än patienter med reumatoid artrit utvecklar en självuppfattning som invalid. De har även introducerat begreppet "low-back losers" för att karaktärisera det syndrom av känslor av uppgivenhet, hopplöshet och social reträtt, som de menar är kännetecknade för denna patientgrupp.

Sternbach et al (11) har emellertid också visat att de psykologiska reaktionerna är klart mindre när patientens socioekonomiska trygghet på längre sikt väl är löst genom sjukpension eller dylikt. Deras resultat överensstämmer då närmast med reumatikernas nivå i denna undersökning. Detta innebär också att patienten har erkänts som sjuk och får samhällets sanktion för detta.

Detta stöder antagandet att patienter som är långvarigt sjukskrivna för ryggbesvär, mer än andra jämförbara sjukdomsgrupper, upplever en betydande rollkonflikt som enligt socialpsykologisk teori innebär att patienten befinner sig i en marginalposition, dvs han står mitt emellan två referensgrupper med motstridiga rollförväntningar och han är osäker på vilken grupp han skall identifiera sig med. Denna position, som är vanlig för nyhandikappade, invandrare mfl, leder erfarenhetsmässigt till emotionell labilitet samt att personen går in i den ena av de alternativa rollerna på ett demonstrativt och överdrivet sätt. Personen vill övertyga både sig själv och andra om var han hör hemma. Detta kan för ryggpatienternas del innebära fixering vid symptom och överbetoning av sjukrollen som leder till starkare känslor av hopplöshet, upp-

givenhet och invaliditet. Mycket av de psykiska besvär som kan observeras i samband med långdragna ryggbesvär borde alltså kunna förklaras utifrån reaktioner på den rollkonflikt patienten befinner sig i så länge sjukrollen inte är fullt bekräftad och socialt sanktionerad.

Det skulle underlätta för patienten om det fanns större möjligheter till partiella arbetsinsatser där hans nedsatta arbetsförmåga vore socialt accepterad. Nuvarande attityder tvingar fram en polarisering där det gäller att antingen vara totalt frisk eller totalt sjuk. Patienten är rädd att nedvärderas socialt genom att bedömas som sekunda arbetskraft och tvingas därigenom in i en total och överdriven sjukroll som innebär onödigt psykiskt lidande och som avsevärt försvårar rehabiliteringen.

Prognos

Som vi tidigare påpekat har Hypokondriskalan och i viss mån Hysteri- och Psykoastenskalorna dominerat i tidigare prognostiska studier, vilka främst gäller symtomlindring på relativt kort sikt. Denna undersökning visar att dessa skalor även har betydelse för om ryggbesvärerna på lång sikt utvecklas till ett bestående handikapp.

Vad är det då som utmärker dessa skalor och varför har de en särskild betydelse för den långsiktiga anpassningen i fråga om arbetsförmåga? Hs-skalan återspeglar en onormalt stor oro över kroppsliga funktioner samt en mer pessimistisk inställning till framtiden (12). Av de teorier som presenterats beträffande psykiska komponenter vid kronisk ryggsmärta (13, 14) tycks resultaten särskilt väl passa in på pain-fear hypotesen, som föreslagits av Caldwell och Chase (14). Enligt denna är det inte den aktuella smärtnivån i sig som är invalidiserande utan snarare rädslan att smärtan skall finnas kvar i all framtid och dessutom successivt öka. När smärtan fortsätter, och speciellt om den tenderar att öka utan att någon lättnad tycks

.....
Det är inte den aktuella smärtnivån i sig som är invalidiserande utan rädslan att smärtan skall finnas kvar i all framtid och dessutom öka.
.....

.....
Att ge patienten livsmod, tillförsikt och kraft att stå ut med lidande var tidigare, när radikal behandling oftast saknades, en viktig del i läkarens professionella roll.
.....

finnas i utsikt, så blir smärt-rädslan mer och mer intensiv. Ju mer man har av denna rädsla ju mer inriktar man sitt leverne på att undvika framtida smärtprovocerande situationer. En väl etablerad sjukroll, som erkänts av omgivningen och sanktioneras av samhället genom förtidspension, blir ett skydd mot en tänkbar utveckling mot en allt mer outhärdlig situation. Det är rimligt att anta, att Hy- och Hs-skalorna särskilt väl fångar upp den individuella variationen i fråga om smärt-rädsla (14).

Trots signifikans på gruppnivå är skillnaderna inte tillräckligt stora för att medge någon säker prognos vid ställningstaganden beträffande enskilda patienter i kliniska sammanhang (8). I en riskanalys baserad på antalet förhöjda skalor i vårt material avvek 29% i lågriskgruppen och 38% i den högsta riskgruppen från den förväntade utvecklingen. Den kliniska konsekvensen blir snarare ett mer helhetsbetonat förhållningssätt till alla patienter med långdragna ryggbesvär där de psykologiska reaktionerna uppmärksammas. Psykologiska och pedagogiska inslag behöver i större utsträckning inkluderas i behandlingen. I enskilda läkarkontakter, där man inte har tillgång till den typen av behandlingsprogram eller psykologisk specialkompetens i andra former, finns i många fall outnyttjade möjligheter till påverkan i positiv riktning. Även om någon förändring av grundläggande personlighetsdrag naturligtvis inte kan åstadkommas så är det påfallande i kliniska sammanhang hur åratals av negativt förhållningssätt till sjukdomen hos vissa patienter kan härledas tillbaka till enstaka lösryckta och missuppfattade läkaruttalanden. Större medvetenhet om den prognostiska betydelsen av patientens emotionella reaktionsmönster skulle kunna leda till större omsorg om hur hon uppfattar och reagerar på den information läkaren ger. Att ge patienten livsmod, tillförsikt och kraft att stå ut med lidande var tidigare, när radikal behandling oftast saknades, en viktig del i läkarens professionella roll. Ett optimalt utnyttjande

av de påverkansmöjligheter som läkar-patientrelationen faktiskt rymmer kan fortfarande vara ett betydelsefullt bidrag vid många sjukdomstillstånd som tex kronisk ryggsmärta. Det vore också angeläget att mer systematiskt pröva om man kan motverka utvecklingen mot ett definitivt handikapp genom att i den vanliga vården mer medvetet inrikta sig på att minska oro för kroppsliga funktioner och framtiden, att lära patienten hantera sin smärta och utnyttja sina faktiska möjligheter på ett konstruktivt sätt och därigenom minska behovet av sjukrollen som ett skydd.

REFERENSER

1. *Bjurulf P, Johansson G, Eriksen T, Ljungdahl L*: Sjuk-skrivningsdata som underlag för aktivt hälsoarbete. Behov av samverkan mellan försäkringskassa och sjukvård. Rapport, Avd för socialmedicin, Hälsouniversitetet i Linköping, 1987.
2. *Eriksen T E*: Förtida pensionering i Sverige. *Socialmed tidskr* 61:65–71, 1984.
3. *Berglind H*: Förtidspensioneringen och arbetslivet. *Socialmed tidskr* 61:72–78, 1984.
4. *Hoehler F K, Tobis J S*: Psychological factors in the treatment of back pain by spinal manipulation. *Br J Rheumat* 22:206–212, 1983.
5. *Esbjörnsson E*: Personlighet och smärta. Psykologiska faktors betydelse för arbetsåtgång hos patienter med kroniska ländryggsbesvär. Doktorsavhandling, Göteborg, 1984.
6. *Love A W, Peck C L*: The MMPI and psychological factors in chronic low back pain: A review. *Pain* 28:1–12, 1987.
7. *Åkerlind, I, Bjurulf P*: Personlighet och prognos vid långvariga ryggbesvär: MMPI som prediktor av långsiktig arbetsanpassning. Manuskript, Avd för socialmedicin. Hälsouniversitetet i Linköping, 1988.
8. *Herron L D, Pheasant H C*: Changes in MMPI profiles after low-back surgery. *Spine* 7:591–597, 1982.
9. *McArthur D L, Cohen M I, Gottlieb H J, Naliboff B D, Schandler S L*: Treating chronic low-back pain II. Long-term follow-up. *Pain* 29:23–28, 1987.
10. *Sternbach R A, Wolf S R, Murphy R W, Akeson, W H*: Traits of pain patients: The low-back "loser". *Psychosomatics* 14:226–229, 1973.
11. *Sternbach R A, Wolf S R, Murphy R W, Akeson, W H*: Aspects of chronic low back pain. *Psychosomatics* 14:52–56, 1973.
12. *Sjöström N H, Forslin J*: MMPI – Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Manual gruppversionen. Uppsala: Skandinaviska Testförlaget, 1968.
13. *Chapman S L, Brena S F*: Learned helplessness and responses to nerve blocks in chronic low back pain patients. *Pain* 14:355–364, 1982.
14. *Caldwell A B, Chase C*: Diagnosis and treatment of personality factors in chronic low back pain. *Clin Orthop Rel Res* 129:141–149, 1977.