

Överaktiva smärtpatienter i riskzonen för långvarig smärta

Rehabilitering behövs trots till synes god funktion

BIRGITTA NILSSON, överläkare
Smärtrehab, Smärtcentrum
birgitta.nilsson@
akademiska.se

SARA DAHLÉN, ST-läkare, reha-
bileringsmedicinska kliniken;
båda Akademiska sjukhuset,
Uppsala

Modellen rädsla–undvikande (fear–avoidance) har fått stort genomslag och ligger till grund för majoriteten av smärtherehabiliteringsprogrammen i Sverige [1]. Programmen är oftast upplagda som dagvård under några veckor. Syftet är att minska patienternas rädsla för smärta och via exponering för olika situationer öka deras beteenderepertoar och uppnå balans mellan aktivitet och återhämtning.

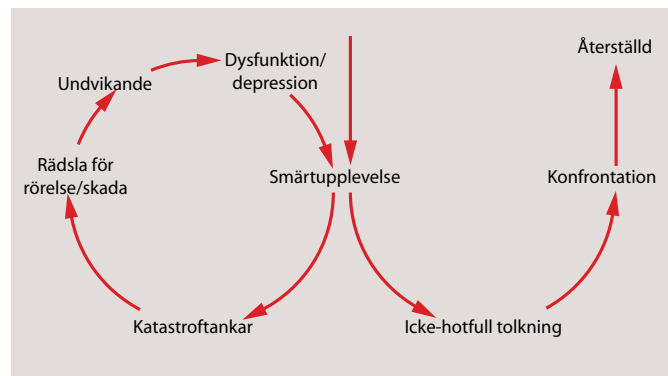
För några år sedan uppmärksammande vi att flera av de patienter som remitterades till vår smärtherehabiliteringsmottagning inte passade in i vårt befintliga rehabiliteringsprogram. Trots smärta och funktionsinskränkning var de aktiva både fysiskt och på arbetsmarknaden eller med studier. Tidsmässigt kunde eller ville de inte delta i rehabilitering på heltid.

Huvudbudskapet med denna artikel är att belysa att det finns patienter med långvariga smärttillstånd som snarare är överaktiva än inaktiva och att deras behov inte alltid tillgodoses av traditionella smärtherehabiliteringsprogram. Artikeln bygger främst på kliniska erfarenheter och reflexioner och utger sig inte för att vara förankrad i studiedata.

FALLET

Fallet rör en 25-årig kvinna med bakgrund som gymnast på elitnivå. Under tiden på idrottsgymnasium utvecklade hon smärta på underbenens framsidor. Bilateral fasciotomi utfördes, utan förbättring. Smärtan spred sig successivt till bla rygg och axlar. Efter att hon fallit från en bom under en tävling försämrades tillståndet. MRT-undersökning av ländryggen var utan anmärkning. Hon tvingades avbryta sin elitsatsning och bytte till vanligt gymnasium, vilket bidrog till förlust av social tillhörighet och idrottsidentitet. Under en period drabbades hon av nedstämdhet och en lindrigare form av ätstörning. Kontakt med idrottsortoped, sjukgymnast, naprapat och akupunktör inleddes. Patienten fokuserade intensivt på studierna under gymnasiets sista år och därefter juridikstudier vid universitet parallellt med extraarbete i butik. Hon är inte tillfredsställd med nuvarande nivå av fysisk aktivitet. Smärtsituationen har försämrats, NSAID har ingen effekt, tramadol ger biverkningar och hon har sömnstörning.

Teoretisk bakgrund. När rädsla–undvikandemodellen (fear–avoidance response, FAR) [2] beskrevs av Vlaeyen et al [3] besvarade den en rad frågor om utveckling och vidmakthållande av långvariga smärttillstånd. Cirkeln i Figur 1 illustrerar teorin att rädsla utlöst av en smärtupplevelse kan leda till undvikande av rörelse och belastning. Detta medför minskad muskelanvändning och dysfunktion, vilket i sin tur leder till smärta. Det bildas en ond cirkel med ökad smärta, minskad aktivitet och sämre livskvalitet. En väg ur cirkeln är att minska rädslan för smärtan och att exponera personen för det som upplevs hotfullt. Syftet är att uppnå ökad funktionsnivå och marginalisering av smärtupplevelsen.



Figur 1. Schematisk bild av cirkeln rädsla och undvikande. Efter Vlaeyen et al [3] (artikelförfattarnas översättning).

Modellen rädsla–undvikande har fått ett stort genomslag. Den har genom åren vidareutvecklats och modifierats av bla Leeuw et al [4]. De beskriver modellen ingående i boken »Att förstå patienter med smärta« [5] och även hur man kan undvika obehag via aktivitet. Vidare beskrivs begreppen överpresterare och underpresterare – de som anstränger sig för mycket och de som inte anstränger sig tillräckligt – som kopplas till utvecklandet av långvarig smärta. De som underpresterar är de som enligt rädsla–undvikandemodellen intar en passiv livshållning för att undvika smärta.

Kunskapen om hur överpresterare hanterar smärta är mindre utforskad. Några som belyst ämnet är Hasenbring et al [6], som beskriver en uthållighetsreaktion (endurance response, ER). Personer med detta reaktionsmönster fortsätter att vara aktiva, kanske till och med överaktiva, trots smärtan. Liknande beteende förekommer även hos patienter med andra sjukdomar och är väl beskrivet vid postpoliosyndrom [7].

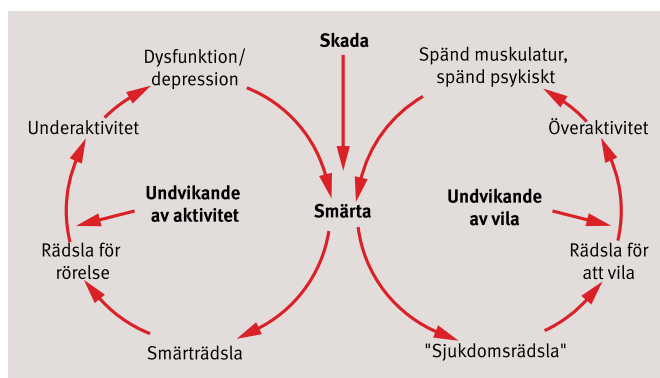
Med denna teoretiska bakgrund är det möjligt att skapa en modell där två cirklar beskriver alternativa vägar att öka och/eller underhålla smärta [2, 6]. Förenklat kan sägas att man

SAMMANFATTAT

Rädsla–undvikandereaktion (fear–avoidance response, FAR) är den mest använda modellen för att beskriva utvecklande och vidmakthållande av ett långvarigt smärttillstånd. Patienter med detta reaktionsmönster undviker aktiviteter som de befärar kommer att göra ont eller medföra skada.

Uthållighetsreaktion (endurance response, ER) är en nyligen uppmärksammat alternativ väg in i ett långvarigt smärttillstånd är uthållighetsreaktion. Patienter med detta mönster är ofta till synes välfungerande men tenderar att använda överaktivitet som stress- och smärthanteringsstrategi.

Smärtherehabiliteringsprogram har sin grund i KBT med fokus på att minska rädslan för smärta och via exponering öka patientens aktivitetsrepertoar. **Samtliga patienter** behöver uppnå balans mellan aktivitet och vila: patienter med mönstret rädsla–undvikande via ökad aktivitet och patienter med mönstret uthållighet via tid för återhämtning. **Patienter med** uthållighetsreaktion måste tas på allvar. De kan ha mycket ont trots, eller på grund av, aktivitet och heltidsarbete. En risk är att de med tiden övergår till mönstret rädsla–undvikande.



Figur 2. Modeller för beteendet rädsla–undvikande (fear–avoidance response, FAR) respektive uthållighet (endurance response, ER). Efter Vlaeyen et al [3] respektive Hasenbring et al [6]. Med »sjukdomsrädsla« menar vi rädsla för funktionsnedsättning och inte hälsoångest eller sjukdomsfobi.

kan undvika aktivitet och bli passiv alternativt undvika vila och bli överaktiv. Figur 2 illustrerar hur vi valt att kombinera cirkelarna. Vi har avsiktligt utelämnat detaljer för att tydliggöra skillnaderna i grundmönstret. Drivande i cirkeln med ökad aktivitet som grundmönster är oviljan att bli sjuk, handikappad eller avvika från bilden av att vara välfungerande. Grundorsaken kan vara okunskap eller önskan att undvika obehag.

Rehabilitering. Som nämnts hade vissa patienter svårt att delta i ett rehabiliteringsprogram på heltid. Detta föranledde att vi år 2008 startade ett rehabiliteringsprogram på Smärtcentrum, Akademiska sjukhuset, med syftet att tillgodose behoven hos patienter med långvarig smärta och ER-beteende (Fakta 1 och 2). Programmet pågår under nio veckor.

Den första veckan är på heltid och innehåller föreläsningar och en del praktiska moment som ger patienterna grundläggande kunskap i smärtsfysiologi, anatomi, träningslära, analgetika, ergonomi, sjukförsäkringssystemet, KBT, stress och avspänning. Under de åtta uppföljningsveckorna kommer patientgruppen en halv dag per vecka och träffar då främst teamets psykolog och sjukgymnast, som följer upp de hemuppgifter som löper från vecka till vecka. Uppgifterna bygger på beteendeförändringar utifrån ett KBT-perspektiv, avspänning och riktade fysiska träningsinsatser. En beteendeanalys av de patienter som deltagit bekräftade i många fall ER-profilen, dvs att de undviker vila och återhämtning för att undkomma obehag.

FALLET – FORTSÄTTNING

Patienten deltog i programmet under en plus åtta veckor under pågående studietid. Under programmet noterades initial smärtsförsämring, ökad oro och känslolabilitet. Det framkom att hennes prestationsbaserade självkänsla, som kommit till uttryck i idrott och studier, nu även visade sig i rehabiliteringsprogrammet där hon var mån om att göra »rätt«. Negativa tankar och ångest hade tidigare hanterats med ökad aktivitet.

Diskussion. Vi har funnit att ett stort antal patienter stämmer in på den beskrivna ER-modellen. Dessa patienter kan även beskrivas genom FAR-modellen eftersom rädsla för obehagliga känslor leder till ett undvikande. I ER-modellen är det vila, inte aktivitet, som undviks. FAR-modellen är dock starkt förknippad med inaktivitet, varför införande av ER-modellen skapar en tydlighet vad gäller beteende och konsekvens. Oavsett om ER-patienternas aktivitet handlar om intuitiva handlingsmönster eller är ett medvetet ställningstagande baserat

FAKTA 1. ER-modellen

- Tydliggör kopplingen mellan stress och smärta, vilket kan motivera patienterna till beteendeförändringar.
- Befriar patienterna från den fruktade och skamtyngda stigmatiserande bilden av en passiv smärtpatient.
- Poängterar behovet av balans mellan aktivitet och återhämtning.
- Tydliggör att det finns olika vägar till tillfrisknande för en patient med långvarig smärta, vilket bör framhållas i bl a sjukförsäkringsdebatten.

FAKTA 2. Smärtrehabilitering för överaktiva patienter

Programmet erbjuder:

- rehabilitering till patienter som är i arbete/studier/praktik och därför inte kan delta i en sammanhållen rehabiliteringsperiod på heltid
- rehabilitering till patienter som utåt synes ha adekvata hanteringsstrategier men som på sikt riskerar förvärrad smärta och i vissa fall utmattning
- behandling i grupp med patienter med liknande erfarenheter, vilket dessa patienter uttryckt som överraskande positivt eftersom de befarat att känna sig malplacerade i grupp med mer objektivt smärtpåverkade patienter
- möjlighet att tillämpa och modifiera inlärd strategier i vardagen även under programmet.

»Hon var van vid smärta från sin idrottstid och visste att den hörde till bilden av att vara en aktiv person ...«

på kunskap om FAR-modellen bör patienterna informeras om att en balans mellan aktivitet och vila är den strategi som är hållbar i ett längre perspektiv.

För en del patienter räcker det med information om träning och kroppens behov av återhämtning för att de på egen hand ska kunna korrigera sitt handlingsmönster [8]. Andra behöver mer konkret hjälp för att kunna ändra sitt beteende. Det är här ett rehabiliteringsprogram med inriktning mot individuella beteendeförändringar är av vikt. Under arbetet med denna patientgrupp tycker vi oss se en rad mönster som kan bidra till utvecklandet av en dysfunktionell överaktivitet. Beskrivningarna nedan är mönster vi noterat i vår kliniska vardag och ska ses som ett diskussionsunderlag och ett uppslag för framtida forskning. Vi hävdar inte att listan är komplett. En patient kan uppvisa ett eller flera av följande mönster.

- Aktivitet/prestation är en avgörande del av självbilden.
- Aktivitet används som ångestlindring och stresshantering.
- Det finns en oförmåga att acceptera att man inte kan leva upp till samhällsidealen och/eller de egna kraven på att vara perfekt.
- Vila/aktivitetsminskning är kopplad till ökad smärta.
- Antagande att all smärta kan tränas bort.

FALLET – ÄNNU EN GÅNG

Relaterar man ovan nämnda faktorer till patienten i fallbeskrivningen hade hon drag av alla. Hennes identitet var starkt kopplad till vad hon presterade i allmänhet och till elitidrottande i synnerhet. Att inte kunna fortsätta på idrottsgymnasium bekräftade hennes föreställning om att hon inte dög. Efter smärtdebuten blev studier och studieresultat allt viktigare för att hon skulle känna sig duglig – och för att minska ångesten. Att hon cyklade och gick långa sträckor dagligen räknade hon inte som fysisk aktivitet, varför hon hela tiden strävade efter att klara mer. Hon var van vid smärta från sin idrottstid och visste att den hörde till bilden av att vara en ak-

tiv person och hon antog att smärtan skulle avta om hon fortsatte att träna. Programmet introducerade en förändringsprocess med tonvikt på en alternativ strategi till aktivitet som ångest- och smärthantering, exponering för inaktivitet, att våga uppleva smärta och att finna självkänsla i annat än prestationer.

Diskussion. Genomgående för samtliga mönster är att det som kortvarigt kan vara lindrande kan få negativa konsekvenser på lång sikt. Det finns beskrivet av FAR-patienter och deras anhöriga att de tidigare levt eller önskat leva ett mer ER-betonat liv [9]. Vi tror att ett dysfunktionellt ER-beteende som bryts i tid kan förhindra senare FAR-utveckling.

Beredskap måste finnas att möta den ångestökning som kan bli följden av ett förändrat beteendemönster. Vi har sett nydebuterade panikångestattacker hos patienter som tidigare inte varit medvetna om den ångestlindrande funktionen hos deras forcerade aktiviteter. En del patienter kommer – då de sänker aktivitetsnivån – att tvingas möta och hantera sorgen över de förändrade livsbetingelser som smärtan lett till. I andra fall har vi funnit att patienter parallellt med smärtproblemen visat sig ha neuropsykiatrisk problematik. Delar av detta kan hanteras inom ramen för vårt program, men vi är öppna för att patienter kan behöva kontakt med psykiatrisk expertis.

KONKLUSION

Sammanfattningsvis kan sägas att smärta kan leda till ett patologiskt undvikandebeteende vare sig det gäller aktivitet eller återhämtning. Vi vill bemöta föreställningen att all smärta kan tränas bort, liksom föreställningen att smärtfrihet är en förutsättning för träning och ansträngning. Vårt huvudbudskap är att det finns ett adekvat sätt att anpassa och välja strategi efter de rådande förutsättningarna. I detta inkluderas att patienten accepterar att det finns en smärtproblematik, är uppmärksam på den och på ett balanserat sätt vågar exponera sig för potentiellt smärtutlösande situationer samt ger utrymme för en balans mellan vila och aktivitet.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

LÄS MER Engelsk sammanfattning
Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Rehabilitering vid lågvarig smärta. Stockholm. SBU; 2010. Rapport 177/1, 2.
2. Lethem J, Slade PD, Troup JD, et al. Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception – I. Behav Res Ther. 1983;21: 401-8.
3. Vlaeyen JW, Kole-Snijders AM, Boeren RG, et al. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. Pain. 1995;62: 363-72.
4. Leeuw M, Goossens ME, Linton SJ, et al. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. J Behav Med. 2007;30:77-94.
5. Linton SJ. Att förstå patienter med långvarig smärta. Lund: Studentlitteratur; 2005.
6. Hasenbring MI, Hallner D, Rusu AC. Fear-avoidance- and endurance-related responses to pain: development and validation of the Avoidance-Endurance Questionnaire. Eur J Pain. 2009;13:620-8.
7. Thorén-Jönsson AL. Coming to terms with the shift in one's capabilities: a study of the adaptive process in persons with poliomyelitis sequelae. Disabil Rehabil. 2001;23:341-51.
8. Hasenbring MI, Verbunt JA. Fear-avoidance and endurance-related responses to pain: new models of behavior and their consequences for clinical practice. Clin J Pain. 2010;26:747-53.
9. Van Houdenhove B, Neerinx E, Onghena P, et al. Premorbid "overactive" lifestyle in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: an etiological factor or proof of good citizenship. J Psychosom Res. 2001;51:571-6.