

# 17. Psykologiska behandlingsmetoder

---

*Steven J Linton*

Eftersom psykologiska faktorer har samband med upplevelsen av den akuta smärtan liksom med utvecklingen av bestående smärta ingår psykologiska terapiformer i många behandlingar för ont i ryggen. Den nu gängse multidimensionella synen på smärta får därmed sitt uttryck i psykologiska och andra behandlingsformer.

Kognitiv beteendeterapi vid smärta är en integrerad del av ett multidimensionellt behandlingsprogram [9,11]. Metoden förstärker den samlade behandlingen genom att inrikta sig på viktiga kognitiva aspekter (som negativa känslor och tankar) och beteendemässiga (som förändrad aktivitet och användning av läkemedel). Vidare rymmer kognitiv beteendeterapi ett inslag av utbildning, vilket finns kvar under hela rehabiliteringsprocessen. Särskilt anpassade former, som är lämpade att ingå i sjukgymnastik och arbetsterapi, har utvecklats. I ett verkligt multidimensionellt program, där kognitiv beteendeterapi ingår, är det därför svårt att skilja ut effekterna av psykologisk behandling från effekterna av annan behandling.

Innehållet i ett sådant behandlingsprogram är inte standardiserat, utan metoderna för kognitiv beteendeterapi – liksom behandlingstiderna – varierar i hög grad. Följaktligen har många översikter bedömt multidimensionella behandlingsprogram som helheter, där kognitiv beteendeterapi är en av komponenterna. En sådan bedömning ger anledning till följande fråga: Vilka bevis finns det för effekterna av ett multidimensionellt behandlingsprogram när psykologiska behandlingsmetoder ingår i dessa?

Kognitiv beteendeterapi har alltså utnyttjats i ett flertal olika behandlingsprogram för rygg- och nackvärk och i flera undersökningar har man försökt bedöma effekterna av kognitiv beteendeterapi, också i prospektiva, randomiserade studier. Även om andra former av psykoterapi

kan förekomma, tas de inte upp i denna översikt, eftersom inga av de studerade rapporterna prövat dessa metoder i randomiserade, kontrollerade studier. Flera författare har beklagat att det inte finns några kontrollerade studier av effekterna vid exempelvis psykodynamisk terapi eller andra psykoterapiformer [3,12].

Det finns problem med att presentera översikter över effekter av psykologisk behandling. Dit hör exakt beskrivning av behandlingsmetoden, korrektion av resultaten för skillnader i behandlingarnas omfattning, terapeutens personliga egenskaper, kombination med annan behandling, svårigheter med att få tillräckligt stora patientmaterial därför att terapin kräver stor arbetsinsats, olika patientpopulationers jämförbarhet, kvaliteten i studiens utformning och mätmetoderna samt behandlingsprogrammets inramning och inriktning. I grunden bygger varje undersökning på en unik kombination av tekniker, utförande, patientmaterial och inramning, vilket allt inverkar på hur undersökningen genomförs och vilka resultat den uppnår.

Kognitiv beteendeterapi inom smärtbehandling har minst två olika ursprung. Under 1970-talet växte en riktning fram, byggd på inlärning med så kallade operanta mekanismer. I botten låg ett program med gradvis ökande fysisk träning och ett program för att minska doserna av smärtstillande medel samt ett med social förstärkning för att uppmuntra ”friskt” beteende och motverka ”smärtbeteende”. Det andra ursprunget är avslappningsövningar, antingen med biofeedback eller med andningsövningar, dvs alternerande sammandragning och avslappning av musklerna. Träning i stresstålighet, byggd på avslappning, ingår ibland i smärtbehandling.

Fokuseringen på kognitiva och känslomässiga aspekter i smärtbehandlingen har efter hand resulterat i en ny teknik som kallas: ”coping” som innebär att man skulle lära sig behärska smärtan. Det gällde att ändra på negativa tänkesätt, som kunde motverka en förbättring och positiva ”copingstrategier” utformades för att gynna tillfrisknandet.

Psykologiskt inriktade smärtbehandlingsprogram har sedan, från annan psykoterapi, hämtat intressanta metoder som bl a gäller målsättning och problemlösning. Många av dessa tekniker läggs till smärtbehandlingen för att påverka bl a stress, familjefaktorer eller förhållanden på arbetsplatsen.

Följaktligen kan kognitiv beteendeterapi innehålla många olika komponenter, som avslappningsträning, copingstrategier, operant aktivitets-träning, operant minskning av läkemedelsanvändning, biofeedback, bättre följsamhet vid behandlingsföreskrifter, problemlösning, social träning, stressreduktion, träning av självsäkerhet och arbetsträning. Äkta beteendeterapi förutsätter emellertid också en grundlig analys på vilken behandlingen baseras. Teoretiskt sett har därför varje patient chansen till en unik och personlig behandling. Många utvärderingsstudier baserar sig på ett standardiserat behandlingsprotokoll för att möjliggöra en vetenskaplig analys. När man bedömer resultaten av olika undersökningar, måste man ta hänsyn till det starkt varierade behandlingsinnehållet.

## Metod för litteratursökning

För att identifiera lämpliga artiklar genomsköptes tre databaser, nämligen Medline (1985–98), PsychInfo (1967–98) och Arblin. Den exakta sökstrategin och begränsningen är beskriven i inledningen av Kapitel 3. Därutöver genomsköptes översiktsartiklar samt de funna publikationernas litteraturhänvisningar. I korthet sökte vi artiklar där psykologiska behandlingar av nack- eller ryggbesvär studerats och effekten av de psykologiska teknikerna hade utvärderats. Vidare begränsades sökningen till randomiserade, kontrollerade undersökningar. Huvudsakliga utfallsvariabler som inkluderades var fem: 1) psykologiska faktorer som depression, ångest, rädsla, ångslan och ”distress”; 2) smärta, intensitet och varaktighet; 3) funktion, som arbete eller dagliga aktiviteter; 4) medicinintag och 5) vårdutnyttjande. Om gruppen med psykologisk behandling gav bättre resultat än kontrollgruppen avseende minst två resultatmått klassificerades resultatet som positivt. Om kontrollgruppen fick bättre resultat än gruppen med psykologisk behandling klassificerades studien som negativ.

## Målsättning

Följande avsnitt innehåller en granskning av den litteratur, som beskriver den kognitiva beteendeterapins möjliga effektivitet vid rygg- och nackvärk. Eftersom sådan behandling ofta är multidimensionell till sin natur och inte heller är sjukdomsspecifik, har i vissa fall undersökningar av

annan kronisk smärta och andra former av muskuloskeletal smärta tagits med. Bl a har Turk framfört åsikten att likheten mellan olika former av kronisk smärta är större än skillnaden mellan olika diagnostiska undergrupper [33]. Kritiska och systematiska översiktsartiklar, som bygger på randomiserade, kontrollerade prövningar, har prioriterats i denna granskning.

## **Systematiska översikter**

I det följande redovisas nyligen publicerade systematiska översikter inom området.

*Flor, Fydrich och Turk* [8]

Dessa författare identifierade 65 studier som utvärderade resultaten av multidisciplinär behandling, dvs behandling given av ett team samverkande specialister. Behandlingsteknikerna varierade men innefattade psykologiska behandlingsinsatser i kombination med medicinsk behandling och sjukgymnastik eller arbetsterapi. Behandlingen pågick i genomsnitt sju veckor. Författarna kvalitetsgraderade undersökningarna utifrån t ex kontrollgruppens karaktär, urvalsmetoder och de använda resultatmått.

På det hela taget konstaterar översikten, att de patienter som behandlades multidisciplinärt hade bättre resultat än kontrollgrupperna. Vid uppföljning efter i genomsnitt 95 veckor fann man en oddskvot på 0,81 mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp, liktydig med 38 procents förbättring. Effektstorleken inom grupperna var större för de multidisciplinärt behandlade (1,31 vid uppföljningen), vilket antyder en förbättring på 55 procent. Resultaten innebär ”att de grupper som behandlats vid en multidisciplinär smärtenhet förbättras minst dubbelt så mycket som kontrollgrupperna” [8].

Multidisciplinär behandling gav dessutom överlägsna resultat i jämförelse med behandling bestående av en enda komponent. Det är av intresse att behandlingseffektens storlek inte påverkades av studiens kvalitet eller av kontrollgruppens sammansättning.

Detaljgranskning av resultaten, i fråga om beteendevariabler, visade avsevärda förbättringar hos patienterna. Oddskvoten för återgång i arbete var 0,67, vilket visar att andelen behandlade som återgick i

arbete var mer än dubbelt så stor (68 procent) efter multidisciplinär behandling som motsvarande andel (36 procent) hos de som fått behandling av ett enda slag. Utnyttjandet av sjukvård visade liknande mönster. Vid uppföljningen fungerade 75 procent av de multidisciplinärt behandlade bättre än de som inte behandlats eller som fått konventionell, enkel behandling.

Flor och medarbetare finner att resultaten stöder uppfattningen att multidisciplinär behandling är effektiv, men reserverar sig med tanke på studiernas varierande kvalitet och på svårigheterna att utvärdera en metaanalys med detta som grund.

*Cutler, Fishbain, Rosomoff, Abdel-Moty, Khalil och Rosomoff* [4]

Artikeln redovisar en form av metaanalys avsedd att bestämma effekten av icke-kirurgisk behandling av kronisk smärta, given vid olika smärtcentra. Författarna använde endast återgång i arbete som resultatmått. De identifierade 37 studier, som bedömt icke-kirurgisk behandling och som rapporterade siffror om återgång i arbete efter behandling. Många av dessa studier återspeglar ”återställande av funktion”, där psykologiska metoder ingår som en av delarna i ett multidisciplinärt arbetssätt. Flera av undersökningarna i översikten är inte egentliga randomiserade, kontrollerade studier.

Metaanalysen visade emellertid att behandlade patienter återgick i arbete i signifikant större utsträckning än kontrollpersonerna och att behandlingen närmast fördubblade sannolikheten för detta resultat. Författarnas slutsats blev att det finns bevis för att behandling ökar återgången i arbete.

*Turner* [35]

Artikeln redovisar en översikt av behandlingar inriktade på kognitiv beteendemodifikation, utförd på primärvårdsnivå. Databassökning gjordes på kronisk smärta vid denna behandlingsform. Sökningen gav 14 randomiserade, kontrollerade prövningar och metaanalys utfördes på vissa resultatvariabler uppmätta efter behandlingen. Eftersom olika studier hade använt olika effektmått blev antalet studier för varje enskilt resultatmått litet – som mest fyra. Turner fann att, jämfört med ingen behandling alls (kontrollpersoner från väntelista), var kognitiv beteendeterapi

statistiskt överlägsen i fråga om inverkan på smärta, självrapporterat smärtbeteende och funktionsstörning, men inte vad beträffar depression eller observerat smärtbeteende. Jämförelser med andra former av aktiv behandling försvårades av det begränsade antalet studier, och metaanalyserna visade inga signifikanta effektskillnader.

Vad beträffar kognitiv beteendeterapi inom primärvård fanns två undersökningar som gällde akut smärta (båda med viss effekt) och en över kronisk smärta, där effekten var betydande. Turner menar att kognitiv beteendeterapi kan vara mycket verksamt inom primärvården, men att ytterligare forskning behövs för att fastställa behandlingens effekt på specifika resultatvariabler.

*van Tulder, Koes och Bouter [40]*

Denna systematiska översikt gäller konservativ behandling av akut och kronisk ospecifik ryggvärk och ett flertal behandlingsformer ingår i översikten av en sektion som avser "beteendeterapi". Studierna valdes från en systematisk sökning i ett flertal databaser men endast artiklar om randomiserade, kontrollerade prövningar vid akut eller kronisk ryggvärk accepterades. Varje studie graderades i fråga om metodkvalitet. Klassifikationen av studierna beredde svårigheter, eftersom några av dem omfattade mer än en form av behandling eller använde fysisk träning enligt en inlärningsmodell.

Man fann endast en undersökning av beteendeterapi vid akut smärta och denna skattades lågt pga metodologiska brister. Beträffande kronisk smärta medtogs fem undersökningar avseende biofeedback. De ansågs dock ge föga stöd för behandlingen, eftersom fyra uppvisade negativt resultat. Elva studier av beteendeterapi bedömdes; åtta av dem visade signifikant positiva resultat. Eftersom författarna emellertid bedömde att dessa studier var av låg kvalitet sammanfattade de att: "det finns begränsad evidens för att beteendeterapi utgör en effektiv behandlingsform vid kronisk ryggvärk, med goda resultat på kort sikt" [40].

*Flor [5,6]*

I denna metaanalys ställdes den viktiga frågan om tillägg av kognitiv beteendeterapi till annan smärtbehandling förstärker effekten [5,6]. Åttio studier identifierades alla dock ej RCT:s, med totalt över 3 000

patienter som fått någon form av psykologisk beteendeterapi för kronisk ryggvärk eller blandade smärtsyndrom. Den genomsnittliga förbättringen hos patienter, som fått tillägg av sådan terapi, jämfördes med motsvarande hos patienter som endast behandlats medicinskt. Psykologisk behandling gav genomsnittligt 47 procent större förbättring vid bedömning tre månader efter behandlingens slut. Efter ett år var siffran ungefär densamma, nämligen 48 procent. Detta visar, enligt författaren, att patienter som behandlas multidisciplinärt, med ”psykoterapi” som en del av behandlingsstrategin, blir cirka 48 procent bättre än de patienter som enbart får medicinsk behandling.

Förbättringen delades upp i olika kategorier, och av Tabell 1 framgår den förbättring, som kan tillskrivas psykologisk behandling. Genomsnittligt förbättrades 54 procent. Förbättringen var enligt andra resultatmätt: vid smärta 37 procent, funktionshinder 23 procent, stämningsläge 20 procent och psykofysiologi 54 procent. När de olika psykologiska terapiformerna analyserades fann Flor, att beteendepåverkande metoder i genomsnitt gav 53 procent förbättring, medan biofeedback gav 46 procent förbättring och andra psykoterapimetoder 36 procent förbättring. Slutsatsen blev att klara förbättringar hade uppnåtts i de nämnda resultatmått, med en total genomsnittssiffra på 50 procent för alla resultat och för alla behandlingsmetoder. Det påpekas att inga korrelationer fanns mellan påvisad organskada och effekterna av att lägga till psykologisk terapi. Med andra ord: kognitiva beteendemetoder är effektiva även när smärtproblemet har en uppenbart kroppslig orsak.

*Compas, Haaga, Keefe, Leitenberg och Williams [3]*

Denna översikt är inriktad på en strikt identifiering av olika psykologiska behandlingsformer och en värdering av de bevis för deras effektivitet som kan härledas från randomiserade, kontrollerade prövningar. Författarna identifierade fem former av sådan terapi: operant beteendeterapi, kognitiv beteendeterapi, biofeedback, hypnos och dynamisk psykoterapi. Det fanns emellertid inget publicerat material om hypnos och dynamisk psykoterapi, som var relevant för rygg- och nackvärk. Författarna upprättade kriterier för ett gott behandlingsresultat vari bl a effekten skulle kännetecknas av signifikant reducerad smärta och förbättrade psykiska och kroppsliga funktioner.

Beträffande kronisk smärta – huvudsakligen kronisk ländryggssmärta – fanns undersökningar som uppfyllde behandlingsdefinitionerna och som var randomiserade, kontrollerade prövningar. Författarna fann att operant beteendeterapi var effektiv, eftersom alla tre studier visade förbättring jämfört med kontrollpersonerna. Vidare befanns kognitiv beteendeterapi vara effektiv, eftersom fyra studier visade en förbättring jämfört med obehandlade patienter. Även biofeedback bedömdes vara effektiv, eftersom tre prövningar visade bättre resultat än fingerad behandling eller vanlig medicinsk behandling. Författarna pekar emellertid på att två tidigare undersökningar inte visade positiva resultat.

Intressant nog fann översikten också att kognitiv beteendeterapi hade effekt mot smärta vid reumatiska sjukdomar (operant beteendeterapi och biofeedback har dock inte prövats vid dessa tillstånd).

Författarna drog slutsatsen att dessa kognitions- och beteendeorienterade, psykologiska behandlingsformer ofta lindrar smärta effektivt och förbättrar psykiska och kroppsliga funktioner hos personer med långvarig smärta. ”Sammantagna är resultaten imponerande, särskilt som de flesta deltagarna i studierna hade haft smärta lång tid och inte hade upplevt någon förbättring genom vanlig medicinsk behandling.” [3].

*Morley, Eccleston och Williams [24]*

Dessa författare har gjort en systematisk översikt över randomiserade, kontrollerade prövningar vid kronisk smärta. De uteslöt huvudvärk men tog med andra smärtsyndrom än rygg- och nackvärk. Detta är den enda av metaanalyserna som är specifikt inriktad på effekter av kognitiva beteendeterapier. Författarna har lagt ned stort arbete på att korrekt klassificera studierna med avseende på behandlingens innehåll. De har också klassificerat ett brett spektrum av resultatvariabler. Oddsquoter beräknades i jämförelse med dels obehandlade kontrollpersoner och dels med andra aktiva behandlingsformer.

Författarna identifierade 27 studier i 33 publicerade artiklar. Effektstorleken kunde beräknas från 25 randomiserade, kontrollerade studier. Resultatmåttan var: smärtupplevelse, stämningsläge/känslor, kognitiv ”coping” och bedömningsförmåga, beteende, biologisk/fysisk kondition, sociala rollfunktioner, utnyttjandet av sjukvård och övrigt. Behand-

lingarna indelades i: biofeedback och avslappning, beteendeterapi, kognitiv beteendeterapi, träning av ”copingförmåga” och kognitiv terapi.

Resultaten visade genomgående att dessa kognitiva och beteendeariktade metoder är effektivare än ingen behandling alls. Man fann t ex signifikanta skillnader för alla resultatmått. När jämförelsen gjordes med annan aktiv behandling uppnåddes statistisk signifikans för tre resultatmått (smärta, ”coping” och onormalt beteende); positiva effekter fanns även för övriga resultatmått men dessa uppnådde inte statistisk signifikans. Författarna sammanfattar att behandlingseffekterna var måttliga men liknande de som uppnåtts inom andra områden, där exempelvis ”psykoterapi” eller behandling av kroniska problem finns med.

## **Sammanfattning och bedömning av nyckelstudier**

I Tabell 2 summeras de randomiserade, kontrollerade prövningar, där någon form av kognitiv beteendeterapi (KBT) jämförts med ingen behandling eller annan behandling och där resultaten publicerats på engelska. Endast prövningar som separat bedömer effekterna av KBT har tagits med. Undersökningar av multidimensionella behandlingsprogram, där KBT ingick, togs alltså med endast om effekten av KBT kunde bedömas separat. Vidare inkluderades enbart sådana studier som gällde rygg- eller nackvärk eller blandade former av kronisk värk, där patienter med rygg- eller nackvärk ingick. Totalt redovisas 29 studier om detta.

Innehållet i KBT-programmet, behandlingens varaktighet och det sätt på vilket behandlingen gavs varierade i hög grad mellan studierna. De behandlingsmetoder som ingår i dessa studier varierar från EMG biofeedback, avslappningsövningar och träning av stresstålighet, till träning av dagliga aktiviteter och reduktion av smärtstillande medel. Behandlingstiden varierar mellan några få timmar till flera veckor. Vidare var patientmaterialet olika. De kunde avse antingen selekterade grupper, mottagningspatienter, dagvårdspatienter eller inlagda patienter. Några projekt utfördes vid enheter för medicinsk rehabilitering eller smärtbehandling, medan andra försiggick på kurorter eller i icke-medicinsk miljö.

Personer från väntelista eller personer som får ”vanlig behandling” var de oftast förekommande jämförelsegrupperna. Alla undersökningar följdes

upp och värderades med avseende på ett flertal resultatvariabler. I resultatbedömningen lades tyngdpunkten på psykologiskt relevanta faktorer, t ex funktionsförmåga/aktivitetsnivå, smärtupplevelse, stämningsläge, ångest och ”coping”.

I Tabell 2 återges fyra resultatmått, som valdes för att de skulle återge det som eftersträvas med KBT. Dessa är mental och kroppslig funktion, smärta och användning av läkemedel. Vid uppföljning togs även arbetsförmåga eller sjukfrånvaro med. Skattningarna av varje resultatmått återges enligt följande:

- + = signifikant förbättring av KBT på en väsentlig variabel och inga signifikanta förbättringar i kontrollgruppen.
- = signifikant bättre resultat i kontrollgruppen.
- 0 = ingen säker skillnad mellan grupperna.
- ... = inga data finns tillgängliga.

Resultaten från varje studie återges i tabellen under rubriken Konklusion (dels i jämförelse med obehandlad grupp dels i jämförelse med grupp som fått annan aktiv behandling). Jämförelsen markeras som positiv (+) för KBT om minst två av resultatmåttens visar signifikant fördel med denna behandling och om det inte finns några skillnader mellan de båda övriga resultat. Negativ (–) markering innebär att annan aktiv behandling var bättre eller att utfallen hos obehandlade och KBT-behandlade var lika. Nollmarkering (0) innebär att det inte finns någon skillnad mellan grupperna med avseende på minst två resultatmått.

Som tabellen visar gav KBT bättre resultat än ingen behandling i 14 av 16 studier [17,18,21–23,25,28,29,31,34,36,37,42]. De återstående två studierna visade signifikant bättre effekt av KBT endast i en av fyra resultatmått [32,38]. Dessa 16 studier omfattar ett brett område av patientpopulationer och olika KBT-former, men KBT var ändå genomgående bättre, särskilt beträffande psykisk funktion, smärta, kroppslig funktion och användning av läkemedel.

När KBT jämfördes med annan aktiv behandling gav den bättre resultat (beträffande minst två resultatmått) i 12 av 14 studier [1,2,7,19,22,26,27],

medan en studie visade signifikant bättre resultat av KBT [10] och den inte fann någon skillnad mellan ordinär rehabilitering och sådan som även innefattade KBT [2].

Följaktligen ger studierna betydande evidens för att KBT har god effekt vid ryggvärk. Undersökningarna anger genomgående större förbättring hos KBT-behandlade patienter än hos obehandlade kontrollpatienter från väntelista eller hos de som fått annan aktiv behandling. Dessa skillnader kvarstod vid uppföljning.

Majoriteten av undersökningarna gällde patienter med kronisk smärta men häri ingår också patienter med akut smärta eller nyligen uppkommen smärta [10,20,41]. Uppföljning efter 3 till 24 månader gjordes i 28 av de 29 studierna. Uppnådda förbättringar kvarstod i 27 av de 28 studier som fann positiva effekter vid behandlingens slut. I 15 av dessa fanns emellertid ingen kontrollgrupp kvar för jämförelse vid uppföljningen. Detta är ett problem för slutsatser, särskilt avseende resultaten från de 16 studier med kontroller från väntelista – 13 av dessa hade ingen kontrollgrupp kvar vid uppföljningen. Det är förståeligt att man ogärna låter en kontrollgrupp vara utan behandling i månader, men bristen på kontrollgrupp försvårar givetvis slutsatser om behandlingens långtidseffekter.

## **Undersökningar valda som exempel**

Tre studier har utvalts för att mer inträngande beskriva hur undersökningar inom detta område utförs och vilka resultat som uppnås.

Jensen, Nygren och Lundin studerade verkningarna av ett KBT-program på svenska arbetare med ryggvärk, sjukskrivna mindre än sex månader [15]. Man använde matchade kontroller, dvs för var och en av de 35 KBT-patienterna utvaldes en kontrollpatient med samma ålder, sysselsättning/arbetslöshet, yrke, diagnos och sjukskrivningstid. KBT-patienterna fick fem behandlingsformer: utbildning i olika aspekter på smärta, kognitiv och beteendemässig förmåga – omfattande problemlösning, målsättningsförmåga och avslappningsteknik – fysikalisk behandling med tyngdpunkt på fysisk aktivitet och egenvård, yrkesmedicinskt stöd inkluderande möten med företrädare för arbetsplatsen och försäkringskassan, och en kort kurs för patientens överordnade. Alla beståndsdelarna var integrerade i varandra och utformade utifrån ett KBT-perspektiv. Kontrollgruppen fick ordinär behandling.

Tillståndet bedömdes både före och efter behandlingsperioden samt vid uppföljning efter sex månader. Resultatet blev att KBT-gruppen förbättrades signifikant mer ifråga om funktionshinder, smärta och depression. Det är av intresse att kvinnor hade betydligt bättre behandlingsresultat än män. En ytterligare uppföljning efter 18 månader visade att skillnaderna mellan grupperna kvarstod och att sjukfrånvaron minskade i båda grupperna [14].

En studie jämförde resultaten av ett KBT-program för inlagda patienter och ett liknande för polikliniska patienter med förloppet i en obehandlad väntelistgrupp [42]. I den randomiserades 121 patienter med huvudsakligen ryggvärk, som varat genomsnittligt mer än sju år, till endera fyra veckors inläggning med KBT, åtta halvdagars KBT vid mottagning eller till kontrollgrupp utan behandling. Programmet innefattade övningar och fysisk träning, målsättningsförmåga, information, problemlösning, förändring av copingbeteende och tankeinhåll, minskad läkemedelsanvändning, avslappning, sömnvanor, förebyggande av symtomförvärring samt familjerelationer. Resultaten värderades med ett stort antal mätningar före behandling samt 1, 6 och 12 månader efter avslutad behandling. Resultaten visade praktiskt taget inga förändringar hos kontrollgruppen, medan båda de behandlade grupperna förbättrades signifikant avseende fysisk prestationsförmåga och psykiska funktioner samt minskade sin tablettförbrukning. De patienter som behandlats inlagda blev förbättrade, och förblev så i större utsträckning och utnyttjade mindre sjukvård vid ettårsuppföljningen, än den grupp som behandlats i öppen vård.

Keller, Ehrhardt-Schmelzer, Herda, Schmid och Basler undersökte verkningarna av ett KBT-orienterat multidimensionellt program vid behandling av kronisk ryggvärk i öppen vård. Till behandlingsgrupp eller väntelistkontrollgrupp randomiserades 65 patienter [16]. Behandlingen gavs vid gruppträffar om två timmar vid 18 tillfällen samt genom 18 individuellt utformade träningsomgångar om 30 minuter. Behandlingen bestod av information, avslappningsträning, planläggning av nöjsamma respektive distraherande aktiviteter samt konditionsträning och träning av kroppshållning. Resultaten värderades med hjälp av ett flertal resultatmått. Dessa omfattade funktionsförmåga, funktionshinder, muskelstyrka, förmåga att bemästra smärta och kroppshållning, attityder, depression, allmänt välbefinnande, vanemönster, allt före och efter

behandling samt vid uppföljning efter sex månader. Efter behandlingen visade KBT-gruppen signifikanta förbättringar med avseende på alla variabler utom depression och muskelstyrka. Dessa förbättringar bibehölls vid uppföljningen, då emellertid kontrollgruppen inte längre fanns kvar för jämförelse.

En norsk undersökning utvärderade ett mångsidigt KBT-program, tillämpat på öppenvårdspatienter sjukskrivna för muskuloskelettala smärtor [13]. I denna studie randomiserades 469 patienter till endera en kombination av fysikalisk behandling (under fyra veckor), kognitiv beteendemodifikation, information och åtgärder på arbetsplatsen eller till en kontrollgrupp som behandlades av en allmänläkare. Vid uppföljning efter ett år hade patienter som behandlats med KBT signifikant större förbättringar avseende ergonomiskt beteende, arbetsförmåga, livskvalitet samt kroppslig och psykisk hälsa. Andelen som återgick i arbete var emellertid ungefär densamma som i kontrollgruppen.

## Slutsatser

Resultaten av randomiserade, kontrollerade prövningar visar genomgående att KBT-grupper förbättras jämfört med väntelistkontroller eller med patienter som fått andra former av behandling.

Trots dessa gynnsamma resultat finns flera väsentliga invändningar som kan göras mot denna värdering. För det första har endast ett fåtal studier undersökt vilka KBT-komponenter som är nödvändiga eller vilka effekter som uppnås vid enstaka specifika behandlingsinslag. Många studier har gällt fasta kombinationer av behandlingsmoment, och dessa kombinationer har vanligen varierat betydligt från en studie till en annan. Det saknas därför information om vilka behandlingsinslag som behövs för att ett KBT-program ska vara optimalt. För det andra innefattar resultaten visserligen variabler som är relevanta för en värdering av behandlingen, men bedömningsmetoderna skiljer sig ofta från en studie till en annan. Detta försvårar samlade jämförelser och exakt bestämning av behandlingseffekterna. Det bör också noteras att även om studierna visar statistiskt och kliniskt signifikanta resultat är antalet deltagare i dem begränsat. I vissa fall har också studiens uppläggning varit unik. Sammantaget kan dessa omständigheter reducera möjligheterna till generella slutsatser.

Med stöd av bästa tillgängliga evidens framstår dock de psykologiska faktorerna som centrala riskfaktorer för rygg- och nackvärk, viktigare än både biomekaniska och biomedicinska faktorer. De psykologiska faktorerna är särskilt aktiva i övergångsskedet mellan akut och kronisk smärta. Det finns också skäl att misstänka, att de psykologiska faktorerna spelar en roll mycket tidigt, även i akuta och subakuta episoder. Kognitiv beteendeterapi, som använder psykologiska metoder specifikt inriktade på att ändra problembeteenden, känslor och tankemönster, har därför ingått i ett flertal behandlingsprogram. Det empiriska underlaget visar, att KBT verkligen är effektiv mot nack- och ryggsmärta och att det i synnerhet gäller olika aspekter på livskvaliteten hos personer med långvariga problem. Behandlingsprogram som innefattar KBT har genomgående goda effekter inom sådana områden som psykologisk funktion, smärta, kroppslig funktion och användning av smärtstillande medel. Även om det inte finns särskilt mycket data på området, förefaller KBT vara ett värdefullt alternativ särskilt avseende tidig intervention och för att förebygga långvarig nack- och ryggsmärta.

### **Evidensbaserade slutsatser**

Den följande evidensgraderingen har tillämpats detta kapitel:

- Nivå A Har stöd från en systematisk översikt av god kvalitet, eller från två eller flera studier av hög kvalitet.
- Nivå B Har stöd från en eller flera randomiserade, kontrollerade studier eller från en bra observationsstudie.
- Nivå C Otillräckliga eller icke samstämmiga data.
- Nivå D Inga acceptabla studier har publicerats.

På grundval av de undersökningar, som summerats i Tabell 2 och de systematiska översikter som beskrivits, kan följande slutsatser om verkningsarna av KBT vid huvudsakligen kronisk ryggvärk dras.

1. Multidimensionella behandlingsformer som innefattar KBT-program ger statistiskt och kliniskt bättre resultat än spontanförloppet i kontrollgrupper, vad gäller de viktigaste resultatvariablerna (nivå A).
2. KBT-program ger måttliga till stora förbättringar i de viktigaste resultatvariablerna i jämförelse med förloppet utan behandling (nivå A).

3. I jämförelse med andra aktiva behandlingsformer ger KBT liten till måttlig förbättring av behandlingsresultatens viktigaste effektmått (nivå A).
4. KBT-programmen förefaller ha sina största effekter på psykiska funktioner, smärta, kroppsliga funktioner och medicinförbrukning. Endast få studier har undersökt variabeln; ”återgång i arbete”, en faktor som för många patienters del inte var relevant (nivå C).
5. Hållpunkter saknas för att olika komponenter inom KBT skulle ha likartad effekt. Det finns alltså en liten indikation för att en form av KBT är bättre än en annan (nivå C).
6. Det finns vissa hållpunkter för att signifikanta förbättringar vid behandlingens slut bibehålls vid långsiktig uppföljning (nivå B), men endast svaga hållpunkter för att KBT fortsätter att vara bättre än förloppet utan behandling (eftersom obehandlad kontrollgrupp ofta inte finns kvar vid uppföljningen) (nivå C).

Det finns alltså evidens för att KBT kan vara av värde särskilt för patienter med kronisk rygg- eller nackvärk. Flertalet studier gäller behandling av patienter som haft ryggproblem sedan mycket lång tid tillbaka. Följaktligen har återgång i arbete inte varit ett realistiskt primärt mål för patienterna i de flesta studierna. Tillgängliga data tyder dock på att KBT bidrar till förbättrad livskvalitet. Vidare tycks det ursprungliga begreppet beteendebehandling ha införts i många behandlingsriktlinjer som gradvis ökad (operant) aktivitetsträning. Minskad användning av smärtstillande medel har en central plats inom dagens smärtbehandling, och avslappning och kognitiva metoder är också vanliga. Att inleda KBT på ett tidigare stadium i förloppet av ryggsmärta framstår som intressant, och vissa preliminära studier har gjorts av detta. Kontrollerade studier, som skulle möjliggöra slutsatser om effekterna av KBT vid akut eller nyligen debuterad ryggvärk, saknas.

Ett antal metodologiska brister förtjänar här att nämnas. Det föreligger svårigheter att utföra regelrätta randomiserade, kontrollerade undersökningar inom detta område. KBT har kommit att användas som en av delarna i multidimensionell behandling, vilket uppenbart begränsar möjligheterna att separat bedöma effekterna av de psykologiska behandlingsformerna.

I flertalet fall har KBT som enda behandling jämförts med ingen behandling, oftast kontrollpersoner från väntelista. Därigenom ges inga möjligheter att korrigera för ospecifika behandlingseffekter som exempelvis placeboeffekter. Dessutom upplöses ofta kontrollgruppen av etiska skäl när KBT-gruppens behandling är fullbordad, vilket omöjliggör statistiska jämförelser vid senare uppföljning.

Det föreligger ofta brister i beskrivningarna av behandlingsprogrammets innehåll, insatsernas kvantitet, vilka yrkeskategorier som svarat för behandlingen och på vad sätt de psykologiska behandlingsinslagen kombinerats med andra komponenter. Sådana detaljer är av stor betydelse då behandlingseffekter ska värderas och när olika studier ska jämföras. Studierna görs ofta på patienter från undersökarnas egna kliniker/mottagningar, vilket kan begränsa antalet tillgängliga patienter. Kostnaderna för att genomföra dessa studier kan ha samma effekt och patienter från olika kliniker/mottagningar kan ofta ha olika sammansättning, vilket givetvis begränsar möjligheterna att jämföra resultaten från olika studier.

Med dessa brister i åminnelse visar undersökningsresultaten att KBT är överlägsen både annan aktiv behandling och ingen behandling alls. Effekten är, när KBT betraktas separat, visserligen måttligt stor, men den är mer markant, när KBT ingår i multidimensionella behandlingsprogram. Vissa indikationer på att behandlingseffekterna kvarstår vid uppföljning finns, men möjligheten till slutsatser begränsas av att jämförelse med kontrollgrupp då vanligen saknas.

## **Forskningsbehov**

1. Korrekt utformade långsiktiga jämförelser mellan psykologisk behandling och andra kostnadseffektiva behandlingsformer.
2. Undersökningar av "förändringsprocessen", dvs vilka behandlingsmetoder som är värda att förbättra.
3. Utveckling och utvärdering av KBT-metoder i syfte att dels förbättra behandlingen i tidigt skede och dels förebygga återfall.
4. Identifiering av prognosfaktorer för KBT.
5. Anpassning av KBT-tekniken till den enskilde patienten för att åstadkomma ett "skraddarsytt" behandlingsprogram samt bestämning av vilken teknik inom KBT som är effektivast för patienten.

## Sammanfattning

*Studiedesign.* En systematisk granskning av randomiserade, kontrollerade studier av olika former av kognitiva beteendeterapier och psykologisk behandling vid nack- och ryggsmärta.

*Målsättning.* Att fastställa nyttan med kognitiv beteendebehandling som del av ett multidimensionellt program och som självständigt begrepp. Till målsättningen hör också att granska evidensen för att utnyttja specifika metoder samt att fastställa tidpunkten för intervention.

*Summering av bakgrundsdata.* Eftersom psykosociala faktorer tycks vara ett betydelsefullt moment vid ryggsmärta, är psykologisk behandling logisk och den har ibland t o m setts som en integrerad del av behandlingen. I många rapporter har man försökt dokumentera effekterna av psykologisk behandling, men det är bara kognitiva beteendemetoder som har studerats i randomiserade, kontrollerade undersökningar. Med tanke på det relativt stora antalet studier, den stora spännvidden ifråga om vetenskaplig kvalitet, patientkaraktistika och behandlingens innehåll, är det angeläget att granska detta material för att utröna vilka slutsatser som kan dras.

*Metoder.* Vi utnyttjade medicinska och psykologiska databaser samt kontrollerade referenslistor för att identifiera 913 potentiellt relevanta artiklar. Vi valde dessutom RCT för att säkra den vetenskapliga kvaliteten. En tabell med 29 sådana undersökningar sattes upp för utvärdering av de kognitiva beteendeteknikernas effekter. Från varje rapport hämtades information rörande den studerade populationen, design, behandlingens innehåll och utfallet av nyckelvariabler/resultatmått. En studie ansågs ha positivt resultat, om den kognitiva beteendeterapin ledde till signifikant bättre resultat inom minst två av de fyra viktigaste resultatmått.

*Resultat.* De flesta studier avser ett behandlingspaket, som är anpassat efter omständigheterna och används för behandling av patienter med subakuta och kroniska ryggproblem. Tillgängliga översiktsartiklar, som använt sig av metaanalys eller systematiska metoder, framförde slutsatsen att kognitiva beteendemetoder (KBT) kan vara värdefulla. Slutsatserna varierar mellan försiktighet och entusiasm. Tabellen med randomiserade, kontrollerade studier visade att KBT-programmen på kort

sikt resulterar i måttlig eller stor förbättring avseende nyckelvariablerna jämfört med väntelistkontroller. I jämförelse med aktiv behandling är resultaten av KBT små till måttliga. Det finns en viss evidens för att KBT bibehåller de signifikanta förbättringar som uppträder mer direkt efter behandlingen. Det finns dock få indikationer på vilka komponenter i KBT-programmen som är de mest effektiva.

*Slutsatser.* Det finns en avsevärd empirisk evidens för att KBT ger ett gott bidrag i behandlingen av subakut och kronisk nack- och ryggsmärta och att kognitiv beteendeterapi därför måste anses vara ett viktigt inslag i behandlingsprogrammet. Bästa evidensen gäller variablerna för livskvalitet hos personer med långvariga problem. Där är förbättringen signifikant god. KBT-programmen resulterar i övertygande positiva förändringar, när det gäller nyckelområden som psykologisk funktion, smärta, sätt att fungera och läkemedelsanvändning. KBT-teknikerna är värdefulla på så vis att de öppnar för tidig intervention och prevention vid långtidsproblem med nack- och ryggsmärta. De siktar nämligen in sig på flera av de relevanta riskfaktorerna. Endast två studier rapporterar om sådana populationer.

Kommande forskning på området bör fokuseras även på effekterna av tidig intervention och att man i studierna definierar vilka CBT-komponenter som har bästa effekt på vilka patienter. Insikterna om hur beteendeförändringar påverkar smärtupplevelsen, och vilka processer som ligger bakom detta behöver analyseras djupare. Därmed ges möjligheter att vidareutveckla de psykologiska behandlingskomponenterna.

**Tabell 1** Ytterligare förbättringar av beteendet vid tillägg av psykologisk behandling i jämförelse med enbart medicinsk behandling [5].

Inverkan på	Procent
Arbetsförmåga	43
Läkemedelsförbrukning	63
Sjukvårdskostnader	35
Fysisk aktivitet	53
Smärtbeteende	62

**Tabell 2** Randomiserade kontrollerade prövningar där verkningarna av kognitiv beteendeterapi (KBT) vid rygg- eller nackvärk har studerats separat. + anger minst en signifikant skillnad till förmån för KBT, 0 anger ingen signifikant skillnad och att ingen jämförelse gjorts. I kolumnen Konklusion har minst två signifikanta skillnader krävts för att + ska anges.

Referens	Antal undersökta	Smärtpat	Jämförande-behandling	Psykologisk behandling	Bedömning efter behandling	Bedömning vid uppföljning	Konklusion jämfört med annan beh.
1. Alaranta m fl (1994)	293 55% kvinnor	Kronisk ryggvärk	1. Ordinär rehabilitering	2. Egen träning, gruppträning samt KBT med funktions återställande inriktning (avslappning, stresstålighet, coping)	Psyk: + Smärta: ... Funktion: + Mediciner: ... Arbete: 0	12 månader Psyk: + Smärta: + Funktion: + Mediciner: ... Arbete: 0	... +
2. Altmaier m fl (1992)	45 27% kvinnor	Ryggvärk	1. Ordinär rehabilitering	2. Dito samt KBT (avslappning, coping, övningar med förstärkning)	Psyk: ... Smärta: 0 Funktion: 0 Mediciner: ...	6 månader Psyk: ... Smärta: 0 Funktion: 0 Mediciner: ... Arbete: 0	... 0
3. Basler m fl (1997)	76 76% kvinnor	Kronisk ryggvärk, varaktighet i genomsnitt 11 år	1. Normal behandling vid smärtcentra: TENS, medicin, sjukgymnastik	2. Dito samt KBT (information, avslappning, modif. av tankemönster och känslor, uppmuntran av engena aktiviteter)	Psyk: + Smärta: + Funktion: + Mediciner: ...	6 månader Kontrollgrupp fanns inte. Förbättringar var bibehållna.	... +
4. Flor och Birbaumer (1993)	78 60% kvinnor	Kronisk värk i ryggen eller käklederna	1. Normal konservativ behandling	2. KBT (bemästrande av smärta och stress) 3. EMG- biofeedback	Psyk: + (>3) Smärta: + (>2, 1) Funktion: ... Mediciner: ...	24 månader EMG-biofeedback bäst Psyk: + Smärta: ... Funktion: + Mediciner: ... Arbete: ... Sjukvårdsutnyttjande: +	... +

Tabellen fortsätter på nästa sida

**Tabell 2** fortsättning

Referens	Antal undersökta	Smär்த்தyp	Jämförande-behandling	Psykologisk behandling	Bedömning efter behandling	Bedömning vid uppföljning	Konklusion jämfört med annan beh.
5. Fordyce m fl (1986)	107 39% kvinnor	Akut (1–10 dagar) ryggvärk	1. Ordinär behandling	2. Beteendebehandling (operant träning, påverkan på läkemedelsanvändning)	Psyki: ... Smärta: 0 Funktion: 0 Mediciner: ...	12 månader Psyki: ... Smärta: ... Funktion: + Mediciner: ... Arbete: 0	... ... ... ... 0
6. Friedrich m fl (1998)	93 49% kvinnor	Kronisk ryggvärk (genom snittlig varaktighet 48 månader)	1. Ordinärt träningsprogram	2. Dito samt följsamhetsprogram (instruktioner, förstärkning, kontrakt, påminnelser, kontroll)	Psyki: 0 Smärta: 0 Funktion: + Mediciner: ... Arbete: +	12 månader (följsamhet 2>1) Psyki: 0 Smärta: 0 Funktion: + Mediciner: ... Arbete: +	... ... ... ... +
7. Keller m fl (1997)	63 71% kvinnor	Kronisk värk	1. Ingen behandling	2. KBT (träningsmål, coping, avslappning, information)	Psyki: + Smärta: + Funktion: + Mediciner: ...	6 månader 1: Ingen uppföljning 2: Förbättring bibehållen	+ ... ...
8. Kerns m fl (1986)	28 18% kvinnor	Kronisk värk	1. Ingen behandling	2. Beteendeterapi (social förstärkning, upprepning, kontroll, avslappning) 3. KBT (förändring av tankemönster, coping, avslappning, rollspel)	Psyki: + (3>2, 1) Smärta: + (3>2, 1) Funktion: + (3>2, 1) Mediciner: ...	Sjukvårdsutnyttjande: + (2, 3>1) 3/6 månader 1: Ingen uppföljning 2, 3: Skillnader mellan behandlingsmarginell	+ ... ...

**Tabell 2** fortsättning

Referens	Antal undersökta	Smärtp typ	Jämförande- behandling	Psykologisk behandling	Bedömning efter behandling	Bedömning vid uppföljning	Konklusion jämfört med ingen beh. annan beh.
9. Kole- Snijders m fl (under tryckning)	148 64% kvinnor	Kronisk rygg- värk, genom- snitt 9,8 år	1. Ingen behandling 2. Ordinär behandling (gradvis ökad aktivitet) (gruppen = 1 efter vänte- period)	3. Operant program (gradvis ökad aktivitet, träning av make/maka) + kognitiv påverkan och avslappning 4. Operant (som 2) + gruppdiskussion om värk	Psyk: + (4, 3>1) Smärta: + (3>4, 1) Funktion: + (4, 3>1) Mediciner: ...	12 månader behandlings- effekter bibehållna, ingen signifikant skillnad mellan de tre KBT- grupperna (2, 3, 4)	+ ...
10. Lindström m fl (1992, 1993)	103 31% kvinnor	Ryggvärk sedan kort tid	1. Ordinär behandling	2. Gradvis ökad aktivitet, arbetsplats- besök, ryggskola	Ingen	24 månader Psyk: ... Smärta: ... Funktion: + Mediciner: ... Arbete: +	+ ...
11. Linton, Götestam (1984)	20 55% kvinnor	Kronisk ryggvärk	1. Ingen behandling	2. Avslappning 3. Som 2 samt operant terapi (avslappning, minskning av läke- medel, social för- stärkning)	Psyk: + (3, 2>1) Smärta: + (2>1) Funktion: + (3, 2>1) Mediciner: + (3, 2>1)	9 månader 1: Ingen uppföljning 2, 3: Förbätt- ningar bibehållna	+ ...
12. Linton m fl (1985), Melin m fl (1988)	28 54% kvinnor	Kronisk ryggvärk	1. Ingen behandling	2. Ordinär behandling 3. Som 2 samt avslapp- ningsövning, operant aktivitet	Psyk: 0 Smärta: + (3>2, 1) Funktion: + (3>1) Mediciner: + (3>1)	20 månader Psyk: 0 Smärta: + (3>2, 1) Funktion: + (3>2, 1) Mediciner: 0 Arbete: 0	+ ...

Tabellen fortsätter på nästa sida

**Tabell 2** fortsättning

Referens	Antal undersökta	Smärtyp	Jämförande-behandling	Psykologisk behandling	Bedömning efter behandling	Bedömning vid uppföljning	Konklusion jämfört med annan beh.
13. Moore, Chaney (1985)	43 2% kvinnor	Kronisk värk, varav 29 rygg	1. Ingen behandling	2. KBT (avslappning, operant betingning) 3. KBT parvis (samma som 2, men patienter samt partner behandling) Mediciner: ...	Psyk: + (3, 2>1) Smärta: + (3, 2>1) Funktion: + (3, 2>1) Mediciner: ...	7 månader 1: Ingen uppföljning 2, 3: Förbättring bibehållen, 2=3	+ ...
14. Newton-John m fl (1995)	44 61% kvinnor	Kronisk ryggvärk	1. Ingen behandling	2. KBT (målsättning, aktivitetsplanering, avslappning, omstrukturering av tankemönster) 3. EMG-biofeedback Mediciner: ...	Psyk: + (3, 2>1) Smärta: + (3, 2>1) Funktion: + (3, 2>1) Mediciner: ...	6 månader 1: Ingen uppföljning 2, 3: Förbättring bibehållen	+ ...
15. Nicholas m fl (1992)	20 45% kvinnor	Kronisk ryggvärk	1. Uppmärksamhetssträning, ryggtutbildning, fysisk träning	2. Som 1 samt KBT (aktivitetsmål, depressionsbehandling, coping, tankemönster)	Psyk: + Smärta: 0 Funktion: + Mediciner: ...	6 månader Psyk: + Smärta: 0 Funktion: + Mediciner: ... Arbete: ...	+ ...
16. Nicholas m fl (1991)	58 52% kvinnor	Kronisk ryggvärk	1. Fysikalisk terapi 2. Som 1 samt särskild uppmärksamhet	3. Som 1 samt kognitiv terapi (negativa tankemönster, avslappning, smärtcoping) 4. Som 1 samt beteendeterapi (aktivitetsmål, depression, avslappning)	Psyk: + (3, 4>2, 1) Smärta: + (3, 4>2, 1) Funktion: + (3, 4>2, 1) Mediciner: + (3, 4>2, 1)	12 månader Psyk: + (3, 4>2, 1) Smärta: + (3, 4>2, 1) Funktion: + (3, 4>2, 1) Mediciner: 0 Arbete: ...	+ ...

**Tabell 2** fortsättning

Referens	Antal undersökta	Smärtpyp	Jämförande-behandling	Psykologisk behandling	Bedömning efter behandling	Bedömning vid uppföljning	Konklusion jämfört med annan beh.
17. Peters, Large (1990, 1992)	68 62% kvinnor	Kronisk värk, varav 29 rygg	1. Ingen behandling	2. KBT i slutet vård 3. KBT i öppen vård (KBT= information, avslappning, coping-träning, fysisk träning, rådgivning allmänt och om läkemedel, social förstärkning)	Psyk: + (2, 3>1) Smärta: + (2, 3>1) Funktion: + (2, 3>1) Mediciner: ...	12 månader Psyk: 0 Smärta: + (2, 3>1) Funktion: 0 Mediciner: ... Arbete: + (3, 2>1)	+ ...
18. Puder (1988)	69 71% kvinnor	Kronisk värk, varav 70% muskuloskeletal	1. Ingen behandling	2. KBT (stresstålighet)	Psyk: + Smärta: 0 Funktion: + Mediciner: + Sjukvårdsutnyttjande: +	6 månader 1: Ingen uppföljning 2: Förbättring bibehållen	+ ...
19. Rose m fl (1997)	84 ?% kvinnor	Kronisk ryggvärk (8,1 år)	1. Grupp-KBT (information, tankemönster, gradvis ökad aktivitet, avslappning)	2. Individuell KBT (som i 1)	Psyk: + Smärta: + Funktion: + Mediciner: ...	6 månader Psyk: + Smärta: + Funktion: + Mediciner: ... Arbete: ...	+ ...
20. Spence (1989, 1991)	45 98% kvinnor	Kronisk värk i nacke, skuldror, armar	1. Ingen behandling	2. Individuell KBT (avslappning, målsättning, kognitiv omstrukturering, coping, självförtroende) 3. Grupp-KBT	Psyk: + (3, 2>1) Smärta: 0 Funktion: + (3, 2>1) Mediciner: 0	24 månader 1: Ingen uppföljning 2, 3: Förbättring bibehållen, 2=3	+ ...

Tabellen fortsätter på nästa sida

**Tabell 2** fortsättning

Referens	Antal undersökta	Smärtyp	Jämförande-behandling	Psykologisk behandling	Bedömning efter behandling	Bedömning vid uppföljning	Konklusion jämfört med ingen beh.	annan beh.
21. Spence m fl (1995)	48 84% kvinnor	Kronisk värk i nacke, skuldror, armar	1. Ingen behandling	2. anpassad avslappning 3. EMG-biofeedback 4. 2 samt 3	Psyki: + (4, 3, 2>1) Smärta: 0 Funktion: 0 Mediciner: ...	6 månader 1: ingen uppföljning övriga: viss försämring, men fortfarande signifikant bättre beträffande depression, föreställningar och ångest	0	...
22. Strong (1998)	30 ?% kvinnor	Kronisk ryggvärk (7 år)	1. Placebo (ospecifik hälsoinformation) samt ordinär rehabilitering	2. KBT (psykologisk information fr.a. om kognitiv, emotionell och beteendemässig förändring) + ordinär rehabilitering	(3 faktorer används i analysen) Psyki: + Smärta: + Funktion: + Mediciner: ...	3 månader endast 18 patienter tillgängliga	...	+
23. Stuckey m fl (1986)	24 54% kvinnor	Kronisk ryggvärk minst 6 månader	1. Placebo (samma arrangemang som 2, men ingen feedback)	2. EMG-biofeedback (EMG från övre delen av kappmuskeln) 3. Avslappning (progressiv)	Psyki: + (3>2, 1) Smärta: + (3>2, 1) Funktion: + (3>2) Mediciner: ... relativt små skillnader.	Ingen uppföljning	...	+
24. Turner, Jensen (1993)	102 54% kvinnor	Kronisk ryggvärk med lindrig funktionsstörning	1. Ingen behandling	2. Kognitiv terapi (stresstålighet, coping, påverkan av negativa känslor) 3. Avslappning (progressiv) 4. 2 samt 3	Psyki: 0 Smärta: + (4, 3, 2>1) Funktion: 0 Mediciner: ...	12 månader 1: Ingen uppföljning Alla 3 behandlingsgrupperna signifikant förbättrade före uppföljning	0	...

**Tabell 2** fortsättning

Referens	Antal undersökta	Smärtpyp	Jämförande- behandling	Psykologisk behandling	Bedömning efter behandling	Bedömning vid uppföljning	Konklusion jämfört med ingen beh. annan beh.
25. Turner; Clancy (1988)	81 37% kvinnor	Kronisk rygg- värk med lindrig funk- tionsstörning	1. Ingen behandling	2. Operant terapi (social förstärkning, Kommu- nikation, mål för fysisk träning) 3. KBT (avslappning, påverkan av negativa känslor och kognition, coping)	Psyki: + (2>1) Smärta: + (2>1) Funktion: + (2>1) Mediciner: ...	12 månader 1: Ingen uppföljning 2, 3: Förbättrade, 2=3	+ ...
26. Turner m fl (1990)	96 48% kvinnor	Kronisk rygg- värk med lindrig funk- tionsstörning	1. Ingen behandling	2. Aerob träning 3. Beteendeterapi enbart (social för- stärkning, kommunika- tion, målsättning) 4. 2 samt 3	Psyki: + (4>1) Smärta: + (4>1) Funktion: + (4>1) Mediciner: ...	12 månader 1: Ingen uppföljning övriga: bestående förbättring, ingen skillnad mellan grupperna	+ ...
27. Turner (1982)	36 85% kvinnor	Kronisk ryggvärk	1. Uppmärk- samhet	2. Avslappning (progressiv) 3. KBT (avslappning, stresstålighet)	Psyki: + (3, 2>1) Smärta: + (3, 2>1) Funktion: + (3, 2>1) Mediciner: ...	24 månader 1: Ingen uppföljning 2, 3: Förbättring kvarstår, 2=3	+ ...
28. von Korff m fl (under tryckning)	255 62% kvinnor	Ryggvärk (6-8 veckor efter primär behandling)	1. Ordinär behandling samt bok om egenvård	2. Instruktion i egenvård (problemlösning, styrning av aktivitet, utbildningsvideor)	Psyki: + Smärta: 0 Funktion: + Mediciner: ...	12 månader inställning till egen- vård: 2 mera positiv än 1 Psyki: + Smärta: 0 Funktion: + Mediciner: ... Arbete: ...	+ ...

Tabellen fortsätter på nästa sida

**Tabell 2** fortsättning

Referens	Antal undersökta	Smärttyp	Jämförande-behandling	Psykologisk behandling	Bedömning efter behandling	Bedömning vid uppföljning	Konklusion jämfört med annan beh. ingen beh. +
29. Williams m fl (1996)	121 53% kvinnor	Kronisk värk, varav 74% nacke/rygg	1. Ingen behandling	2. KBT i slutna vård (kvantiterad fysisk träning, målsättning, planering, information, problemlösning, medicin-minskning, familje-relationer) 3. KBT i öppen vård	Psyk: + (2>3>1) Smärta: + (2>3>1) Funktion: + (2>3>1) Mediciner: + (2>3>1)	12 månader 1: Ingen uppföljning 2, 3: Förbättring bibehållen, 2>3	+

Definitioner av resultatvariabler: *Psyk*: psykologisk variabel som depression, ångest/spänning, känslor, coping; *Smärta*: skattad intensitet eller ett index; *Funktion*: t ex nivå av dagliga aktiviteter eller av funktionshinder; *Mediciner*: användningsvanor, t ex mängd smärtstillande medel; *Arbete*: sjukfrånvarotid eller återgång i arbete; *Sjukvårdsutnyttjande*: antal besök hos läkare, sjukgymnast etc.

- + Positivt utfall: den psykologiska behandlingen är mer effektiv (statistiskt signifikant skillnad) än jämförelsebehandlingen beträffande minst två resultatdomäner, och det finns inga statistiskt signifikanta skillnader i övriga domäner.
- Negativt utfall: den psykologiska behandlingen är mindre effektiv (statistiskt signifikant skillnad) än en jämförelsebehandling beträffande minst en resultatdomän, och det finns inga statistiskt signifikanta skillnader beträffande andra resultatvariabler eller den psykologiska behandlingen är inte mer effektiv än ingen behandling.
- 0 Neutralt utfall: det finns ingen statistiskt signifikant skillnad mellan den psykologiska behandlingen och jämförelsebehandlingen beträffande någon av resultatdomänerna.
- ... Uppgift saknas: variabeln undersöktes inte, eller utformningen möjliggjorde inte jämförelse.

## Referenser

1. Alaranta H, Rytökoski U, Rissanen A et al. Intensive physical and psychosocial training program for patients with chronic low back pain. A controlled clinical trial. *Spine* 1994;19:1339–49.
2. Altmaier EM, Lehmann TR, Russell DW, Weinstein JN et al. The effectiveness of psychological interventions for the rehabilitation of low back pain: A randomized controlled trial evaluation. *Pain* 1992;49:329–35.
3. Compas BE, Haaga DAF, Keefe FJ, Leitenberg H, Williams DA. A sampling of empirically supported psychological treatments from health psychology: Smoking, chronic pain, cancer, and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998;66:89–112.
4. Cutler RB, Fishbain DA, Rosomoff HL, Abdel-Moty E, Khalil TM, Rosomoff RS. Does nonsurgical pain center treatment of chronic pain return patients to work? A review and meta-analysis of the literature. *Spine* 1994;19:643–52.
5. Flor H. A way out of the vicious circle: Learning to manage chronic pain through self-control. Berlin: Humboldt University, 1997.
6. Flor H. Der Stellenwert verhaltenstherapeutischer Ansätze bei der Behandlung chronischer Schmerzen (The value of behavior therapy in the treatment of chronic pain). *Der Kassenarzt* in press.
7. Flor H, Birbaumer N. Comparison of the efficacy of electromyographic biofeedback, cognitive-behavioral therapy, and conservative interventions in the treatment of chronic musculoskeletal pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993; 61:653–8.
8. Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: A meta-analytic review. *Pain* 1992;49: 221–30.
9. Fordyce WE. Behavioral methods for chronic pain and illness. St. Louis, Mo.: Mosby, 1976.
10. Fordyce WE, Brockway JA, Bergman JA, Spengler D. Acute back pain: A control-group comparison of behavioral vs traditional management methods. *Journal of Behavioral Medicine* 1986;9:127–40.
11. Gatchel RJ, Turk DC. Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook. New York: The Guilford Press, 1996.
12. Grzesiak RC, Ury GM, Dworkin RH. Psychodynamic psychotherapy with chronic pain patients. In: Gatchel RJ, Turk DC, eds. Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook. New York: The Guilford Press, 1996 (vol 1).
13. Haldorsen EMH, Kronholm K, Skouen JS, Ursin H. Multimodal cognitive behavioral treatment of patients sicklisted for musculoskeletal pain: A randomized controlled study. *Scandinavian Journal of Rheumatology* 1998;27:16–25.
14. Jensen IB, Bodin L. Multimodal cognitive-behavioural treatment for workers with chronic spinal pain: A matched cohort study with an 18-month follow-up. *Pain* 1998;76:35–44.

15. Jensen IB, Nygren Å, Lundin A. Cognitive-behavioral treatment for workers with chronic spinal pain: A matched and controlled cohort study in Sweden. *Occupational and Environmental Medicine* 1994; 51:145–51.
16. Keller S, Ehrhardt-Schmelzer S, Herda C, Schmid S, Basler HD. Multidisciplinary rehabilitation for chronic back pain in an outpatient setting: A controlled randomized trial. *European Journal of Pain* 1997; 1:279–92.
17. Kerns RD, Turk DC, Holzman AD, Rudy TE. Comparison of cognitive behavioral and behavioral approaches to the outpatient treatment of chronic pain. *Clinical Journal of Pain* 1986;1:195–203.
18. Kole-Snijders AMJ, Vlaeyen JWS, Goossens MEJB et al. Chronic low back pain: What does cognitive coping skills training add to operant behavioral treatment? Results of a randomized clinical trial. In press.
19. Lindström I, Öhlund C, Eek C et al. The effect of graded activity on patients with subacute low back pain: A randomized prospective clinical study with an operant-conditioning behavioral approach. *Physical Therapy* 1992;72:279–93.
20. Lindström I, Öhlund C, Nachemson A. Validity of patient reporting and predictive value of industrial physical work demands. *Spine* 1994;19:888–93.
21. Linton SJ, Götestam KG. A controlled study of the effects of applied relaxation and applied relaxation plus operant procedures on the regulation of chronic pain. *British Journal of Clinical Psychology* 1984;23:291–9.
22. Linton SJ, Melin L, Stjernlöf K. The effects of applied relaxation and operant activity training on chronic pain. *Behavioral Psychotherapy* 1985;13:87–100.
23. Moore JE, Chaney EF. Outpatient group treatment of chronic pain: Effects of spouse involvement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1985;53:326–34.
24. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain in press*.
25. Newton-John TR, Spence SH, Schotte D. Cognitive-behavioural therapy versus EMG biofeedback in the treatment of chronic low back pain. *Behav Res Ther* 1995;33:691–7.
26. Nicholas MK, Wilson PH, Goyen J. Operant-behavioural and cognitive-behavioural treatment for chronic low back pain. *Behaviour Research & Therapy* 1991;29:225–38.
27. Nicholas MK, Wilson PH, Goyen J. Comparison of cognitive-behavioral group treatment and an alternative non-psychological treatment for chronic low back pain. *Pain* 1992;48:339–47.
28. Peters JL, Large RG. A randomised control trial evaluating in- and outpatient pain management programmes. *Pain* 1990 ;41:283–93.
29. Puder RS. Age analysis of cognitive-behavioral group therapy for chronic pain outpatients. *Psychology and Aging* 1988; 3:204–7.

30. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone, 1997.
31. Spence SH. Cognitive-behavioral therapy in the management of chronic, occupational pain of the upper limbs. *Behavior Research and Therapy* 1989;27:435–46.
32. Spence SH, Sharpe L, Newton-John T, Champion D. Effect of EMG biofeedback compared to applied relaxation training with chronic, upper extremity cumulative trauma disorders. *Pain* 1995;63:199–206.
33. Turk DC. Biopsychosocial perspective on chronic pain. In: Gatchel RJ, Turk DC, eds. *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook*. New York: Guilford Press, 1996 (vol 1).
34. Turner JA. Comparison of group progressive-relaxation training and cognitive-behavioral group therapy for chronic low back pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1982;50:757–65.
35. Turner JA. Educational and behavioral interventions for back pain in primary care. *Spine* 1996;21:2851–9.
36. Turner JA, Clancy S. Comparison of operant behavioral and cognitive-behavioral group treatment for chronic low back pain. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1988;56:261–6.
37. Turner JA, Clancy S, McQuade KJ, Cardenas DD. Effectiveness of behavioral therapy for chronic low back pain: A component analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1990;58:573–9.
38. Turner JA, Jensen MP. Efficacy of cognitive therapy for chronic low back pain. *Pain* 1993;52:169–77.
39. van Tulder MW, Assendelft WJJ, Koes BW, Bouter LM. Methodologic guidelines for systematic reviews in the Cochrane Collaboration Back Review Group for spinal disorders. *Spine* 1997;22:2323–30.
40. van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain. *Spine* 1997;22:2128–56.
41. von Korff M, Moore JE, Lorig K et al. A randomized trial of a lay-led self-management group intervention for back pain patients in primary care. *Spine* in press.
42. Williams ACdC, Richardson PH, Nicholas MK, et al. Inpatient vs outpatient pain management: Results of a randomised controlled trial. *Pain* 1996;66:13–22.