

Kroppsforhold, smerteopplevelse og psykologiske karakteristika hos pasienter med smerteforstyrrelse

Siri Berg Andersen



Hovedoppgave innlevert ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

20.04.2007.

Sammendrag

Siri Berg Andersen: "Kroppsforhold, smerteopplevelse og psykologiske karakteristika hos pasienter med smerteforstyrrelse"

Veileder: Jon T. Monsen

Oppgavens problemstilling var å undersøke et smertepasientutvalg (PDK-2; $N = 42$) med hensyn til diagnoser (DSM-IV), kroppslige karakteristika (holdning, respirasjon, bevegelse og muskulatur), smerteopplevelse, selvrapporterte psykologiske (SCL-90-R) og interpersonlige (IIP-C) problemer, og utforske eventuelle sammenhenger mellom kroppsforhold, smerte og psykologiske/interpersonlige problemer hos disse pasientene. Videre ble utvalget sammenliknet med et tidligere smertepasientutvalg (PDK-1; $N = 40$) og et normalt referanseutvalg ($N = 302$). Studien var knyttet opp til "Multisenterprosjektet for studier av prosess og utfall i psykoterapi", og var basert på allerede innsamlet datamateriale. Studien var en naturalistisk undersøkelse uten kontrollgruppe. Utvalget ble analysert med deskriptiv statistikk, MANOVA, prinsippal komponent-analyse og toveis korrelasjonsanalyse. Resultatene viste at utvalget var preget av høy psykiatrisk komorbiditet, betydelige avvikende funn på den fysioterapeutiske kroppsundersøkelsen samt langvarige og moderate smerteplager. Det var signifikante forskjeller mellom utvalget og referanseutvalget hva gjaldt selvrapporterte psykologiske symptomer og interpersonlige problemer knyttet til selvhevdelse og selvavgrensning. Utvalget skilte seg lite fra et tidligere smertepasientutvalg på de samme målene, men var signifikant forskjellig fra dette utvalget med hensyn til smerteopplevelse. Resultatene peker i retning av at smerteopplevelse er nærmere relatert til psykologiske mål enn til kroppslige variabler, og at smerteopplevelse og smertevarighet kan sies å representere to ulike dimensjoner ved smerte. Et kroppsmønster bestående av lav bevegelsesmessig fleksibilitet var relatert til økt interpersonlig sensitivitet, fobisk angst, tilbaketrekning/mistenksomhet og en distansert/unnvikende interpersonlig stil.

Forord

Forarbeidet til denne oppgaven startet da jeg var student på Jon T. Monsens DT1-gruppe ved Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo høsten 2005, og han la frem Diaphragmamodellen som eksempel på hvordan affektoplevelse er relatert til pust og muskulære spenninger. Etter selv å ha gått i psykomotorisk fysioterapi og erfart betydningen av å puste med magen, spurte jeg Jon om dette kunne være et tema for hovedoppgave. Jeg er derfor svært takknemlig og ydmyk over å ha fått tilgang til så mye datamateriale som andre har brukt lang tid på å samle inn og systematisere, og over at jeg ble tiltrodd oppgaven med å punche inn og organisere dataene fra Kroppsundersøkelsen.

Flere personer fortjener en spesiell takk. Kirsti Monsen har kommet med verdifulle kommentarer og forslag til tolkninger av resultatene fra Kroppsundersøkelsen. Erik Carlquist har bidratt med nyttige innspill og konstruktive kommentarer ved gjennomlesning av førsteutkast. Takk til min familie som alltid har støttet meg og hatt tro på mine faglige evner. En kjempestor takk til Håvard for forståelse for at jeg måtte skrive selv når du kom hele veien fra Bergen for å besøke meg, og for emosjonell støtte og oppmuntring når jeg ikke trodde jeg skulle komme i mål.

Størst takk går til Jon, for inspirerende, stødig og engasjert veiledning; for tålmodig rettleiding ifm. statistiske problemstillinger, og for at du beholdt roen og optimismen når jeg ikke gjorde det.

Oslo, 19.04.2007.

Siri Berg Andersen

Innhold

Innledning	1
Psykosomatisk teori	3
Karakteranalytisk tradisjon	3
Norsk psykomotorisk fysioterapi	4
Diaphragmamodellen	5
Psykodynamisk kroppsterapi	5
Psykodynamiske tilnærminger	6
Interpersonlig teori	7
Forståelse av psykosomatiske tilstander innenfor dynamisk psykologi	8
Oppsummering	9
Smerte	10
Somatoforme lidelser i ICD-10 og DSM-IV	11
Tidligere studier	12
Sammenhenger mellom smerte og psykiske plager	12
Sammenhenger mellom kroppslige variabler, psykologiske problemer og smerteforstyrrelse	12
Problemstillinger og hypoteser	13
Metode	14
Utvalg	14
Kartleggingsmetoder	16
DSM-IV-diagnoser	16
Kroppsundersøkelse	16
SCL-90-R	17
IIP-C	18
Smerteopplevelse	18
Prosedyre	19
Diagnostikk	19
Kroppsundersøkelsen	19
Statistiske analyser	19
Resultater	20
Diagnoser	20
Aktuelle diagnoser	20
Tidligere diagnoser	21
Akse V – globalt funksjonsnivå	21
Funn fra Kroppsundersøkelsen	23
Smerteplager	26
Smerteplager – sammenlikning mot PDK-1	26
Interpersonlige problemer (IIP-C) og psykologiske symptomer (SCL-90-R)	27
PDK-2 mot PDK-1	27
PDK-2 mot normalt referanseutvalg	27

Oppsummering, PDK-2 mot PDK-1	28
Sammenhenger mellom opplevd smerte, psykologiske symptomer og interpersonlige problemer	29
Mønstre i kroppslige avvik	29
Smertelokalisering	31
Interkorrelasjoner, smerte	31
Sammenhenger mellom smertelokalisering, psykologiske symptomer og interpersonlige problemer	32
Kombinerte indekser	32
Subskalaer fra SCL-90-R og IIP-C	32
Sammenhenger mellom kroppsmønstre, psykologiske symptomer og interpersonlige problemer	33
Kombinerte indekser	33
Subskalaer fra SCL-90-R og IIP-C	33
Relasjoner mellom mønstre i kroppslige avvik og smerteplager	34
Diskusjon	35
Hovedtrekk i deskriptive funn	35
Diagnoser	35
Kroppsundersøkelsen	35
Smerteplager	36
Selvrapporterte psykologiske og interpersonlige problemer	37
Hovedtrekk i korrelasjonelle funn	39
Smerteopplevelse, psykologiske og interpersonlige problemer	39
Smertelokalisering (faktorer), psykologiske symptomer og interpersonlige problemer	40
Kroppsmønstre, psykologiske symptomer og interpersonlige problemer	40
Kroppsmønstre og smerte	43
Oppsummering av korrelasjonene mellom kroppsmønstre, psykologiske karakteristika og smerteplager	45
Metodiske begrensninger	46
Områder for videreføring	48
Konklusjon	48

Innledning

Det kroppslige er en viktig del av menneskets følelsesmessige erfaring. Uttrykk fra dagligspråket som å ”hoppe av glede”, ”bøye seg i skam”, ”trekke et lettelsens sukk”, ”ta seg sammen” og ”bli stiv av skrekk” er velkjente for oss alle. Darwin fant at de ulike emosjonene kjennetegnes av det samme karakteristiske ansiktsuttrykket over alle deler av verden (Ekman & Friesen, 1971; fra Gazzaniga, Ivry & Mangun, 2002), og viste dermed hvor viktig det kroppslige uttrykket for emosjonelle tilstander er for individets egen opplevelse av følelsen, og for medmenneskers forståelse og innlevelse med denne. Innenfor nevropsykologien har man funnet evidens for at spesifikke hjernestrukturer, nervebaner og muskelgrupper er involvert i dannelsen av og opplevelsen av emosjoner, og at det nevralt korrelatet kan være til dels spesifikt for en gitt emosjon (Bear, Connors & Paradiso, 2001).

Ifølge Tomkins er affektene menneskets primære motivasjonssystem (Monsen & Monsen, 1999; Vaillant, 1997). Affekter bidrar til å forsterke våre opplevelser; de signaliserer til oss selv – og andre – hva som har betydning fremfor noe annet, og gir derigjennom mening til det som skjer med oss (Monsen & Monsen, 1999). Følelser skaper helhet i tilværelsen. Både innenfor klinisk psykologi og helsepsykologi fremholdes det hvor viktig det er for mennesket å oppleve mening i situasjoner, både for å erfare mestring og kontroll (Faleide & Lian, 2004; Gullestad & Killingmo, 2005), og for å få tilfredsstilt det eksistensielle behovet for at det som skjer, har en betydning.

Med utgangspunkt i dette blir et sentralt spørsmål hvilke følger tilbakeholdelse, undertrykking, uklar organisering og manglende begrepsdannelse av enkelte følelser får, mentalt og kroppslig. For eksempel kan spent og knudret muskulatur indikere et psykisk forsvar i beredskap; man tar seg sammen (Mølstad et al., 1995). Videre kan kroppslig smerte fungere som avleder for psykisk ubehag (Faleide & Lian, 2004). Å holde tilbake gråt, som bør være en kjent erfaring for mange, får også kroppslige konsekvenser: Vi spenner musklene i halsen og rundt munnen, presser leppene sammen (Smørvik & Harbitz, 2004), og kjenner likevel at ”gråten presser på”. En sentral antakelse i tidlig psykoanalyse var at psykisk konflikt og fortrengningen av denne fører til kroppslige symptomer som lammelser og kramper (Mitchell & Black, 1995). Innenfor nyere teorier blir psykisk forsvar sett på som unngåelse av negativ affekt (Vaillant, 1997), altså som undertrykking av sentrale

opplevelseskvaliteter, og resultatet kan bli lavere følelsesbevissthet (Monsen & Monsen, 1999) og affektflathet (McDougall, 1989). Sletvold (2005) hevder at all psykoterapi handler om å arbeide med det han kaller 'emosjonelle kroppstilstander'; "...kroppens ubevisste reaksjon på alle inntrykk fra omgivelsene og hukommelsen, fra det ytre og det indre miljø" (Sletvold, 2005, s. 497). Altså kan emosjonelle kroppstilstander forstås som ubevisst, akkumulert viten om oss selv i verden. Et sentralt mål i psykoterapi vil være å gjøre denne ubevisste, kroppslige erfaringen bevisst, slik at individet kan få en mer vital opplevelse av seg selv. Ofte nærmer man seg dette ved å sette ord på, og dermed symbolisere og kode affekt som tidligere var ikke-symbolisert, ikke-kodet og ikke-erkjent – eller som har blitt undertrykt (McDougall, 1989; Sletvold, 2005; Vaillant, 1997). Innenfor psykomotorisk fysioterapi og psykodynamisk kroppsterapi blir berøring og øvelser anvendt for å løse opp i kroppslige spenninger som man antar har et psykisk opphav, for slik å gjøre fortrenget/undertrykte erfaringer tilgjengelige (Bunkan, 2001; Monsen, 1989; 2002).

Antakelsen om at kroppslige symptomer kan være uttrykk for følelsesmessige problemer er relevant for hvordan man skal forstå somatoforme lidelser, definert som "vedvarende presentasjon av fysiske symptomer til tross for manglende medisinske funn" (World Health Organisation (WHO), 1994/2004, s. 182, min oversettelse). Muskel- og skjelettlidelser – herunder kroniske smerter – er en av de hyppigste årsakene til sykemelding og uføretrygd i vestlige samfunn, og koster store summer årlig (McGuire & Shores, 2001). Prevalenstall for kronisk smerte er anslått til 3,1% i Norge (Faleide & Lian, 2004). For kvinner mellom 20 og 49 år er forekomsten betydelig høyere; mellom 6,1 og 10,5% i ulike studier (ibid.). Prevalens for diagnosen smerteforstyrrelse er i en nyere populasjonsstudie (Fröhlich et al., 2006) anslått til rundt 8%. Smertetilstander uten påvist medisinsk årsak anses som vanskelig å behandle (Monsen, 2000), og det er derfor av interesse å oppnå økt kunnskap om disse tilstandenes fremtreden; hvordan de arter seg rent kroppslig, hvilke psykologiske problemer som eventuelt samvarierer med smerteforstyrrelse (komorbiditet), og hvordan interpersonlige problemer er relatert til kroniske smerter.

Denne oppgaven tar sikte på å undersøke kroppslige og psykologiske karakteristika ved et utvalg smertepasienter. I det følgende vil jeg skissere hvilke perspektiver som har blitt lagt på somatoforme lidelser generelt, ut ifra klassisk psykosomatikk, karakteranalytisk teori, norsk psykomotorisk fysioterapi og nyere psykodynamisk teori. Deretter kommer jeg til å se på hvordan smerter og smertelidelse mer spesifikt har blitt forstått innenfor en psykosomatisk og

psykologisk ramme.

Studien har brukt data fra prosjektet ”Evaluering av Psykodynamisk Kroppsterapi (PDK) hos pasienter med kroniske smertelidelser” (Monsen, 2000), som er støttet av Norges Forskningsråd, Medisin og Helse. Studien er også tilknyttet ”Multisenterprosjektet for studier av prosess og utfall i psykoterapi” (Havik, O. E., Monsen, J. T., Høglend, P., von der Lippe, A., Lyngstad, G., Stiles, T. & Svartberg, M, 1995), som har fått støtte fra Norges Forskningsråd, Medisin og Helse; Helse og rehabilitering gjennom Rådet for psykisk helse; Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo; Institutt for psykiatri, Universitetet i Oslo og Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Psykosomatisk teori

’Psykosomatiske tilstander’ kan defineres som: ”fysiske symptomer eller feilfunksjoner i kroppsorganer og -systemer knyttet til psykososiale faktorer” (Faleide & Lian, 2004, s 12). Innenfor den klassiske psykosomatikken, som utviklet seg på 1940- og 50-tallet, har det vært et dominerende syn at psykiske konflikter kan fremkalle kroppslig sykdom (ibid.). Psykosomatisk teori er, til tross for at den har fjernet seg fra psykoanalytiske teorier, fortsatt sterkt preget av psykodynamisk tankegang. Alexander (1950; fra Faleide & Lian, 2004) fremholdt at indre organer kan bli påvirket av emosjonelle tilstander. Videre hevdet han at hvis en emosjonell tilstand vedvarer, og særlig hvis den handlingsmessige komponenten av emosjonen ikke uttrykkes, vil organene ikke gjenvinne sin opprinnelige balanse, med det resultat at fysiologiske og vegetative (dvs. prosesser betinget av det autonome nervesystemet) reaksjoner blir langvarig påvirket (ibid.). Andre tidlige psykosomatikere hevdet at det var *ubevisste* emosjonelle konflikter som var årsaken til psykosomatiske tilstander, mens andre igjen mente at tilstandene skyldtes *manglende emosjonell ekspressivitet* (Taylor, 1987). En forlengelse av det siste perspektivet er at emosjonene istedenfor å uttrykkes symbolsk gjennom språk, får utløp gjennom det autonome nervesystemet, og dermed får et organisk-symbolsk uttrykk (McDougall, 1991). Emosjonene ”tar snarveien” gjennom kroppen.

Karakteranalytisk tradisjon

Freud (1957/1991) omtalte pasientens motstand mot å bli analysert som en av de største utfordringene for terapeuten i terapiprosessen, og beskrev dette som en del av pasientens

*karakter*¹; deler av personligheten som pasienten selv ikke vedstår seg. Freud anså det derfor som viktig å analysere og overkomme motstanden før man kunne identifisere og tolke pasientens ubevisste konflikter (Raknes, 1970; Reich, 1928/1991). Likeledes så Wilhelm Reich (1928/1991) det som et kriterium for en vellykket analyse at pasienten åpnet seg for terapeuten. Et sentralt hinder mot dette var ifølge Reich pasientens karakter, og han utviklet begrepet 'karakternevrose' (til forskjell fra symptomnevrose). Karakternevrosen viser seg klinisk som et massivt forsvar mot terapeutiske intervensjoner ('karakterpanser'), samt som en spesifikk holdning (ibid.). Opphavet til karakternevrosen var etter Reichs' syn en kombinasjon av pasientens personlighet og barndomserfaringer, og dens funksjon er å beskytte mot ubehagelige emosjoner og mestre impulser. Slik skapes en psykisk balanse, om enn en angstfylt og rigid sådan (Raknes, 1970). Reich observerte at flere pasienter, etter påpekning og analyse av deres motstand mot behandling, endret kroppsholdning og uttrykte følelser de tidligere ikke hadde vært oppmerksomme på (ibid.). Dette ledet Reich til å anta at det var en sammenheng mellom karaktermotstand (fortrengte emosjoner) og muskulære spenninger, pust, holdning og bevegelse. Med utgangspunkt i dette utviklet han karakteranalysen. Pusten ble sett på som særlig sentral (Bunkan, Opjordsmoen, Moen, Ljunggren & Friis, 1999), idet emosjoner kan øke eller hemme pustefrekvensen ved at ulike muskler trekkes sammen². Siden følelser som redsel og angst gjerne har en viss varighet, kan det oppstå mer kroniske spenninger som igjen hemmer respirasjon slik at kun deler av kroppen deltar i pustebevegelsen (Raknes, 1970). Tanken bak Reichs karakteranalyse var at terapeuten, ved å løse opp i pasientens kroppslige spenninger, ville gjøre fortrengte emosjoner og minner bevisste. Hemmet pust, muskulære spenninger og kroppslig rigiditet blir her altså sett på som en indikator på psykisk forsvar og mulig fortrenkning.

Norsk Psykomotorisk fysioterapi

Norsk psykomotorisk fysioterapi (heretter NPMF) ble utviklet i karakteranalytisk tradisjon av psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen på 1940-tallet (Bunkan, 2001). NPMF ble i utgangspunktet utviklet for å redusere pasienters motstand mot psykoanalytisk behandling gjennom arbeid med kroppslige spenninger for å gjøre følelsene mer tilgjengelige. Etter hvert har NPMF blitt en behandlingsform som anvendes på mange typer av pasienter med kroppslige spenninger, deriblant smerter forbundet med muskel/skjelettlidelser (ibid.). Behandlingen er en kombinasjon av samtale, berøring og

¹ Definisjon (Corsini, 2002): 1. egenskap, trekk; 2. totaliteten av en persons kvaliteter eller trekk.

² Dette blir omtalt mer spesifikt under neste avsnitt.

utføring av øvelser med særlig vekt på å lette respirasjon, få pasienten til å registrere egne kroppslige reaksjoner og oppdage følelsesmessige signaler. Tanken er at for å fungere fleksibelt og variert – dvs. ha en god psykisk helse – trenger man en tilsvarende fleksibel og vital kropp. Det primære fokuset i NPMF er å endre holdning og respirasjon ut ifra en helhetlig biodynamisk tankegang (Monsen, 1989). Erfaringsmessig har man sett at frigjøring av respirasjon og holdningsendring kan aktivere følelser og tydeliggjøre opplevelsen av egne problemer. Imidlertid har man innen NPMF tradisjonelt vært varsom med å intervensere psykoterapeutisk, selv om det etter hvert har blitt en økt vektlegging av pasientens følelsesmessige problemer og reaksjoner (Bunkan, 2001).

Diaphragmamodellen: Norsk psykomotorisk fysioterapi har i flere tiår operert med en modell som integrerer de ulike kroppsaspektene respirasjon, holdning, bevegelighet og muskulær spenning; Diaphragmamodellen (Monsen, 2002). Sentralt i denne modellen er den tolvte thoracale ryggvirvelen³. Dette er et punkt hvor flere muskler som er sentrale i respirasjonsbevegelsen er festet. Musklene som er festet her vil derfor kunne påvirke hverandre og dermed kroppsholdning og bevegelighet. Særlig vil dette kunne skje i forbindelse med psykisk ubehag. En vanlig reaksjon i møte med, eller ved unngåelse av, emosjonell smerte, er å knyte diaphragmamuskelen (mellomgulvet), slik at pustebevegelsen hemmes. Spenningen i diaphragmamuskelen vil så kunne gi økt spenning i andre muskler, slik at skuldrene trekkes tilbake, ryggstølen blir stivere og mindre fleksibel, og respirasjonsbevegelsen hemmes ytterligere. Klinisk kan dette sees ved at pusten ikke flyter naturlig og bølgende gjennom brystet, og ikke slippes ned i magen (også omtalt som ”høythoracal pust”, jf. Havik et al, 1991). Økt spenning i de ulike musklene knyttet til den tolvte thoracalvirvelen gir totalt sett en rigid og lite fleksibel holdning og redusert bevegelighet i ekstremitetene (for en mer detaljert beskrivelse av Diaphragmamodellen, se for eksempel Monsen, 1989; 2002).

Psykodynamisk kroppsterapi

Psykodynamisk kroppsterapi (PDK) er en integrerende behandlingsmodell basert på NPMF og Affektbevissthetsmodellen (Monsen & Monsen, 1999). Affektbevissthetsmodellen integrerer Tomkins’ affekt- og script-teori i en selvpsykologisk ramme, og fokuset i en behandling basert på denne modellen er utforskning av pasientens affekt: Hvordan og hvor

³ ”Thoracal”: Etter ”Thorax”; brystpartiet over mellomgulvet. Rygggraden består av 7 cervicalvirvler (hals), 12 thoracalvirvler (bryst) og 5 lumbalvirvler (korsrygg).

sterkt pasienten opplever følelser, hvordan følelsene gjenkjennes og uttrykkes og hvor stor grad av affektiv aktivering personen tåler. De terapeutiske intervensjonene i PDK er sentrert rundt hvordan pasientens affekt kan henge sammen med gjentatte negative erfaringer med, og indre representasjoner av, signifikante andre. Tradisjonelle fysioterapeutiske intervensjoner blir lite brukt i denne behandlingsmodellen, men prinsipper fra psykomotorisk fysioterapi anvendes for å fasilitere de psykoterapeutiske endringsprosessene. Spesielt gjelder dette når pasienten har lite kontakt med egne følelser (Monsen, 1989; Monsen & Monsen, 1999). Det overordnede målet med PDK er å øke pasientens kroppslige og mentale vitalitet gjennom å bedre tilgangen til følelser og opplevelsestilstander (Monsen, 1989).

Psykodynamiske tilnærminger

Det å ta sin egen kropp i besittelse – å få kontroll over egen kropp – var ifølge Freud (1905; fra Mitchell & Black, 1995) en viktig del av den psykoseksuelle utviklingen. Han hevdet at ego først og fremst er et *kroppslig* ego (Freud, 1961, min kursivering). Freuds samtidige Charcot og Breuer viste at man ved hjelp av hypnose kunne skape eller fjerne hysteriske symptomer⁴ som lammelser og blindhet, noe som tydet på at hovedårsaken til hysteriske lidelser ikke lå i det nevrologiske, men i det idémessige eller følelsesmessige (Mitchell & Black, 1995). Freud hevdet at hysteri var forårsaket av at ubehagelige erfaringer og følelser assosiert med disse var blitt avspaltet fra bevisstheten; de var blitt *ubevisste* (ibid.) og viste seg isteden som tilsynelatende uforklarlige kroppslige symptomer. Når det gjelder det mer generelle fokuset på psykisk konflikt, så Freud dette som opphavet til all psykopatologi: Symptomer oppstår når forsvaret⁵ mot uønskede impulser, drifter og ønsker blir for rigid og omfattende (nevrose), eller når forsvaret trues av fortrenge eller ubevisste ideer på en slik måte at det står i fare for å bryte sammen (dekompensering/psykose).

Senere teoretikere vektla enda tydeligere enn Freud hvilken sentral rolle kroppen spiller i barnets tidlige utvikling av selvopplevelse og autonomi. Spitz (1957; fra Mitchell & Black, 1995) fremholdt hvordan mors berøringer, kroppslige spenning, holdning og affektive stemmeleie bidrar til å gi barnet en erfaring av at det er et avgrenset individ (jf. også Winnicotts begrep 'the holdning environment'). Mahler (1968/1970; fra Mitchell & Black, 1995) kan sies å ha laget den første omfattende teorien om betydningen av den kroppslige

⁴ Dvs. fysiske symptomer uten påviselig fysiologisk etiologi

⁵ Definisjon: mekanismer individet bruker for å beskytte seg mot angst eller andre trusler mot ego (Corsini, 2002).

utviklingen for erfaringen og forståelsen av at man er et separat selv, avgrenset fra mor. I spedbarnsalderen har ikke barnet noen opplevelse av at det eksisterer et skille mellom egen kropp og morens kropp; mellom egne behov og mors behov (symbiose). Relasjonen mellom mor og barn er fysisk, emosjonell og preverbal. Etter hvert som kroppslig og psykisk modning setter fart, endres dette, og Mahler antok at hvordan mor responderer på barnets økende grad av kroppslig og psykisk autonomi (separasjon) får følger for ego-utviklingen videre. Dersom mor, bevisst eller ubevisst, hindrer autonomiutvikling, kan barnet senere få vansker mellom å skille mellom selv og andre (ibid.). Både Klein (1932), Bion, (1967), Kohut (1971; alle fra Mitchell & Black, 1995) og Stolorow (1987) beskriver noe av det samme, idet de understreker at signifikante andres svar på, bekreftelse, speiling, verbalisering og sortering av barnets affekt har en grunnleggende og nødvendig betydning for individets affektintegrering og derigjennom selvopplevelse. Dette igjen har følger for hvorvidt man opplever at man er et definert og avgrenset selv (Stolorow, 1987)⁶.

Interpersonlig teori. Etter hvert har tanken om at et grunnleggende behov hos mennesker er nærhet til andre blitt tydeligere innenfor dynamisk psykologi. For eksempel hevder Fairbairn (1952/1994; fra Gullestad & Killingmo, 2005; Mitchell & Black, 1995) at søken mot andre mennesker er vårt *primære behov*. Drifter er i denne forståelsesrammen ikke tilstrekkelig for å forklare menneskets motivasjon; alle mennesker har relasjonsbehov, og driftstankegangen har dermed blitt mer nedtonet (Gullestad & Killingmo, 2005). Dette gjelder kanskje særlig innenfor relasjonell psykoanalyse (Binder, Høstmark Nielsen, Vøllestad, Holgersen & Schanche, 2006).

Horowitz' interpersonlige modell (Horowitz, 2004; Horowitz et al, 2006), som henter inspirasjon fra flere deler av psykologien⁷ har også som sitt utgangspunkt at alle mennesker har *relasjonelle behov* (interpersonal motives) allerede fra fødselen av. Disse faller i to kategorier; behov for tilknytning til andre (communal motives) og behov for selvavgrensning (agentic motives). Her ser vi klare paralleller til Mahlers begreper 'symbiose' og 'separasjon', samt Gullestad og Killingmos (2005) anvendelse av begrepet 'autonomi'. Ikke minst øyner man en sterk inspirasjon fra tilknytningsteori og spedbarnsforskning. Horowitz et al postulerer ut ifra antakelsen om de grunnleggende interpersonlige motivene en modell som predikerer at

⁶ Disse perspektivene er langt på vei overensstemmende med nyere spedbarnsforskning, se bl.a. Gullestad og Killingmo (2005).

⁷ Bl.a. psykobiologisk teori, atferdsteori, humanistisk psykologi og psykodynamisk teori.

frustrering (dvs. manglende tilfredsstillelse) av interpersonlige motiver leder til negativ affekt, mens tilfredsstillelse av de samme motivene medfører positiv affekt. Interpersonlige motiver er helt essensielle fordi de tjener til beskyttelse mot følelsen av sårbarhet; for eksempel ydmykelse eller utnyttelse (Horowitz et al., 2006). Å få tilfredsstillt det grunnleggende behovet for tilknytning er dessuten viktig for den biokjemiske balansen i kroppen. Personer som har mistet eller blitt separert fra viktige tilknytningspersoner har ofte redusert immunforsvar, og også de som beskriver seg som ensomme, er mer utsatt for sykdom enn andre (Faleide & Lian, 2004; Horowitz, 2004). Videre har individuell mestring av smertesymptomer blitt relatert til interpersonlig atferd (Lackner & Gurtman, 2004). Å gi uttrykk for kroppslig smerte kan fremme støtte, nærhet og trøst fra andre – eller motsatt; støte andre mennesker bort (Lackner & Gurtman, 2004). Dermed kan kanskje også kroppslige spenninger forstås som en form for interpersonlig atferd; en på-vakt-holdning overfor andre mennesker.

Horowitz fremholder også at utviklingen av personlighetsforstyrrelser kan forstås på bakgrunn av at en persons interpersonlige motiver har blitt kronisk frustrert. Som en følge av dette har individet dannet ekstreme og rigide relasjonelle handlingsmønstre (Horowitz, 2004). Disse handlingsmåtene tjente en selvbeskyttende funksjon en gang i tiden (jf. Vaillant, 1997), men har nå blitt fastlåste.

Forståelse av psykosomatiske tilstander innenfor dynamisk psykologi. Ruesch (1948, fra Taylor, 1987) var en av de første til å utvikle en strukturell defekt-modell⁸ av psykosomatiske lidelser da han beskrev 'den infantile personlighet'; en person som ikke knytter symbolatferd som gester og ord til affekt. Ruesch fant at disse personene hadde vanskeligheter med selv-andre-differensiering, og han knyttet dette til det tidlige mor-barn-samspeillet og hvordan dette kan påvirke bl.a. emosjonell ekspressivitet og objektrepresentasjoner.

Stolorow (1987) tolker psykosomatiske tilstander som arkaiske, presymbolske uttrykk for affekt; følelsene er ikke verbalt eller kognitivt artikulert. Derfor antas somatisering å være en mer primitiv form for emosjonell ekspressivitet, som presumptivt kan skyldes frykt "for å gå i oppløsning". McDougall (1989) kaller dette *resomatisering av affekt*, som slik jeg forstår det kan sees som en form for regresjon. Dette minner om Melanie Kleins (1932; fra Mitchell &

⁸ Dvs. en antakelse om at psykosomatiske tilstander skyldes skjev eller manglende egostruktur, jf. Killingmo, 1980.

Black, 1995) teori om at angsten for å bli invadert av ytre, ødeleggende krefter – ’psykotisk angst’ – er grunnleggende menneskelig, men at den gjennom utviklingen overbygges av mer velutviklede mestringsstrategier og dermed blir mindre synlig og presserende.

McDougalls (1989) antakelse er at hos personer med psykosomatiske plager har ubehagelige affektive opplevelser blitt avskåret fra bevisstheten, men ikke fortrenget, slik at det oppstår en slags mangeltilstand (jf. alexithymi-begrepet omtalt nedenfor). Dette krever en nærmere forklaring. For at noe skal kunne fortrennes, er det en forutsetning at det er kodet symbolsk; i språk eller som mentale representasjoner. I visse tilfeller kan det skje at emosjonelt ubehag ikke antar en symbolsk form, for eksempel når vår habituelle evne til å tenke og reagere på ytre stimuli blir overveldet (McDougall, 1989). Isteden vil det emosjonelle ubehaget oppleves kun som en kroppslig fornemmelse; det skjer en somatisering av det følelsesmessige. Man kan derfor havne i den situasjon at psyken sender signaler som tolkes somatisk.

Enkelte klinikere beskriver at pasienter med psykosomatiske lidelser ofte er påfallende affektflate (’disaffected’; McDougall, 1989). Sett i lys av nyere selvpsykologi (bl.a. affektbevissthetsmodellen, Monsen & Monsen, 1999), kan dette forstås som *brudd i selvopplevelsen*: Pasienten er ute av stand til å identifisere og uttrykke følelsesmessige signaler hos seg selv, og mister dermed opplevelsen av helhet og sammenheng. Det er som om personen ikke klarer å romme egen affekt (McDougall, 1989). Nemiah & Sinfes (1970, fra McDougall, 1989) beskrev det samme fenomenet som *alexithymi*⁹, dvs. vanskeligheter med å gjenkjenne, uttrykke og formidle egne emosjoner. McDougall (1989) understreker at det imidlertid ikke er noe en-til-en-forhold mellom alexithymi og psykosomatikk, og at det heller varierer individuelt – men hun erkjenner at pasienter som virker affektløse ofte somatiserer. Taylor (1987) fremholder at pasienter med alexityhimiske trekk ofte somatiserer, mens pasienter med nevrotiske trekk heller klager over psykologiske og emosjonelle vansker, men han understreker samtidig at alexityhmi best kan forstås som en ikke-spesifikk forstyrrelse i evnen til å prosessere og oppleve emosjoner.

Oppsummering

Vi ser at det er til dels sammenfallende, til dels ulike forklaringsmodeller knyttet til hvordan det kroppslige og det psykiske er relatert hos personer med psykosomatiske plager. Enkelte

⁹ Fra gresk: a = mangel, lexis = ord, thymos = emosjon (Taylor, 1987)

heller til den oppfatning at somatoforme lidelser best kan forstås som en regressiv og mer primitiv manifestasjon av psykisk problematikk (for eksempel McDougall, 1989; Stolorow, 1987; Taylor, 1987). Andre anlegger det perspektiv at somatiske symptomer er uttrykk for et rigid psykisk forsvar slik psykologiske symptomer er det, uten å ta stilling til graden av elaborering/regresjon (for eksempel Reich, 1928/1991; NPMF (Bunkan, 2001); PDK (Monsen, 1989; 2002)).

Et spørsmål utledet av denne teoretiske bakgrunnen er om pasienter med psykosomatiske lidelser generelt sett er mindre oppmerksomme på, og rapporterer mindre av, emosjonelle problemer enn pasienter med andre diagnoser. Et annet og relatert spørsmål er hvorvidt den eventuelle observerbare mangelen i affektoplevelse og -ekspressivitet skjuler (og kanskje til og med bidrar til å forårsake) underliggende psykologiske vansker som kan komme frem i diagnostiske intervjuer eller kliniske observasjoner. Disse problemstillingene reiser også spørsmålet om smerte som symptom kan forstås som en form for forsvar mot negativ affekt; altså at fysisk smerte bidrar til å holde psykisk smerte unna. En bakenforliggende problemstilling dreier seg om hvilke relasjonelle erfaringer og mønstre som kan ligge til grunn for, og forsterke, både de kroppslige og de psykiske symptomene hos denne pasientgruppen. I denne sammenheng blir det et sentralt spørsmål om interpersonlige problemer kan spille en vel så viktig rolle som intrapsykiske sådanne.

Før jeg går over til en omtale av tidligere studier som er gjort av sammenhengen mellom kroppsforhold, smerte, psykologiske og interpersonlige problemer hos smertepasienter, vil jeg kort referere hvilket perspektiv på smerte som anlegges innen psykologien i dag, og hvordan smerteforstyrrelse forstås innenfor de formelle diagnosesystemene.

Smerte

Smerte defineres av The International Association of the Study of Pain som "...den sansemessige og følelsemessige opplevelsen som er knyttet til aktuell eller mulig vevsødeleggelse, eller fremstilt ved hjelp av uttrykk for slik ødeleggelse. Smerte er alltid subjektiv; en opplevelse" (fra Faleide & Lian, 2004, s. 109, min oversettelse). Det vektlegges her at smerte må forstås først og fremst som en *opplevelsestilstand* som ikke nødvendigvis er knyttet til konkret fysisk skade eller sykdom. Dette synet ble særlig kjent etter utviklingen av *gate-control-teorien* (Melzack & Wall, 1996; fra Monsen, 2002), som var den første til å integrere psykologiske og fysiologiske komponenter ved smerte. Gate-control-teorien

fremholder at for at smerte skal oppleves, må informasjon fra perifere nerver registreres i en nevrongruppe i ryggmargen (gaten) og sendes videre til hjernen. Denne nevrongruppen kan imidlertid gjøres mer eller mindre sensitiv for innkommende smertesignaler, avhengig av kombinasjonen av nevralt stimuli den mottar fra perifere nerver og hjernen (Bear, Connors & Paradiso, 2001; Monsen, 2002). Den bevisste smerteopplevelsen kan altså styres/kontrolleres. Dette perspektivet er særlig viktig i forståelsen av kroniske smerter. Der akutt smerte varsler om fare for eller aktuell kroppslig skade, kan kronisk smerte utvikle seg til et mønster mer enn et symptom (Faleide & Lian, 2004). Subjektiv smerteopplevelse kan altså ikke brukes som eneste kriterium for å avgjøre hvor alvorlig en tilstand er.

I tillegg til å være en opplevelsestilstand som regulerer eget indre, kan smerte også forstås som sosial atferd. All smerte har et språk; gråt, skrik og spesifikke ansiktsuttrykk er alle uttrykk for smerte som omgivelsene registrerer.

Somatoforme lidelser i ICD-10 og DSM-IV

Verdens Helseorganisasjon (World Health Organisation (WHO), 1994/2004) definerer i ICD-10 somatoforme lidelser som vedvarende presentasjon av fysiske symptomer til tross for manglende medisinske funn. Vedvarende somatoform smerteforstyrrelse (Persistent Somatoform Pain Disorder), F45.4, beskrives ved: "...persistent, severe and distressing pain, which cannot be explained fully by a physiological process or a physical disorder, and which occurs in association with emotional conflict or psychosocial problems..." (ibid., s.190).

The Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000) gir følgende diagnosekriterier for smerteforstyrrelse (Pain Disorder)¹⁰:

- A. Pain in one or more anatomical sites is the predominant focus of the clinical presentation and is of sufficient severity to warrant clinical attention.
- B. The pain causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
- C. Psychological factors are judged to have an important role in the onset, severity, exacerbation, or maintenance of the pain.
- D. The symptom or deficit is not intentionally produced or feigned

¹⁰ Kriteriene siteres her fordi smerteforstyrrelse slik den defineres i DSM-IV er brukt som seleksjonskriterium for utvalget i denne studien.

E. The pain is not better accounted for by a Mood, Anxiety, or Psychotic Disorder and does not meet the criteria for Dyspareunia” (ibid., s 232-233)

Enkelte har kritisert validiteten til somatoforme lidelser generelt og smerteforstyrrelse spesielt, og det er en pågående debatt hvorvidt smerteforstyrrelse bør klassifiseres som en psykologisk eller medisinsk tilstand (se bl.a. Birket-Smith & Mortensen, 2002; Wise & Birket-Smith, 2002).

Tidligere studier

Sammenheng mellom smerte og psykiske plager. Det er evidens for at all smerte reduserer mental fungering (Faleide & Lian, 2004). Det er dessuten belegg for en økt forekomst av psykiske lidelser hos smertepasienter sammenliknet med normalbefolkningen (18-54% vs. 2-8%; se Fröhlich et al, 2006). Flere studier har funnet en positiv sammenheng mellom smerteforstyrrelse og generelt symptomnivå. Dessuten har man sett en høy forekomst av symptomer på somatisering, tvang og depresjon hos personer med smerteforstyrrelse. (McGuire & Shores, 2001). De vanligste komorbide diagnosetilstandene til smerteforstyrrelse er da også angstlidelser og depresjon (Birket-Smith & Mortensen, 2002; Burba et al, 2006; Fröhlich et al, 2006; Kroenke & Rosmalen, 2006). Sammenliknet med normalbefolkningen er livskvaliteten hos smertepasienter betydelig redusert (Aigner et al, 2006), og pasienter med komorbid depresjon har ofte mer smerteplager og større vansker enn pasienter uten slik komorbiditet (Fröhlich et al, 2006). Når det gjelder sammenhengen mellom smerteforstyrrelse og interpersonlige problemer er forskningsgrunnlaget tynnere, men de studiene som er gjort hittil har pekt mot en tendens til sosial unnvikelse, selvoppofrelse, lite selvhevdelse og utnyttbarhet hos smertepasienter; altså en vennlig-underkastende interpersonlig stil (se for eksempel Lackner & Gurtman, 2004; Monsen, 2002).

Sammenheng mellom kroppslige variabler, psykologiske problemer og smerteforstyrrelse.

Det er lite eksisterende forskning rundt psykomotorisk fysioterapi i sin alminnelighet (Bunkan, 2001), og det er hittil gjort få systematiske studier som undersøker kroppsforhold hos smertepasienter (Monsen, 2002). Monsen (ibid.) fant ingen signifikant sammenheng mellom global kroppslig stivhet og selvrapportert smerte, slik man kunne forvente. Smerteintensitet var imidlertid relatert til psykosomatiske plager og interpersonlige problemer; mer spesifikt vansker med selvavgrensning og selvhevdelse. Totalt sett var det få avvikende kroppslige funn hos pasientgruppen som ble undersøkt. Friis, Bunkan, Ljunggren,

Moen & Opjordsmoen (1998) fant at aspekter ved kroppslig holdning var forandret hos smertepasienter sammenliknet med andre pasientgrupper og kontrollgrupper, men denne forskjellen var ikke signifikant. Bunkan et al (1999) rapporterte at visse aspekter knyttet til respirasjon skilte signifikant mellom smertepasienter og kontrollsubjekter. Havik et al (1991) fant at sosiodemografiske variabler som lav utdanning, høy alder, diagnostisert personlighetsforstyrrelse og langvarige plager var knyttet til flere avvikende kroppslige funn. Deres utvalg bestod ikke av smertepasienter, men likevel fant man en signifikant sammenheng mellom relasjonell avhengighet og somatisering og visse kroppslige variabler¹¹.

Problemstillinger og hypoteser

Denne studien hadde to overordnede problemstillinger:

- a) Hva kjennetegner PDK-2-utvalget som er henvist til fysikalske institutter mht. kroppslige funn gjort ved fysioterapeutisk kroppsundersøkelse, egenopplevelse av smerte, psykologiske symptomer og diagnoser og interpersonlig stress (deskriptivt nivå)?
- b) Er det noen sammenheng mellom kroppslige funn (holdningsmønster, respirasjon, bevegelighet og muskelspenninger) og henholdsvis symptomutforming, interpersonlige problemer og subjektiv smerteopplevelse?

Basert på tidligere studier ble følgende spesifikke hypoteser utledet:

- a) Det vil være en generell komorbiditet mellom smerteforstyrrelse, depresjon og angst. Det forventes at om lag halvparten av utvalget vil ha slik komorbiditet.
- b) Pasientene vil ha økt forekomst av selvrapporterte somatiseringssymptomer, depresjon (subjektivt ubehag) og tvang (rigiditet), samt moderat til høyt globalt symptomnivå.
- c) Utvalget vil være karakterisert ved interpersonlige problemer knyttet til sosial unnvikelse, lav selvhevdelse, utnyttbarhet, overomsorgsfullhet og selvoppofrelse.
- d) Smerteintensitet vil korrelere positivt med symptomer på depresjon og angst, samt en vennlig-underkastende interpersonlig stil.

Tidligere studier (Bunkan et al, 1999; Friis et al, 1998; Monsen, 2002) har ikke funnet så store kroppslige avvik hos smertepasienter som man skulle forvente. Hvor betydelige kroppsfunn

¹¹ Dvs. for stort bevegelsesmessig utslag, øm og knudret muskulatur.

det ville være ble dermed ikke angitt spesifikt ved formulering av hypotesene. Siden det eksisterer lite forskningsgrunnlag for sammenhengen mellom kroppsforhold, smerte og psykologiske karakteristika hos smertepasienter ut over de som er nevnt over, ble det heller ikke angitt noen hypoteser om hvilke spesifikke sammenhenger det ville være mellom kropp, smerte og psykologi.

Metode

Utvalg

Tre utvalg ble brukt i studien. *PDK-2-utvalget* (Tabell 1) bestod av 42 pasienter tilknyttet Multisenterprosjektet for studier av prosess og utfall i terapi (Havik et al., 1995). Alle var henvist til fysioterapeuter med spesialutdanning i psykodynamisk kroppsterapi (PDK) for kroniske muskel-skjelettlidelser, og inklusjonskriteriet for å delta i studien var diagnosen smerteforstyrrelse. Utvalget ble kalt PDK-2 etter behandlingsformen de mottok, PDK, som er nærmere beskrevet over (Monsen, 1989; 2002). Pasientene gikk i behandling en gang ukentlig over ett år, totalt ca. 40 timer. De viktigste karakteristika ved utvalget er listet i tabell 1.

PDK-1-utvalget ($N = 40$) var tilknyttet Multisenterprosjektet for studier av prosess og utfall i terapi (Havik et al., 1995). Alle personene i utvalget var ansatt i et større norsk privat firma og mottok psykodynamisk kroppsterapi i regi av arbeidsplassen. Samtlige personer oppfylte kriteriene for smerteforstyrrelse. Totalt sett bestod PDK-1 av godt fungerende personer; alle var i full jobb og hadde moderat til høy utdanning (Monsen, 2002).

Det normale *referanseutvalget* bestod av 302 godt fungerende voksne. Halvparten av disse var psykologistudenter, og den andre halvparten var frivillige rekruttert på ulike arbeidsplasser og blant slektninger og bekjente av psykologistudentene. Ingen av personene i utvalget mottok behandling innen psykisk helsevern, og de rapporterte heller ingen spesifikke problemer knyttet til arbeid eller sosial funksjon. 61% av utvalget bestod av kvinner. Gjennomsnittsalderen var 31 år, med spredning 18-68 (SD 10,9).

Den overordnede målsettingen med PDK-2-studien er å undersøke terapiutfall og -prosess hos smertepasienter som mottar PDK, samt å sammenlikne psykologiske egenskaper hos denne pasientgruppen med polikliniske pasienter uten smerteproblematikk eller somatiseringsforstyrrelser. Studien er en oppfølging av en kontrollert studie av et

smertepasientutvalg gjort tidligere (PDK-1; Monsen, 2002). Der PDK-1-studien hadde et kontrollgruppe-design, var PDK-2 en naturalistisk studie uten kontrollgruppe. Videre bestod PDK-1 av personer som alle var i arbeid og rekruttert på en og samme arbeidsplass, mens PDK-2-utvalget utelukkende omfattet personer som hadde søkt og fått tilbud om poliklinisk behandling ved fysikalske institutter. All deltakelse i PDK-2-studien var frivillig og basert på informert samtykke. Data ble anonymisert ved at kun den behandlende terapeut kjente hver pasients identitet.

Undersøkelsen det redegjøres for her omfatter data fra henvisningstidspunktet, før behandlingsstart (T1), og utgjør kun en liten del av den totale PDK-2-studien.

Tabell 1
Beskrivelse av utvalget (N = 42)

	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Gjennomsnitt</i>	<i>SD</i>	<i>Min-max</i>
Alder			42	9,7	22-62
Kjønn:					
Kvinne	38	90,5			
Mann	4	9,5			
Utdanning:					
Ungdoms/realskole	7	16,7			
Yrkes-/fagskole	9	21,4			
Videregående/gymnas	10	23,8			
Universitet/høyskole	16	38,1			
Sivilstand:					
Enslig	3	7,1			
Separert/skilt	4	9,5			
Gift	24	57,1			
Samboer	11	26,2			
Yrkessituasjon:					
Lønnet arbeid	25	59,4			
Sykmeldt	10	23,8			
Attføring	2	4,8			
Uføretrygdet	2	4,8			
Hjemmeværende	1	2,4			
Student/elev	1	2,4			
Arbeidsløs	1	2,4			
Antall barn			2,5		0-4

Kartleggingsmetoder

DSM-IV-diagnoser: Diagnoser i henhold til The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994/2000) Akse I (symptomlidelser), II (personlighetsforstyrrelser) og V (global funksjonsevne) ble utført ved henvisning og før oppstart av behandling. Vurdering av diagnoser ble gjort med intervjuene SCID-I (First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. & Williams, J. B. W., 1995. Norsk oversettelse: 1995) og SCID-II (First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W. & Benjamin, L., 1994. Norsk oversettelse: 1995).

Kroppsundersøkelse: The Comprehensive Body Examination, CBE (heretter Kroppsundersøkelsen¹²) er en undersøkelsesmetode som brukes i psykomotorisk fysioterapi for å vurdere fire kroppslige aspekter; holdning, respirasjon, bevegelighet og muskeltonus (Friis, Bunkan, Ljunggren, Moen & Opjordsmoen, 1998; Monsen, 2002). Denne studien benyttet 90 av de totalt 227 variablene i Kroppsundersøkelsen. *Holdning* (11 variabler) vurderes i stående stilling og omfatter undersøkelse av knærnes og bekkenets stilling, lumbal lordose, thoracal kyfose og cervical lordose¹³, hodeposisjon, samt skuldrenes og albuenes stilling. Variablene vurderes iht. en skala fra 1 til 3 (5 for skulerbuen), der 2 angir den ideelle posisjonen. *Respirasjon* (27 variabler) evalueres i stående og liggende stilling og består av vurdering av pustebevegelser i øvre, midtre og lavere deler av thorax, samt i epi- og hypogastrium (magen henholdsvis over og under navlen). Motstand mot manuelt trykk på thorax (belgmotstand) blir også evaluert. Variablene er dikotome; 0 og 1 angir hhv. adekvat og inadekvat pustebevegelse. *Bevegelighet* (funksjonsprøver, 17 variabler) måler utslag og aktivitet (med- eller motbevegelser når fysioterapeuten beveger det angitte område) for skuldre, bekken, bein, armer og nakke. På alle variablene angir 2 det ideelle referansepunkt, mens 0-1 angir fiksert utslag/bevegelighet (rigiditet) og 3-4 for stor grad av utslag/bevegelighet (løshet). Bevegelighet i ryggraden (Columnas kurvatur) vurderes ved at pasienten i stående stilling bøyer seg mot gulvet, og antall stive virvler telles. *Muskeltonus* (33 variabler) omfatter palpering av muskler i ulike deler av kroppen for å vurdere konsistens og struktur i de avslappede musklene. Variablene måles på en skala fra 1 til 7, der 4 er

¹² Versjonen av Kroppsundersøkelsen som ble anvendt i denne studien var en tidligere og mindre omarbeidet utgave enn den det refereres til i Bunkans artikler om CBE (jf. referanselisten for en utfyllende oversikt).

¹³ 'Lordose': Innkurving i ryggsoylen sett fra siden. 'Kyfose': Utkurving i ryggsoylen sett fra siden. De tre leddene lumbal lordose, thoracal kyfose og cervical lordose angir følgelig ryggsoylens krumninger, som ideelt skal ha en S-form, fra nederst til øverst.

referansepunkt og 3-1 angir økende grad av stivhet, mens 5-7 angir økende grad av slapphet i muskulaturen. Kroppsundersøkelsen har blitt evaluert mht. psykometriske egenskaper og vurderes å skille tilfredsstillende mellom pasient- og kontrollgrupper og mellom ulike pasientgrupper (Bunkan, Opjordsmoen, Moen, Ljunggren & Friis, 1999; Bunkan, Ljunggren, Opjordsmoen, Moen & Friis, 2001; Bunkan, B. H., Opjordsmoen, S., Moen, O., Ljunggren, A. E. & Friis, S., 2003; Friis et al., 1998).

For å redusere antall variabler og dermed minske risikoen for et stort antall/spuriøse korrelasjoner, ble det utarbeidet sumvariabler fra Kroppsundersøkelsen. Disse indeksene ble sammensatt i den hensikt å ivareta de fire domeneene i Kroppsundersøkelsen, og var delvis basert på tidligere studier (Bunkan et al, 1999; Bunkan et al, 2001; Bunkan et al., 2003; Friis et al, 1998; Havik et al, 1991). Følgende sumvariabler ble konstruert fra

Kroppsundersøkelsen:

Holdning:

- ryggkurvatur; adekvat, forøket og forminsket (gjennomsnitt over 6 ledd)
- skulderstilling; adekvat, fremtrukket og optrukket (gjennomsnitt over 8 ledd)

Respirasjon:

- nedsatt respirasjonsbevegelse (gjennomsnitt over 10 ledd)

Funksjonsprøver:

- nedsatt utslag i skulderbue og arm (gjennomsnitt over 4 ledd)
- total aktivitet (numerisk, gjennomsnitt over 8 ledd)

Muskulatur:

- stiv muskulatur (gjennomsnitt over 35 ledd)
- slapp muskulatur (gjennomsnitt over 35 ledd)
- adekvat muskulatur (gjennomsnitt over 35 ledd)

I tillegg ble følgende variabler brukt i sin opprinnelige form: Hodestilling (fra holdning), belgmotstand (fra respirasjon), columnas kurvatur (fra funksjonsprøver) og nikkebevegelse (fra funksjonsprøver).

SCL-90-R: The Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R) er et selvutfyllingsskjema med 90 spørsmål om aktuelle psykiske plager. Hvert spørsmål lader på én av ni kliniske skalaer; Somatisering (SOM), Tvangstrekk (OBS), Mellompersonlig overfølsomhet (SENS), Depresjon (DEP), Angst (ANX), Fiendtlighet (ANG), Fobisk angst (PHOB), Paranoide

forestillinger (PARA) og Psykotisme (PSYK). Spørsmålene kombineres også i to mål på klinisk symptomnivå; Global Severity Index (GSI). Alle spørsmål besvares i henhold til en fempunkts skala (0-4).

Ut ifra funn fra tidligere studier av smertepasienter (Kroenke & Rosmalen, 2006; McGuire & Shores, 2001; Monsen, 2002) ble skalaene SOM, OBS, DEP og ANX fra SCL-90-R lagt sammen til en indeks med høy intern konsistens ($\alpha = .84$). De øvrige symptomskalaene (ANG, PHOB, PARA, PSYK) ble likeledes kombinert til en indeks med god reliabilitet ($\alpha = .79$). Både sumindeksene og de ordinære subskalaene ble anvendt i de statistiske analysene.

IIP-C: The Inventory of Interpersonal Problems (IIP-C) er basert på Horowitz' circumplex-modell av interpersonlige problemer og Sullivans communal coping modell (Lackner & Gurtman, 2004). Selvfyllingsskjemaet har 64 spørsmål vedrørende interpersonlige problemer og dekker følgende områder: Dominerende (PA), Fiendtlig (BC), Kald/avvisende (DE), Sosialt unnvikende (FG), Lite selvhevdende (HI), Utnyttbar (JK), Selvoppofrende/overomsorgsfull (LM) og Påtrengende (NO). I tillegg finnes en global indeks (OM; gjennomsnittskårer for alle ledd). Spørsmålene besvares i henhold til en fempunkts skala (0-4).

Skalaene FG, HI, JK og LM fra IIP-C ble kombinert til en indeks med høy intern konsistens ($\alpha = .86$), og PA, BC, DE og NO ble kombinert til en indeks med tilfredsstillende reliabilitet ($\alpha = .64$) (jf. Lackner & Gurtmann, 2004; Monsen, 2002). Både subskalaene og de to sumindeksene ble brukt i de videre analysene.

Smerteopplevelse: Skjemaet "Spørsmål vedrørende smertesymptomer – T1" består av spørsmål knyttet til smerteintensitet (henholdsvis siste måned og ved utfylling), lokalisasjon og varighet av smerteplager, samt spørsmål om i hvor stor grad smerten er hemmende for daglige gjøremål. Smerteintensitet angis på en tipunkts skala der 10 er maksimal intensitet. Grad av hemmethet besvares på en skala fra 1-12. Lokalisering av smerte angis ved avkrysning på definerte kroppsområder; hode, nakke, hals, skulder, overarm, underarm, rygg, sete, lår, legg, fot, mage (kryss = "ja").

Det ble laget en indeksvariabel basert på antall rapporterte smerteloki ("smerteutbredelse"; gjennomsnitt over 12 ledd; $\alpha = .64$). Deretter ble det konstruert en sumvariabel av variablene

”smerte i dag”, ”smerte sist måned”, ”grad av hindring i daglige gjøremål” og ”smerteutbredelse” (”smerteopplevelse”; $\alpha = .74$) til bruk i de statistiske analysene.

Variabelen ”smertevarighet” ble brukt slik den var.

Prosedyre

Diagnostikk: Egne forskningskoordinatorer utførte SCID-I og SCID-II-intervjuer for å fastsette diagnoser i henhold til DSM-IV. Koordinatorene hadde samme opplæring som de øvrige forskningskoordinatorene i Multisenterprosjektet for prosess og utfall i psykoterapi (Havik et al., 1995). De samme koordinatorene administrerte et batteri med selvutfyllingsskjemaer for kartlegging av blant annet demografiske variabler, utdanning, arbeid/økonomi, subjektiv opplevelse av smerte, psykologiske symptomer og interpersonlige problemer.

Kroppsundersøkelsen: Åtte fysioterapeuter med spesialisering innen psykomotorisk fysioterapi (NPMF) og psykodynamisk kroppsterapi (PDK) utførte Kroppsundersøkelsen på henviste pasienter. Kroppsundersøkelsen ble foretatt samtidig med den øvrige inntaksevalueringen av lokal forskningskoordinator.

Statistiske analyser

Deskriptiv statistikk ble brukt for å kartlegge forekomst av Akse I og –II-diagnoser, smerteopplevelse, avvikende funn på Kroppsundersøkelsen samt selvrapportert psykologisk ubehag og interpersonlig stress.

Pasientgruppen ble sammenliknet statistisk med et tidligere smertepasientutvalg (PDK-1) der det forelå tilgjengelig data. Utvalget ble også sammenliknet med normalt referanseutvalg (se Monsen, 2002, for en nærmere beskrivelse av dette utvalget) med hensyn til psykologiske plager og interpersonlige problemer. Sammenlikning mellom grupper på instrumenter bestående av flere subskalaer ble gjort ved først å utføre en overalltest (MANOVA) med én between-subjects-factor hvor alle subskalaer var inkludert. Deretter ble sammenlikninger mellom gruppene gjort med overalltester separat for hver test, dvs. smerte, SCL-90-R og IIP-C. Videre undersøkelser av gruppeforskjeller ble gjort med univariate F-tester for hver avhengig variabel (subskala). Effektstørrelser ble beregnet med Cohen's *d*.

Som nevnt over ble det konstruert sumvariabler av variabler fra Kroppsundersøkelsen, fra

utfyllingsskjemaet "Smerteplager", fra IIP-C og SCL-90-R for å unngå et uforholdsmessig høyt antall tilfeldige korrelasjoner.

Det ble gjort prinsippal komponent-analyse av henholdsvis kroppsvariabler og smertevariabler for å identifisere eventuelle mønstre i data. For kroppsvariablene ble det først gjort en prinsippal komponent-analyse av alle de ovennevnte variablene; deretter ble en ny analyse gjort der kun variabler som hadde klare faktorladninger, og kunne tolkes klinisk, ble inkludert. Begrepet 'faktor' vil heretter bli brukt når jeg refererer til prinsippal komponent-analysene.

Toveis korrelasjonsanalyser (Pearsons produktmoment-korrelasjoner) ble foretatt for å identifisere eventuelle signifikante sammenhenger mellom hhv. smerteopplevelse, smertelokalisering, kroppsvariabler og psykologisk og interpersonlig fungering. Store deler av studien har eksplorerende karakter, særlig når det gjelder Kroppsundersøkelsen og sammenhenger mellom denne og andre mål.

Alle analyser ble foretatt med the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows, versjon 14. Flere variabler (12) fra Kroppsundersøkelsen hadde over 10% manglende data. Tre personer manglet samtlige data fra Kroppsundersøkelsen.

Resultater

Diagnoser

Tabell 2 og 3 viser en oversikt over hvor mange personer som oppfylte kriteriene for symptomlidelser og personlighetsforstyrrelser ved behandlingsstart, enten den siste måneden (current/aktuelle) eller tidligere (lifetime). Det bør merkes at én og samme pasient kan ha flere diagnoser samtidig (komorbiditet), og at kategoriene 'current' og 'lifetime' ikke er gjensidig utelukkende.

Aktuelle diagnoser: Alle pasientene i utvalget hadde smerteforstyrrelse; dette var et inklusjonskriterium for gruppen. 13 personer (31%) hadde minst én somatiseringslidelse i tillegg til smerteforstyrrelse. Av disse var det 9 personer som oppfylte kriteriene for somatiseringsforstyrrelse. 4 av pasientene hadde hypokondri og totalt 3 personer hadde en spiseforstyrrelse. Den hyppigst forekommende komorbiditeten var knyttet til

angstforstyrrelser. Til sammen hadde 19 personer (45%) en eller annen form for angstlidelse. Av de spesifikke angstlidelsene var det sosial fobi, GAD, agorafobi og spesifikk fobi som hadde høyest forekomst. Når det gjelder annen komorbiditet, hadde 29% (12 personer) av deltakerne en affektiv lidelse. Av disse hadde rundt en fjerdedel markant depresjon.

Når det gjelder personlighetsforstyrrelser (PF), hadde totalt 11 (26%) av personene i utvalget minst én personlighetsforstyrrelse. De fleste av disse var Cluster C-forstyrrelser; 14% av deltakerne oppfylte kriteriene for unnvikende PF, og 12% oppfylte kriteriene for tvangspreget PF. Kun to personer fylte kriteriene for Cluster A personlighetsforstyrrelse (paranoid PF).

Tre fjerdedeler av pasientene i utvalget hadde minst én Akse I- eller II-diagnose i tillegg til smerteforstyrrelse ved T1.

Tidligere diagnoser: 40% av personene i utvalget hadde tidligere hatt perioder med markant depresjon. Enkelte av pasientene hadde tidligere hatt panikkforstyrrelse, agorafobi og/eller sosial fobi (henholdsvis 12, 12 og 14%).

Akse V – globalt funksjonsnivå: Gjennomsnittet for gruppen på GAF (Global Adaptive Function) var litt i underkant av normal fungering (gjennomsnittlig skåre 65,2, *SD* 10,6). Det var en relativt stor spredning i skårer (min 44 – max 99), men de fleste (66,7%) hadde en skåre mellom 50 og 70.

Tabell 2*Diagnosekarakteristika, Akse I (N = 42)*

		<u>Nåværende</u>		<u>Lifetime</u>		
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
DSM-IV Akse I						
<i>Affektive lidelser:</i>	Markant depresjon	9	21	Markant depresjon	17	41
	Dystym forstyrrelse	3	7			
	Depressiv forstyrrelse, uspesifisert	3	7	Depressiv forstyrrelse, uspesifisert	3	7
<i>Angstlidelser:</i>	Panikkforstyrrelse	2	4	Panikkforstyrrelse	5	12
	Agorafobi	5	12	Agorafobi	5	12
	Sosial fobi	7	17	Sosial fobi	6	14
	Spesifikk fobi	5	12	Spesifikk fobi	4	10
	PTSD	2	5	PTSD	3	7
	GAD	6	14			
	Angstforstr, uspes.	2	5	Angstforstr, uspesifisert	1	2
<i>Somatiseringslidelser:</i>	Somatiseringsforstyrrelse	9	21			
	Smerteforstyrrelse ^a	42	100			
	Udiff. somatoform lidelse	2	5			
	Hypokondri	4	10			
	Kroppsdysmorf forstyrrelse	1	2			
<i>Spiseforstyrrelser:</i>	Anorexia nervosa	1	2	Anorexia nervosa	2	5
	Bulimia nervosa	1	2	Bulimia nervosa	1	2
	Overspisingsforstyrrelse	1	2			
Totalt antall med minst én tilleggsdiagnose ^b		32	76	28	67	
Totalt antall uten tilleggsdiagnose		10	24	14	33	

^a Seleksjonskriterium for utvalget.^b Dvs. komorbiditet

Tabell 3*Diagnosekarakteristika, Akse II (N = 42)*

DSM-IV Akse II		N	%	
Cluster A:	Paranoid PF	2	5	
Cluster C:	Unnvikende PF	6	14	
	Avhengig PF	2	5	
	Tvangspreget PF	5	12	
	Uspesifisert PF	1	2	
Totalt antall med PF		11	26	
		Gj.snitt	SD	Min-max
Sum kriterier Akse II		5,5	5,7	0-27

Funn fra Kroppsundersøkelsen

Tabell 4 viser en oversikt over variabler fra Kroppsundersøkelsen der mer enn 50% av utvalget hadde avvikende funn ved T1(33 av totalt 90).

De avvikende funnene på holdningsvariablene viste seg ved at thoracalkyfozen og cervicallordosen var forminsket, noe som gir en mer rett rygg enn normalt, dvs. lite kurvatur. For lumballordosen var funnene mer blandet, da noen hadde forøket og andre forminsket kurvatur. Ca. 70% av pasientene hadde også fremtrukket og/eller opptrukket skulderbue både på høyre og venstre side.

Når det gjelder respirasjon, viste pasientene i utvalget hemmet pustebevegelse i lavere del av thorax i stående stilling, og en nedsatt respirasjonsbevegelse i hele thorax samt hypogastrialt (nedre del av magen) i liggende stilling. Det var også økt motstand mot manuelt trykk mot thorax (belgmotstand). Dette sees klinisk som mindre synlig pust både når pasienten står og ligger.

På funksjonsprøvene hadde pasientene nedsatt fleksibilitet i skulderleddet både på høyre og venstre side, og hadde problemer med å la en annen bevege skulderleddet uten selv å aktivt hjelpe til eller yte motstand mot bevegelse ("aktivitet"). Videre hadde nesten alle personene

redusert bevegelighet i ryggraden (columna), ved at flere virvler enn normalt var stive.

I forhold til muskulær stivhetsgrad var det blandede funn for den store leggmuskelen (gastrocnemius), idet halvparten av personene med inadekvate funn hadde stiv muskulatur, mens den andre halvparten hadde slapp muskulatur. Mellom 60% og 90% av personene i utvalget hadde stivhet i muskulaturen langs ryggraden (sacro-spinal-musklene) og underarmsmuskulaturen (pronator). Halvparten av pasientene viste stivhet i triceps, mens den andre halvparten hadde slapp triceps-muskulatur. Flesteparten av personene (75-80%) hadde stivhet i trapezius-muskelen og kjevemuskulaturen (masseter).

Tabell 4

Variabler fra Kroppsundersøkelsen med inadekvate funn (N = 39)

Variabel ^a	Gjennomsnitt	SD	Prosent inadekvat	Prosent	
Holdning, stående				<i>Forminsket</i>	<i>Forøket</i>
Lumbal lordose	2	0,82	64,8	32,4	32,4
Thoracal kyfose	2,6	0,63	76,9	69,2	7,7
Cervical lordose	2,21	0,70	52,6	36,8	15,8
Frem- og/eller opptrukket skulderbue - høyre	2,21	1,42	68,5		
Frem- og/eller opptrukket skulderbue - venstre	2,39	1,22	73,8		
Respirasjon – hemmet pustebevegelse					
<u>Stående:</u>					
lavthoracalt	0,18	0,39	82,1		
<u>Liggende:</u>					
hypogastrium	0,31	0,47	69,2		
lavthoracalt	0,18	0,39	82,1		
midtthoracalt	0,23	0,43	76,9		
høythoracalt	0,08	0,27	92,3		
Belgmotstand	2,33	0,79	86,1		
Funksjonsprøver					
Skulderbue-utslag høyre	2,03	0,78	69,2		
Skulderbue-utslag venstre	2,05	0,79	66,7		
Skulderbue-utslag totalt ^b	1,36	0,87	74,3		
Skulderbue-aktivitet høyre	0,77	0,43	77,4		
Skulderbue-aktivitet venstre	0,67	0,48	66,7		

(tabellen fortsetter på neste side)

Tabell 4 (forts. fra forrige side)

Variabel ^a	Gjennomsnitt	SD	Prosent inadekvat	Prosent	
Skulderbue-aktivitet totalt ^b	1,4	0,82	80		
Redusert bevegelighet i ryggraden (columna)	8,06	3,93	94,4		
Muskeltonus				<i>Stiv</i>	<i>Slapp</i>
Gastrocnemius hø.	1,94	0,8	62,9	34,3	28,6
Gastrocnemius ve.	2,06	0,8	62,9	28,6	34,3
Sacro-lumbal hø.	1,23	0,43	76,9	76,9	
Sacro-lumbal ve.	1,28	0,46	71,8	71,8	
Sacro-thorax hø.	1,11	0,31	89,5	89,5	
Sacro-thorax ve.	1,16	0,37	84,2	84,2	
Sacro-cervical hø.	1,24	0,44	75,8	75,8	
Sacro-cervical ve.	1,24	0,44	75,8	75,8	
Pronator hø.	1,42	0,6	68,5	63,2	5,3
Pronator ve.	1,39	0,49	62,2	62,2	
Triceps hø.	2,03	0,86	71,4	34,3	37,1
Triceps ve.	2,03	0,88	75	36,1	38,9
Trapezius hø.	1,18	0,39	82,1	82,1	
Trapezius ve.	1,21	0,41	79,5	79,5	
Masseter hø.	1,27	0,51	78,4	75,7	2,7
Masseter ve.	1,27	0,51	78,4	75,7	2,7

^a **Variabelskalaer:** Pustebevegelse: 0 = inadekvat, 1 = adekvat
 Belgmotstand: 0-1 = adekvat, 2-3 = inadekvat
 Bevegelighet i ryggraden: > 2 stive virvler = inadekvat
 Fleksibilitet i skulderledd: 0-2 = nedsatt fleksibilitet, 3-4 = adekvat, 5 = forøket fleksibilitet
 Motstand mot passive bevegelser: 0 = adekvat, 1 = inadekvat
 Lumballordose, thoracalkyfose og cervicallordose: 1 = forøket, 2 = adekvat, 3 = forminsknet.
 Skulderbue: 1 = fremtrukket, 2 = adekvat, 3 = opptrukket, 4 = frem+opptrukket, 5 = tilbaketrukket
 Hodet: 1 = flektert, 2 = adekvat, 3 = fremskutt
 Muskeltonus: 1 = stiv, 2 = adekvat, 3 = slapp

^b Skala: 0-2. 0 = adekvat, 1-2 = inadekvat.

Sammenfattet var pasientgruppen ved behandlingsstart karakterisert ved *generelt lav kroppslig fleksibilitet*, både i pust, holdning og bevegelighet. Holdningsmessig var utvalget kjennetegnet ved utrettede fysiologiske krumninger i ryggen, opptrukne og fremtrukne skuldre, noe som gir en blanding av ekstensjonsmønster (Friis et al, 1998) og fleksjonsmønster (Monsen, K., personlig meddelelse). Respirasjonen var hemmet både i stående og liggende stilling i hele thorax, og bevegeligheten i thorax var også nedsatt (belgmotstand). Funksjonsprøvene viste stivhet i skulderbue og rygg. Muskulært observerte vi høy stivhetsgrad i ryggmuskulaturen, skuldrene og kjeven, samt en blanding av stiv og slapp muskulatur i kroppens strekkeapparat (gastrocnemius og triceps). Klinisk ser man for seg en person preget av muskulære spenninger som hindrer en avslappet og uhemmet pustebevegelse, en fleksibel og stabil holdning og naturlig bevegelighet.

Smerteplager

Ved behandlingsstart hadde utvalget gjennomsnittlig hatt smertesymptomer i flere år (11,4 år, *SD* 8,8). Når det gjelder smerteintensitet, beskrev pasientene at smerten var betydelig både ved utfylling (i dag) og i løpet av den siste måneden før utfylling (henholdsvis 6,71 og 6,36 i gjennomsnitt på en skala fra 1-10). De fleste pasientene (over 70%) beskrev smerter lokalisert i hodet, nakken, skuldrene og ryggen. Få pasienter rapporterte om diffust avgrenset smerte.

Tabell 5

Smerteplager (N = 42)

	<i>N</i>	%
Smerte- lokalisering:		
Hodet	31	73,8
Nakke	37	88,1
Hals	20	48,8
Skulder	37	90,2
Overarm	24	58,5
Underarm	17	41,5
Rygg	32	78,0
Sete	14	34,1
Lår	10	24,4
Legg	13	31,7
Fot	11	26,8
Mage	10	24,4
Diffust avgrenset	5	12,2

Tabell 6

Univariate tester for smerteopplevelse. PDK-2 mot PDK-1

	Gjennomsnitt (<i>SD</i>)		<i>F</i>	Sig.	<i>d</i>
	PDK-2 (<i>N</i> = 42)	PDK-1 (<i>N</i> = 40)			
Varighet av smerteplager, år	11,6 (8,8)	12,7 (7,4)		ns.	- 0.16
Smerteintensitet siste måned ^a	6,0 (2,3)	5,0 (2,0)	3,04	ns.	0.21
Smerteintensitet idag ^a	6,3 (2,4)	3,9 (2,3)	15,94	.000	1.46
Hindring i daglige gjøremål ^b	6,7 (2,7)	3,5 (2,1)	25,97	.000	1.91

^a Skala: 1-10

^b Skala: 1-12

Smerteplager – sammenlikning mot PDK-1. Overalltesten for smerteopplevelse (Tabell 6) viste at PDK-2 var signifikant forskjellig fra PDK-1 ($F = 9,48$, sig. = .000). De univariate testene viste at PDK-2 lå signifikant høyere enn PDK-1 på variablene ”smerteopplevelse i dag” og ”hvor mye smerten hindrer deg i dine daglige gjøremål”.

Interpersonlige problemer (IIP-C) og psykologiske symptomer (SCL-90-R)

PDK-2 mot PDK-1. Overalltesten for interpersonlige problemer (IIP-C) viste ingen signifikant forskjell mellom PDK-2 og PDK-1 ($F = ,98303$, sig. = .457). På overalltesten for psykiske symptomer (SCL-90-R) skilte gruppene seg signifikant fra hverandre ($F = 2,78706$, sig. = .008). De univariate testene viste at PDK-2 var signifikant høyere på subskalaene somatisering ($F = 4,14670$, sig. = .045, $d = 0.6$) og fobisk angst ($F = 9,66618$, sig. = .003, $d = 0.48$). Det fremkom ingen signifikante forskjeller mellom gruppene på de 7 øvrige symptomskalaene eller på globalt symptomnivå (GSI).

PDK-2 mot normalt referanseutvalg. På overalltesten for alle subskalaer fra SCL-90-R og IIP-C sett under ett skilte gruppene seg signifikant fra hverandre ($F = 8,72491$, sig. = .000).

Overalltesten for psykologiske symptomer (SCL-90-R) viste at PDK-2 lå signifikant høyere enn referanseutvalget ($F = 14,61490$, sig. = .000). PDK-2 skilte seg fra referanseutvalget på samtlige subskalaer, slik det fremkommer i tabell 7.

Overalltesten for interpersonlige problemer (IIP-C) viste at PDK-2 totalt sett hadde høyere skårer enn referanseutvalget ($F = 3,46542$, sig. = .001). På de univariate testene fremkom det at PDK-2 hadde signifikant høyere skårer på 4 subskalaer, som vist i tabell 7.

Tabell 7*SCL-90-R og IIP-C. PDK-2 mot normalt referanseutvalg*

	Gjennomsnitt (SD)		F	Sig.	d
	Smertepasienter PDK-2 (N = 42)	Referanseutvalg (N = 295)			
SCL-90-R					
SOM	1,47 (0,63)	0,49 (0,50)	93,25	.000	2.44
OBS	1,18 (0,57)	0,72 (0,60)	22,10	.000	1.11
SENS	0,97 (0,72)	0,52 (0,52)	19,06	.000	1.01
DEP	1,36 (0,75)	0,57 (0,53)	55,38	.000	1.72
ANX	0,92 (0,71)	0,36 (0,48)	35,77	.000	1.30
ANG	0,45 (0,45)	0,31 (0,40)	4,98	.026	0.47
PHOB	0,5 (0,68)	0,14 (0,30)	32,26	.000	0.97
PARA	0,63 (0,57)	0,36 (0,44)	11,20	.001	0.75
PSYK	0,35 (0,63)	0,21 (0,36)	6,97	.009	0.55
GSI	0,97 (0,48)	0,44 (0,39)	48,38	.000	1.71
IIP-C					
PA	0,73 (0,47)	0,78 (0,55)			
BC	0,61 (0,44)	0,71 (0,53)			
DE	0,81 (0,64)	0,71 (0,57)			
FG	1,31 (0,78)	0,94 (0,68)	10,57	.001	0.72
HI	1,66 (0,82)	1,08 (0,69)	15,24	.000	1.10
JK	1,96 (0,66)	1,37 (0,66)	19,30	.000	1.26
LM	1,68 (0,68)	1,15 (0,59)	13,05	.000	1.18
NO	1 (0,58)	0,93 (0,58)			
OM	1,22 (0,44)	0,96 (0,43)	11,21	.001	0.85

Oppsummering, PDK-2 mot PDK-1. Totalt sett var PDK-2 høyere enn PDK-1 på smerteintensitet i dag, smerteplagenes hindring i daglige gjøremål, somatisering og fobisk angst; utover dette fremkom ingen signifikante forskjeller mellom gruppene hva gjelder psykiske symptomer og interpersonlige problemer. Forskjellene mellom gruppene verken var av en slik art eller størrelse at det var nødvendig å inkludere PDK-1 i de videre analysene.

I det følgende vil resultater fra korrelasjonsanalysene presenteres. Da det kun var formulert spesifikke hypoteser om sammenhengen mellom *smerteopplevelse* (generelle smertevariabler) og psykologiske variabler, blir resultatene av disse analysene presentert først. De videre analysene var eksplorative, og bestod av interne domeneundersøkelser av henholdsvis

kroppsfunn og smertelokalisering for å identifisere eventuelle mønstre. Etter dette blir resultatene fra de eksplorerende undersøkelsene av eventuelle sammenhenger mellom domenene kropp, smerte og psykologi omtalt.

Sammenhenger mellom opplevd smerte, psykologiske symptomer og interpersonlige problemer

Det var ingen signifikante korrelasjoner mellom smerteopplevelse, smertevarighet og sumindeksene fra SCL-90-R og IIP-C (se tabell 8). Dette var ikke i tråd med antakelsene basert på tidligere studier (Monsen, 2002). De eksplorerende analysene av sammenhenger mellom smerteopplevelse og subskalaer fra SCL-90-R og IIP-C viste at den kombinerte smerteindeksen var forbundet med økt rapportering av somatiske symptomer (SOM; $r = .45, p < .01$) og psykisk ubehag (DEP; $r = .32, p < .05$). Smertevarighet var signifikant korrelert med en selvsentrert-hevngjerrig interpersonlig stil (BC; $r = .40, p < .05$).

Tabell 8

Korrelasjoner mellom kombinerte IIP- og SCL-indeks og smerteopplevelse (N = 42)^a

	Kombinert smerteindeks ^b		Smertevarighet	
	Forventet konvergent r	Forventet divergent r	Forventet konvergent r	Forventet divergent r
SCL-90-R Kombinert indeks: SOM, OBS, DEP, ANX	.26		.10	
SCL-90-R Kombinert indeks: ANG, PHOB, PARA, PSYK		.06		.16
IIP-C Kombinert indeks: FG, HI, JK, LM	.03		.13	
IIP-C Kombinert indeks: PA, BC, DE, NO		-.02		.27

^a *: $p < .05$. **: $p < .01$.

^b Basert på smerteintensitet i dag, siste måned, grad av hindring i daglige gjøremål og utbredelse av smerte.

Mønstre i kroppslige avvik

Prinsippal komponent-analysen for kroppsvARIABLER ga fire empirisk deriverte og klinisk tolkbare faktorer. Tabell 9 viser en oversikt over faktorene og de uroterte faktorladningene. Faktorene forklarte til sammen 80% av variansen; av dette forklarte faktor I 28%, faktor II 23%, faktor III 18% og faktor IV 12%. Faktor I (4 items, $\alpha = .43$) bestod av variable fra funksjonsprøvene, muskulatur, holdning og respirasjon, og dekket dermed alle de fire

aspektene fra Kroppsundersøkelsen. Faktor II (2 items, $\alpha = .34$) omfattet kun variabler fra funksjonsprøvene. Faktor III (2 items, $\alpha = .21$) bestod av holdningsvariabler, og nedsatt respirasjonsbevegelse dannet alene faktor IV.

Tabell 9

Faktorladninger, kroppsvariabler – urotert (N = 22)^a

	Faktor			
	I	II	III	IV
	Generell stivhet	Bevegelsesmessig rigiditet	Ekstensjon	Nedsatt respirasjonsbevegelse
Redusert utslag, nikkebevegelse	0.83			
Stiv muskulatur, globalskåre	0.81			
Opptrukket skulderbue	0.60			
Belgmotstand	0.63			
Aktivitet		0.82		
Nedsatt utslag, skulderbue-arm		0.85		
Utrettet ryggkurvatur			0.62	
Fremskutt hodestilling			0.92	
Nedsatt respirasjonsbevegelse, globalskåre				0.86

^a Metode: Prinsipal komponent-analyse. Ladninger < .50 er ekskludert.

Når det gjelder klinisk tolkning av faktorene, kan faktor I sies å indikere et mønster preget av *generell kroppslig stivhet*, da den omfatter variabler fra alle kroppsdomenene. Nedsatt nikkebevegelse indikerer stivhet i funksjon; stram muskulatur er et generelt tegn på kroppslig stivhet; opptrukket skulderbue peker mot et fleksjonsmønster i holdning, altså en på-vakt-holdning i skulderregionen. Belgmotstand tyder på stram intercostalmuskulatur (muskulene mellom ribbena) og generell stivhet i thorax. Faktor I fikk navnet ”Generell stivhet”.

Kroppsmonsteret som fremkommer i faktor II består av variabler fra funksjonsprøvene kan forstås *som lav fleksibilitet når det gjelder bevegelighet*; en indikator på at pasienten holder igjen og har vanskelig med å slippe kontrollen over til en annen (Bunkan et al., 2001; Monsen, 1989). Faktoren fikk navnet ”Bevegelsesmessig rigiditet”. Utrettet ryggkurvatur og fremskutt hodestilling, som danner faktor III, er klare tegn på *ekstensjonsmønster* (Friis et al., 1998); personen strammer seg opp og tar seg sammen. Faktor III ble derfor kalt ”Ekstensjon”. Faktor IV, som ble kalt ”Nedsatt respirasjonsbevegelse” etter denne variabelen, tyder på en

lite fleksibel og avslappet pust, som fører til spenninger i diaphragma og spinalmuskulaturen, samt sentralmuskulaturen (bl.a. trapezius, gastrocnemius og latisimus). Sammenfattet er det rimelig å tolke de fire mønstrene i kroppslige avvik som ulike aspekter ved kroppslig stivhet og rigiditet.

Smertelokalisering

Prinsippal komponent-analysen av smertelokaliseringsvariabler ga fire empirisk og klinisk meningsfulle faktorer (se tabell 10). Faktorene forklarte til sammen 68% av variansen, hvorav faktor I forklarte 28%, faktor II 16%, faktor III 13% og faktor IV 12%. Faktor I (5 items, $\alpha = .76$) omfattet smerte lokalisert til ekstremitetene. Faktor II (2 items, $\alpha = .41$) bestod av smerte i sete og rygg. Smerte lokalisert til hodet dannet en egen faktor, faktor III, mens faktor IV (2 items, $\alpha = .33$) omfattet smerte i hals og nakke. Faktorladningene grupperte seg altså iht. anatomisk lokalisering, noe som klinisk sett gir mening. Faktorene ble også navngitt ut ifra dette.

Tabell 10

Faktorladninger, smertelokalisering – urotert (N = 41)^a

Lokalisering	Faktor			
	I Ekstremiteter	II Sete-rygg	III Hode	IV Hals-nakke
Legg	.80			
Overarm	.74			
Underarm	.71			
Fot	.67			
Lår	.56			
Sete		.66		
Rygg		.67		
Hode			.52	
Hals				.83
Nakke				.60

^a Metode: Prinsippal komponent-analyse. Ladninger < .50 er ekskludert.

Interkorrelasjoner, smerte. Toveis korrelasjonsanalyser viste at smerter i ekstremitetene (faktor I) var positivt korrelert med den kombinerte smerteindeksen ($r = .66, p < .01$). Smerte lokalisert til sete og rygg (faktor II) var negativt relatert til smertevarighet ($r = -.41, p < .05$). Den kombinerte smerteindeksen og smertelokalisering var ikke korrelert med hverandre.

Sammenhenger mellom smertelokalisering, psykologiske symptomer og interpersonlige problemer

Kombinerte indekser: Det var en signifikant sammenheng mellom smerte i ekstremitetene (faktor I) og den kombinerte SCL-indeksen (tabell 11). Smerte lokalisert til hals og nakke (faktor IV) var negativt relatert til en vennlig-underkastende interpersonlig stil, og denne korrelasjonen var nesten signifikant ($p = .06$).

Subskalaer fra SCL-90-R og IIP-C: Smerter i ekstremitetene (faktor I) var relatert til høyere skårer på somatisering ($r = .50, p < .01$), depresjon ($r = .32, p < .05$) og mistenksomhet/tilbaketrekning ($r = .36, p < .05$) samt globalt symptomnivå ($r = .34, p < .05$) på SCL-90-R. Faktor II (sete og rygg) var negativt korrelert med interpersonlig fiendtlighet ($r = -.33, p < .05$). Faktor II og faktor IV (hals og nakke) var begge forbundet med lavere skårer på sosial unnvikelse (henholdsvis $r = -.42, p < .05$; $r = -.34, p < .05$). Faktor IV var dessuten negativt korrelert med fobisk angst ($r = -.33, p < .05$) fra SCL-90-R.

Tabell 11

Korrelasjoner mellom kombinerte IIP- og SCL-indekser og smertelokalisering (N = 42)^a

	Smertelokalisering - faktor			
	I	II	III	IV
	Ekstremiteter	Sete-rygg	Hode	Hals-nakke
SCL-90-R				
Kombinert indeks: SOM, OBS, DEP, ANX	.38*	.10	-.02	-.09
IIP-C				
Kombinert indeks: FG, HI, JK, LM	.17	-.03	-.15	-.30
IIP-C				
Kombinert indeks: PA, BC, DE, NO	-.05	-.21	-.15	-.21

^a *: $p < .05$. **: $p < .01$.

Sammenhenger mellom kroppsmønstre, psykologiske symptomer og interpersonlige problemer

Kombinerte indekser: Det var ingen signifikante korrelasjoner mellom kroppsfaktorer og de kombinerte SCL- og IIP-indeksene (se tabell 12). Imidlertid pekte resultatene mot en positiv samvariasjon mellom henholdsvis bevegelsesmessig rigiditet (faktor II), ekstensjon (faktor III) og nedsatt respirasjonsbevegelse (faktor IV) og indeksen bestående av skalaer fra den vennlig-underkastende delen av IIP-C. Videre var bevegelsesmessig rigiditet (faktor II) svakt positivt korrelert med den kombinerte SCL-90-R-indeksen, samt indeksen fra den fiendtlig-avvisende delen av IIP-C. Faktor III (ekstensjon) var negativt korrelert med den kombinerte SCL-90-R-indeksen og indeksen fra den fiendtlig-avvisende delen av IIP-C, men disse korrelasjonene var heller ikke signifikante.

Subskalaer fra SCL-90-R og IIP-C: Kroppsfaktor II (bevegelsesmessig rigiditet) var forbundet med høyere skårer på følgende SCL-skalaer: SENS ($r = .50, p < .05$), PHOB ($r = .61, p < .01$) og PSYK ($r = .46, p < .05$). Faktoren var også positivt korrelert med skalaene BC ($r = .46, p < .05$), DE ($r = .46, p < .01$) og FG ($r = .54, p < .05$) fra IIP-C. Det var ingen sammenheng mellom kroppsmønstre og globalskalaene fra SCL-90-R og IIP-C.

Tabell 12

Korrelasjoner mellom kombinerte IIP- og SCL-indekser og faktorer fra Kroppsundersøkelsen (N = 22)

	Kroppsfaktor			
	I	II	III	IV
	Generell stivhet	Bevegelses- messig rigiditet	Ekstensjon	Nedsatt respirasjons- bevegelse
SCL-90-R				
Kombinert indeks: SOM, OBS, DEP, ANX	-.005	.23	-.27	-.05
IIP-C				
Kombinert indeks: FG, HI, JK, LM	-.16	.26	.27	.25
IIP-C				
Kombinert indeks: PA, BC, DE, NO	.11	.31	-.30	-.003

Relasjoner mellom mønstre i kroppslige avvik og smerteplager

Tabell 13 viser at faktor II (bevegelsesmessig rigiditet) fra Kroppsundersøkelsen var sterkt negativt relatert til smerter i henholdsvis sete og rygg og hals og nakke (smertelokaliseringsfaktor II og IV). Det var tendenser til positiv samvariasjon mellom kroppsfaktor I (global stivhet) og smerter i hodet, men korrelasjonen var ikke signifikant. Den negative korrelasjonen mellom kroppsfaktor III (ekstensjon) og smerter i sete og rygg (smertelokaliseringsfaktor II) var nesten signifikant ($p = .054$). Nedsatt respirasjonsbevegelse (kroppsfaktor IV) var negativt, men ikke signifikant, relatert til smerter i hals og nakke (smertelokaliseringsfaktor IV). Totalt sett var altså kroppslige mønstre og smertelokaliseringsmønstre ikke positivt relatert til hverandre.

Det var ingen signifikante korrelasjoner mellom kroppslige mønstre og smertevarighet, smerteintensitet, grad av hindring i daglige gjøremål og utbredelse av smertesymptomer.

Tabell 13

Korrelasjoner mellom kroppsfaktorer, smertelokaliserings-faktorer og smerteopplevelse (N = 22)^a

		Kroppsfaktor			
		I	II	III	IV
Smertelokalisering – faktor		Generell stivhet	Bevegelsesmessig rigiditet	Ekstensjon	Nedsatt respirasjonsbevegelse
I	Ekstremiteter	.19	-.04	-.06	.28
II	Sete-rygg	-.13	-.60**	-.43	-.01
III	Hode	.34	-.32	.06	.14
IV	Hals-nakke	-.28	-.56**	-.09	-.35
Smertevarighet		.04	.31	.06	-.07
Smerteintensitet sist måned		-.25	-.21	-.11	-.29
Smerteintensitet i dag		.31	-.14	.04	-.09
Hindring i daglige gjøremål		.11	-.07	.06	-.24
Utbredelse av smerte		.09	-.35	-.19	.17

^a **: $p < .05$. **: $p < .01$.

Diskusjon

Denne studiens mål var å undersøke et smertepasientutvalg mht. diagnostikk, kroppslige karakteristika, smerteopplevelse og selvrapporterte psykologiske og interpersonlige problemer, og se om det var noen sammenhenger mellom domeneene kropp, smerte og psykologi.

Hovedtrekk i deskriptive funn

Diagnoser. Utvalget i studien har høy komorbiditet (over 70% hadde en tilleggsdiagnose), hvorav angst og depresjon er mest fremtredende. Dette er i tråd med hypotesen om komorbiditet skissert i innledningen, og overensstemmende med tidligere studier av smertepasienter (Birket-Smith & Mortensen, 2002; Burba et al, 2006; Fröhlich et al, 2006; Kroenke & Rosmalen, 2006). Når det gjelder global funksjon (GAF, Akse IV, DSM-IV), ligger utvalget i overkant, dvs. har noe bedre psykososial funksjon enn gjennomsnittet for et større norsk poliklinisk pasientutvalg fra psykisk helsevern (Multisenterstudien, gjennomsnitt 59, *SD* 9,6; Monsen et al., 2006). Siden det forskningsmessige grunnlaget er relativt tynt når det gjelder formelle diagnoser hos smertepasienter er det også vanskelig å anslå generaliserbarheten i disse resultatene, dvs. om man kan anta at andre smertepasientutvalg vil ha samme komorbiditetsmønster. Dessuten er det indikasjoner på at pasienter med smerte som dominerende symptom ikke skiller seg mht. komorbiditet fra pasienter med andre somatoforme lidelser (Birket-Smith & Mortensen, 2002). Følgelig kan man spørre seg hvorvidt komorbiditet knyttet til depresjon og angst er et generelt trekk hos pasienter med somatoforme lidelser, dvs. at smerte som symptom ikke er en nødvendig forutsetning for dette. Likevel må det understrekes at PDK-2-utvalget hadde lav komorbiditet knyttet til øvrige somatoforme diagnoser.

Kroppsundersøkelsen. Sammenliknet med PDK-1 (Monsen, 2002) finner vi hos PDK-2 en klart høyere grad av inadekvate funn på Kroppsundersøkelsen (11 mot 33 variabler med \geq 50% inadekvate funn). Dette altså til tross for at gruppene ikke skiller seg merkbart fra hverandre på selvrapporterte psykiske plager og interpersonlige problemer.

Holdningsvariablene viser uttredte fysiologiske krumninger, samt frem- og opptrukne skuldre, noe som tyder på en blanding av ekstensjons- og fleksjonsmønster (Friis et al, 1998; Monsen, 1989). Respirasjonsbevegelsen er nedsatt i hele thorax og øvre deler av magen, og

det er økt motstand ved manuelt trykk mot thorax. Totalt sett viser pasientene liten thoracal fleksibilitet, som av flere hevdes å indikere blokkering av følelser (jf. Reich 1928/1991: 'brystpanser'). Dette stemmer i tilfelle overens med holdningsfunnene. I forhold til funksjonsprøvene er det redusert utslag og økt egenbevegelse ved elevasjon av skulderbuen, noe som tyder på vanskeligheter med å slippe kontrollen (Bunkan et al, 2001; Monsen, 1989). Utvalget har dessuten nedsatt fleksibilitet i columna. Muskulært observerer man en høy grad av stivhet, unntatt for gastrocnemius (sentralt) og triceps (perifert), hvor det er et mer blandet bilde. Stram muskulatur tolkes innenfor NPMF som uttrykk for psykisk defensivitet, altså et rigid forsvar (Monsen, 1989). De muskulære funnene støtter slik sett opp om de andre funnene fra Kroppsundersøkelsen; for eksempel kan stram muskulatur sentralt indikere 'brystpanser'/stiv thorax (Bunkan et al, 2003), stramhet i spinalismuskulaturen kan gi nedsatt fleksibilitet i columna, og økt muskeltonus i trapezius kan gi redusert bevegelse i skulderbuen.

Sammenfattet viser funnene fra Kroppsundersøkelsen *aktivitet* (motstand mot passive bevegelser) og *stiv muskulatur*. Det er vanskelig å differensiere hvorvidt nedsatt bevegelse skyldes stivhet i muskulaturen eller om det skyldes aktiv motbevegelse (Kirsti Monsen, personlig meddelelse). Like fullt kan funnene forstås som et sterkt hold, altså en anspenthet, i skulderbuen. Videre peker funnene samlet sett mot et ekstensjonsmønster; en oppstrammet og utrettet kropp som er i beredskap (Friis et al, 1989; Monsen, 2002).

Når det gjelder det blandede muskulære mønsteret i kroppens strekkeapparat, herunder gastrocnemius og triceps (halvparten av utvalget har henholdsvis slapp og stram muskulatur i disse musklene), har slapp muskulatur innen NPMF tradisjonelt blitt tolket som et tegn på lav selvheldelse (Monsen, 2002) og resignasjon (Bunkan et al., 2003). Slapp muskulatur i ekstremitetene har tidligere vist seg å skille mellom smertepasienter og kontrollsubjekter (Bunkan et al. (2003). Dette ble ikke bekreftet i denne studien, idet det generelt var en svært lav andel pasienter med slapp muskulatur.

Smerteplager. Utvalget er karakterisert ved langvarige og moderate smerteplager. Sett i forhold til et sammenliknbart utvalg rekruttert fra en større norsk bedrift (PDK-1; fra Monsen, 2002), skårer PDK-2 signifikant høyere på smerteintensitet ved utfylling samt grad av

hindring i daglige gjøremål, med store effektstørrelser¹⁴. Sammen med de mer omfattende kroppsfunnene hos PDK-2 i forhold til PDK-1 ser det ut til at vi her har et utvalg med mer uttalt smerteproblematikk. Ytterligere hold for dette får vi når vi sammenlikner de to gruppene mht. hvor mange personer som er i arbeid vs. sykmeldt, på attføring eller uføretrygdet. PDK-2 hadde en betydelig andel (over 30%) i disse kategoriene, mens PDK-1 utelukkende bestod av personer i arbeid. Man skal likevel ikke helt utelukke at personene utvalgene (PDK-1 vs. 2) kan være forskjellige med hensyn til i hvor stor grad de legger merke til og lar smertene hemme seg, eller at de har forskjellig mestringsstil i møte med smerter (jf. Lackner & Gurtman, 2004).

Selvrapporterte psykologiske og interpersonlige problemer. Resultatene fra SCL-90-R viser at personene i utvalget preges av rigiditet (OBS), nedtrykthet (DEP) og engstelse (ANX) i tillegg til somatiske plager. Dette sammenfaller for øvrig godt med den observatørbedømte diagnostiske komorbiditeten. Det øker også styrken på funnene at flere observatørmål stemmer overens. At utvalget sett i forhold til et normalt referanseutvalg skiller seg signifikant på samtlige subskalaer fra SCL-90-R med overveiende store effektstørrelser, indikerer at det generelle symptomtrykket er markant. Resultatene er sammenliknbare med tidligere studier som har funnet eleverte skårer på somatisering, tvang, depresjon og angst hos smertepasienter (McGuire & Shores, 2001; Monsen, 2002; Wallis & Bogduk, 1996). PDK-2 pekte seg i forhold til PDK-1 ut med mer symptomer knyttet til somatisering og fobisk angst. Sett opp mot de univariate testene for smerteopplevelse, gir det mening at PDK-2 også rapporterer mer fysiske plager på SCL-90-R.

Resultatene fra IIP-C indikerer at personene i utvalget gjennomgående har en interpersonlig stil preget av sosial tilbaketrekning og vanskeligheter med å uttrykke følelser overfor andre (FG), vansker med å uttrykke egne behov og ønsker i forhold til andre (HI), et overdrevent behov for å tilfredsstille og ta vare på andre (LM), vanskeligheter med selvavgrensning og problemer med å uttrykke sinne og frustrasjon (JK) (Horowitz et al., 2006). En slik vennlig-underkastende interpersonlig stil er funnet også hos andre smertepasientutvalg (se bl.a. Lackner & Gurtman, 2004; Monsen, 2002). Det er foreløpig for lite empirisk grunnlag til å anslå hvorvidt dette interpersonlige mønsteret forekommer hos smertepasienter generelt. Imidlertid tyder den foreliggende forskningen på at ulike smertepasientutvalg kan ha analoge

¹⁴ Jf. Hinkle, Wiersma & Jurs, 1998: Effektstørrelser på 0.2 - 0.5 vurderes tradisjonelt som små; effektstørrelser på 0.5 - 0.8 regnes for moderate; effektstørrelser ≥ 0.8 anses som store.

interpersonlige problemer (jf. forskjellen mellom PDK-2 og PDK-1 mht. demografiske karakteristika, samt at utvalget hos Lackner & Gurtman (2004) hadde irritert tarm-syndrom, som er en underkategori av smerteforstyrrelse).

Vi ser altså et utvalg som har betydelig høyere selvrapporing av psykologiske symptomer enn normalbefolkningen, slik de store effektstørrelsene viser. PDK-2-utvalget er dessuten preget av relasjonelle problemer knyttet til selvhevdelse og selvavgrensning, hvor de også skiller seg markant fra referanseutvalget. Ut ifra dette ser det ikke ut til at hypotesen om at pasienter med somatoforme lidelser har lite selverkjent psykologisk ubehag, støttes. Dette kan være et betydningsfullt funn, all den tid det er en pågående debatt omkring hvordan man skal konseptualisere, forstå og klassifisere somatoforme lidelser (Birket-Smith & Mortensen, 2002; Starcevic, 2006). Flere studier viser at smertepasienter ofte er klar over egne psykiske plager (se for eksempel Merskey, 2004). Enkelte mener dette gjør validiteten til smerteforstyrrelsesdiagnosen – som delvis er basert på en tanke om at somatiske symptomer uten påvist medisinsk årsak skyldes uerkjente psykiske konflikter – diskutabel (ibid.). Vi kan imidlertid spørre oss om det at noen smertepasienter er klar over sine psykiske plager nødvendigvis impliserer at smerteforstyrrelse ikke bør anvendes som diagnose, eller at den ikke kan gis som tilleggsdiagnose til depresjon og angst¹⁵. Dessuten kan man ikke a priori utelukke at det faktisk kan være aspekter ved det psykiske ubehaget som er uerkjent; at kun en liten del rapporteres. Slik vil det jo ofte være for personer som søker psykologisk behandling. Det er vanskelig å vurdere *hvor betydelige* kroppsfunnene i denne studien faktisk er, siden det empiriske sammenlikningsgrunnlaget er relativt tynt. Hvis det viser seg at PDK-2-utvalget kun har moderate smerteplager og kroppslige avvik relativt til andre smertepasientutvalg, vil det presumptivt kunne forklare hvorfor de ikke er mer defensive med hensyn til psykisk problematikk (jf. Monsen, 2002). Dette vil følgelig være av betydning å undersøke i senere studier.

Hvis PDK-2 ble sammenliknet med andre polikliniske pasientgrupper uten en somatoform lidelse, ville man dessuten komme nærmere et svar på spørsmålet om pasienter med somatoforme lidelser generelt har lavere selvrapporing av psykologiske problemer.

¹⁵ ICD-10 og DSM-IV opererer imidlertid noe ulikt med hensyn til tilleggsdiagnoser.

Hovedtrekk i korrelasjonelle funn

Smerteopplevelse, psykologiske og interpersonlige problemer. Man forventet ut ifra PDK-1-studien (Monsen, 2002) en positiv sammenheng mellom smerteopplevelse og en vennlig-
underkastende interpersonlig stil. Det var imidlertid ingen signifikant sammenheng mellom smertevariabler og sumindekser fra IIP-C hos PDK-2, på tross av at PDK-2 var betydelig høyere enn PDK-1 på smerteintensitet i dag og grad av hindring i daglige gjøremål. Vi vil likevel fremheve at korrelasjonen mellom den kombinerte smerteindeksen og den kombinerte SCL-90-R-indeksen basert på SOM, OBS, DEP og ANX, tilsvarer en moderat effektstørrelse ved Cohen's *d*. Likeledes er korrelasjonen mellom smertevarighet og indeksen basert på PA, BC, DE og NO fra IIP-C av moderat effektstørrelse. Hovedtendensen i funnene fra de eksplorerende undersøkelsene er at mer omfattende smerteproblematikk (den kombinerte smerteindeksen) er forbundet med større psykisk ubehag (somatisering og depresjon), mens varighet av smerter henger sammen med en interpersonlig stil preget av selvsentretthet og hevnjerrighet (BC). Det var ingen korrelasjon mellom den kombinerte smerteindeksen og smertevarighet, noe som sammen med korrelasjonsmønstrene over kan tyde på at dette er to ulike dimensjoner ved smerte.

Som vi har sett, har teoretikere som Freud (fra Mitchell & Black, 1995), Reich (1928/1991), McDougall (1989) og Stolorow (1987) alle fremholdt at det å organisere psykisk ubehag i form av fysiske plager er en *ubevisst prosess*. Aspekter ved smerteopplevelse forbundet med økt forekomst av somatiske plager (SOM) kan derfor kanskje tolkes som et uttrykk for undertrykte emosjonelle problemer, eller resomatisering av affekt (McDougall, 1989). Imidlertid kan depressive symptomer (DEP) sees som mer erkjente aspekter ved følelseslivet. Likevel kan man muligens påstå at selvrapportert depressiv symptomatologi er relativt uspesifikk, og ikke nødvendigvis omfatter kognitivt og verbalt artikulerte plager på samme måte som for eksempel selvrappotering av interpersonlige problemer gjør det. Det observeres at *varigheten* av smerteplagene har sterkere sammenheng med mer erkjente interpersonlige plager. Ut ifra en hypotese om at man blir økende irritabel, selvsentrert og mindre i stand til å støtte andre følelsesmessig (Horowitz, 2004) av å ha smerter over lang tid, gir det mening at smertevarighet er korrelert med en selvsentrert-hevnjerrig interpersonlig stil (BC). Dessuten kan en slik relasjonell stil ofte samvariere med eller være sekundært til depresjon (Hersen & Turner, 2003). Man kan derfor spekulere i om *smerteopplevelse* forstått som intensitet og grad av hindring i daglige gjøremål reflekterer dels mer ubevisste/undertrykte aspekter ved psykisk ubehag, og mer *intrapyskisk* problematikk, mens *smertevarighet* er sterkere relatert til åpent

erkjent og *interpersonlig* problematikk.

Smertelokalisering (faktorer), psykologiske symptomer og interpersonlige problemer. At hovedtendensen er lite sammenheng mellom smertelokalisering og psykiske plager kan forstås som at selvrapporterte psykiske plager er relativt uavhengig av hvor i kroppen man har vondt. Smerte i ekstremitetene er imidlertid forbundet med større generelt symptomtrykk (GSI), mer somatiske plager (SOM), depressivitet (DEP) og mistroiskhet/tilbaketrukkethet (PSYK) enn smerte lokalisert andre steder i kroppen. Det er vanskelig å vite hvordan dette skal tolkes klinisk. Kan hende har vi her å gjøre med en spuriøs sammenheng.

Kroppsmønstre, psykologiske symptomer og interpersonlige problemer.

Korrelasjonsanalysene viser ingen signifikante sammenhenger mellom kroppsmønstre og sumindekser eller globalskalaer fra SCL-90-R. Vi kommer nå til å diskutere kroppsmønstrene ”Generell stivhet”, ”Bevegelsesmessig rigiditet”, ”Ekstensjon” og ”Nedsatt respirasjonsbevegelse” hver for seg, sammen med en drøfting av resultatene fra de eksplorerende undersøkelsene. Diskusjonen av de korrelasjonelle funnene for kroppsmønstre – både mot psykologiske/interpersonlige problemer og smerte – gjøres med følgende forbehold: En mulig forklaring på at mange av disse sammenhengene ikke er signifikante, er det lave antallet pasienter som ble inkludert i faktoranalysene grunnet for mye missing data, med påfølgende lav statistisk styrke (’statistic power’; Shadish, Cook & Campbell, 2002). Dette drøftes mer inngående under avsnittet ”Metodiske begrensninger”.

Generell stivhet: Totalt tyder kroppsfaktor I på en generell kroppslig stivhet, og peker mot forsvar mot emosjonelle opplevelser og -uttrykk (Bunkan et al, 1999; Monsen, 1989). Dette kan gi assosiasjoner til begrepet ’brystpanser’ (’chest armor’); et massivt forsvar mot angst og emosjonelt ubehag ved hjelp av redusert respirasjon, flat og avstivet thorax og stram muskulatur (Bunkan et al, 1999; Reich, 1928/1991). Det er overraskende å observere at faktoren er urelatert til selvrapporterte psykologiske og interpersonlige problemer, selv somatisering, men kanskje kan dette forstås nettopp som en lavere oppmerksomhet mot egne plager hos pasienter med dette kroppsmønsteret; altså et uttrykk for psykisk defensivitet. Ut ifra andre studier skulle man likevel forvente at generell kroppslig stivhet hadde større sammenheng med psykologiske mål. Mølstad et al. (1995) spekulerer i om nevrotiske konflikter i hovedsak viser seg som spent/knudret muskulatur, idet endringer i denne variabelen samvarierte med psykologisk bedring. Vi finner liten støtte for denne hypotesen i

denne studien, da det er andre kroppslige aspekter enn stiv muskulatur (som er et aspekt ved kroppsfaktor I) som viser større relasjon med variabler fra andre domener.

Bevegelsesmessig rigiditet: I en psykodynamisk forståelsesramme kan kroppslig rigiditet og vanskeligheter med å slippe kontrollen over til en annen, tolkes som en generell motstand både mot å kjenne etter og å gi uttrykk for egen opplevelsestilstand (Bunkan et al., 2001; Monsen, 1989). Dette kroppsmønsteret er ikke signifikant korrelert med psykologiske mål på indeksnivå. Dog er korrelasjonene både mot den kombinerte SCL-90-R-indeksen og de to IIP-C-indeksene ekvivalente med moderate effektstørrelser. På subskalanivå sees dette tydeligere: Personer med bevegelsesmessig rigiditet som hovedmønster tenderer til å ha økt interpersonlig sensitivitet (SENS), mer fobisk angst (PHOB) og økt grad av mistenksomhet og tilbaketrekning (PSYK) relativt til pasienter med andre kroppsmønstre. Videre har personer med bevegelsesmessig rigiditet relasjonelle problemer knyttet til selvopptatthet/hevngjerrighet (BC), emosjonell distanse og avvisning (DE) og tilbaketrekning (FG). Det er følgelig grunn til å anta at dette kroppsmønsteret er forbundet med mer psykologiske og interpersonlige plager enn hva gjelder de andre kroppsmønstrene. Selv om dette ikke er undersøkt, kan man anta at det er tilbaketrekningsleddene i PSYK som slår ut, all den tid BC, DE og FG alle omfatter distansert og indifferert interpersonlig atferd ('disconnected behavior'; Horowitz et al., 2006). Tolkningen av bevegelsesmessig rigiditet som et uttrykk for en "på vakt-holdning" kan stemme overens med Horowitz et al.'s (2006) beskrivelse av den mulige opprinnelsen til en avvisende, kald, sosialt unnvikende og kalkulerende interpersonlig stil: For å beskytte seg selv mot mulig avvisning, ydmykelse eller opplevelse av utilstrekkelighet, kan enkelte bygge opp et omfattende forsvar. Dette forsvarsverket består av en generell skepsis og mistroiskhet overfor andre mennesker. Resultatet blir sosial tilbaketrekning og/eller en ignorerende holdning overfor andre. Sett opp mot teorien om at frykten for å bli invadert og ødelagt, samt redsel for å miste følelsen av seg selv kan være en mulig opprinnelse til kroppsliggjøring av symptomer (McDougall, 1989), gir denne mulige forklaringen mening. Kroppsfaktorene er ikke blitt undersøkt mot personlighetsforstyrrelser, noe som kanskje kunne gitt en enda sterkere indikator på om det er hold i denne antakelsen.

Ekstensjon: Det er en svakt negativ korrelasjon mellom spinal ekstensjon og fremskutt hodestilling (faktor III) og den kombinerte SCL-90-R-indeksen, tilsvarende en moderat effektstørrelse. Dette funnet kan stemme overens med tolkningen av ekstensjonsmønster som

et uttrykk for at man tar seg sammen (Friis et al, 1998). En slik holdning skulle ifølge denne tankegangen gi mindre selvrapportert ubehag. Kroppslig ekstensjon er positivt korrelert med en vennlig-underkastende interpersonlig stil, men sammenhengen er ikke signifikant, noe man i utgangspunktet predikerte. Imidlertid tilsvarer den en moderat effektstørrelse. Det er derfor et visst hold for at ekstensjon samvarierer med færre selvrapporterte symptomer og større vansker med selvhevdelse og selvavgrensning. Hvis man antar at personer med dette kroppsmønsteret ”holder inne” med sentrale deler av selvopplevelsen; altså tar seg sammen, skulle dette medføre større vanskeligheter med å si ifra og sette grenser for seg selv. Det er imidlertid ikke mulig å anslå ut ifra korrelasjonsanalysene noen eventuelle kausalsammenhenger mellom de interpersonlige (IIP-C) og de mer intrapsykiske (SCL-90-R) problemene.

Ekstensjon er negativt korrelert med en dominant interpersonlig stil, og korrelasjonen tilsvarer også her en moderat effektstørrelse. Ut ifra teorien om komplementaritet; dvs. at de to sumindeksene fra IIP-C reflekterer motsatte dimensjoner av interpersonlig atferd på akse ”dominans/selvavgrensning” (jf. Horowitz et al., 2006), gir det mening at de også har motsatte korrelasjoner mot ekstensjon. Dette kan også underbygge en antakelse om at et interpersonlig motiv preget av redsel for avvisning og kritikk ligger til grunn (ibid.).

Pasienter med kroppslig ekstensjon har altså mindre plager relativt til PDK-2-gruppen totalt sett, noe som kan støtte opp om hypotesen at i hvert fall enkelte personer med somatoforme lidelser fortrenger eller undertrykker psykologiske problemer (McDougall, 1989; Stolorow, 1987; Taylor, 1987). Muligens peker dette funnet mot at det kun er spesifikke aspekter ved somatoforme lidelser (dvs. ekstensjonsmønster) som er relatert til undertrykking av emosjonelle problemer. Friis et al. (1998) angir at spinal *fleksjon* (økt kurvatur) er et vanlig holdningsmønster hos deprimerte pasienter. Vi finner at spinal *ekstensjon* (reduert kurvatur) henger svakt *negativt* sammen med psykologiske problemer, herunder depressive plager; kanskje kan dette sees som en indirekte underbygging av påstanden til Friis et al. (ibid.). En sentral hypotese utledet fra dette blir hvorvidt pasienter med tegn på ekstensjonsmønster faktisk er *mer benektende* med hensyn til psykisk ubehag enn andre. Da vi ikke har noen mål på benektning i denne studien, blir dette kun spekulasjoner. Like fullt er det en hypotese det vil være fruktbart å undersøke i senere studier. Det vil videre være et viktig mål å undersøke hvor bevisst eller ubevisst denne dynamikken (det at man undertrykker opplevelseskvaliteter) eventuelt er for personen.

Nedsatt respirasjonsbevegelse: Faktor IV har ingen signifikante korrelasjoner verken mot psykologiske eller interpersonlige problemer. Dette er vanskelig å tolke, siden respirasjon er en den faktoren fra Kroppsundersøkelsen som sammen med funksjonsprøvene (bevegelser) tillegges størst betydning innenfor NPMF (Buknan, 2001). Imidlertid er det en svak samvariasjon mellom dette kroppsmønsteret og den vennlig-underkastende delen av IIP-C, tilsvarende en moderat effektstørrelse. En tolkning her blir spekulativ, men man kunne tenke seg at redusert respirasjonsbevegelse forstått som tilbakeholdelse av følelser og undertrykking av egen opplevelse (Bunkan et al, 1999; Monsen, 1989; Raknes, 1970), kan medføre vanskeligheter med selvavgrensning. Personer som har problemer med å identifisere og kjenne igjen affektive tilstander hos seg selv (lav affektbevissthet; Monsen & Monsen, 1999), eller har lav emosjonell ekspressivitet (McDougall, 1989; Taylor, 1987), kan ha vanskeligheter med å tydeliggjøre egne følelsesmessige behov, og å skille disse fra andres. Ønsket om å unngå avvisning, kritikk og latterliggjøring pga. en sterk indre følelse av usikkerhet eller utilstrekkelighet kan gjøre at man holder inne med viktige autonomifremmende følelser (særlig sinne), og dermed fremstår som mindre selvhevdende (Horowitz et al., 2006).

I Bunkan et al.'s studie (1999) skilte ikke respirasjonsbevegelse smertepasienter fra andre pasientgrupper eller kontrollgruppe. Derimot skilte respirasjons*endring*, herunder belgmotstand¹⁶, smertepasientgruppen fra andre. Havik et al. (1991) fant at høythoracal pust var et funn felles for pasienter med ulik problematikk, og dermed muligens er et fenomen som gjelder for personer med emosjonelle vanskeligheter generelt. Dette kan muligens forklare hvorfor det er relativt få korrelasjoner mellom respirasjon og andre variabler i denne undersøkelsen.

Kroppsmønstre og smerte. Hovedtrekkene i funnene er få signifikante sammenhenger mellom kroppslige mønstre og smerte. Det er positiv samvariasjon mellom *generell stivhet* (kroppsfaktor I) og smerter i hodet (smertelokaliseringsfaktor III), ekvivalent med en moderat effektstørrelse. Dette er klinisk tolkbart. Det ikke er uvanlig at pasienter med muskulære spenninger har hodepine, siden en rekke muskler i rygg, skuldre og nakke har forbindelser til hodet (Irlin Rollum, personlig meddelelse). Generell stivhet henger negativt sammen med

¹⁶ Jf. "Generell stivhet", kroppsfaktor I.

smerte sist måned, men er positivt korrelert med smerte i dag (begge korrelasjoner tilsvarer moderate effektstørrelser). Sammenholdt med at det ikke var noen samvariasjon mellom generell stivhet og psykologiske/interpersonlige problemer, er en mulig hypotese at dette kroppsmønsteret avspeiler mer ”akutte” og fluktuerende kroppslige problemer, som varierer fra dag til dag. Dette trenger like fullt ikke å være i strid med en antakelse om at muskulær stivhet reflekterer psykiske konflikter generelt (jf. Mølstad et al., 1995): Man kan anta at også det emosjonelle ubehaget en person opplever vil variere med tid og situasjon. En alternativ forklaring på de relativt få sammenhengene mellom generell kroppslig stivhet og smerte, er den kliniske observasjonen at muskulær hypertoni ofte er ukorrelert med smerteopplevelse (dvs. ømhet ved palpasjon; Monsen, 1989).

Bevegelsesmessig rigiditet (kroppsfaktor II) er signifikant negativt relatert til smerte lokalisert i sete, rygg, hals og nakke (smertelokaliseringsfaktorene II og IV), og i hovedsak negativt forbundet med smerteopplevelse. Den negative korrelasjonen mot smerteutbredelse er ekvivalent med en moderat effektstørrelse. En mulig tolkning er at egenbevegelse og fiksert utslag på funksjonsprøvene gir mindre smerter generelt, subsidiært lavere sensitivitet for smerte – og videre at for pasienter med dette kroppsmønsteret har det psykiske ubehaget relativt større betydning enn smerteopplevelsen. Rigid bevegelsesmønster er på den annen side *positivt* korrelert med smertevarighet (tilsvarer en moderat effektstørrelse), og kan derfor muligens avspeile mer langvarige plager enn de andre kroppsmønstrene.

I PDK-1-studien (Monsen, 2002) ble en global kroppslig stivhetsindeks dannet av alle variablene fra funksjonsprøvene i Kroppsundersøkelsen. Denne kan sammenliknes med kroppsmønsteret i faktor II. Den globale stivhetsindeksen ble ikke korrelert mot psykologiske mål hos PDK-1, men var ukorrelert med smerteintensitet (ibid.), og funnene var dermed relativt sammenfallende med våre resultater hva gjelder smerte.

Spinal ekstensjon og fremskutt hodestilling (ekstensjon; kroppsfaktor III) er negativt korrelert med smerter i sete og rygg (smertelokaliseringsfaktor II; $p = .054$). Dette er overraskende, all den tid ekstensjon av ryggsøylen skulle gi stiv (og presumptivt øm) muskulatur her. Kanskje er dette enda et uttrykk for det ”å ta seg sammen”; denne holdningen (mentalt og kroppslig) kan muligens gjøre at man blir lite sensitiv og oppmerksom på smerte. Dette kan i tilfelle forklare den manglende sammenhengen mellom denne kroppsfaktoren og smerteopplevelse. Som nevnt over er det dessuten intet 1:1-forhold mellom muskulær stivhet og smerte

(Monsen, 1989).

Nedsatt respirasjonsbevegelse (kroppsfaktor IV) har ingen signifikante korrelasjoner med smertelokalisering. Dog er det tendenser til at personer med dette som kroppslig hovedmønster har mer smerter i ekstremitetene (ekvivalent med en moderat effektstørrelse). I Diaphragmamodellen (Monsen, 1989; 2002) settes spenninger i diaphragmamuskelen i sammenheng med blant annet økt spenning i lattissimus dorsi, som strekker skuldrene innover og fremover. Ut ifra denne modellen kan man følgelig spekulere i om nedsatt respirasjonsbevegelse gir smerter i skulderregionen. Den negative korrelasjonen mot smerteintensitet sist måned, som tilsvarende en moderat effektstørrelse, kan muligens forstås i lys av tolkningen av respirasjon som knyttet til emosjonell opplevelse og -ekspressivitet (Bunkan et al., 1999; Monsen, 1989; Raknes, 1970): Kan hende gir redusert pustebevegelse ikke bare lavere oppmerksomhet mot egen emosjonell opplevelse, men også lavere oppmerksomhet mot smertesignaler. Alternativt indikerer funnene noe av det samme som for korrelasjonsanalysene mot psykologiske og interpersonlige problemer: At nedsatt respirasjonsbevegelse muligens er et generelt trekk for personer med emosjonelle problemer (jf. Havik et al., 1991), og at det følgelig ikke peker seg ut tydelige korrelasjonsmønstre for denne variabelen.

Oppsummering av korrelasjonene mellom kroppsmønstre, psykologiske karakteristika og smerteplager. Visse tentative konklusjoner kan trekkes om kroppsmønstrene som fremkom i denne studien. Det er indikasjoner på at generell kroppslig stivhet (kroppsfaktor I) reflekterer mer ”aktuell” smerteproblematikk, og er relativt uavhengig av psykologisk og interpersonlig fungering. Alternativt kan dette kroppsmønsteret avspeile mer generell følelsesmessig problematikk (jf. Mølsted et al., 1991). Videre er det relativt klare tegn på at bevegelsesmessig rigiditet (kroppsfaktor II) er forbundet med mer omfattende psykopatologi, særlig i form av relasjonell tilbaketrekning¹⁷. Det er også indikasjoner på at et slikt kroppsmønster kan reflektere mer langvarige smerteplager. Kroppslig ekstensjon (kroppsfaktor III) viser derimot et mer tradisjonelt ”psykosomatisk mønster”, med lav egenrapportering av psykologiske plager og noe økt problematikk i forhold til selvhevdelse og selvavgrensning. Nedsatt respirasjonsbevegelse har mer uklare sammenhenger både mot psykologiske vansker og smerteplager.

¹⁷ Det er imidlertid ikke gjort noen undersøkelser opp mot formelle diagnoser, noe som eventuelt kunne bekrefte eller avkrefte en slik antakelse.

Resultatene fra korrelasjonsanalysene kan samlet sett peke mot at *funksjonsprøvene* (jf. kropps faktor II) er bedre til å fange opp emosjonelle og relasjonelle forhold enn de andre variablene fra Kroppsundersøkelsen er; eventuelt at bevegelse/funksjonsprøver er nærmere knyttet opp til psykologiske variabler enn holdning, respirasjon og muskeltonus. Funnene kan altså tyde på at avvikende funn på Kroppsundersøkelsen i hvert fall til en viss grad reflekterer symptomplager og interpersonlige problemer hos smertepasientene som er undersøkt (korrelasjoner tilsvarende moderate effektstørrelser).

Det er imidlertid flere uavklarte spørsmål når det gjelder tolkningen av de korrelasjonelle funnene. Ett av disse gjelder den dels manglende, dels negative sammenhengen mellom smerteopplevelse og kroppslige funn. Kroppsmønstre (særlig bevegelsesmessig rigiditet) og smertevariabler har delvis omvendte sammenhenger mot mål på psykologiske og interpersonlige problemer. En kan stille seg spørsmål om dette reflekterer at de er to uavhengige dimensjoner, eller at de representerer to ytterpunkter av den samme dimensjonen, og i så fall, hvilken dimensjon? Alternativt; tyder de negative sammenhengene mellom bevegelsesmessig rigiditet og smertelokalisering på at tredjevariabler spiller inn; for eksempel sosiodemografiske variabler (jf. Havik et al., 1991)? Multippel regresjonsanalyse kunne muligens belyst disse problemstillingene. Det er også heftet usikkerhet ved tolkningen av hva sammenhengene mellom henholdsvis kroppslige mønstre og psykologiske/interpersonlige problemer, og mellom smerte og psykologiske/interpersonlige problemer kan bety. Siden det kun er foretatt korrelasjonelle analyser i denne studien, er det ikke mulig å si noe om hvorvidt henholdsvis smerteopplevelse og kroppslige forhold virker inn på og forårsaker de psykologiske/interpersonlige problemene, om sammenhengen er motsatt eller om den er bidireksjonal.

Metodiske begrensninger

Denne studien har flere begrensninger. Den mest åpenbare er den høye andelen missing data fra Kroppsundersøkelsen, som gjorde at kun halvparten av det opprinnelige utvalget ble inkludert i prinsippal komponent-analysen av inadekvate kroppslige funn. Dette begrenser som nevnt over den statistiske styrken for å oppdage mulige sammenhenger. Utvalget var i utgangspunktet relativt lite, slik at også funnene fra analyser med mer komplette data må tolkes med forsiktighet. Generelt skal man være forsiktig med å generalisere fra små utvalg, idet signifikante korrelasjoner da lettere kan skyldes tilfeldige forhold eller målefeil. Videre

må det tas forbehold ved vektleggingen av funnene fra denne studien fordi den har en eksplorerende karakter, med dertil mange tester (korrelasjoner). Vi brukte mange tester for å øke den interne validiteten i studien. Dette øker sannsynligheten for spuriøse korrelasjoner (type I-feil); dvs. feilmarginen øker med antall tester. Hvis det ikke korrigeres for antall tester som er foretatt (for eksempel Bonferroni-korreksjon; Shadish, Cook & Campbell, 2002), vil det kunne oppstå kunstig høye korrelasjoner. En slik korreksjon ville, utvalgets størrelse tatt i betraktning, gi svært konservative kriterier og dermed også økt risikoen for type II-feil. En metode for å redusere risikoen for type II-feil er å vurdere effektstørrelser i tillegg til statistisk signifikans når man bedømmer betydningen av korrelasjonelle funn (Hikle, Wiersma & Jurs, 1998; Shadish, Cook & Campbell, 2002), slik det ble gjort i drøftingen av funnene over.

Videre gir prinsippal komponent-analyse på små utvalg ofte ustabile resultater, dvs. at faktorladningene varierer sterkt avhengig av hvilke variabler som inkluderes i analysene. De kroppsfaktorene som fremkom i prinsippal komponent-analysen kan følgelig til en viss grad skyldes tilfeldigheter. Imidlertid ga kroppsmønstrene klinisk mening, og ble derfor tatt med i undersøkelsen. Når det gjelder karakteristika ved utvalget, bestod dette nesten utelukkende av kvinner, slik at generalisering til andre utvalg med mer lik fordeling av kjønn blir vanskelig¹⁸. Det er dessuten vanskelig å sammenlikne mot andre studier på grunn av at til dels ulike variabler og statistiske analyser er brukt.

Det var åtte ulike terapeuter som gjennomførte Kroppsundersøkelsen, noe som kan ha medført lav interrater-reliabilitet, siden skåringene er basert på kliniske vurderinger. Interrater-reliabiliteten for Kroppsundersøkelsen ble ikke evaluert i denne studien, men andre har funnet akseptabel til høy interrater-reliabilitet (Bunkan, Moen, Opjordsmoen & Friis, 2002; Monsen, 2002). Det bør legges til at enkelte avvikende funn, særlig knyttet til respirasjon og egenbevegelse, dels kan være uttrykk for at noen pasienter var utrygge i undersøkelsessituasjonen. Siden undersøkelsen ved T1 var det første møtet med en ny terapeut, kan det antas at enkelte kan ha hatt vansker med å slappe av i pust og bevegelsesapparat.

Forskningsgrunnlaget er per i dag mangelfullt særlig for kroppsforhold og interpersonlige problemer hos smertepasienter, slik at vi har få resultater å sammenholde funnene med.

¹⁸ Dette gjelder særlig for analyser der det ikke ble kontrollert for alder og kjønn, altså alle andre analyser enn MANOVA.

Dermed er det vanskelig å si noe sikkert om gyldigheten av kroppslige og interpersonlige mål generalisert til andre smertepasientutvalg. Dessuten kan sosiodemografiske variabler spille en rolle for graden av kroppslige, psykologiske og interpersonlige problemer hos denne pasientgruppen (Havik et al., 1991; McGuire & Shores, 2004; Monsen, 2002). Havik et al. (1991) understreker viktigheten av å ta hensyn til bakgrunnsvariabler som utdanning, alder og varighet av plager når man tolker sammenhengen mellom kroppsforhold og psykopatologi. Dette ble i mindre grad gjort i denne studien. Det må likevel fremheves at PDK-2-utvalget er representativt for smertepasienter som søker behandling på fysikalske institutter.

Områder for videreføring

Det er flere analyser som ville vært svært interessante å gjennomføre for å kaste lys over enkelte av problemstillingene vi har reist i det foregående. En av disse er undersøkelse av pasientenes affektbevissthet. Siden både Reich, NPMF, McDougall og nyere selvspsykologi antar at det er en sammenheng mellom psykisk forsvar (fortrengning, somatisering etc.) og redusert grad av affektoplevelse og -ekspressivitet, ville mål på affektbevissthet og denne variabelens relasjon til andre mål kanskje kunne gi et tydeligere svar på dette spørsmålet. Siden det eksisterer uanalyserte data for dette utvalget med hensyn til affektbevissthet, vil dette være av stor betydning å undersøke i senere studier. Videre ville validitetsskalaene og enkeltskalaene Hs, D og Hy fra MMPI være et betydningsfullt mål å bruke på grad av defensivitet og benektning (jf. Monsen, 2002). Endelig kunne det vært interessant å sammenlikne Kroppsundersøkelsesdataene fra denne studien med kroppsfunn hos andre pasientgrupper og normale kontrollsubjekter, for å kunne si noe om hvorvidt kroppsmønstrene funnet hos PDK-2 er spesifikke for smertepasienter og skiller disse fra andre pasientgrupper og friske personer.

Konklusjon

Man kan konkludere med at det er klare trekk som identifiserer PDK-2 som gruppe *på deskriptivt nivå* med hensyn til diagnostikk, kroppslige karakteristika, smerteplager og selvrapporterte psykologiske og interpersonlige problemer. Utvalget har økt forekomst av depresjon og angst; langvarige og moderate smerteplager; gjennomgående høyt selvrapportert symptomnivå; interpersonlige problemer knyttet til lav selvhevdelse og selvavgrensning, samt generell kroppslig infleksibilitet og stivhet. De psykologiske og interpersonlige kjennetegnene er i tråd med problemstillingene og med tidligere studier (Birket-Smith & Mortensen, 2002; Burba et al, 2006; Fröhlich et al, 2006; Kroenke & Rosmalen, 2006). Når det gjelder

sammenhenger mellom domeneene kropp, smerte og psykologiske/interpersonlige problemer, er funnene mer usikre og må tolkes med forbehold, dels grunnet metodiske/statistiske begrensninger i studien og dels på grunn av lite forskning å støtte seg til. Enkelte tendenser peker seg likevel ut. Smerteopplevelse og -lokalisering er totalt sett mer relatert til psykologiske variabler enn til kroppslige funn. Dette støtter opp om forståelsen av smerte som et subjektivt opplevelsesfenomen som er sterkere influert av emosjonelle tilstander enn av rent fysiske, muskulære og holdningsmessige forhold (Faleide & Lian, 2004; Fröhlich et al., 2006; Monsen, 2002). Videre synes smerteopplevelse (den kombinerte smerteindeksen) og smertelokalisering å kunne representere to uavhengige dimensjoner av smerte. Det er dessuten indikasjoner på at kroppsmønsteret ”bevegelsesmessig rigiditet” er sterkere forbundet med psykologiske og interpersonlige problemer, samt klarere *negativt* relatert til smertelokalisering, enn kroppsmønstrene ”generell stivhet”, ”ekstensjon” og ”nedsatt respirasjonsbevegelse”.

Referanser

- Aigner, M., Förster-Sreffleur, S., Prause, W., Friedl, M., Weiss, M. & Bach, M. (2006): What does the WHOQOL-Bref measure? I *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, s. 81-86.
- American Psychiatric Association (2000): *Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Bear, M. F., Connors, B. W. & Paradiso, M. A. (2001): *Neuroscience. Exploring the Brain. Second Edition*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Binder, P. E., Høstmark Nielsen, G., Vøllestad, J., Holgersen, H. & Schanche, E. (2006): Hva er relasjonell psykoanalyse? Nye psykoanalytiske perspektiver på samhandling, det ubevisste og selvet. I *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, s. 899-908.
- Birket-Smith, M. & Mortensen, E. L. (2002): Pain in somatoform disorders: is somatoform pain disorder a valid diagnosis? I *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, s. 103-108.
- Bunkan, B. H. (2001): Psykomotorisk fysioterapi – prinsipper og retningslinjer. I *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 24, 2001, s. 2845-2848.
- Bunkan, B. H., Ljunggren, A. E., Opjordsmoen, S., Moen, O. & Friis, S. (2001): What are the basic dimensions of movements? A psychometric evaluation of The Comprehensive Body Examination. I *Nordic Journal of Psychiatry*, 55; 1, s. 33-40.
- Bunkan, B. H., Moen, O., Opjordsmoen, A., Ljunggren, A. E. & Friis, S. (2002): Interrater reliability of the comprehensive body examination. I *Physiotherapy Theory and Practice*, 18, s. 121-129.
- Bunkan, B. H., Opjordsmoen, S., Moen, O., Ljunggren, A. E. & Friis, S. (1999): What are the basic dimensions of respiration? A psychometric evaluation of The Comprehensive Body Examination. I *Nordic Journal of Psychiatry*, 53; 5, s. 361-369.
- Bunkan, B. H., Opjordsmoen, S., Moen, O., Ljunggren, A. E. & Friis, S. (2003): Palpation of Skeletal Muscles: A Psychometric Evaluation of the Muscular Items of the Comprehensive Body Examination. I *Journal of Musculoskeletal Pain*, Vol. 11 (1), s. 21-30.
- Burba, B., Oswald, R., Grigaliunien, V., Neverauskiene, S., Jankuviene, O. & Chue, P (2006): A Controlled Study of Alexithymia in Adolescent Patients With Persistent Somatoform Pain Disorder. I *Canadian Journal of Psychiatry*, 51; 7, s. 468-471.
- Corsini, R. (2002): *The Dictionary of Psychology*. New York: Brunner-Routledge.
- Faleide, A. O. & Lian, L. B. (2004): *Symptom og mening. Moderne psykosomatisk*

- tankegang*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Friis, S., Bunkan, B. H., Ljunggren, A. E., Moen, O. & Opjordsmoen, S. (1998): What are the basic dimensions of body posture? An empirical evaluation of the Comprehensive Body Examination. I *Nordic Journal of Psychiatry*, 52; 4, s. 319-326.
- Freud, S. (1961): The Ego and The Id. I *Standard Edition*, vol 19, s. 1-66. London: Hogarth.
- Fröhlich, C., Jacobi, F. & Wittchen, H-U. (2006): DSM-IV pain disorder in the general population. An exploration of the structure and threshold of medically unexplained pain symptoms. I *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256, s. 187-196.
- Gazzaniga, M S., Ivry, R. B. & Mangun, G. R. (2002): *Cognitive Neuroscience. The Biology of the Mind*. New York: W. W. Norton & Company, Inc.
- Havik, O. E., Monsen, J. T., Høglend, P., von der Lippe, A., Lyngstad, G., Stiles, T. & Svartberg, M. (1995): *Multisenterprosjektet for studier av prosess og utfall i psykoterapi*. Upublisert protokoll.
- Havik, O. E., Mølstad, E., Barth, K., Nielsen, G., Haver, B., Rogge, H. & Skåtun, M. (1991): Sammenheng mellom kroppsforhold og psykopatologi. Noen funn fra Bergen-prosjektet om korttids dynamisk psykoterapi. I *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 28, s. 467-476.
- Hersen, M. & Turner, S. M. (ed.): *Adult Psychopathology and Diagnosis. Fourth Edition*. New Jersey: Jon Wiley & Sons, Inc.
- Hinkle, D. E., Wiersma, W. & Jurs, S. G. (1998): *Applied Statistics for the Behavioral Sciences*. Fourth Edition. Boston/New York: Houghton Mifflin Company.
- Horowitz, L. M. (2004): *Interpersonal Foundations of Psychopathology*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Horowitz, L. M., Wilson, K. R., Turan, B., Zolotsev, P., Constantino, M. J. & Henderson, L (2006): How Interpersonal Motives Clarify the Meaning of Interpersonal Behavior: A Revised Circumplex Model. I *Personality and Social Psychology Review*, Vol. 10; 1, s. 67-86.
- Killingmo, B. (1980): *Rorschachmetode og psykoterapi. En egopsykologisk studie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kroenke, K. & Rosmalen, J. G. M. (2006): Symptomes, Syndromes and the Value of Psychiatric Diagnostics in Patients who have Functional Somatic Disorders. I *Medical Clinics of North America*, 90, s. 603-626.
- Lackner, J. M. & Gurtman, M. B. (2004): Pain catastrophizing an interpersonal problems: a circumplex analysis of the communal coping model. I *Pain*, 110, s. 597-604.

- McDougall, J. (1989): *Theatres of the body. A psychoanalytical approach to psychosomatic illness*. London: Free Association Books.
- McGuire, B. E. & Shores, E. A. (2001): Simulated Pain on the Symptom Checklist 90-Revised. I *Journal of Clinical Psychology*, 57; 12, s. 1589-1596.
- Merskey, H. (2004): Somatization, Hysteria or Incompletely Explained Symptoms? I *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 49; 10, s. 649-651.
- Mitchell, S. A. & Black, M. J. (1995): *Freud and Beyond. A History of Modern Psychoanalytic Thought*. New York: Basic Books.
- Monsen, K. (1989): *Psykodynamisk kroppsterapi*. Oslo: TANO.
- Monsen, K. (2002): *A Study of Patients with Pain Disorder. Psychological and bodily characteristics, psychotherapy outcome and patterns of change*. Doktoravhandling. Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo.
- Monsen, J. T. (2000): *Evaluering av Psykodynamisk kroppsterapi (PDK) hos pasienter med kroniske smertetilstander*. Upublisert prosjektbeskrivelse, Universitetet i Oslo.
- Monsen, J. T., Havik, O. E., von der Lippe, A., Lyngstad, G., Høglend, P., Stiles, T. & Svartberg, M. (2006): *Psykoterapi i norske poliklinikker – effektivitet og behandlingsforløp: Foreløpige resultater fra Multisenterprosjektet for studier av prosess og utfall i psykoterapi*. Forskningskonferanse: Forskning nytter! Norges forskningsråd, Oslo, 30. mars.
- Monsen, J. T. & Monsen, K. (1999): Affects and Affect Consciousness: A Psychotherapy Model Integrating Silvan Tomkins' Affect- and Script Theory Within the Framework of Self Psychology. I Goldberg, A. (red): *Pluralism in Self-Psychology: Progress in Self-Psychology*, Vol. 15, s. 287-306. New Jersey: The Analytic Press.
- Mølsted, E., Havik, O. E., Barth, K., Høstmark Nielsen, G., Haver, B., Rogge, H. & Skåtun, M. (1995): En sunn sjel i en sunn kropp? Forandring i kroppsforhold etter korttids dynamisk psykoterapi. I *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 32; 3, s. 220-231.
- Reich, W.: On Character Analysis. I Kets de Vries, M. F. R. (ed), 1991: *Handbook of Character Studies: Psychoanalytic Explorations*, s. 69-88. Madison, CT: International Universities Press, Inc.
- Shadish, W. R., Cook, T. D. & Campbell, D. T. (2002): *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Sletvold, J. (2005): I begynnelsen var kroppen... Kroppen i psykoterapi: teoretisk grunnlag og terapeutiske implikasjoner. I *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, s. 497-504.

- Starcevic, V. (2006): Somatoform Disorders and DSM-V: Conceptual and Political Issues in the Debate. I *Psychosomatics*, 47; 4, s. 277-281.
- Smørvik, D. & Harbitz, P. (2004): Kroppen som tema i psykoterapi. I *Impuls – Tidsskrift for Psykologi*, 2 – 2004, s. 99-103.
- Stolorow, R. D. (1987): “Ch. 5: Affects and Selfobjects”. I *Psychoanalytic Treatment. An Intersubjective Approach*, s. 66-87. Mahwah: Analytic Press.
- Vaillant, L. McCullough (1997): *Changing Character*. New York: Basic Books.
- Wallis, B. J. & Bogduk, N. (1996): Faking a profile: can naive subjects simulate whiplash responses? I *Pain*, 66, s. 223-227.
- Wise, T. N. & Birket-Smith, M. (2002): The Somatoform Disorders for DSM-V: The Need for Changes in Process and Content. I *Psychosomatics*, 43; 6, s. 437-440.
- World Health Organisation (1994/2004): *Pocket Guide to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Edinburgh: Churchill Livingstone.