

# Psyykkiset tekijät ja selkävaivat

*Kristiina Härkäpää*

Psyykkisten ja psykososiaalisten tekijöiden yhteyksiä selkäkipuun on tarkasteltu kivun etiologian, kokemisen ja pitkittymisen kannalta. Tutkimustulokset psyykkisten tekijöiden merkityksestä selkä kivun etiologiassa ovat olleet osittain ristiriitaisia eivätkä ole vahvistaneet käsitystä siitä, että psyykkisillä oireilla – mm. ahdistuneisuudella tai masentuneisuudella – olisi merkitystä selkä kivun synnyssä tai sen pitkittämisessä. Muut psyykkiset tekijät, mm. yksilön asenteet, uskomukset ja keinot käsitellä kipua ja sen seurauksia, näyttävät sen sijaan liittyvän kivun koettuun haittaavuuteen, yksilön vajaakuntoistumiseen ja selkä vaivaisena selviytymiseen. Tutkimukset osoittavat myös, että selän hoidosta ja kuntoutuksesta hyötymisen kannalta psyykkisillä tekijöillä – sekä psyykkisillä oireilla että yksilön asenteilla ja uskomuksilla – on oma, itsenäinen roolinsa.

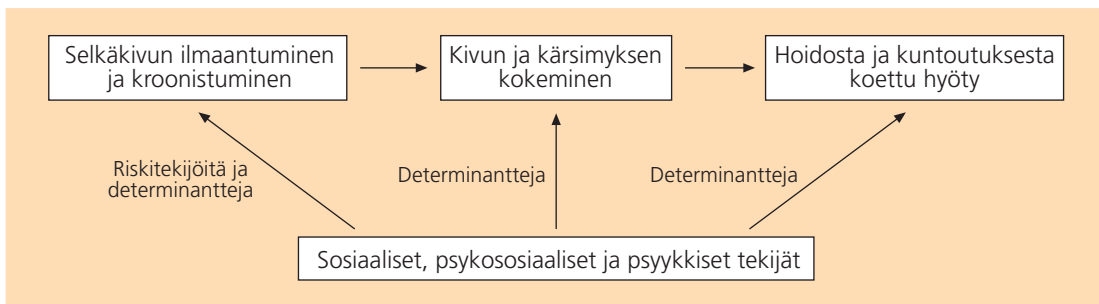
Vaikka selkä vaivojen etiologiaan liittyviä tekijöitä on tutkittu varsin runsaasti, on vaivojen syiden ja kulun tarkempi määrittäminen usein vaikeaa. Useissa tutkimuksissa on todettu, että esimerkiksi työn fyysiset vaatimukset voivat liittyä selkä vaivan esiintymiseen. Nämä yhteydet eivät ole kuitenkaan kovin yksiselitteisiä, eivätkä ne anna riittävän luotettavaa pohjaa esimerkiksi sopivien interventioiden kohdentamiseksi (vrt. Heliövaara 1991, Heliövaara, tässä numerossa).

Valtaosa selkä kipukohtauksista on ohimeneviä, eivätkä ne sellaisenaan aiheuta erityistä kansantaloudellista tai -terveydellistä ongelmaa. Ongelmaksi tilanne muodostuu, kun selkä vaivat pitkittyvät ja mahdollisen vaurion ja sen aiheuttaman haitan yhteydet entisestään heikkenevät. Mukaan astuvat tällöin somaattisten tekijöiden rinnalle myös erilaiset yksilön psyykkisiin prosesseihin liittyvät tekijät.

Kroonisen selkä vaivan aiheuttaman vajaakuntoisuuden ehkäisyn ja kuntoutuksen näkökulmasta on tärkeää selvittää niitä sosiaalisia, psykososiaalisia ja psyykkisiä tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa selkä vaivan esiintymiseen ja pitkittymiseen, selkä vaivan aiheuttamaan hait-

taan ja työkyvyttömyyteen sekä selkä vaivaisena selviytymiseen. Sosiaalisilla ja psyykkisillä tekijöillä näyttää tutkimusten valossa olevan merkitystä selkä vaivan kroonistumisessa ja vaivan hoidon tulosten kannalta. Joissakin tapauksissa näyttää siltä, että nämä tekijät ovat pitkäaikaisista selkä vaivaa potevien osalta mm. vahvempia työhönpaluun ennustajia kuin objektiiviset fyysiset tai biomekaaniset löydökset (Gallagher ym. 1989). Koska erityisesti pitkäaikaisen selkä vaivan etiologia on – mm. orgaanisten löydösten vähäisyyden takia – useissa tapauksissa epäselvä ja selkä vaivan konservatiivinen hoito on tuottanut melko vaatimattomia tuloksia erityisesti työhönpaluun osalta, on selkä vaivojen tutkimisessa ja hoidossa yhä enemmän nojaututtu monitieteiseen näkökulmaan.

Pitkäaikainen selkä vaiva nähdään psykofysiologisena ja psykososiaalisena ongelmana, joka juontuu fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista tekijöistä. Nämä tekijät ovat tärkeitä myös selkä vaivan hoidossa. Tutkimuksissa on yleensä selvitetty sosiaalisten, psykososiaalisten ja psyykkisten tekijöiden roolia kolmesta näkökulmasta. Ensinnäkin on selvitetty niiden merkitystä selkä vaivan ilmaantumisen ja kroonistumisen



Kuva 1. Psyykkiset ja psykososiaaliset tekijät selkävammojen riskitekijöinä ja determinantteina.

etiologiassa. Toiseksi on tutkittu näiden tekijöiden merkitystä itse sairausprosessin kannalta, osana kipuongelmaa ja vaivaa potevan kärsimystä. Kolmanneksi on selvitetty, missä määrin nämä tekijät vaikuttavat hoidosta ja kuntoutuksesta hyötymiseen (kuva 1).

### Selkävaivojen sosiaaliset ja psykososiaaliset riskitekijät

Sosiaaliset ja psykososiaaliset riskitekijät voidaan jakaa karkeasti kahteen pääryhmään: työhön ja ammattiasemaan liittyviin sekä ihmisuhteisiin ja tarjolla olevaan sosiaaliseen tukeen liittyviin tekijöihin. Useissa tutkimuksissa on osoitettu, että selkävaivat ovat yleisempiä henkilöillä, jotka kuuluvat alempaan sosiaaliryhmään, joilla on matalampi koulutustaso ja jotka ovat työntekijäasemassa. Nämä tekijät sinänsä ovat luonnollisesti vahvassa yhteydessä keskenään.

Tutkimukset osoittavat myös, että esimerkiksi tyytymättömyys ja kielteinen suhtautuminen omaan työhön, päätöksentekomahdollisuuksien vähäisyys sekä pahempi työstressi ennustavat selkävaivojen ilmaantumista ja huonompaa hoitotulosta. Svensson ja Andersson (1989) osoittivat, että selkävaivoja esiintyy useammin niillä, jotka ovat tyytymättömiä työtehtäviinsä ja työympäristöönsä ja joilla esiintyy useammin työhön liittyviä stressioireita. Van Poppel ym. (1998) totesivat prospektiivisessä tutkimuksessaan, että aiemmin esiintyneet selkävaivat ja tyytymättömyys työhön olivat vahvimmat selkävaivan riskitekijät vuoden seuranta-aikana. Myös

erilaiset rasittavat elämäntilanteet joko työssä tai vapaa-aikana näyttävät altistavan selkäkivulle ja sen pitkittymiselle.

Sosiaalisen tuen ja ihmissuhteiden on todettu suojaavan selkäsairaudelta. Selkävaivat ovat tutkimusten mukaan yleisempiä yksin elävillä – erityisesti miehillä – verrattuna parisuhteessa eläviin (esim. Biering-Sörensen ja Thomssen 1986). Sosiaalisen tuen vaikutus voi olla kuitenkin myös kielteinen: liiallinen tai vääränlainen ympäristön tarjoama tuki voi vahvistaa kipukäyttäytymistä ja estää sopivien kivunkäsittelykeinojen löytämisen ja käyttöönoton ja vaivaan sopeutumisen (Turk ym. 1987).

Jonkin verran on tarkasteltu myös kulttuurisia eroja kivun kokemisessa ja siitä kertomisessa. Yhdysvaltalaisissa tutkimuksissa on todettu, että kivun kokeminen vaihtelee etnisten ryhmien välillä. Esimerkiksi Batesin ym. (1993) tutkimuksessa selvitettiin pitkäaikaisen kivun – ensisijaisesti selkävamman – vaikeusasteen ilmaisemista kuudessa etnisessä ryhmässä. Erot ryhmien välillä olivat suuret, ja niihin vaikuttivat mm. erot kipua ja sairastamista koskevissa asenteissa ja uskomuksissa sekä sairautteen liittyvissä tunnereaktioissa. Tutkijoiden mukaan hoitotoimenpiteitä suunniteltaessa olisi aina syytä ottaa huomioon myös kulttuuriset tekijät.

Selkävaivan koettu haittaavuus on niin ikään erilainen eri maissa. Tämä saattaa olla seurausta sosiaaliturvajärjestelmän ja terveydenhuollon eroista, mutta siihen voivat vaikuttaa myös erot sosiaalisissa odotuksissa ja selkävamman hallintaa koskevissa omakohtaisissa kokemuksissa (Sanders ym. 1992). Tähän viittaa myös Volinnin

(1997) tutkimus, jossa selvitettiin selkävaivojen epidemiologiaa kansantuotteeltaan eritasoisissa maissa. Volinn toteaa, että selkäkipujen esiintyvyyteen näyttävät vaikuttavan voimakkaammin kaupungistuminen ja nopea teollistuminen, ei niinkään raskas ruumiillinen työ sinänsä.

## Psyykkiset oireet ja selkävaivat

Modernissa psykologisessa kivuntutkimuksessa on psyykkisten tekijöiden ja selkäkipun yhteyksiä tarkasteltu ensi sijassa kolmesta näkökulmasta. On selvitetty ensinnäkin, millaisia tunnereaktioita tai psyykkisiä oireita kipuun liittyy, toiseksi, millaisia käsityksiä kipua potevilla on kivun hallinnasta, ja kolmanneksi, millä tavalla kipua potevat pyrkivät käsittelemään kipuaan ja selviytymään siitä. Tässä jaksossa tarkastellaan selkäkipuun liittyviä psyykkisiä oireita sekä etiologian kannalta että kivun seurausvaikutuksina. Seuraavissa jaksoissa tarkastellaan kivun hallintaan ja käsittelyyn liittyviä tekijöitä sekä seikkoja, jotka liittyvät hoidon ja kuntoutuksen tuloksellisuuteen.

Selkäkipun psykologisessa tutkimuksessa pääpaino oli aluksi etiologisten seikkojen selvittämisessä. Tutkimuksissa pyrittiin 1960- ja 1970-luvuilla selvittämään, missä määrin yksilön psyykkiset tekijät – erityisesti persoonallisuus ja psyykinen sairastavuus – vaikuttavat selkävaivan synnyssä ja miten nämä tekijät eroavat toisistaan esimerkiksi ns. orgaanista ja toiminnallista selkäkipua potevilla (esim. Gentry ym. 1974, McCreary ym. 1977). Ongelmaa pyrittiin siis tarkastelemaan ensi sijassa psykopatologian kannalta. Keskeisiä käsitteitä olivat tällöin psykogeeninen kipu ja kipualtis persoonallisuus (Engel 1959, 1977). Oletus kivun psyykkisperäisyydestä tai psyykkisestä kivusta perustui havaintoon, että pitkäaikaisilla kipupotilailla ei käytettävissä olevin menetelmin ole aina osoitettavissa selviä fyysisiä löydöksiä. Sen sijaan kipua potevilla esiintyy yleisemmin kuin terveillä verrokeilla mm. masentuneisuutta ja muita psyykkisiä oireita.

Tutkimukset ja niiden tulokset eivät ole olleet yksiselitteisiä ja ongelmattomia. Suurin ongelma on tutkimuksissa ollut syysuhteen päättely

retrospektiivisten ja poikkileikkaustutkimusten pohjalta ja tilanteessa, jossa tutkittavilla jo esiintyy selkäkipuja. Tutkimukset ovat osoittaneet mm., että pitkäaikaista kipua potevilla esiintyy tavanomaista useammin ja vaikeampia masennoituneita. Tutkimusasetelmien puutteiden vuoksi on kuitenkin vaikea sanoa, onko depressio kivun kannalta sekundaarinen oire, onko se edeltänyt kivun kehittymistä, vai ovatko depressio ja kipu samanaikaisia ilmiöitä. Love ja Peck (1987) totesivat näitä tutkimuksia koskevassa katsauksessaan, että psyykkiset oireet voivat lisätä kipua ja sen haittaavuutta, mutta he katsoivat myös olevan mahdollista, että kipu ja siitä johtuvat toiminnalliset haitat aiheuttavat psyykkisiä oireita.

Toinen ongelma näissä tutkimuksissa liittyy siihen, että tulokset perustuvat jo kipua potevien ihmisten tutkimiseen. Selkäkipun ja psyykkisten tekijöiden yhteyttä vahvistavat tulokset perustuvat siis kipupotilasaineistoihin eivätkä väestönäytteisiin. Näin ollen päätelmät psyykkisten tekijöiden yhteydestä selkäkipun etiologiaan ovat spekulatiivisia (Crown 1978, 1980). Viime aikoina kiinnostus onkin kohdistunut yhä enemmän niihin psyykkisiin tekijöihin, jotka ylläpitävät kipua ja voivat liittyä huonoon hoitovasteeseen.

Psykogeenisen kivun ja kipualttiuden käsitteitä on kritisoitu myös siitä, että kroonista kipua – myös selkäkipua – potevat henkilöt muodostaisivat homogeenisen ryhmän ja että pitkäaikainen kipu olisi spesifinen oireyhtymä. Tätä yhdenmukaisuusmyyttiä on kritisoitu voimakkaasti (esim. Fordyce 1978), eikä sen tueksi ole pätevää tutkimustietoa.

Selkävaivan psyykkisestä etiologiasta on kuitenkin muutaman viime vuoden aikana julkaistu sekä poikkileikkaustutkimuksia että pari asetelmaltaan vahvaa prospektiivista tutkimusta, jotka antavat lisävalaistusta näihin kysymyksiin. Suomalaisessa tutkimuksessa (Leino ja Magni 1993) osoitettiin, että masentuneisuusoireet ja rasittuneisuus ennustivat tuki- ja liikuntaelinoireiden esiintymistä kymmenen vuoden seuranta-aikana. Tuki- ja liikuntaelinten oireet ennustivat myös rasittuneisuusoireiden mutta eivät masentuneisuusoireiden ilmaantumista. Tutkijoiden mukaan tulokset osoittavat, että masentu-

neisuusoireet edeltävät selkävaivoja, mutta stressioireiden vaikutus on kaksisuuntainen. Toisessa prospektiivisessä tutkimuksessa Magni ym. (1993) tutkivat masentuneisuusoireiden ja tuki- ja liikuntaelinten pitkäaikaisten kipujen yhteyttä. Tutkittavasta ryhmästä osalla esiintyi alkutilanteessa kipuoireita mutta ei masentuneisuutta ja osalla masennusoireita mutta ei kipuja. Tulosten mukaan masentuneisuus ennusti kroonisten kipuoireiden esiintymistä kahdeksan vuoden seuranta-aikana. Toisaalta krooniset kivut ennustivat masentuneisuuden ilmaantumista saman seuranta-ajan kuluessa. Viimeksi mainittu yhteys oli tutkimuksen mukaan voimakkaampi. Päätelemänä oli, että masentuneisuus näyttää edistävän pitkäaikaisen kivun ilmaantumista, mutta toisaalta pitkäaikainen kipu näytti myös aiheuttavan masentuneisuutta.

Fishbain ym. (1997) tarkastelivat katsauksessaan noin 200:aa tutkimusta, joissa on selvitetty masentuneisuuden ja kroonisen kivun yhteyttä. Heidän mukaansa tutkimukset näyttävät vahvistavan käsitystä, että masentuneisuus on ennemminkin kroonisen kivun seuraus kuin sen syy.

Asia ei kuitenkaan ole edelleenkin kovin selväpiirteinen. Longin työryhmä (Long ym. 1996, BenDebba ym. 1997) totesi, että selkävaivan pitkittyminen sinänsä ei aina merkitse psyykkisten ja psykososiaalisten ongelmien lisääntymistä. Tutkijat erottivat pitkäaikaisista selkäpotilaista ryhmän, jolla psyykkisiä oireita ei ole tavanomaista enempää, mutta jotka käyttävät paljon terveydenhuollon palveluja. He totesivat tulostensa perusteella, että toisin kuin yleisesti luullaan, selkäkipuun ei yleensä liity merkittäviä psyykkisiä oireita (Long ym. 1996). Tästä huolimatta lääkärikunnassa vallitsee käsitys, että pitkittyvään selkäkipuun liittyy aina merkittävä psyykinen komponentti. Lisäksi luullaan yleisesti, että kivun pitkittyminen johtaa aina krooniseen kipusyndroomaan noin kuuden kuukauden kuluttua kivun alkamisesta. Longin työryhmän tulokset eivät tue tätä yleistä luuloa: psyykkiset oireet eivät olleet yhteydessä vaivan kestoon, mutta ne liittyivät siihen, kuinka haittaavaksi vaiva koettiin.

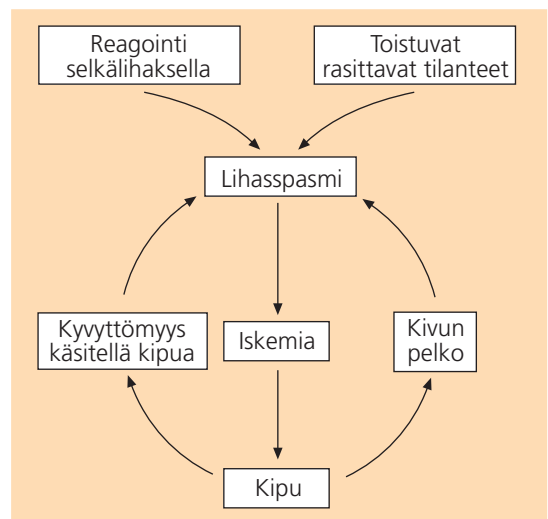
Longin työryhmän tuloksia tukevat myös Feyerin ym. (1992) havainnot, jotka tosin pe-

rustuvat poikkileikkaustutkimukseen. Niiden mukaan selkävaivaa potevat mutta edelleen työssä jatkavat eivät kerro merkittävistä psyykkisistä oireista. Tulos selitetään kahdella tavalla. Psyykkiset oireet voivat ensinnäkin olla selkäkipujen seurausta tai niiden sivutuotteita, eli psyykkisillä oireilla ei ole merkitystä selkävaivan etiologiassa. Pitkäaikainen selkävaiva ei toisaalta aina johda potilaan roolin omaksumiseen ja toimintakyvyn vaikeaan heikkenemiseen. Psyykkiset tekijät olisivat tutkijoiden mukaan näin ollen merkityksellisiä vain sellaisilla henkilöillä, jotka tämän roolin omaksuvat.

Myös tuoreessa hollantilaisessa tutkimuksessa (Miedema ym. 1998) todettiin, että alaselän kipujen ilmaantuminen ei merkinnyt psyykkisten oireiden lisääntymistä seitsenvuotisessa seurannassa.

## Diateesimalli etiologian selittäjänä

Teoreettisia malleja psyykkisten tekijöiden merkityksestä selkävaivan etiologiassa on niukasti. Yhtä poikkeusta edustaa Herta Florin ns. diateesimalli (Turk ja Flor 1984, Flor ja Birbaumer 1994) (kuva 2). Sen mukaan selkälihasten hyperaktiivisuutta edeltää kolme tekijää: 1) selkälihaksiin liittyvä vakiintunut reaktiotapa (perimän, vaurion tai aikaisempien oppimiskokemusten tulos), 2) toistuvasti tai voimakkaasti



Kuva 2. Diateesi-malli selkävaivojen etiologiassa.

rasittavien tilanteiden esiintyminen (sosiaaliset ristiriitatilanteet, työhön liittyvät paineet yms.) ja 3) yksilön stressin- ja kivunkäsittelukeinojen puutteellisuus. Mallin mukaan näiden tekijöiden yhteisvaikutus johtaa lihasspasmiiin ja edelleen iskemiaan ja kipuun. Kipu voi puolestaan toimia uutena stressitekijänä ja lisätä lihasjännitystä ja iskemiaa, ja seurauksena saattaa olla noidankehä. Tilanteen pitkittyessä fyysinen aktiivisuus voi lisäksi vähentyä, mistä saattaa seurata edelleen lisääntynyt lihasjännitys ja kipu. Noidankehää vahvistavat huono kivunsietokyky ja heikot kyvyt käsitellä stressitilanteita ja kipua. Diateesimallin oletukset ovat saaneet tukea muutamista empiirisistä tutkimuksista. Niissä on yleensä tutkittu selkälihasten EMG-aktiivisuutta erilaisissa tilanteissa toisaalta terveillä ja selkäkipua potevilla. Tulokset viittaavat siihen, että rasittavat tilanteet, aggressiivisuus ja turhautumisen kokemukset aiheuttavat erityisesti selkäkipuisille lisääntynyttä jännitystä sekä ylä- että alaselän lihaksistossa (Flor 1993). Terveillä verrokeilla vastaavat reaktiot ilmenevät useammin sydämen sykkeen ja hengitystaajuuden muutoksina.

### **Kognitiot, uskomukset ja kivunkäsittelykeinot**

Pitkäaikaiseen kipuun liittyy siis erilaisia psyykkisiä oireita joko kivun seurauksena tai joissain tapauksissa osana kivun etiologiaa. Modernissa kivuntutkimuksessa kiinnostus kohdistuu – psyykkisten oireiden rinnalla tai useimmiten niiden sijasta – yksilön kognitioiden, ajatusten ja uskomusten merkitykseen pitkäaikaisessa kivussa. Ajatuksena on, että esimerkiksi masentuneisuusoireiden ilmaantuminen ei ole pelkästään riippuvainen kivun esiintymisestä vaan myös siitä, millaiseksi ihminen tulkitsee oman tilanteensa, erityisesti siitä, missä määrin kipu haittaa hänen toimintaansa ja miten paljon hän katsoo voivansa vaikuttaa omaan tilanteeseensa (Turk ja Rudy 1986). Tähän viittaavat myös Longin ym. (1996) ja muutaman suomalaisen tutkimuksen tulokset (ks. Estlander 1989, Estlander ja Härkäpää 1989, Härkäpää ym. 1991 ja 1996).

Kysymys on siis tilanteen tulkinnasta ja

omien hallintamahdollisuuksien arvioinnista. Kiinnostus kohdistuu tällöin niihin kognitioihin ja psyykkisiin prosesseihin, jotka vaikuttavat itse sairausprosessiin ja hoidon tuloksellisuuteen. Näitä tekijöitä ovat mm. kivun hallintaa koskevat käsitykset ja uskomukset (hallintakäsitykset) sekä keinot, joilla yksilö pyrkii käsittelemään kipua ja sen aiheuttamaa haittaa (käsitely- tai »coping»-keinot).

Hallintakäsityksillä tarkoitetaan niitä ajatuksia, uskomuksia ja asenteita, jotka koskevat yksilön kokemaa kykyä vaikuttaa kipuunsa ja sen seurauksiin. Kun ihminen uskoo vahvasti omiin kykyihinsä vaikuttaa kipuun, puhutaan vahvasta sisäisestä hallintakäsityksestä. Ihminen uskoo tällöin, että hän itse kykenee esimerkiksi lievittämään kipua, estämään sen vaikeutumisen tai toimimaan kivusta huolimatta. Hallintakäsitys on ulkoinen silloin, kun yksilö uskoo, että hänen kipuunsa voivat vaikuttaa vain muut ihmiset – esimerkiksi terveydenhuollon asiantuntijat. Kolmannen hallintakäsitysolottuvuuden muodostaa sattuma tai kohtalonusko, joka tarkoittaa että ihminen katsoo kipunsa vaikeusasteen olevan riippuvainen sattumanvaraisista tekijöistä, kuten kohtalosta tai onnesta.

Kivun koettu vaikeusaste näyttää liittyvän kivun hallintaa koskeviin käsityksiin. Vaikea kipu merkitsee usein vahvempaa uskoa ulkoiseen hallintaan ja sattumaan ja heikompa uskoa omiin kykyihin vaikuttaa kipuun (Härkäpää 1991). Tulos ei sinänsä ole yllättävä. Useat pitkäaikaisista kipua potevat ihmiset ovat – usein turhaan – yrittäneet itse vaikuttaa kipunsa esiintymiseen ja vaikeusasteeseen. On näin ollen ymmärrettävää, että tällaisen prosessin aikana myös käsitykset omista mahdollisuuksista kipuun vaikuttamisessa heikkenevät.

Myös ne keinot, joita yksilö soveltaa kipunsa käsittelyssä, ovat yhteydessä kivun hallintaa koskeviin käsityksiin. Vaikea kipu, psyykkiset oireet ja epävarma käsitys omista mahdollisuuksista vaikuttaa kipuun näyttävät tutkimusten mukaan liittyvän ns. tunnekeskeisten käsittelykeinojen tiuhempaan käyttöön. Toisaalta varma käsitys omasta pystyvyydestä johtaa useammin ns. ratkaisukeskeisten keinojen soveltamiseen. (Keefe ym. 1990, Härkäpää 1991.)

## Selän hoito- ja kuntoutustulokseen vaikuttavat psyykkiset tekijät

Hoidon tuloksellisuutta voidaan arvioida monesta näkökulmasta, toisaalta objektiivisin, toisaalta subjektiivisin kriteerein. Kriteerinä voivat olla esimerkiksi kivun vaikeusasteen, haittaavuuden tai lääkkeiden käytön muutos, omatoimisen hoidon noudattaminen, biomekaanisten toimintojen paraneminen, työhön palaaminen ja sairauspoissaolojen väheneminen tai eläkkeelle siirtymisen lykkääntyminen. Riippumatta siitä, mitä kriteeriä käytetään ja kuinka pitkältä seuranta-ajasta on kyse, näyttää siltä, että erilaisilla psyykkisillä tekijöillä on vahva rooli hoito- ja kuntoutustuloksen kannalta.

Useissa tutkimuksissa on todettu, että psyykinen rasittuneisuus ja muut psyykkiset oireet ennustavat huonompaa selkävaivan hoitotulosta. Esimerkiksi Järvikosken ym. (1986) tutkimuksessa todettiin, että mitä vaikeampia rasittuneisuusoireita kuntoutukseen osallistuneilla esiintyi ennen kuntoutusjaksoa, sitä vähemmän selkäkivut olivat lievittyneet vuoden kuluttua kuntoutusjakson jälkeen. On myös saatu viitteitä siitä, että psyykkiset ja psykososiaaliset tekijät ovat vahvempia lopputuloksen ennustajia kuin objektiiviset fyysiset löydökset. Gallagher ym. (1989) analysoivat työhönpaluun ennustajia puolen vuoden seurannan perusteella selkäkuntoutukseen osallistuneessa ryhmässä. Tutkimuksessa vakioitiin ikä ja työstä poissaolon pituus. Tulokset osoittivat, että fyysiset löydökset ja biomekaaniset toiminnot eivät ennustaneet myöhempää työssäoloa, mutta psyykkiset tekijät – mm. vahva sisäinen hallintakäsitys – en-

nustivat merkitsevästi työhön paluuta (ks. myös Hildebrandt ym. 1997, Haldorsen ym. 1998).

Myös suomalaiset tutkimukset osoittavat, että selkäkipua potevan käsitykset kivun hallittavuudesta ennustavat kuntoutus- ja hoitotulosta. Potilaat, jotka suhtautuivat tulevaisuuteensa optimistisemmin ja katsoivat kivun olevan omissa hallinnassaan, hyötyivät kuntoutukselta enemmän kuin pessimistisemmät ja ulkoiseen hallintaan uskovat potilaat (Härkäpää ym. 1991, 1996). Kuntoutustuloksen kriteerinä oli joko selkäkivun koetun haittaavuuden muutos tai työssäolo vuoden kuluttua kuntoutukselta.

Psyykkiset ja psykososiaaliset tekijät näyttävät myös vaikuttavan selkävaivan ja sen aiheuttaman vajaakuntoisuuden kehittymiseen pitkällä aikavälillä. Suomalaisessa prospektiivisessä tutkimuksessa (Härkäpää 1992) todettiin, että psyykkiset oireet ja selkävaivan hallintaa koskevat negatiiviset käsitykset ennustivat työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä 4.5 vuoden seuranta-aikana. Lääketieteellisillä – mm. selän toimintakykyä mittaavilla – tekijöillä ei ollut merkittävää roolia eläkkeelle hakeutumisessa.

## Lopuksi

Psyykkisillä ja psykososiaalisilla tekijöillä on siis itsenäinen rooli selkäkivun ilmaantumisessa ja sen aiheuttamassa vajaakuntoisuudessa. Psyykkisillä tekijöillä ja erityisesti työhön liittyvällä rasittuneisuudella on myös oma osuutensa selkävaivan etiologiassa. Psyykkisten tekijöiden merkitys näyttää kuitenkin olevan voimakkain selkävaivan pitkittymisessä ja erityisesti hoidosta ja kuntoutukselta hyötymisessä.

## Kirjallisuutta

- Bates M S, Edwards W T, Anderson K O. Ethnocultural influences on variation in chronic pain perception. *Pain* 1993; 52: 101–12.
- BenDebba M, Torgerson W S, Long D M. Personality traits, pain duration and severity, functional impairment, and psychological distress in patients with persistent low back pain. *Pain* 1997; 72: 115–25.
- Biering-Sörensen F, Thomsen C. Medical, social and occupational history as risk indicators for low back trouble in a general population. *Spine* 1986; 11: 720–5.
- Crown S. Psychological aspects of low back pain. *Rheumatol Rehabil* 1978; 17, 2: 114–24.
- Crown S. Psychosocial factors in low back pain. *Clin Rheumatol Dis* 1980; 6: 77–92.

- Engel G L. Psychogenic pain and the pain prone patient. *Am J Med* 1959; 26: 899–918.
- Engel G L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129–36.
- Estlander A M, Härkäpää K. Relationships between coping strategies, disability and pain levels in patients with chronic low back pain. *Scand J Behav Ther* 1989; 18: 59–69.
- Estlander A M. Coping strategies in low back pain: effects of severity of pain, situation, gender and duration of pain. *Scand J Behav Ther* 1989; 18: 21–9.
- Feyer A-M, Williamson A, Mandryk J, de Silva I, Healy S. Role of psychosocial risk factors in work-related low back pain. *Scand J Work Environ Health* 1992; 18: 368–75.

- Fishbain D A, Cutler R, Rosomoff H L, Rosomoff R W. Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? a review. *Clin J Pain* 1997; 13: 116–37.
- Flor H. The psychobiology of chronic pain. 7th World Congress on Pain, August 22.–27. 1993, Paris, France.
- Flor H, Birbaumer H. Basic issues in the Psychobiology of Pain, Proceedings of the 7th World Congress on Pain 1994: 113–25.
- Fordyce W E. Learning processes in pain. Kirjassa: Stenbach R A, toim. The psychology of pain. New York: Raven Press, 1978.
- Gallagher R M, Rauh V, Haugh L D, ym. Determinants of return-to-work among low back pain patients. *Pain* 1989; 39: 55–67.
- Gentry W D, Snows W D, Thomas M. Chronic back pain: a psychological profile. *Psychosomatics* 1974; 15: 174–7.
- Haldorsen E M, Indahl A, Ursin H. Patients with low back pain not returning to work. *Spine* 1998; 23: 11: 1202–8.
- Heliövaara M. Antaako epidemiologinen tutkimus avaimet selkäongelman ratkaisuun? *Sosiaalilääket Aikakausl* 1991; 28: 443–9.
- Hildebrandt J, Pflingsten M, Saur P, Jansen J. Prediction of success from a multidisciplinary treatment program for chronic low back pain. *Spine* 1997; 22: 990–1001.
- Härkäpää K. Relationships of psychological distress and health locus of control beliefs with the use of cognitive and behavioral coping strategies in low back pain patients. *Clin J Pain* 1991; 7: 275–82.
- Härkäpää K. Psychosocial factors as predictors for early retirement in patients with chronic low back pain. *J Psychosom Res* 1992; 36: 553–9.
- Härkäpää K, Järvikoski A, Estlander A M. Health optimism and control beliefs as predictors for treatment outcome of a multimodal back treatment program. *Psychol Health* 1996; 12: 123–34.
- Härkäpää K, Järvikoski A, Mellin G, Hurri H, Luoma J. Health locus of control beliefs and psychological distress as predictors for treatment outcome in low-back pain patients: results of a 3-month follow-up of a controlled intervention study. *Pain* 1991; 46: 35–41.
- Järvikoski A, Härkäpää K, Mellin G. Symptoms of psychological distress and treatment effects with low-back pain patients. *Pain* 1986; 25: 345–55.
- Keefe F J, Crisson J, Urban B J, Williams D A. Analyzing chronic low back pain: the relative contribution of pain coping strategies. *Pain* 1990; 40: 293–301.
- Leino P, Magni G. Depressive and stress symptoms as predictors of low back pain, neck-shoulder pain, and other musculoskeletal morbidity: a 10-year follow-up of metal industry employees. *Pain* 1993; 53: 89–94.
- Long D M, BenDebba M, Torgerson W S, ym. Persistent Back Pain and Sciatica in the United States: patient Characteristics. *J Spinal Disord* 1996; 9: 40–58.
- Love A W, Peck C L. The MMPI and psychological factors in chronic low back pain: a review. *Pain* 1987; 28: 1–12.
- Magni G, Moreschi C, Rigatti-Luchini S, Merskey H. A prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. Paper presented at the 7th World Congress on Pain, August 22.–27. 1993, Paris, France.
- McCreary C, Turner J, Dawson E. Differences between functional versus organic low back pain patients. *Pain* 1997; 4: 73–8.
- Miedema H S, Chorus A M J, Wevers C W J, van der Linden S. Chroniaty of back problems during working life. *Spine* 1998; 23: 2021–9.
- Sanders S H, Brena S F, Spier C J, Beltrutti D, McConnell H, Quintero O. Chronic low back pain patients around the world: Cross-cultural similarities and differences. *Clin J Pain* 1992; 8: 317–23.
- Svensson H O, Andersson G B J. The relationship of low-back pain, work hisotry, work environment, and stress. *Spine* 1989; 14: 517–22.
- Turk D C, Flor H. Etiological theories and treatments for chronic back pain. II. Psychological models and interventions. *Pain* 1984; 19: 209–33.
- Turk D C, Flor H, Rudy T E. Pain and families. I. Etiology, maintenance, and psychosocial impact. *Pain* 1987; 30: 3–27.
- Turk D C, Rudy T. Living with chronic disease: the importance of cognitive appraisal. Kirjassa: McHugh S, Vallis M, toim. *Illness behavior. A multidisciplinary model*. New York: Plenum 1986, s. 309–20.
- Van Poppel M N M, Koes B W, Devillé W, Smid T, Bouter L M. Risk factors for back pain incidence in industry: a prospective study. *Pain* 1998; 77: 81–6.
- Volinn E. The epidemiology of low back pain in the rest of the world. *Spine* 1997; 22: 1747–54.

KRISTIINA HÄRKÄPÄÄ, FT, dosentti, erikoistutkija  
 harkapaa@kuntoutussaaatio.fi  
 Kuntoutussäätiö  
 Kuntoutusalan tutkimus- ja kehittämiskeskus  
 Paasivuorenkatu 5 B 60, 00530 Helsinki