

Psykoedukation som intervention mod kroniske smerter ved fibromyalgi

Rikke Schultz

(cand.psych.) er psykolog ved Liaison-klinikken, Psykiatrisk Center København og ekstern lektor ved Aalborg Universitet, tilknyttet Cognitive Psychology Unit og professionsprogrammet KANUK. Hun beskæftiger sig med kognitiv adfærdsterapi og behandler bl.a. somatoforme smertetilstande.

Sidsel Søndergaard Baastrup (cand.psych.aut.) er psykolog ved PPR, Billund Kommune. Hun er herunder tilknyttet Fællesrådgivningen (Campus Grindsted), hvor hun beskæftiger sig med individuel intervention samt gruppe-baseret kognitiv adfærdsterapeutisk psykoedukation til frafaldstruede elever på ungdomsuddannelserne.

Tia Hansen

(psykolog, mag.art., ph.d.) er lektor ved Aalborg Universitet, tilknyttet vidensgruppen Cognitive Psychology Unit og leder af professionsprogrammet KANUK (Klinik for Anvendt Neuro-, Udviklings- og Kognitionspsykologi), der uddanner psykologer, som vil arbejde med forskellige grupper marginaliserede voksne med afsæt i 3. generations kognitiv adfærdsterapi.

Abstract

Kroniske smerter er en stigende udfordring for sundhedsvæsenet og en livskvalitetsforringende belastning for de berørte. Kognitiv adfærdsterapi (KAT) har dokumenteret effekt ved kroniske smerter, men specifikke KAT-metoder er ikke tilstrækkeligt empirisk afprøvede. Vi udviklede og afprøvede et gruppebaseret interventionsprogram, funderet i KAT-teknikken psykoedukation, rettet mod smertehåndtering ved fibromyalgi (FM). Artiklen giver en kort indføring i interventionen og resumerer et kvasiexperimentelt studie af dens effekt, muligheder og begrænsninger. I studiet deltog 15 FM-diagnosticerede kvinder i alderen 38-63 år, fordelt på kontrol- og interventionsgruppe. Interventionsgruppen fik et behandlingsforløb på fem

Psykoedukation som intervention mod kroniske smerter ved fibromyalgi
Tia Hansen
Rikke Schultz og Sidsel Søndergaard Bastrup

sessioner. Før, efter og fire uger senere udfyldte deltagerne selvrapporterings-skalaerne Coping Strategies Questionnaire (CSQ), Pain Catastrophizing Scale (PCS) og Short Form 36 Health Survey Questionnaire (SF-36). Enkelte skalaer viste effekt, som tyder på, at interventionen i et vist omfang kan påvirke FM-rantes copingstrategier og oplevede funktion på hensigtsmæssig vis. Interventionen anbefales justeret og afprøvet på en større gruppe.

1. Introduktion

Kroniske smerter anses for en af de hyppigste årsager til menneskelig lidelse, invaliditet og nedsat livskvalitet (Jensen, Dahl og Arendt-Nielsen, 2009). I klinisk praksis defineres smerter som kroniske, når de har varet mere end 6 måneder og ikke responderet på tilgængelig behandling. Op mod 10 % af den voksne befolkning har behov for specialiseret smertebehandling, og det skønnes, at behovet er stigende (ibid.; Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2012).

Da medicinske behandlingsmuligheder ved kroniske smertelidelser er stærkt begrænsede, udgør populationen en vedvarende økonomisk og faglig udfordring for sundhedsvæsenet (Jensen, Dahl og Arendt-Nielsen, 2009). I forsøget på at løse udfordringen, søges der efter større biomedicinsk viden om smertelidelsers oprindelse, forløb og respons på medicin. Også psykosociale interventionsformer til forbedring af selvhjulpethed, funktionsniveau og livskvalitet hos mennesker med kroniske smerter bør udforskes, hvilket denne artikel søger at bidrage til.

Undersøgelser har vist væsentlige psykologiske aspekter ved kronisk smertetilstande. Blandt andet ses ofte angst og depression, og der er en sammenhæng mellem bestemte, uhensigtsmæssige copingstrategier og kroniske smertepatienters tilpasningsevne, subjektive velvære og funktionsniveau (Jensen, Turner, Romano og Karoly, 1991).

Opdagelsen af disse sammenhænge samt en mere nuanceret forståelse af smertens multifaktorielle karakter har de sidste årtier øget interessen for psykologisk behandling af populationen (Winterowd, Beck og Gruner, 2003).

Effekten af kognitiv adfærdsterapi (KAT) ved kroniske smertelidelser er fastslået empirisk, men det er uklart, hvorvidt specifikke KAT-metoder kan stå alene, og om nogle metoder er bedre egnede til behandling af specifikke smertepopulationer end andre, da der er tale om en stor, heterogen gruppe (Morley, 2011; Vlaeyen og Mor-

Psykoedukation som intervention mod kroniske smerter ved fibromyalgi
Tia Hansen
Rikke Schultz og Sidsel Søndergaard Bastrup

ley, 2005). Der er således fortsat stort behov for udvikling og afprøvning af behandlingsprogrammer til kronisk smerteramte (Morley, 2011). Specifikt er fibromyalgi (FM) en kronisk smertelidelse med få behandlingstilbud på trods af et udpræget behandlingsbehov (Jensen et al., 2009).

Metaanalyser af KAT til FM-ramte viser, at metoden har bedre effekt end andre terapiformer, og KAT anbefales som en af de bedst mulige behandlingsformer til FM af blandt andre The American Pain Society (Glombiewski, 2010; Häuser, Thieme og Turk, 2010).

Psykoedukative behandlingsprogrammer i gruppe er en interventionsform, der aktuelt benyttes på flere tværfaglige behandlingssteder i Danmark, uden der endnu er tilstrækkelig dokumentation for effekten. Specifik viden om behandling af FM med psykoedukation er sparsom. En litteratursøgning i PubMed og PsycINFO på *fibromyalgia* AND *psychoedukation/psychoeducational* gav 16 hits i alt i perioden 1997 til nu. Ti af disse vurderedes at indeholde relevant viden for undersøgelsen. Studierne viser en lille effekt af interventionsformen, mens yderligere forskning på området anbefales (Häuser et al., 2010).

På denne baggrund udviklede og afprøvede vi et manualiseret psykoedukativt behandlingsprogram, som kan tilbydes FM-ramte i Danmark og danne udgangspunkt for tilpasning.

Artiklens formål er at resumere interventionens indhold og afprøvning (hele interventionsmanualen kan downloades fra cpu.aau.dk). Først beskrives målgruppen, interventionsformen og eksisterende forskning på området. Derpå præsenteres undersøgelsen, og behov for justering og yderligere forskning diskuteres.

1.1. Fibromyalgi

FM er en non-malign reumatologisk sygdom, karakteriseret ved omfattende smerter i muskler og led. Årsagen er ukendt, men lidelsen beskrives ud fra forstyrrelser i centralnervesystemet (Wolfe et al., 1990). Det estimeres at 3-4 % af den voksne befolkning lider af FM, hvoraf ca. 90 % er kvinder (Johnson, 2008).

Foruden omfangsrige smerter plages mange FM-ramte af muskelstivhed, søvnbesvær, hovedpine, følelsesløshed, træthed, tarmbesvær samt kognitive vanskeligheder i form af svækket opmærksomhed og hukommelse. Undersøgelser viser, at symptomerne påvirkes af stress, aktivitetsniveau og vejrforhold (ibid.). Desuden oplever mange FM-ramte ifølge kvalitative undersøgelser, at der er

Psykoedukation som intervention mod kroniske smerter ved fibromyalgi
Tia Hansen
Rikke Schultz og Sidsel Søndergaard Bastrup

manglende forståelse for sygdommen hos behandlere, arbejdsgivere og lovgivningssystemet. Det belaster ofte patientens emotionelle liv, sociale relationer og arbejdsforhold (Sim og Madden, 2008).

1.2. Kognitiv adfærdsterapeutisk psykoedukation

KAT er en evidensbaseret, struktureret, kort- og nutidsorienteret behandlingsform, der tilsigter at modificere uhensigtsmæssig tænkning og adfærd. Den bygger primært på adfærds- og kognitionspsykologi. Ved modificeringen og omstruktureringen af uhensigtsmæssige reaktionsmønstre spiller *coping* en afgørende rolle i KAT. Der arbejdes i terapien på at aflære uhensigtsmæssige, passive copingstrategier og indlære, reforcere og konsolidere nye, mere hensigtsmæssige, aktive strategier for at øge det psykiske funktionsniveau og mindske kropslig og følelsesmæssig lidelse (Arendt & Rosenberg, 2012; Beck, 1995).

Psykoedukation er et grundelement og en pædagogisk strategi i KAT. Metoden benyttes som selvstændig interventionsform eller som supplement til anden behandling indenfor klinisk psykologi og psykiatri. Den er teoretisk funderet i en naturvidenskabelig psykiatrisk, diagnostisk tradition, kombineret med en humanistisk opfattelse af menneskeværd og –ret. Det vil sige, patienten anses som et selvreflekterende individ, der kan tilegne sig og selv anvende relevante dele af den professionelles viden (Mørch, Rosenberg og Elsass, 1995). Rationalet er, at faglig information styrker patientens rettigheder og evne til at varetage egne interesser. Dette bryder med et tidligere dogme om, at faglig indsigt er forbeholdt behandlerne. Kognitiv adfærdsterapeutisk psykoedukation kan med andre ord beskrives som undervisning af patienten i emner relateret til hans/hendes lidelse, psykologiske faktorer knyttet til lidelsen samt håndtering af tilstanden (ibid.).

1.3. State of the art

Adskillige undersøgelser viser, at *passiv coping* er en prædikativ indikator for bl.a. dysfunktion og udvikling af psykopatologi hos smerteramte. Specielt *katastrofetænkning* korrelerer med højere smerteniveau, funktionshæmning, negative humørforandringer samt forværringer af angst og depression (Keefe et al., 2004). *Aktiv coping* og følelsen af selv at kunne gøre noget for at håndtere smerten, er derimod associeret med et højere funktionsniveau og mindsket depression (Jensen et al, 2009).

Psykoedukation som intervention mod kroniske smerter ved fibromyalgi
Tia Hansen
Rikke Schultz og Sidsel Søndergaard Baastrup

Randomiserede kontrollerede undersøgelser viser, at KAT har effekt ved kroniske smertetilstande og på flere områder er andre behandlingsmuligheder overlegen (Day, Thorn og Burns, 2012). Reviews af effektstudier viser herunder, at KAT bl.a. kan højne smerteramtes funktionsniveau og tilpasningsevne samt reducere deres smerteniveau, medicinforbrug, emotionel stress og psykopatologi (Hoffman, Papas, Chatkoff og Kerns, 2007). De terapeutiske virkningsmekanismer for positiv behandlingseffekt er identificeret til bl.a. at være reduceret katastrofetænkning og øget tro på egen håndteringsevne, også kaldet *self-efficacy* (Morley, 2011).

Psykoedukation, som selvstændig metode til smerteramte, har kun været genstand for begrænset forskning (Morlion et al., 2011). Præliminære data tyder på, at undervisningsforløb ned til fire sessioner kan have effekt på bl.a. smerteintensitet og helbredsstatus (ibid.). Psykoedukation af andre patientgrupper, med længere tradition for selvstændig anvendelse af metoden, har veldokumenteret effekt og bl.a. vist sig at kunne fremme brugen af bevidste coping- og problemløsningsstrategier samt rette fokus mod tilgængelige ressourcer (Mørch, Rosenberg og Elsass, 1995).

Med afsæt i eksisterende teori og forskning var det vores hypotese, at psykoedukation af FM-ramte kunne mindske deltagernes brug af passive copingstrategier, fremme deres brug af aktive copingstrategier samt forbedre deres oplevede psykiske og fysiske helbred.

1.4. Behandlingsprogrammet

Vi udviklede behandlingsprogrammet med udgangspunkt i en bio-psyko-social smerteforståelse, eksisterende forskning og gængse behandlingsprincipper fra KAT, samt en ideografisk analyse¹ af FM-ramtes tanke- og adfærdsmønstre (Schultz og Baastrup, 2008). Programmet består af fem sessioner á to timer. Hele manualen kan hentes fra cpu.aau.dk.

Første session giver deltagerne en indføring i KAT, psykoedukation som metode samt formålet med behandlingsprogrammet. Endvidere fremlægges den mest centrale forskning og psykologiske teori vedrørende FM. Formålet med første session er at skabe en fælles forståelsesramme for tilgangen til kroniske smerter samt øge og nuancere deltagernes forståelse af egen lidelse.

I anden session udbygges deltagernes viden om KAT og der undervises i copingbegrebet, hensigtsmæssige og uhensigtsmæssige copingstrategier samt brugen heraf. Deltagernes egne erfaringer

Psykoedukation som intervention mod kroniske smerter ved fibromyalgi
Tia Hansen
Rikke Schultz og Sidsel Søndergaard Baastrup

og copingstrategier bliver omdrejningspunktet for den forandringsproces, der søges faciliteret gennem psykoedukationen.

I tredje session arbejdes der videre med copingbegrebet gennem øvelser i plenum, hvor deltagerne reflekterer over fordele og ulemper ved egne strategier. Dernæst gennemgås en række kognitive omstruktureringsteknikker, som kan igangsætte forandringsprocesser i forhold til negativ automatisk tænkning, der ellers vil opretholde uhensigtsmæssig smertehåndtering.

I session fire fortsættes arbejdet med omstrukturering. Der præsenteres flere teknikker, som trænes i gruppen.

Femte session indeholder repetition af det gennemgåede materiale, tilbagefaldsforebyggelse og evaluering af forløbet. Hver deltager udarbejder, med supervision fra underviserne, *copingkort* samt en plan for egen videre anvendelse af den tilegnede viden.

Løbende i programmet trænes en række aflednings- og afspændingsøvelser. Som en del af materialet får deltagerne udleveret en CD med øvelserne: *Vejrtrækningsøvelse* (3 min.), *Guidet billede-afslapning* (15 min.), *Guidet muskel-afslapning* (20 min.) og *Progressiv afspænding* (25 min.). Øvelserne er kendt fra angst- og smertebehandling og har til formål at reducere stress, muskelspændinger, smerte og smerterelateret angst (Winterowd et al., 2003; Arendt og Rosenberg, 2012).

Ved afslutningen af hver session instrueres deltagerne i en hjemmeopgave, der næste gang evalueres i gruppen. Dertil er det gennemgående for programmet, at de faglige begreber, teknikker og øvelser, der inddrages, forklares via detaljerede eksempler, hyppige opsummeringer og skriftligt materiale. Dette har til formål at facilitere og understøtte deltagernes indlæring under hensynstagen til de kognitive vanskeligheder, de kan opleve.

2. Metode

2.1. Deltagere

Deltagerne blev rekrutteret gennem Dansk Fibromyalgi-Forening, der i et nyhedsbrev og på deres hjemmeside inviterede personer mellem 21-70 år til at deltage i et psykoedukativt behandlingsforløb. Tyve personer responderede på invitationen. Inklusionskriterier var: 21-70 år og diagnosticeret med FM i 2004 eller derefter. Eksklusionskriterier var: anden alvorlig medicinsk sygdom eller psykiatrisk diagnose, udeblivelse fra mere end én interventionsgang eller mangelfuld besvarelse af spørgeskemaer (de to sidstnævnte kriterier

Psykoedukation som intervention mod kroniske smerter ved fibromyalgi
 Tia Hansen
 Rikke Schultz og Sidsel Søndergaard Bastrup

resulterede i eksklusion fra data, ikke fra interventionen). In- og eksklusionskriterierne blev vurderet ved en telefonisk samtale med hver deltager. Ved denne samtale blev deltagerne ligeledes informeret om undersøgelsesproceduren og rammerne for interventionen.

Grundet praktiske hensyn og det lave deltagerantal var randomisering ikke mulig. Undersøgelsesdeltagerne blev fordelt i interventions- og kontrolgruppe på baggrund af mulighed for fremmøde til interventionen, som foregik på Aalborg Universitet. Fem deltagere faldt fra undervejs i undersøgelsen. Femten kvinder diagnosticeret med FM i alderen 38-63 år blev inkluderet i datamaterialet; syv i interventions- og otte i kontrolgruppen. I tabel 1 ses deltagernes demografiske data.

	Interventionsgruppe (n=7)	Kontrolgruppe (n=8)
Gennemsnitsalder (år)	51,2 (SD = 8,09)	47,6 (SD = 7,46)
Gennemsnitssmertevarighed (år)	15,1	14,7
Beskæftigelse:		
Pension (%)	42,8 %	25 %
Sygemeldt (%)	28,6 %	37,5 %
Fleksjob (%)	14,3 %	12,5 %
Deltidsjob (%)	14,3 %	0 %
Fuldtidsjob (%)	0 %	25 %

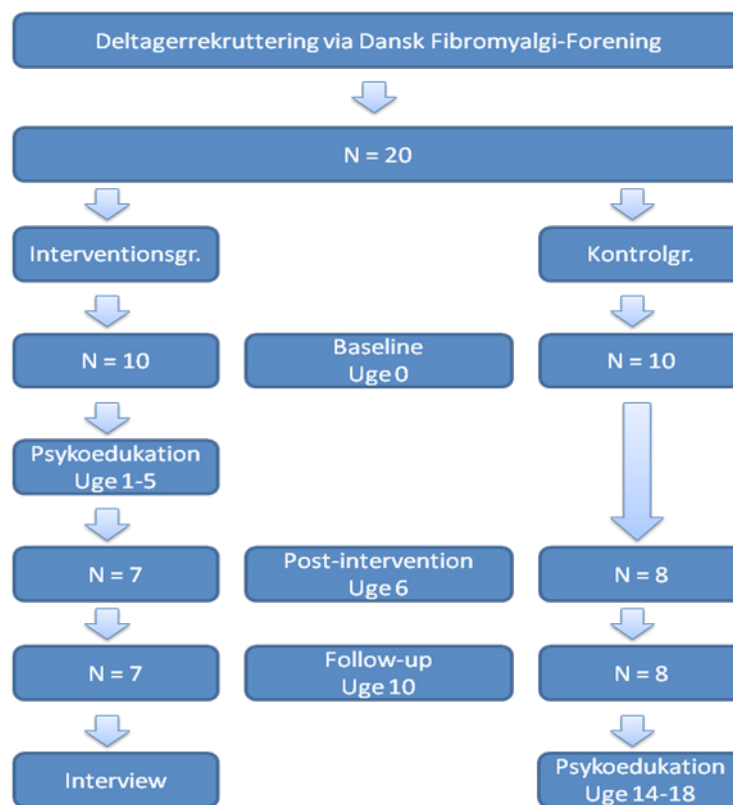
Tabel 1. Undersøgelsesdeltagere.

2.2. Procedure

Inden undersøgelsesprocedurens start blev projektet registreret hos Videnskabsetisk Komité for Region Nordjylland og alle deltagere underskrev en informeret samtykkeerklæring i overensstemmelse med Helsinkideklarationen. En uge før interventionsstart udfyldte alle deltagere selvrapporteringskalaerne Coping Strategies Questionnaire (CSQ), Pain Catastrophizing Scale (PCS) og Short Form 36 Health Survey Questionnaire (SF-36) akutversionen i eget hjem og returnerede disse i en frankeret svarkuvert. Besvarelsen foregik anonymt via ID-numre. Herefter deltog interventionsgruppen i behandlingsprogrammet (se afsnit 1.4.) én gang ugentligt i fem uger. En uge og fem uger efter interventionens afslutning udfyldte alle deltagere igen spørgeskemaerne i eget hjem og returnerede disse i en frankeret svarkuvert.

Psykoedukation som intervention mod kroniske smerter ved fibromyalgi
 Tia Hansen
 Rikke Schultz og Sidsel Søndergaard Bastrup

Kvantitative data blev suppleret med kliniske observationer fra behandlingsforløbet. Desuden gennemførtes uformelle interviews med to deltagere; efter sidste spørgeskema blev interventionsgruppen inviteret til at deltage i et interview om deres oplevelse af behandlingens forløb og effekt, og to deltagere ønskede dette. Af etiske hensyn blev kontrolgruppen tilbudt det psykoedukative forløb efter endt dataindsamling. Fem fra kontrolgruppen tog imod tilbudet. Alle deltagere fik tilbudt skriftlig tilbagemelding på undersøgelsens resultater. Proceduren ses illustreret i figur 1.



Figur 1. Undersøgelsens design og forløb.

2.3. Måleinstrumenter

*Coping Strategies Questionnaire*² (CSQ) består af 48 items, der repræsenterer syv subskalaer. Subskalaerne afspejler to passive smerte-copingstrategier, *beden og håben* samt *katastrofetænkning*, og fem aktive smerte-copingstrategier, *afledning, genfortolkning, selvsuggestion, ignoreren og aktivering*. Desuden indgår to

Psykoedukation som intervention mod kroniske smerter ved fibromyalgi
Tia Hansen
Rikke Schultz og Sidsel Søndergaard Bastrup

items for patientens oplevede evne til at henholdsvis kontrollere og mindske smerten. CSQ er et af de oftest anvendte instrumenter i smerteforskning og afprøvet og valideret i en række undersøgelser (Rosenstiel og Keefe, 1983).

Pain Catastrophizing Scale (PCS) består af 13 items, der måler tre dimensioner af katastrofetænkning, *ruminering*, *magnificering* og *hjælpeløshed*. Spørgeskemaet, der er konstrueret med afsæt i items fra CSQ, er afprøvet og valideret i adskillige undersøgelser og hyppigt benyttet til måling af katastrofetænkning (Sullivan, Bishop og Pivik, 1995).

Short Form 36 Health Survey Questionnaire (SF-36) akutversionen består af 36 items, der inddeles i 8 subskalaer samt klientens angivelse af, om denne har oplevet et *overoverordnet skift i helbredstilstanden* det sidste år. De fire subskalaer *fysisk funktion*, *fysisk betingede begrænsninger*, *fysisk smerte* og *alment (selvvurderet) helbred* kan sammenfattes til et mål kaldet *fysiske helbred*. De resterende fire subskalaer, *energi*, *social funktion*, *psykisk betingede begrænsninger* og *psykisk velbefindende* kan summeres i skalaen *psykiske helbred*. SF-36 har dansk standardisering og manual (Bjørner et al., 1997).

2.4. Analyse

Formålet var at undersøge, om interventionen havde en effekt på copingstrategier, katastrofetænkning og helbredsstatus. Den planlagte analysestrategi var en 2 (interventions- vs. kontrolgruppe) x 3 (måletidspunkter) mixed ANOVA før sammenligning mellem enkelte målepunkter, men det opnåede datasæts omfang og struktur tillod ikke dette. Den forenklede strategi bestod i separate analyser af ændringer fra præ-intervention til hhv. post-intervention og follow-up med *parrede t-tests* (non-parametriske test viste samme resultater) og kvalitativ sammenligning mellem de to grupper. Forenklingen giver mindre sikkerhed mod fejltolkning af tilfældig variation. Databehandlingen blev udført i statistiskprogrammet SPSS version 19.

De kliniske observationer fra interventionsforløbet og interviews supplerede de kvantitative data med henblik på at nuancere informationen om muligheder og begrænsninger ved behandlingsprogrammet. Disse data blev således anvendt pragmatisk og blev ikke indsamlet eller analyseret i henhold til et specifikt videnskabsteoretisk eller metodologisk ståsted.

3. Resultater

Deskriptive resultater ses i tabel 2 (copingstrategier) og 3 (generelt helbred). Statistisk analyse viste effekt hos interventionsgruppen i forhold til enkelte copingstrategier og helbredskomponenter. I kontrolgruppen sås ingen signifikante forbedringer på nogen skala.

I interventionsgruppen oplevedes øget evne til at *mindske smerten* post-intervention ($t(6) = 2,12$, $p = 0,039$), og ved follow-up sås fald i brugen af de passive, uhensigtsmæssige strategier *beden og håben* ($t(6) = 2,42$, $p = 0,026$) samt *katastrofetænkning* ($t(6) = 2,70$, $p = 0,018$). Desuden sås tendens til mindsket brug af den passive, uhensigtsmæssige copingstrategi *ruminering* ($t(6) = 1,75$, $p = 0,065$) ved follow-up. Post-intervention sås en tendens til, at deltagerne oplevede bedre *social funktionsevne* ($t(6) = 1,87$, $p = 0,055$), som ved follow-up var blevet statistisk signifikant ($t(6) = 2,29$, $p = 0,031$). Øvrige skalaer viste ingen statistisk signifikante ændringer. Se Tabel 2 og 3 på de følgende sider.

Væsentlige kliniske observationer var, at deltagernes evne til at fastholde opmærksomheden var stærkt svingende, så de til tider havde vanskelig ved at deltage aktivt samt genkalde og anvende det gennemgåede materiale. Fremmødet var præget af ustabilitet, og der blev observeret et stort behov for at tale om egne sygdoms-/behandlinger erfaringer. Dertil blev observeret en vis modstand mod en kognitiv sygdomsforståelse og psykologiske faktoreres indvirken på symptombilledet.

I interviewene tilkendegav deltagerne, at psykoedukationen havde givet større indsigt i, hvordan egne reaktionsmønstre og brug af copingstrategier har betydning for deres mentale og fysiske tilstand. Herunder beskrev de, hvorledes de efter forløbet kunne se sammenhænge mellem tidligere passivitet og depressive perioder, hvorfor de nu fokuserede mere bevidst på, at forholde sig aktivt til deres lidelse og livssituation. Endvidere angav begge informanter, at interventionens konkrete karakter var en styrke samt at gruppeformen og det socialt støttende element heri var af betydning:

”Det var en stor lettelse at møde andre, der var i samme båd.”

”Det er dejligt, når der er noget klart og præcist at forholde sig til, som skemaerne med omstrukturering af tankerne. Men det er noget, jeg skal arbejde meget videre med.”

Psykoedukation som intervention mod kroniske smerter ved fibromyalgi
 Tia Hansen
 Rikke Schultz og Sidsel Søndergaard Bastrup

	Interventionsgruppe N=7			Kontrolgruppe N=8		
	Uge 0 <i>Før</i> Mean (SD)	Uge 6 <i>Efter</i> Mean (SD)	Uge 10 <i>Follow-up</i> Mean (SD)	Uge 0 Mean (SD)	Uge 6 Mean (SD)	Uge 10 Mean (SD)
Coping Strategies Questionnaire (CSQ)						
Aktive strategier (stigning er forbedring)						
Afledning	1,85 (1,01)	2,52 (1,67)	2,52 (2,08)	2,69 (1,19)	2,33 (0,82)	2,60 (0,76)
Genfortolkning	1,69 (0,99)	1,71 (1,88)	1,62 (2,01)	2,67 (1,31)	2,29 (1,34)	2,13 (0,57)
Selvsuggestion	3,14 (1,25)	3,71 (1,35)	3,36 (1,49)	4,04 (0,67)	3,69 (1,42)	3,52 (0,67)
Ignoreren	2,45 (1,63)	2,38 (1,55)	2,52 (1,16)	3,31 (1,17)	2,88 (1,36)	2,88 (1,20)
Aktivering	2,07 (0,86)	2,69 (1,02)	2,26 (1,15)	2,88 (1,32)	2,92 (1,35)	2,79 (1,30)
Oplevet egen evne til at... (stigning er forbedring)						
Kontrollere smerten	2,71 (0,95)	3,28 (1,11)	3,29 (1,38)	3,57 (1,72)	3,00 (1,53)	3,00 (1,53)
Mindske smerten	2,29 (0,76)	3,14* (1,35)	2,71 (0,76)	2,57 (1,62)	2,43 (1,39)	2,43 (1,39)
Passive strategier (reduktion er forbedring)						
Beden og håben	2,67 (1,28)	2,54 (1,28)	1,88* (1,01)	2,63 (1,17)	3,29 (1,35)	3,25 (1,25)
Katastrofetænkning	2,00 (0,88)	1,91 (1,21)	1,50* (0,84)	2,39 (1,64)	2,29 (1,17)	2,60 (1,57)
Pain Catastrophizing Scale (PCS) (reduktion er forbedring)						
Ruminering	2,11 (1,27)	1,89 (1,14)	1,71* (0,88)	1,53 (0,91)	1,72 (0,78)	1,97 (0,91)
Manificering	1,09 (0,76)	0,90 (0,66)	1,09 (0,98)	1,50 (0,69)	1,29 (0,77)	1,29 (0,70)
Hjælpeløshed	1,31 (0,49)	1,45 (0,83)	1,45 (0,83)	1,81 (0,75)	1,63 (0,95)	1,89 (0,93)

Tabel 2. Copingstrategier.

* angiver statistisk signifikant forskel til Uge 0; (*) angiver 'marginalt signifikant' forskel (se tekst).

Psykoedukation som intervention mod kroniske smerter ved fibromyalgi
 Tia Hansen
 Rikke Schultz og Sidsel Søndergaard Bastrup

	Interventionsgruppe N=7			Kontrolgruppe N=8		
	Uge 0 <i>Før</i> Mean (SD)	Uge 6 <i>Efter</i> Mean (SD)	Uge 10 <i>Follow-up</i> Mean (SD)	Uge 0 Mean (SD)	Uge 6 Mean (SD)	Uge 10 Mean (SD)
Short Form Health Survey Questionnaire (SF-36) (stigning er forbedring, 0-100)						
Fysisk helbred (summerisk mål)	36,50 (3,25)	39,01 (3,16)	38,23 (3,77)	37,61 (3,73)	38,59 (2,96)	37,84 (2,17)
Fysisk funktion	47,86 (12,86)	52,86 (15,51)	51,51 (17,27)	48,75 (17,88)	47,50 (13,62)	50,00 (21,21)
Fysisk betingede begrænsninger	10,71 (19,97)	7,14 (12,20)	10,71 (19,67)	15,63 (35,19)	12,50 (18,89)	0,00 (0,00)
Fysisk smerte	78,57 (8,99)	80,00 (11,55)	78,57 (15,74)	78,75 (12,46)	82,50 (11,65)	82,50 (8,86)
Alment helbred	70,25 (17,25)	71,71 (10,36)	76,32 (10,83)	63,25 (16,55)	66,16 (7,72)	68,03 (7,91)
Psykisk helbred (summerisk mål)	48,97 (6,87)	46,68 (6,47)	50,66 (5,57)	47,29 (6,11)	47,26 (5,79)	47,01 (6,13)
Energi	51,43 (8,52)	53,57 (12,15)	60,71 (16,67)	51,87 (6,51)	60,00 (15,58)	55,00 (6,55)
Social Funktion	41,07 (20,04)	53,57(*) (13,91)	53,57* (9,45)	53,13 (8,84)	54,69 (9,30)	54,69 (13,26)
Psykisk betingede begrænsninger	76,19 (41,76)	52,38 (42,41)	80,95 (37,79)	54,17 (43,42)	58,33 (38,83)	54,17 (43,42)
Psykisk velbefindende	73,71 (8,59)	72,00 (8,64)	69,71 (5,49)	73,50 (10,24)	67,00 (7,92)	69,50 (9,30)

Tabel 3. Generelt helbred.

* angiver statistisk signifikant forskel til Uge 0; (*) angiver 'marginalt signifikant' forskel (se tekst).

Psykoedukation som intervention mod kroniske smerter ved fibromyalgi
Tia Hansen
Rikke Schultz og Sidsel Søndergaard Bastrup

4. Diskussion og konklusion

I overensstemmelse med vores forventninger kunne interventionen hæmme deltagernes brug af visse passive, uhensigtsmæssige copingstrategier samt i nogen grad forbedre deres helbredsoplevelse, men interventionen kunne ikke dokumenteres at fremme brugen af aktive, hensigtsmæssige copingstrategier. Specifikt sås reduktion i de passive copingstrategier *katastrofetænkning, beden og håben* samt *ruminering*. Dertil sås ændringer i helbredstilstanden i form af bedre *social funktionsevne* og at deltagerne i hvert fald midlertidigt oplevede øget evne til at *mindske smerten*.

Resultaterne er spinkle, men i overensstemmelse med et studie af Morlion et al. (2011) af psykoedukation (4 sessioner) til kronisk smerteramte. Dette viser mindre forbedringer af helbredsoplevelsen, mens der ses signifikante ændringer i katastrofetænkning og deltagernes evne til at mindske smerten. Et randomiseret, kontrolleret studie af psykoedukation til FM-ramte (9 sessioner) viser en mere udpræget behandlingseffekt end resultaterne fra vores studie kunne dokumentere. Pågående undersøgelse viser, at psykoedukation har større effekt end standardbehandling; og kan bedre deltagernes tilstand med hensyn til fysiske begrænsninger, smertniveau, træthed samt angst og depression på kort sigt (Luciano et al., 2011). Metaanalyser af eksisterende forskning peger samtidig på, at tværfaglige behandlingsprogrammer har bedre effekt end psykoedukation alene, hvorfor interventionsformen bør tilbydes i kombination med anden behandling (Häuser et al., 2010). I tråd med dette viser studier af Hammand og Freeman (2006), at psykoedukation kombineret med fysisk træning eller KAT giver bedre effekt end psykoedukation alene.

Selvom vores fund er begrænset til få subskalaer, forekommer det væsentligt, at netop deltagernes katastrofetænkning mindskes, da denne er identificeret til at være den stærkeste prædikator for dysfunktion hos smerteramte (Keefe et al., 2004). At en effekt ses tidligere på de passive strategier end de aktive er dertil i overensstemmelse med behavioristisk teori og rationale i KAT, hvor der først arbejdes på at udslukke passive strategier for derefter at indlære og reforcere aktiv, mere hensigtsmæssig coping (Arendt og Rosenberg, 2012).

De supplerende kliniske observationer og udtalelser fra deltagerne peger på, at i hvert fald nogle af deltagerne oplevede udbytte af forløbet i form af større viden om egen lidelse og konkrete selv-

Psykoedukation som intervention mod kroniske smerter ved fibromyalgi
Tia Hansen
Rikke Schultz og Sidsel Søndergaard Baastrup

hjælpsteknikker. Desuden angav de, at den sociale støtte, faciliteret af gruppeformen, gav emotionel lindring. Behovet hos FM-ramte for social støtte, forståelse og anerkendelse underbygges af flere kvalitative studier, der begrundet behovet i en oplevelse af mistro fra omverden og stigmatisering (Kool og Greenen, 2012; Schultz og Baastrup, 2008). De kliniske observationer vidner dog også om, at det udprægede behov for social støtte ikke alene kan opfyldes gennem psykoedukation. Interventionen kan derfor med fordel suppleres med støttegrupper eller individuelle samtaler i tråd med de omtalte metaanalyseres anbefalinger om at kombinere behandlingen med andre tiltag.

De manglende statistisk signifikante fund, der sås for hovedparten af subskalaerne, kan have flere årsager. Én grund til de manglende fund kan være det lave deltagerantal, der giver lav statistisk styrke. Styrke- og antalsberegninger i en poweranalyse tyder på behov for mindst tyve deltagere i interventionsgruppen for en bedre afprøvning. En anden begrænsning ved designet er en relativt kort behandlingstid (fem uger), der i henhold til metaanalyser kan gøre det sværere at opnå effekt (Turner, Holtzman og Mancl, 2007). Der til kan karakteristika ved deltagergruppen, fx udpræget svækkede kognitive færdigheder, have haft betydning for interventionens effekt. De klinisk observerede problemer hos deltagerne med at fastholde opmærksomheden samt genkalde og anvende det gennemgåede materiale, støttes af neuropsykologiske studier, der viser reduceret arbejds- og non-verbal langtidshukommelse hos FM-ramte (Luerding, Weigand, Bogdahn og Schmidt-Wilcke, 2008). For klinisk praksis betyder de svækkede hukommelsesfærdigheder, at det er en behandlingsgruppe, der i udpræget grad har behov for kompensatoriske strategier (pauser, gentagelser og uddybende eksempler), en kontinuerlig tilpasning af det faglige niveau samt konkrete katalysatorer (specifikke teknikker), der kan understøtte lærings- og udviklingsprocesser. Det antages således, at justeringer af design og intervention mod flere deltagere, et længere behandlingsforløb og implementering af flere kompensatoriske strategier vil medvirke til bedre effekt.

Resultaterne fra undersøgelsen kan på foreliggende grundlag ikke generaliseres til andre smertepopulationer, da karakteristika og problemstillinger kan være væsensforskellige. For at bidrage til at løse en af smerteforskningens fremtidige udfordringer i henhold til Morley (2011), *at forstå og behandle forskelligartede diagnoser og*

Psykoedukation som intervention mod kroniske smerter ved fibromyalgi
Tia Hansen
Rikke Schultz og Sidsel Søndergaard Bastrup

syndromer forskelligt, frem for som én samlet gruppe, bør behandlingsprogrammer efterprøves indenfor konkrete smertepopulationer. Ved eventuel tilpasning og afprøvning af programmet til andre smertetilstande vurderes det, at ovennævnte justeringer mod flere deltagere og et længere forløb vil være hensigtsmæssigt. Hensynstagen til svækkede kognitive færdigheder kan ligeledes være essentielt, da forekomsten af kognitive forstyrrelser uden organisk hjerneskade ses på tværs af kroniske smertesyndromer (Jensen et al., 2009).

Ved anvendelse i klinisk praksis bør man endvidere være opmærksom på, at den population, der behandles i en sådan setting, ifølge Morlion et al. (2011) typisk er mere heterogen end undersøgelsers in- og eksklusionskriterier tillader. En klinisk population af FM-ramte kunne være divergerende i form af fx længere symptomvarighed, manglende tiltro til psykologisk behandling og øget forekomst af depression eller angst, hvilket er prædikerende for reduceret behandlingsrespons (McCracken og Turk, 2002). Brug af programmet i klinisk praksis kan således fordrer yderligere justeringer af interventionen mod en endnu længere behandlingsperiode og større fokus på at skabe en frugtbar arbejdsalliance.

Ud fra en samlet vurdering kan det konkluderes, at psykoedukation af FM-ramte har en relevant, omend svag, effekt på copingstil og helbredsoplevelse. På grund af undersøgelsens og tidligere studiers begrænsninger bør interventionsformens kliniske virkning og omkostningseffektive potentiale undersøges yderligere i klinisk praksis og forskning. Justeringer mod en længere interventionsperiode og større hensyntagen til patientgruppens resourcesvaghed og sociale støttebehov vil være en fordel. Interventionen bør dertil afprøves ved andre smertepopulationer.

Noter

- 1 Analysen kaldes en caseformulering og indeholder data om typiske reaktionsmåder; tanker, krop, følelser og adfærd, om dybereliggende kognitive strukturer; personlige skemaer, leveregler og kerneantagelser samt om vedligeholdende og udløsende faktorer; biologiske, psykiske og sociale (Beck, 1995).
- 2 Den danske udgave er erhvervet gennem Dansk Smerteforskningscenter, Århus Universitetshospital med tilladelse fra R. Moore og I. Brødsgaard, der har oversat skemaet til dansk.

Psykoedukation som intervention mod kroniske smerter ved fibromyalgi
Tia Hansen
Rikke Schultz og Sidsel Søndergaard Bastrup

5. Referencer

- Arendt, M. og Rosenberg, N.K., eds., 2012. *Kognitiv terapi – Nyeste udvikling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Beck, J.S., 1995. *Cognitive therapy – basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Bjørner J.B., Damsgaard, M.T., Watt, T., Bech, P., Rasmussen, N.K., Kristensen, T.
- S., Modvig, J. & Thunedborg, K. (1997). *Dansk Manual til SF36 – Et spørgeskema om helbredsstatus*. DK: Lægemiddelindustriforeningen.
- Day, M.A., Thorn, B.E. og Burns J.W., 2012. The continuing evolution of biopsychosocial interventions for chronic pain. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26(2), pp. 114-129.
- Glombiewski, J.A. et al., 2010. Psychological treatment for fibromyalgia: A meta-analysis. *Pain*, 151, pp. 280-295.
- Hammand, A. og Freeman, K., 2006. Community patient education and exercise for people with fibromyalgia: A parallel group randomized controlled trial. *Clin Rehabil*, 20, pp. 835-846.
- Hoffman, B.M., Papas, R.K., Chatkoff, D.K. og Kerns, R.D., 2007. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychology*, 26, pp. 1–9.
- Häuser, W., Thieme, K. og Turk, D., 2010. Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome – A systematic review. *European Journal of Pain*, 14, pp. 5-10.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2012. [online] Available at: <http://www.im.dk/> [Accessed 10. november 2012].
- Jensen, T.S., Dahl, J.B. og Arendt-Nielsen, L., eds., 2009. *Smerter – Baggrund, evidens og behandling*. Danmark: FADLs Forlag.
- Jensen, M.P., Turner, J.A., Romano J.M. og Karoly, P., 1991. Coping with chronic pain: A critical review of the literature. *Pain*, 47(3), pp. 249-283.
- Johnson, S. K., 2008. *Medically unexplained illness: Gender and biopsychosocial implications*. USA: American Psychological Association.
- Keefe F.J. et al., 2004. Psychological aspects of persistent pain: Current state of the science. *The Journal of Pain*, 5(4), pp. 195-211.
- Kool, M.B. og Geenen, R., 2012. Loneliness in patients with rheumatic diseases: The significance of invalidation and lack of social support. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 146(1-2), pp. 229-241.
- Luciano, J.V. et al., 2011. Effectiveness of a Psychoeducational Treatment Program Implemented in General Practice for Fibromyalgia Patients – A Randomized Controlled Trial. *Clin J Pain*, 27(5), pp. 383-391.

Psykoedukation som intervention mod kroniske smerter ved fibromyalgi
 Tia Hansen
 Rikke Schultz og Sidsel Søndergaard Baastrup

- Luerding, R., Weigand, T., Bogdahn, U. og Schmidt-Wilcke, T., 2008. Working memory performance is correlated with local brain morphology in the medial frontal and anterior cingulate cortex in fibromyalgia patients: Structural correlates of pain – cognition interaction. *Brain*, 131, pp. 3222-3231.
- McCracken, L.M., og Turk, D.C., 2002. Behavioral and cognitive behavioral treatment for chronic pain: Outcome, predictors of outcome, and treatment process. *Spine*, 27, pp. 2564–2573.
- Morley, S., 2011. Efficacy and effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic pain: Progress and some challenges. *Pain*, 152(3), pp. 99-106.
- Morlion, B. et al., 2011. Multidisciplinary pain education program (MPEP) for chronic pain patients: preliminary evidence for effectiveness and mechanisms of change. *Curr Med Res Opin*, 27, pp. 1595-1601.
- Mørch, M.M., Rosenberg, N.K. og Elsass, P., 1995. *Kognitive behandlingsformer – Kognitiv terapi, social færdighedstræning, psykoedukation og kognitiv optræning*. Danmark: Hans Reitzels Forlag.
- Rosenstiel, A.K. og Keefe, F. J., 1983. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17(1), pp. 33-44.
- Schultz, R. og Baastrup, S.S., 2008. *Et liv med kroniske smerter - En kvalitativ interviewundersøgelse*. Upubliceret 9.-semesterprojekt, Psykologistudiet, Aalborg Universitet.
- Sim J. og Madden S., 2008. Illness experience in fibromyalgia syndrome: A metasynthesis of qualitative studies. *Social Science Medicine*, 67(1), pp. 57-67.
- Sullivan, M.J.L., Bishop, S.R. og Pivik, J., 1995. The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7(4), pp. 524-532.
- Turner, J.A., Holtzman, S. og Mancl, L., 2007. Mediators, moderators, and predictors of therapeutic change in cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 127, pp. 276-286.
- Vlaeyen, J.W. & Morley, S., 2005. Cognitive-Behavioral Treatments for Chronic Pain, What Works for Whom. *Clin J Pain*, 21(1), pp. 1-8.
- Winterowd, C., Beck, A.T. og Gruner, D., 2003. *Cognitive therapy with chronic pain patients*. US: Springer.
- Wolfe, F. et al., 1990. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheumatica*, 33, pp. 60-172.

Psykoedukation som intervention mod kroniske smerter ved fibromyalgi
Tia Hansen
Rikke Schultz og Sidsel Søndergaard Bastrup

