

Den kognitiva-beteende terapins betydelse vid behandling av fibromyalgi

Författare: Kerstin Kalliokulju, Helena Wiberg

Handledare: Gull-Britt Dahlman

Kandidatuppsats

April 2003

Institutionen för omvårdnad
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND



Den kognitiva-beteende terapiens betydelse vid behandling av fibromyalgi

Författare: Kerstin Kalliokulju, Helena Wiberg

Handledare: Gull-Britt Dahlman

Kandidatuppsats

April 2003

Abstrakt

Fibromyalgi (FM) är ett kroniskt smärtsyndrom som oftast drabbar kvinnor. Att leva med FM innebär att leva med ständig smärta som påverkar individen såväl fysiskt som psykiskt. Ett behov finns i att finna lämpliga behandlingsmetoder såväl ur ett person- som ur ett samhällsperspektiv. Kognitiv-beteende terapi (KBT) har visat ge positiva resultat vid behandling av andra kroniska smärtsyndrom. Syftet med denna studie har varit att belysa behandling med kognitiv-beteende terapi vid FM. Metoden har varit en litteraturstudie baserad på Goodmans struktur för att söka, granska och tolka data. Resultatet visar att enbart ett fåtal studier gjorts med KBT som behandling vid FM. De studier som genomförts visar att KBT ofta kombineras med andra typer av behandlingsmetoder inklusive farmakologiska behandlingsmetoder. Den kombinerade behandlingen visade sig ha god effekt på såväl fysisk funktion, sömn, smärthantering som psykisk status. Mer forskning efterfrågas för att kunna utvärdera effekterna av KBT.

Nyckelord

Fibromyalgia, cognitive-behavioral, therapeutic, therapy, interventions

Institutionen för omvårdnad
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Introduktion.....	3
Bakgrund	3
Sjukdomen Fibromyalgi.....	3
Att leva med fibromyalgi	5
Behandling	5
Kognitiv terapi.....	7
Syfte	10
Metod	10
Goodmans struktur	10
Resultat	12
Fysisk funktion	12
Sömn	13
Smärta och smärthantering	14
Psykisk status	15
Läkemedelsanvändning	15
Diskussion	16
Metoddiskussion.....	16
Resultatdiskussion	17
Referenser.....	21
<i>Bilaga 1(1)-1(2)</i>	
<i>Bilaga 2</i>	
<i>Bilaga 3</i>	
<i>Bilaga 4(1)-4(2)</i>	
<i>Bilaga 5(1)-5(8)</i>	

Introduktion

En stor del av befolkningen i västvärlden lider av kroniska muskel- och skelettsmärter. Smärtorna följs ofta av en rad olika symtom. Om besvären uppfyller vissa kriterier ställs diagnosen fibromyalgi (FM). Allt fler - främst medelålders kvinnor - får en sådan fibromyalgidiagnos. Politikerna är bekymrade, inte minst på grund av de skenande kostnader som sjukdomen för med sig särskilt när det gäller förtidspensionerna. Sjukvården har hittills inte haft särskilt god hand med FM (Gunvaldsen-Abusdal & Natvig, 1997). Enligt Socialstyrelsens folkhälsorapport (2001) är sjukdom i rörelseorganen den vanligaste orsaken till smärta, nedsättning av arbetsförmåga, långvarig sjukskrivning och förtidspensionering i Sverige (ibid). Ett stort problem inom vården idag är enligt Carr och Mann (2000) bristande kunskap om smärta hos vårdpersonal. Utbildning inom smärta prioriteras inte trots att smärta är den vanligaste orsaken till att människor söker vård idag (ibid).

Med tanke på detta är det av vikt att utveckla bra och effektiva behandlingsmetoder. En behandlingsform som diskuterats mycket under senare tid vid fibromyalgismärta är kognitiv-beteende terapi där man avser att påverka en persons tankar i avsikt att sekundärt uppnå en förändrad upplevelse av lidandet (Brattberg, 1995). Då kognitiv terapi är en behandlingsform som kan utföras av sjuksköterskan är det intressant att ta del av forskningsresultaten kring denna behandlingsmetod (Perris, 1992).

Bakgrund

Sjukdomen Fibromyalgi

FM är ett kroniskt smärtsyndrom utan några klart kända orsaker. Riktigt hur många som lider av FM är okänt men forskare uppskattar att 2-4 % av den vuxna befolkningen lider av denna sjukdom och att 90 % av dessa är kvinnor (Cunningham, 1996). Orsaken till denna stora olikhet mellan könen tros beror på skillnader i muskelstyrka, lägre smärtröskel hos kvinnor och att många kvinnoyrken kräver ett statistiskt muskelarbete. Även påverkan av hormonella

förändringar har diskuterats. FM ger långvarig muskelsmärta på flera ställen i kroppen. De flesta insjuknar omkring 30-50 årsålder men även barn kan få FM (Infomedica, 2003). För diagnosen FM krävs att smärtan finns både inom övre och nedre delen av kroppen samt på både vänster och höger sida. Vidare skall vissa bestämda kriterier uppfyllas, de s.k. ACR-kriterierna (Wolfe, Smythe, Yunus *et al.*, 1990). Dessa innebär att individen måste ha en sjukdomshistoria med generella och utbredda smärtor som har varit påtagliga i minst 3 månader. Dessutom måste smärtorna utlösas via fingerpalpation med ett tryck av 4 kg på 11 av 18 ömma punkter s.k. tender points. Vanliga symtom utöver muskelsmärta är muskelstelhet vid inaktivitet, trötthet av typ orkeslöshet, sömnbesvär, huvudvärk, koncentrationssvårigheter, magbesvär och depressiva besvär (Gunvaldsen-Abusdal & Natvig, 1997).

Oftast utvecklas FM från långvarig värk i nacke och skuldra eller ifrån ländryggen. Men det har också visat sig att olycksfall, stress eller en infektion kan vara den utlösande faktorn. En del av de som insjuknar i FM blir bra eller bättre redan under de första åren. Men hos de flesta blir dock smärtan bestående (Infomedica, 2003). Idag finns det starka belägg för att det vid FM finns en störning i det ”smärtmodulerade systemet i perifera och centrala nervsystemet”. Konsekvenserna blir en sämre smärthämning av smärtimpulser från perifera organ som t.ex. muskler. En lätt smärtretning i muskeln förstärks i ryggmärg - hjärnstam och smärtsignalen får en storlek vilken tolkas som om en vävnadsskada existerade. Följaktligen finns det hos dessa personer en störning i kroppens naturliga smärtförsvar. Således kan det hos de flesta personer med FM påvisas fynd som är lika objektiva som vid många andra somatiska sjukdomar (Gunvaldsen-Abusdal & Natvig, 1997).

Under senare år har det skett en snabb ökning av antalet individer som fått diagnosen FM. Denna ökade utbredning av smärttillstånd under några få år tyder på att sjukdomen inte enbart är en somatiskt eller genetiskt baserad sjukdom. Förutsatt att inte biologiska förhållanden har förändrats kan det vara fruktbart att betrakta FM även som en mänsklig reaktion på yttre förhållanden. Frågan är då vilka yttre förhållanden som har förändrats så dramatiskt under några år att de kan ge en förklaring till denna generella utbredning av sjukdomen. Det är naturligt att undersöka två typer av förändringar där den ena är ökade livsbelastningar och den andra är minskat stöd och minskad omsorg från naturliga nätverk som familj och vänner (Gunvaldsen-Abusdal & Natvig, 1997).

Att leva med fibromyalgi

Att leva med ständig smärta och ökad smärtkänslighet leder ofta till dålig sömn, trötthet, stressrelaterade och depressiva symtom (Hallberg & Carlsson, 2000). Allt detta påverkar livskvaliteten, fritid och arbetsliv. Omkring hälften av alla med FM har ett arbete men arbetar i regel bara deltid. Eftersom kroppslig kontakt ofta ger smärta kan även samlivet drabbas (Infomedica, 2003). Söderberg (1999) skriver i sin avhandling "*Women's experiences of living with fibromyalgia: struggling for dignity*" om kvinnors upplevelser av att leva med FM. De beskriver hur det påverkar såväl familjeliv, arbetsliv som det sociala livet negativt då det är svårt att få omgivningens förståelse för det lidandet sjukdomen medför (ibid). Enkla hushållsuppgifter som att städa, bädda, dammsuga och torka golv upplevs som ansträngande. Det är framförallt svårt att arbeta med armarna över huvudet vilket gör att vardagliga sysslor som att tvätta håret och sköta frisyren blir väldigt ansträngande. Tröttheten leder till irritabilitet och många blir frustrerade över att de inte hinner med vad de planerat. Relationer med övriga familjemedlemmar påverkas ofta. Många reagerar med depressiva symtom och isolerar sig såväl från vänner som bekanta (Haegerstam, 1992). I Hallberg och Carlssons (2000) studie där 22 kvinnor deltog var syftet att beskriva hur de som drabbats av FM upplever sin situation och hur de hanterar sin sjukdom i vardagen. Denna studie visade att de var ständigt upptagna av sin smärta. Smärtan upplevdes alltid vara närvarande och inverkade på hela livet. Flera olika strategier användes för att klara av vardagen såväl aktiva som passiva där de passiva var dominerande. Vanliga passiva strategier vid smärta var att vila och dra sig undan sociala aktiviteter. Dessutom jämförde de sig med andra som hade det värre vilket fick konsekvenser som ensamhet och social isolering (ibid).

Behandling

Svårigheten i behandlingen av långvarig smärta är att dessa diagnoser ofta är svåra för läkare att fastställa. Smärtans osynlighet samt svårigheten att beskriva den för andra gör att risken är stor att inte bli trodd. Att leva med långvarig smärta leder också ofta till en förändrad kroppsuppfattning, tidsuppfattning samt uppfattning om identitet och andra människor (Brattberg, 1995). Dilemmat med FM är att en diagnos kan ställas av läkaren men diagnosen är kontroversiell av olika orsaker. Dels på grund av att lidandet är oklart och inte livshotande,

dels för att det är osynligt för omgivningen och dessutom kan den epidemilänkande utbredningen av "diffusa" muskelsmärter snarare leda tankarna till socialpsykologiska än medicinska orsaksförhållanden. Mot denna bakgrund kan en medicinsk diagnos skapa mer förvirring än klarhet. Både läkare och patient förväntar sig att finna orsaken till smärtorna. När dessa inte kan påvisas är det själva smärtan som blir problemet. Om inte tillfredsställande behandling av smärtorna vid FM kan erbjudas uppstår en känsla av förvirring och hjälplöshet hos såväl läkare som patient (Gunvaldsen-Abusdal & Natvig, 1997).

Sedan 1990 har flera hundra artiklar om FM publicerats i vetenskapliga tidskrifter. Kunskapen om FM är fortfarande otillräcklig även om forskningen hela tiden kommer med nya rön. Detta bidrar till oenighet även mellan forskare om hur fibromyalgitillstånden ska diagnostiseras och behandlas. Problemet har länge varit att inga objektiva tester eller mätmetoder kan styrka eller dementera en sådan diagnos. Saken blir inte enklare av att symtomen varierar från individ till individ och från dag till dag för en och samma person. Dessutom är många av de symtom som är vanliga vid FM som smärta och trötthet, subjektiva (Gunvaldsen-Abusdal & Natvig, 1997). Det komplexa tillståndet av FM har lett till att ett vidsträckt spektrum av behandlingsmodeller har prövats omfattande såväl farmakologiska som icke-farmakologiska. Enbart traditionell farmakologisk behandling har än så länge varit nedslående. Flera icke-farmakologiska behandlingsmetoder kombinerat med läkemedelsbehandling såsom fysisk träning, olika avslappnings metoder, kognitiv-beteende terapi och utbildnings program har visat ett bättre resultat. Akupunktur, TENS (transcutan elektrisk nervstimulering) och massage har i vissa studier av personer med FM visat goda resultat vad det gäller smärtan men är fortfarande ett tämligen outforskat område vad det gäller FM. Här behövs ytterligare forskning för att styrka effektiviteten av sådana behandlingar (Forseth & Gran, 2002).

Jan Lidbeck med. Dr och överläkare på smärtrehabiliterings sektionen, Helsingborgs lasarett betonar även han att de objektiva fynden man hittills funnit vad det gäller långvarig smärta ej får leda till överdriven tilltro i framtiden till farmakologiska eller ensidigt biomedicinska behandlingsmetoder. Såväl biologiska, sociala, affektiva som kognitiva behandlingsaspekter måste tillgodoses. Smärtan riskerar alltid att förstärkas av frustration, sjunkande självkänsla och depression. Han menar vidare att socialt stöd och främst kognitiva insatser leder till ökad smärthantering (coping) och reducerar de negativa följderna av smärtlidandet (Lidbeck, 1999). Stöd för denna uppfattning finner vi i studien gjord av Soares och Grossi (2000) som

visar att en ökad självkänsla leder till ökad smärthantering. Studien visar att självkänslan hos kvinnor som drabbas av kronisk smärta är lägre än hos män. Den låga självkänslan ökade risken för oro och depression vilket ofta visade sig leda till sämre smärthantering. Vidare anser de att det i behandlingen av kroniska smärtpersoner är viktigt att ta med såväl personens fysiska som psykiska status för att kunna hjälpa personen att handskas med sin smärta. Kognitiv terapi är en behandlingsform som de uttrycker sig positivt om och som bör användas som ett komplement vid behandling av kroniska smärttillstånd (ibid).

Kognitiv terapi

Kognitiv terapi är en behandlingsform som kommer från psykiatrin och användes ursprungligen vid depressiva tillstånd samt vid ångesttillstånd men har visat sig lämpad för behandling av ett flertal andra sjukdomstillstånd. Med kognition menas förmåga till kunskap och tänkande. Kognitiva behandlingsformer är den gemensamma benämningen på kognitiv terapi samt besläktade psykologiska och psykosociala behandlingsformer. De bygger på människans speciella förmåga att tänka, analysera, bilda föreställningar och lära. Den kognitiva terapin har utvecklats under de senaste 20-30 åren, särskilt i USA och England. Det finns många skolor inom den kognitiva terapin. Av dessa är det Aaron Becks som blivit den mest utbredda eftersom det är den skola som anses ha den bredaste tillämpningen (Mørch, Rosenberg & Elsass, 1999).

Kognitiv terapi omfattar såväl psykopedagogiska inslag som element av social färdighetsträning men lägger huvudvikten vid utveckling av förmågan att tänka realistiskt, rationellt och analyserande i syfte att öka handlingsmöjligheter samt höja upplevelsers emotionella kvalitet. En rad tekniker används vilka alla syftar till att hjälpa personen att utforska de händelser som framkallar problem, obehag eller symtom. Vidare hjälper också tekniken till med vilka dysfunktionella tankar som automatiskt inställer sig i sammanhanget samt vilka alternativa tankar, handlingar och känslor som finns att tillgå. Terapins utformning varierar efter diagnosgrupp. Det är alltså inte personen som ska motsvara speciella kriterier för att passa för kognitiv terapi utan det är terapin som ska anpassas efter personen. Terapin kan utövas individuellt eller i grupp (Mørch et al.).

Kognitiv-beteende terapi (KBT) är en terapiform som väckt stort intresse främst vid behandling av långvarig smärta och vid kroniska reumatiska sjukdomar. För personer med

FM är det lätt att smärtan, orörligheten och andra konsekvenser av sjukdomen framstår som okontrollerbara. Detta i sin tur leder till ökade negativa effekter såsom besvär med smärta, sömn liksom minskat engagemang i det dagliga livets aktiviteter och hindrandet i utvecklingen av bra copingstrategier (Bradley, 1989). Med hjälp av KBT försöker den som leder terapin att ändra personens syn på sin smärta. I sin tur skall detta leda till att vederbörande får kontroll över sin situation. Terapin innehåller ofta en utbildningsdel där information om sjukdomen och dess symtom presenteras. Men den största vikten läggs vid att försöka förändra beteendet. Genom att lära ut olika copingstrategier, metoder för avslappning, stresshantering, problemlösning och målsättning kan detta uppnås. Under sessionen får personen uppgifter som ska lösas hemma eller på avdelningen/institutionen som innefattar just konfrontation med situationer som personen försöker undvika. För att mäta och utvärdera resultat används ofta självskattningsskalor både före och efter ett terapiförlopp. En uppföljning bör sedan ske efter minst sex månader och vid FM helst efter 12 månader. Detta eftersom symtomen av FM kan variera med årstiderna (ibid). Inom neuropsykologisk smärtforskning anser man idag att kognitiv beteendeterapi faktiskt har en neurologisk effekt genom t.ex. reaktivering av den centrala smärthämningen. Det är sålunda möjligt att påverka centrala nervsystemets plasticitet och att delvis återställa en långvarig dysfunktionell smärtmodulering (Lidbeck, 1999; Flor & Birbaum, 1994).

Flera undersökningar har visat goda resultat vad det gäller kognitiv-beteende terapi vid behandling av långvarig smärta. I en studie av Johansson, Dahl, Jannert, Melin och Andersson (1998) fick 36 personer med kroniska muskelsmärter genomgå ett fyra veckor långt behandlingsprogram med KBT. Studien visade på minskad smärtintensitet, ökad fysisk förmåga, minskat användande av passiva coping-strategier, minskat katastroftänkande och ökad förmåga att kunna hantera sin smärta (ibid). Liknande resultat visades i en annan studie av personer med kroniska ryggsmärter som fick KBT under en kort tid. Behandlingen bestod endast av två gruppträffar á två timmar som hölls av två psykologer med stor erfarenhet av smärthantering. Ett individuellt möte med ledarna genomfördes samt ett uppföljningssamtal per telefon från ledare till deltagare. Effekten blev minskad oro för smärtan, minskad smärtintensitet, ökat engagemang i självhjälp och minskad rädsla för att aktivera sig (Moore, vonKorff, Cherkin, Saunders & Lorig, 2000). Skinner et al. (1990) visar vidare i sin studie att ett smärtprogram som KBT för polikliniska personer med kronisk icke-malign smärta gav goda resultat såsom minskad depression, minskad oro, ökad aktivitet och ökad känsla av att kunna hantera smärtan och livet i övrigt på ett bättre sätt. Däremot visades det inga

förändringar på smärtintensiteten mellan behandlingens start och vid uppföljningen 15 månader senare (ibid).

Studier har även genomförts vad det gäller RA (reumatoid artrit) och KBT-behandling. I en studie gjord av Leibing, Pflingsten, Bartmann, Rueger och Schuessler (1999) där 55 personer med diagnosen RA ingick, delades deltagarna upp i en grupp som fick KBT och en kontrollgrupp som fick standard behandling. Gruppen som fick KBT visade förbättrad copingförmåga, minskad passiv coping och minskad hjälplöshet, depression, oro och affektiv smärta. Studien visade också på en ökad acceptans för sin sjukdom bland dem som ingick i KBT-gruppen (ibid). I en annan studie där syftet var att utvärdera effekterna av ett KBT-program för personer med RA som haft sin diagnos mindre än två år konstaterades att de som genomgick KBT uppmätte minskade depressiva symtom och dessutom ökad ledfunktion (Sharpe et al., 2000).

Sömnlöshet är ett stort problem vid FM och är vanligt vid de flesta kroniska smärtproblemen. Currie, Pontefract, deLaplante och Wilson (2000) genomförde en studie med 60 personer som led av sömnlöshet sekundärt till kronisk smärta. De jämförde en grupp som fick genomgå KBT med en kontrollgrupp. Terapin pågick under sju veckor där interventionens syfte var att främja bra sömnvanor, lära ut avslappningstekniker och förändra den negativa synen på sömn. Vid tre månaders uppföljning påvisades det att de som genomgått KBT uppgav högre sömnkvalitet, effektivare sömn, mindre motorisk oro under sömnen och minskad vakenhetstid än de som ingick i kontrollgruppen (ibid).

Att det finns ett intresse av att utvärdera behandling av långvarig smärta finns det bevis för. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU-rapport, 2003) har ett pågående projekt angående behandling av långvarig smärta som planeras kunna publiceras 2004. Projektet riktas mot en utvärdering av det vetenskapliga underlaget för behandling och omhändertagande av personer med långvarig icke-malign smärta. Rapporten kommer att belysa behandling av långvarig smärta hos alla åldersgrupper såväl hos män som hos kvinnor. Det är svårt att bota FM. Men det är helt klart att olika terapeutiska åtgärder kan minska besvären och öka livskvaliteten så mycket att tillvaron för dessa personer inte längre domineras av den ständiga värken (Gunvaldsen-Abusdal & Natvig, 1997).

Syfte

Syftet med denna studie är att belysa vilken effekt behandling med kognitiv-beteende terapi har vid fibromyalgi.

Metod

Denna litteraturstudie har genomförts med inspiration av Goodmans struktur och granskningsmall; *Literature searching and evidens interpretation for assessing health care practise* (SBU, 1993) (bilaga 1). Enligt Goodman bör artiklarna granskas systematiskt. Detta innebär att definiera ämnesområdet, sammanställa och gruppera olika typer av studier samt gradera dessa efter deras vetenskapliga bevis och styrka.

Goodmans struktur

Steg 1. Specificering av forskningsproblemet

Innan examensarbetet påbörjades utformades en projektplan där forskningsproblemet specificerades.

Steg 2. Specificering av kriterierna

Följande sökord användes med utgångspunkt från syftet: Fibromyalgia, cognitiv-behavioral, therapeutic, therapy, treatment och intervention (bilaga 4:1, 4:2). Avgränsningar gjordes först till: RCT, randomiserade kontrollerade artiklar, engelskspråkiga med tillgängligt abstrakt och mänskliga (eng: human) studier. Litteratursökningen tidsbegränsades först till åren 1992-2003 men fick utvidgas då detta gav för få antal träffar. Den nya tidsbegränsningen blev istället åren 1988- 2003. Då antalet träffar med ovanstående avgränsningar blev få, gjordes ytterligare sökningar utan RCT avgränsning (Publication types) så att även prospektiva (- ej

randomiserade), retrospektiva artiklar samt metanalyser kunde identifieras. Valda artiklarnas referenslista granskades.

Steg 3. Planering av litteraturen

Artiklar söktes fram till i mars v 11, 2003. Databaser som användes var Pubmed, Cinahl, Cochrane samt PsychInfo. På de artiklar som valdes ut gjordes även en sökning på "related articles".

Steg 4. Genomförande av litteratursökning och materialinsamling

Relevanta artiklar utifrån vårt syfte återfanns i databasen Pubmed. Nämnade sökord användes samt olika kombinationer av dessa (bilaga 4:1, 4:2). Abstrakt för utvalda artiklar lästes igenom. Inkluderings kriterier för artiklarna var att de skulle innehålla en intervention med psykometriska metoder. Studierna i artiklarna skulle tydligt påvisa att de använt sig av en behandling med kognitiva-beteende metoder eller beteende-terapeutiska interventioner för personer med FM. Totalt 20 artiklar beställdes. Försök gjordes också att via urval få fram artiklar med så många deltagare som möjligt.

Steg 5. Tolkning av evidens

Samtliga 20 artiklar lästes igenom i sin helhet och därefter grupperades och klassificerades de. Klassificeringen av artiklarna baserades på (Goodman, 1993).

- Randomiserad kontrollerad studie. En prospektiv studie där man gör en slumpvis fördelning av patienterna till kontrollgrupper och en eller flera experimentgrupper.
- Prospektiv studie. En studie som innebär en jämförelse mellan en kontrollgupp och en eller flera experimentgrupper men utan slumpmässig fördelning.
- Retrospektiv studie. Dessa studier analyserar ett historiskt material t.ex. med hjälp av journalhandlingar.
- Litteraturöversikt. Studierna bygger på en systematisk litteraturgranskning där resultatet redovisas i en analyserande kunskapssammanställning.

De artiklar som inte var relevanta till resultatet i förhållande till syftet exkluderades.

Referenslistorna på de beställda artiklarna granskades grundligt. På så sätt försökte vi att få fram fler relevanta studier till resultatet. Två artiklar framkom på detta sätt och dessa användes i resultatet. Vidare bedömdes de vetenskapliga artiklarna genom inspiration av Goodmans checklista (SBU, 1993). Goodmans checklista innehåller 18 punkter. Alla 18

punkter var inte tillämpbara för problemområdet utan en modifiering har gjorts till 11 punkter som presenteras i ett granskningsprotokoll (bilaga 2, 3).

Steg 6. Integrering av evidens

Genom att gradera de samlade evidensen efter deras styrka uppnåddes slutsatser som ledde fram till ett resultat. Bara de studier som uppgav att deras metoder innefattade kognitiv-beteende terapi eller beteende-terapeutiska interventioner i anknytning till personer som har en fibromyalgidiagnos har använts i resultatet.

Steg 7. Formulering av rekommendationer baserade på evidensens kvalitet

I detta examensarbete kan rekommendationer inte utfärdas då antalet granskade artiklar är för få.

Resultat

Syftet med denna studie är att belysa behandling med kognitiv-beteende terapi vid FM. Resultatet presenteras utifrån tema med rubriker: fysisk funktion, sömn, smärta och smärthantering, psykologisk status och läkemedelsanvändning. KBT används i resultatet som förkortning på kognitiv-beteende terapi.

Fysisk funktion

En förbättrad fysisk funktion uppmättes i Williams et al. (2002) studie där 122 personer med FM ingick. En jämförelse gjordes mellan en kontrollgrupp som fick standardiserad farmakologisk behandling med uppmuntran till träning (60 st.) och en grupp (62 st.) som fick samma behandling men med tillägg av KBT under fyra veckor. Resultatet visade att 25 % av de som fick KBT upplevde en förbättrad fysisk funktion medan endast 11,6 % av de som var i kontrollgruppen upplevde liknande förbättring vid 12-månaders uppföljning. I Soares och Grossis (2002) undersökning där 53 personer med FM-diagnos ingick var syftet att jämföra en grupp som fick utbildning (18 st.), en grupp som fick beteende-terapi (18 st) och en vänte-

listegrupp som fungerade som kontrollgrupp (17 st.). Utbildningsgruppens träffar byggde på utbildning/information/diskussion medan beteende terapin byggde på ett praktiskt ingripande i beteendet såsom hantering av smärta och stress. Resultatet visade på ökad fysisk förmåga från behandlingsstart till behandlingens slut i gruppen där ingripande i beteendet gjordes. Däremot bestod inte dessa förbättringar vid sex månaders uppföljning. Goldenberg et al. (1994) gjorde en studie vars syfte var att utvärdera effekten av ett stressreducerande behandlingsprogram med kognitiv-beteende terapi för personer med FM. I studien jämfördes en grupp som fick KBT (79 st) under tio veckor med en kontrollgrupp som inte fick KBT (42 st). Studien visade att av de som genomgick KBT upplevde 68 % en förbättring av den fysiska förmågan från behandlingsstart till behandlingens slut medan motsvarande siffra i kontrollgruppen var 49 %. Ingen uppföljning gjordes av denna studie. Liknande resultat med förbättrad fysisk förmåga uppnåddes i en pilotstudie gjord av Singh, Berman, Hadhhazy och Creamer (1998) efter en åtta veckor långt behandlingsprogram med KBT. Behandlingsprogrammet bestod av utbildning, avslappning, kognitiva-tekniker och quigong. I denna studie ingick 20 personer med FM. Inte heller här gjordes någon form av uppföljning efter behandlingstidens slut.

Sömn

I Keel, Bodoky, Gerhard, och Mullers (1998) studie där 27 personer med FM ingick jämfördes en grupp som fick KBT (13 st.) i kombination med avslappningsträning och gymnastik med en kontrollgrupp (14 st.) som enbart fick avslappningsträning. Grupperna träffades var för sig under 15 veckor. Resultatet visade på minskade störningar av sömnen från behandlingsstart till behandlingens slut i gruppen som fick KBT. Denna förbättring fanns kvar även vid uppföljningen efter tre månader. Studien visade vidare att ju kortare tid personen lidit av sin sjukdom desto mer framgångsrik var behandlingen. Soares och Grossi (2002) visade i sin studie på förbättrad sömnkvalitet i gruppen där interventionen var att ingripa i beteendet medan gruppen som enbart fick utbildning inte uppmätte någon signifikant förbättring. Förbättringen uppmättes såväl vid behandlingens slut som vid uppföljningen efter sex månader. Deras studie visade dessutom att förbättrad sömnkvalitet var den enda förbättringen som bestod vid sex månaders uppföljning. Singh et al. (1998) visade i sin studie på förbättrad sömnkvalitet och minskad trötthet bland dem som genomgick KBT efter åtta veckors behandlingstid. Någon senare uppföljning av denna studie gjordes dock inte.

Goldenburg et al. (1994) visade inte på någon skillnad i sömnkvalitet däremot visade de på en signifikant skillnad vad gäller minskad trötthet och utmattning.

Smärta och smärthantering

Få artiklar visade på någon signifikant förbättring av smärtan. Singh et al. (1998) studie visade på en reduktion av smärtan efter ett åtta veckor långt KBT program där även quigong (en form av kinesisk yoga med tonvikt på kontrollerad andning) ingick. I denna studie fanns däremot ingen kontrollgrupp att jämföra med och ingen uppföljning efter behandlingstidens slut genomfördes. Nielsen, Walker och McCain (1992) gjorde en studie där 25 personer med FM deltog och där syftet var att utvärdera den kognitiva-beteende terapins effekt på denna grupp av individer. Deltagarna genomgick ett tre veckor långt behandlingsprogram som innehöll teori, målsättning, avslappningsträning, kognitiva-tekniker och aerobicträning. Resultatet visade på minskad grad av smärta och reducering av smärtbeteende (vilket graderades genom observation av synliga uttryckstecken på smärtan). En uppföljning efter 30 månader på denna studie gjordes av White och Nielsen (1995) som visade på signifikant reducerat smärtbeteende medan graden av smärta varken försämrades eller förbättrades. Nicassio et al. (1997) gjorde i sin studie där 71 personer med diagnosen FM ingick, en jämförelse mellan en grupp som fick utbildning (35 st.) med en grupp som fick beteendeterapi (36 st.). Utbildningsgruppens träffar bestod av information, diskussion och stöd. I gruppen som fick beteendeterapi ingick information om FM, avslappningsträning, metoder för smärthantering och stresshantering samt målsättning och aktivitetsträning. Båda grupperna träffades var för sig under tio veckor. Även denna studie visade på en reducering av smärtbeteendet som höll i sig vid uppföljningen efter sex månader. Goldenburg et al. (1994) däremot jämförde en grupp som fick KBT med en kontrollgrupp. Resultatet visade att de som fick KBT visade på en viss reducering av smärtan efter behandlingens slut men den var inte signifikant i förhållande till kontrollgruppen.

Flera studier visade på en ökad förmåga att hantera smärtan. I studien gjord av Nielsen et al. (1992) visade resultatet på en ökad känsla av att kunna kontrollera och hantera sin smärta efter behandlingens slut. Detta resultat stod sig även vid White och Nielsens (1995) uppföljning av denna studie efter 30 månader. Soares och Grossi (2002) visade att efter behandlingens slut uppgav personerna som erhöll beteendeterapi att de fått en annan syn på sin smärta och att de upplevde att de blivit mer effektiva i att kontrollera och tolka sin smärta

genom förbättrad smärthanterings (coping) förmåga. Däremot uppmättes ingen signifikant skillnad mellan de som fick beteendeterapi och de som fick utbildning. Dessa förbättringar bestod dock inte vid uppföljningen efter sex månader i någon av grupperna. Nicassio et al. (1997) visade en signifikant förbättring i såväl utbildningsgruppen som beteendeterapigruppen av smärthanteringsförmåga och reducering av passiva copingstrategier samt minskad känsla av hjälplöshet. Dessa resultat kvarstod dessutom i båda grupperna såväl vid behandlingens slut som vid uppföljningen efter sex månader. Singh et al. (1998) visar också i sin pilotstudie på ökad förmåga att hantera smärtan genom ökad förmåga att tolka smärtan.

Psykisk status

Goldenberg et al. (1994) som i sin studie undersökte ett stressreducerande KBT-program för personer med FM konstaterade att 74 % av de som deltog i programmet mot 36 % i kontrollgruppen uppvisade en signifikant förbättrad psykisk status vid behandlingens slut. Liknande resultat presenterar Singh et al. (1998) i sin pilotstudie där de visar på en förbättrad psykisk status genom minskad oro, nervositet, ångest och ängslan samt förbättrad sinnestämning. Även Nicassio et al. (1997) visade på förbättrad psykisk status som förknippades med minskat användande av passiva copingstrategier och minskad upplevelse av hjälplöshet. Innan denna studie genomfördes sattes all antidepressiv medicin ut hos samtliga deltagare. Ingen skillnad uppmättes mellan de som fick utbildning och de som fick beteendeterapi och dessa förbättringar bestod även i båda grupperna såväl vid behandlingens slut som vid uppföljningen efter sex månader. I studien gjord av Nielsen et al. (1992) visades på reducering av oro och känslomässig ångest. Reduceringen av oro bestod även vid uppföljningen av denna studie gjord av White och Nielsen (1995) 30 månader efter att behandlingen avslutats.

Läkemedelsanvändning

Nielsen et al. (1992) visade i sin studie en förändring i användandet av läkemedel mellan behandlingens start och behandlingens slut. Innan programmet använde 11 av 25 patienter analgetika. Endast sju av dessa elva fortsatte sin medicinering efter behandlingstidens slut. Någon uppföljning av detta gjordes dock inte. Även Keel et al. (1998) studie visade på ett minskat läkemedelsintag i gruppen som genomgick KBT, men denna minskning förknippades

mest med dem som haft en kortare sjukdomstid. Vilka läkemedel som avses preciseras dock inte i studien.

Diskussion

Metoddiskussion

Att använda sig av ett systematiskt tillvägagångssätt i samband med litteraturstudien underlättade studieförloppet. Här har Goodmans struktur *Literature searching and evidens interpretation for assessing health care practise* (SBU, 1993) varit en god hjälp för att identifiera de olika stegen i processen. Goodmans struktur innehåller sju steg. I den mån vi har kunnat tolka de olika stegen har vi via inspiration av dessa försökt att integrera dem i vår process. Goodmans checklista var inte alldeles lätt att tolka. Enligt vår bedömning var endast 11 av 18 punkter relevanta till vår studie (bilaga 2). Dessa användes sedan för granskning av studiernas evidens (bilaga 3).

Syftet med denna studie var att belysa effekten av behandling med kognitiv-beteende terapi för personer med FM. Artiklar som byggde på beteende-terapeutiska interventioner i beteendet passade också till vårt syfte. Däremot har artiklar med olika utbildningsprogram, självhantering och dylikt exkluderats om forskarna inte specificerat att utbildningen eller självhanteringen byggd på metoder i kognitiva former eller på beteende-terapeutiska interventioner. Det finns rekommendationer framtagna för vad som bör ingå i kognitiv-beteende terapi för fibromyalgi patienter (Bradley, 1989).

Trots att vi gjorde en utvidgning och minskade de vetenskapliga kraven på forkningsdesignen till fler typer av studier än RCT så återfanns det inte fler än sex artiklar till vårt resultat. Därför gjordes en noggrann sökning i artiklarnas referenser och på så sätt kunde ytterligare två artiklar identifieras till resultatet i riktning mot vårt syfte.

Det har ibland varit svårt att översätta det engelska språket till svenska då engelskan har ord som vid översättning till svenska kan tolkas i olika nyanser och vise versa. Det gäller här att hitta rätt nyans i förhållande till övrig kontext. Inbördes diskussioner och överläggningar gav en gemensam grundval av arbetet med studien.

En empirisk studie är sannolikt möjlig att utföra men det kändes inte genomförbart för oss på denna uppsatsnivå. Det verkar invecklat att både finna, samordna och engagera specialutbildade kognitiva-beteende terapeuter, smärtpersonal samt lokalisera FM deltagare. Vidare hade vi själva behövt en ansenlig fördjupning dels i själva sjukdomen fibromyalgi men naturligtvis även i den kognitiv-beteende terapin. Allt detta är svårt att uppnå på de veckor som har varit oss till förfogande. Däremot gav denna litteraturstudie en god inblick i vad som hitintills är forskat fram inom detta ämne.

Resultatdiskussion

Psykologiska interventioner som KBT har används med god framgång vid behandling av olika kroniska smärtsyndrom (Johansson et al., 1998; Moore et al., 2000; Skinner et al.; 1989; Leibing et al., 1999; Sharpe et al., 2000; Currie et al., 2000). Utifrån dessa studier var det intressant att se om det samma förekom för personer med FM. Därför blev syftet med denna studie att belysa behandling med kognitiv- beteende terapin vid FM.

Endast åtta artiklar från år 1988 till år 2003 fanns att tillgå för vårt resultat. Att så få artiklar fullgjorts under en tidsperiod på ca 15 år, talar för ett inte alltför högprioriterat forskningsområde knutet till FM eller att KBT behöver utvecklas mera i förhållande till dess användnings- område inom FM. Trots att vår tidigaste resultatartikel är publicerad år 1992 och att det redan då efterlystes mera forskning kring ämnet ifråga, så har det inte tillkommit nämnvärt fler artiklar under senare år som vårt resultat också visar. Detta kan kanske bero på att FM sjukdomen har svårt att få gehör och betraktats fortfarande med viss skepticism i samhället.

KBT är relativt nytt som behandlingsmetod inom FM (Bradley, 1989). Mycket återstår ännu att utreda och specificeras för att bringa klarhet i hur KBT bör anpassas till personer med FM. Försök till detta har gjorts av bl.a. Bradley (1989) men ytterligare forskning behövs. I

studierna av KBT används olika mätinstrument eller en kombination av dessa. Detta kan tala för att det inte finns något bra instrument för dessa studier. Ibland valde forskarna själva ut vissa delar ur några mätinstrument och gjorde på så sätt egna mätskalor. Ibland valdes bara vissa delar ut från befintliga mätskalor. KBT kombinerades också med olika andra tillägg som t.ex. gymnastik (Keel et al., 1998), biofeedback (White & Nielson, 1995) eller quigong (Singh et al., 1998) Detta kändes ganska oklart och svårhanterbart vilket också gjorde det svårt att objektivt jämföra en studie med en annan.

Vidare visar ändå vårt resultat på en delvis positiv effekt av KBT på olika variabler såsom psykiska och funktionella funktioner hos personer med FM. Detta var väntat eftersom KBT har bevisats ha god effekt hos personer med andra kroniska smärtsymtom. Men det finns en inbördes skillnad i de olika studierna om eventuella positiva effekter kvarstod efter behandlingens slut. Bradley (1989) skriver att uppföljningsstudier vid FM bör ske efter minst sex månader men helst efter 12 månader p.g.a. FM smärtans variation med årstiderna. Bara en del av studierna i resultatet har anammat denna rekommendation. Ingen uppföljning gjordes av Singh et al. (1989) och Goldberg et al. (1994), en tre månaders uppföljning gjordes i studien av Keel et al. (1998), en sex månaders uppföljning gjordes av Soares och Grossi (2002), Williams et al. (2002) och Nicassio et al. (1997) och en 30 månaders uppföljning gjordes av White och Nielson (1995). White och Nielson (1995) har i sin studie med den längsta uppföljningstiden visat på en förbättring i t.ex. observerat smärtbeteende och kontroll av sin smärta. Detta tyder på att Bradleys rekommendationer verkar vara skäligen att följa men att fler randomiserade kontrollerade kliniska studier behövs för att demonstrera effektiviteten av KBT självt och KBT i kombination med andra behandlingar.

Nästan alla artiklar i resultatet har ett mindre antal personer med i sin studie. Detta kan vara en svaghet. En risk finns i att dessa resultat inte är representativa för personer med FM generellt (alla resultat uppnådde inte heller en signifikansnivå). Även om det fanns en skillnad mellan t.ex. KBT gruppen och kontrollgruppen i vissa studier så var den inte alltid signifikant.

Smärta och hantering av denna är en betydande faktor som påverkar personer med FM. Det är ju oftast p.g.a. denna som personen ifråga uppsöker sjukvården. Det är intressant att vårt resultat påvisar en förbättring i smärtbeteendet och ökad känsla av kontroll över smärtan med hjälp av KBT. Om detta beror på en kombination av andra tillägg till KBT eller om det bara är

att personerna lärt sig hantera sin smärta (positiva strategier, copingförmåga etc.) förklarar inte alltid studierna. Kan det också vara så som Lidbeck (1999) talar om att KBT påverkar centrala nervsystemets plasticitet och dess förmåga till att delvis återställa en långvarig dysfunktionell smärtnodulering? Kan det även vara så i de studier som vi hänvisar till? Vi efterlyser mera forskning i detta ämne.

Ett annat observandum är beteende-terapeutiska interventioner i studierna av Soares och Grossi (2002). Här visade personerna på en förbättrad fysisk funktion samt smärthantering vid behandlingens slut. Men dessa resultat bestod inte vid uppföljning efter sex månader. Kanske hade inte de beteende-terapeutiska interventionerna kunnat matcha deltagarnas behov? Den förbättrade sömnen bestod däremot, varför det? Hade det ändå "satts ett korn" hos deltagaren? Sömnens förbättring bestod också i studierna gjorda av Goldenburg et al. (1994) samt Keel et al. (1998). Sönnen är kanske den första variabeln där en förändring sker och kan mätas? Deltagarna har kanske på ett omedvetet sätt ändå tagit till sig den nya förändringen och därför består resultatet i denna variabel. Med lite mera tid och stöd skulle personerna kanske ha lyckats med att hålla kvar de positiva förändringar som det trots allt blev under behandlingstiden. Vidare hade det nog behövts en ny uppföljning minst 12 månader senare så som Bradley (1989) också förespråkar. Detta hade kanske visat ett mera positivt resultat generellt. Att det tar tid att förändra ett beteende och bryta en vana är känt.

Kombinationen av lämplig fysisk aktivitet och KBT verkar också ge goda resultat. Detta visar de studier där någon form av fysisk aktivitet också ingick. Ett icke farmakologiskt komplement vid behandling av FM är av vikt. Inte enbart läkemedel kan hjälpa personer med FM. Detta påtalar också Forseth och Gran (2002). Jan Lidbeck (1999) resonerar också kring en inte alltför överdriven tilltro till ensidigt biomedicinska behandlingsmetoder. Här kan KBT utgöra ett viktigt alternativ eller komplement.

Intressant är också att Nielsen et al. (1992) och Keel et al. (1998) visar i sina studier en minskad läkemedelsförbrukning när man via KBT får kontroll över sina tankar, sitt beteende. Är detta ett resultat av KBT:s påverkan på det centrala nervsystemets plasticitet och dess eventuella förmåga till att reaktivera den centrala smärthämningen vilket beskrivs av Lidbeck (1999)?

En del av studierna i vår resultatredovisning påvisar en tendens att ju kortare tid en person lidit av sin FM desto bättre blir resultatet av KBT. Detta menar vi visar på vikten av att "fånga upp" dessa individer så tidigt som möjligt. Här behövs mer forskning och pengar. Detta för att kunna få fram mer kunskap både ur person- perspektiv men också ur ett samhälls- perspektiv.

Generellt sett visar vårt resultat en positiv trend vid användning av KBT. Med tanke på de höga kostnader som sjukskrivningar etc. innebär borde detta intressera politiker och andra samhällsmedborgare som fördelar ekonomiska resurser till forskning. Det provas många olika behandlingsmetoder på personer med FM med varierande resultat. Klart är att KBT i många studier visat sig ha god effekt. I kombination med någon anpassad form av träning och rätt läkemedel ökar hoppet för personer med FM.

Referenser

- Bradley, L.A. (1989). Cognitive-behavioral therapy for primary fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 16:131-136.
- Brattberg, G. (1995). *Att möta långvarig smärta*. Stockholm: Liber AB
- Carr, E. & Mann, E. (2000). *Pain. Creative approaches to effective management*. Wales: Creative Print & Design
- Cunningham, M.E. (1996). Becoming familiar with fibromyalgia. *Orthopedic Nursing*, 15:33-36.
- Currie, S.R., Pontefract, A.J., deLaplante, L. & Wilson, K.G. (2000). Cognitive-Behavioral Treatment of Insomnia Secondary to Chronic Pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 68, No 3, 407-416.
- Flor, H. & Birbaum, N. (1994). *Basic issues in the psychobiology of pain*. In Gebhart GF, Hammond DL, Jensen TS, eds. Proceedings of the 7th World Congress on Pain. Progress in pain research and management. Seattle: IASP Press : 113- 25.
- Forseth, K.Ø. & Gran, J.T. (2002). Management of Fibromyalgia. What are the best treatment choices?, *Drugs*; 62(4): 577-592.
- Goodman, C. (1993). *Literature searching and evidence interpretation for assessing health care practises*. SBU-rapport 119E.
- *Goldenberg, D.L., Kaplan, K.H., Nadeau, M.G., Brodeur, C., Smith, S. & Schmid, C.H. (1994). A Controlled study of a Stress-reduktion, Cognitive-behavioral Treatment Program in Fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, Vol.2(2): 53-66.
- Gunvaldsen-Abusdal. U. & Natvig, B. (1997). *Fibromyalgi. En bok om muskelsmärter*. Stockholm: Liber AB
- Hallberg, L. R-M. & Carlsson, S.G. (2000). Coping with Fibromyalgia. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 14:29-36.
- Hægerstam, G. (1992). *FIBROMYALGI Teori, klinik, omhändertagande* Tryck: Bohusläningens Boktryckeri AB
- Infomedica. (2003) [www.infomedica.se/sjd_ram.asp?CategoryID=51]
- Johansson C, Dahl J, Jannert M, Melin L & Andersson G (1998) Effects of a cognitive-behavioral pain-management program. *Behaviour Research and Therapy* :36;915-930.
- *Keel, P.J., Bodoky, C., Gerhard, U. & Müller, W. (1998). Comparison of Integratd Group Therapy and Group Relaxation Training for Fibromyalgia. *The Clinical journal of Pain*, 14:232-238.

Leibing, E., Pflingsten, M., Bartman, U., Rueger, U. & Schuessler, G. (1999). Cognitive-behavioral treatment in unselected rheumatoid arthritis outpatient. *Clinical Journal of Pain* Mar,15(1)58-66.

Lidbeck, J. (1999). Centralt störd smärtmodulering förklaring till långvarig smärt. *Läkartidningen*, vol. 96. Nr; 23: 2843-2851.

Moore, J.E., Von Korff, M., Cherkin, D., Saunders, K. & Lorig, K. (2000). A randomized trial of cognitive-behavioral program for enhancing back pain self care in a primary care setting. *Pain*, 88: 145-153.

Mørch, M.M., Rosenberg, N.K. & Elsass, P. (1999). *Kognitiva behandlingmetoder*. Första tryckningen andra utgåvan. Borås: Natur och Kultur

*Nicassio, P.M., Radojevic, V., Weisman, M.H., Schuman, C., Kim, J., Schoenfeld-Smith, K., & Krall, T. (1997). A Comparison of Behavioral and Educational Interventions for Fibromyalgia. *J Reumatol*, 1997;24:2000- 7.

*Nielsen, W.R., Walker, C. & McCain, G.A. (1992). Cognitive Behavioral Treatment of Fibromyalgia Syndrome: Preliminary findings. *J Reumatol*, 1992:19:98-103.

Perris, C. (1992). *Kognitiv terapi i teori och praktik*. Andra utgåvan. Lund: BTJ Tryck

SBU utvärdering vid behandling av långvarig smärta (2003).

[http://www.sbu.se/Admin/mainShowdoc2/Showdoc_default.asp?Id=1013&Page=first]

Sharpe, L., Sensky, T., Timberlake, N., Ryan, B., Brewin, C.R. & Allard, S. (2001). A blind, randomized, controlled trial of cognitive-behavioral intervention for patients with recent onset rheumatoid arthritis: preventing psychological and physical morbidity. *Pain*, 89: 275-283.

*Singh, B.B., Berman, B.M., Hadhazy, V.A. & Creamer, P. (1998). A Pilot Study of Cognitive Behavioral Therapy in Fibromyalgia. *Alternative Therapies, march 1998*; vol 4, no 2: 67-70.

Skinner, J.B., Erskine, A., Pearce, S., Rubenstein, I., Taylor, M. & Foster, C.. (1990). The Evaluation of a Cognitive-Behavioral Treatment Program in outpatients with Chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol 34, No.1:13-19.

Soares, J.J.F. & Grossi, G. (2000). The relationship between levels of self-esteem, clinical variables, anxiety/depression and coping among patients with musculoskeletal pain. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, (7): 87-95.

*Soares, J.J.F. & Grossi, G. (2002). A Randomized Controlled Comparison of Educational and Behavioral intervention for Women with Fibromyalgia. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2002;9:35- 45.

Socialstyrelsen (2001) *Folkhälsorapport 2001*. Stockholm: Modin Tryck

Söderberg, S. (1999). *Women's experiences of living with fibromyalgia: Struggling for dignity*. Umeå: Solfjäders Offset AB

*White, K.P. & Nielsen, W.R. (1995). Cognitive Behavioral Treatment of Fibromyalgia Syndrome: A follow-up assessment. *J Rheumatol*, 1995;22:717-21.

*Williams, D.A., Cary, M.A., Groner, K.H., Chaplin, W., Glazer, L.J., Rodrigues, A.M. & Clauw, D.J. (2002). Improving Physical Functional Status in Patients with Fibromyalgia: A Brief Cognitive Behavioral Intervention. *J Rheumatol*, 2002;29:1280-1286.

Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B. et al. (1990) The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia: Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheumatology*, 33:160-72.

Goodmans struktur

Denna struktur är ett systematiskt tillvägagångssätt för att kartlägga relevanta studier och få fram trovärdiga observationer (SBU, 1993). Strukturen är indelad i sju steg:

Steg 1. Specificering av forskningsproblemet

Ett av de viktigaste stegen är att specificera vad som är forskningsproblemet.

Detta påverkar nämligen omfattningen av litteratursökningen, tolkning av bevis urval o.dyl.

Syftet med studien skall tydliggöras samt vem som studien riktar sig till.

Steg 2. Specificering av kriterier

Litteratur sökningen bör utföras enligt en strategi som ger en lagom mängd lämpliga och valida rapporter. Detta bör ske genom att specificera ett antal kriterier för inkludering och exkludering av de studier som undersöks.

Steg 3. Planering av litteratursökningen

En plan för litteratursökningen bör utformas som hjälp för att finna så många relevanta studier som möjligt inom relevanta begränsningar. Planen bör styras av forskningsproblemet och inklusionskriterierna för studien. Grunderna i denna litteratursökning bör inkludera:

- Undersökning av tillgängliga resurser som t.ex. tid och kostnader.
- Identifiering av väsentliga källor. Multipla källor bör undersökas för att öka möjligheten att få tag i relevanta rapporter t.ex. databaser, index och referenslistor.
- Ange viktiga steg i söknings process samt litteratursökningen. Den sist nämnda bör inkludera källor som kommer att sökas i och typen av information som söks från dessa. Begränsningar i tid och resurser gör det opraktiskt att söka i varje tänkbar källa.
- Utveckla sökstrategier för varje källa. Genom att olika sökningskommandon och indexord kombineras kan ett brett område täckas.

Steg 4. Genomförande av litteratursökning och materialinsamling

Processer för litteratursökning och anskaffning av material är olika för varje källa. Trots dessa olikheter finns det vissa strategier och principer för anförskaffande av material.

Indextermer i kombination med sökorden kan användas för att inte erhålla för stort

material. Ett bra sätt att börja sökningen är att identifiera artiklar som är baserade på RCT, randomiserade kontrollerade studier samt metaanalyser och litteraturstudier.

Steg 5. Tolkning av evidens

Ett systematiskt tillvägagångssätt bör användas vid kritisk bedömning av kvaliteten av de studier som erhålls under litteratursökningen. Ett trovärdigt samt systematiskt tillvägagångssätt underlättar tolkning av studiens evidens på ett följdriktigt sätt.

Generellt sätt att följa studiers associerande med starka evidens är:

- Prospektiva studier föredras före retrospektiva.
- Kontrollerade studier föredras före okontrollerade studier.
- Randomiserade studier föredras framför icke randomiserade studier.
- Stora studier föredras framför små studier.
- Samtida kontroller föredras före historiska kontroller.
- Placebo och dubbelblindförsök föredras före icke blindförsök.

Goodman gör en rangordning av undersökningsmetoderna från starkast intern validitet till svagast intern validitet. Denna rangordning förutsätter att varje studie är korrekt designad och utförd. Vid systematisk granskning kan Goodmans checklista användas (bilaga: 3).

Steg 6. Integrering av evidens

Det gäller att kunna integrera evidens från olika studier på något sätt. Enligt Goodman finns det flera olika sätt att genomföra detta på. Genom att sammanfattande subjektiva bedömningar, genom att välja en studie, genom röstning eller genom metaanalys. Sedan graderas de samlade evidensen efter styrka och slutsatser dras för att få ett enhetligt resultat.

Steg 7. Formulering av rekommendationer baserade på evidensens kvalitet

Rekommendationer bör vara baserade på evidensens kvalitet. Oavsett om det ges positiva, negativa eller neutrala rekommendationer angående interventioners användande så skall läsaren kunna förstå hur tillförlitlig rekommendationen är.

Modifierad checklista för granskning av studier enligt Goodman.

1. Specificerades metoder för mätning av resultat före det att studien genomfördes?
2. Angavs kriterier för inkludering samt exkludering av undersökningspersoner?
3. Specificerades signifikantnivån för att definiera statistisk signifikans?
4. Specificerades styrkans nivå?
5. Användes blindtest ?
6. Angavs det hur många undersökningspersoner som tilldelats till behandlings- respektive kontrollgruppen?
7. Fanns det tydlig beskrivning av behandling och kontroll, inklusive placebo?
8. Redogjordes det för patient eller anhörigmedgivande angående behandling/regim?
9. Har det redogjorts för alla bortfall/förluster vid uppföljningen?
10. Redovisades statistiska tester och p- värden?
11. Redovisades konfidensintervall eller distributionskurva?

Granskningsprotokoll med inspiration av Goodman

Goodmans punkter	Soares & Grossi 2002	Nielsen et al 1992	White & Nielsen 1995	Goldenberg et al 1994	Niscassio et al 1997	Williams et al 2002	Singh et al 1998	Keel et al 1998
1.	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
3.	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
4.	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
5.	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
6.	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
7.	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
8.	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
9.	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
10.	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
11.	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej

Sökvägar i Pubmed.

Limits: Randomized Controlled Trial

Only items with abstract

1988- 2003

English

Human

Sökord	Träffar	Urval antal Beställdes.	Urval antal Till resultat
Fibromyalgia	108		
Fibromyalgia and therapeutic	82	9	2
Fibromyalgia and cognitive-behavioral	2		
Fibromyalgia and cognitive-behavioral and therapeutic	2		
Fibromyalgia and cognitive-behavioral and treatment	2		
Fibromyalgia and cognitive-behavioral and therapy	2		
Fibromyalgia and cognitive-behavioral and education	0		
Fibromyalgia and cognitive-behavioral and intervention	2	1	
Fibromyalgia and cognitive-behavioral and rehabilitation	1		
Fibromyalgia and behavioral and treatment	3		
Fibromyalgia and behavioral therapy	12	2	
Behavioral and fibromyalgia	3		
Behavioral and fibromyalgia and education	0		
Cognitive-behavioral and musculoskeletal pain	48		
Fibromyalgia and intervention	12		
Fibromyalgia and therapy	98		

Limits: Publication types

Only items with abstract

1988- 2003

English

Human

Sökord	Träffar	Urval antal Beställdes	Urval antal Till resultat
Fibromyalgia	1534		
Fibromyalgia and therapeutic	443		
Fibromyalgia and cognitive-behavioral	22	5	3
Fibromyalgia and cognitive-behavioral and therapeutic	10		
Fibromyalgia and cognitive-behavioral and treatment	21		
Fibromyalgia and cognitive-behavioral and therapy	22		
Fibromyalgia and cognitive-behavioral and education	4		
Fibromyalgia and cognitive-behavioral and intervention	9		
Fibromyalgia and cognitive-behavioral and rehabilitation	5		
Fibromyalgia and behavioral and treatment	41	1	1
Fibromyalgia and behavioral therapy	47	1	
Behavioral and fibromyalgia	60		
Behavioral and fibromyalgia and education	7		
Cognitive-behavioral and musculoskeletal pain	230		
Fibromyalgia and intervention	54	1	
Fibromyalgia and therapy	652		
	Summa:	20	6

Artikelmatriser

Författare	Titel	Syfte	Mätinstrument	Metod	Resultat
Land					
År					
W.R. Nielsen C. Walken G.A. Mc Cain Canada 1992	<i>Cognitive behavioral Treatment of Fibromyalgia: Preliminary findings</i>	Att se om kognitiv –beteende terapi hade effekt på Fibromyalgipatienter. Inför studien sattes variabler som man trodde skulle förändras upp (targets): graden av smärta, upplevt hinder p.g.a. sjukdomen i livet, känsla av kontroll över smärtan, sinnestämning, observerat smärtbeteende. Dessutom sattes variabler upp som man inte trodde skulle förändras (non-targets) för att kunna: ökat stöd av närstående, ökat stöd av andra i omgivningen, ökad aktivitets nivå.	MPI (Multi Pain Inventory) Pain Experience Scale CES-D (CES-depression Scale) STAI (State-Trait Anxiety Inventory) LWMAS (Locke-Wallace Marital Adjustment) UAB (Pain behavior Scale) t-test	n=25 inklusionskriterium: FM-diagnos Exklusionskriterium: Psykisk sjukdom, annan medicinsk sjukdom som hindrade medverkan i fysik träning, ej engelsktalande, ej villig att sluta med smärtlindring i form av narkotisk analgetika. 25 personer med avancerad FM ingick i studien. Fem månader innan KBT programmets start (pre-1 till pre-2) gjordes en utvärdering för att se om non-target eller target variablerna förändrades för att sedan kunna jämföra det med resultatet vid behandlingens slut (pre-2 till post) Alla deltagare i studien genomgick ett 3 veckor långt behandlingsprogram som innehöll teori om FM, målsättning, avslappningsträning, kognitiva-tekniker, aerobic träning och övningar, stegvis aktivitetsökning, hemuppgift. Vid programmets slut gjordes en utvärdering. Dessutom gjordes en kontroll av läkemeldelsanvändandet under behandlingstiden. Ingen uppföljning gjordes	Mellan pre-1 till pre-2 visade ingen signifikant skillnad varken vad gällde non-targets eller targets Däremot uppvisades signifikanta skillnader mellan behandlingsstart och behandlingens slut vad gällde alla target-variablerna (p< 0.0001) till skillnad mot non-target där ingen av variablerna förändrades Elva av de 25 deltagarna tog regelbundet analgetika innan programmet.(3 använde acetaminophen, 8 st en kombination av acetaminopen/kodein) Vid behandlingens slut tog sex av de 25 patienterna enbart acetaminophen och en tog en reducerad dos av acetaminophen/kodein

Författare Land År	Titel	Syfte	Mätinstrument	Metod	Resultat
P.J. Keel C. Bodoky U. Gerhard W. Muller 1998 Schweiz	<i>Comparison of Integrated Group Therapy and Group Relaxation Training for Fibromyalgia</i>	Syftet var att jämföra en integrerad gruppterapi där grunden var cognitiv-beteende terapi med tillägg av fysisk träning och avslappningsträning med en kontrollgrupp som enbart fick avslappningsträning.	FPI (Freiburg Personality Inventory) Locus of Control Scale Rosenzweig Picture-Frustration Test Dagbok som deltagaren fick föra under hela behandlingstiden. 24item German questionnaire Statistical Packages for Social Sciences T-tests Chi-square test ANOVA	n=27 Inklusionskriterium: Diagnosen FM, kunna tyska språket. Exklusionskriterium: Drogmisbruk, psykisk sjukdom. Deltagarna delades slumpmässigt in i två grupper: CG (kontrollgruppen)(n=14) som enbart fick lära sig avslappnings tekniker EG (experimentgruppen) (n=13) som fick lära sig avslappnings tekniker men dessutom fick cognitiv –beteende terapi och gymnastik. Innehåll EG-gruppen: Bestod av 2 timmas gruppterapi 1 gång/vecka under 15 veckor. Varje träff leddes av en psykoterapeut och innehöll information, instruktion om självhanterings strategier, copingstrategier, stresshantering, gymnastik, avslappning, hemläxa med uppföljning genom gruppdiskussioner. Innehåll CG-gruppen: Fick lära sig avslappnings teknik 1 gång per vecka 45-60 min/gång under 15 veckor. Utvärdering skedde vid behandlingsstart, behandlingens slut och efter 3 månader.	En förändring uppmättes i följande sex parametrar: Läkemedelsanvändning, sömnsvårigheter, smärtpoäng, patientens generella symtom, användandet av fysisk terapi, total sjukdomsuppskattning. 7 patienter från experimentgruppen och två från kontrollgruppen visade signifikanta förbättringar i tre av sex parametrar vid behandlingens slut i förhållande till behandlingsstarten. Vid 3-månaders uppföljningen bestod dessa förbättringarna hos fem av dem som ingick i experimentgruppen men inte hos någon i kontrollgruppen (p=0.024). Framgång i behandlingen märktes främst bland de patienter som hade varit sjuka under en kortare tid och därför var mindre påverkade av sin sjukdom.

Författare Land År	Titel	Syfte	Mätinstrument	Metod	Resultat
K.P. White W.R. Nielsen Canada 1995	<i>Cognitive Behavioral Treatment of fibromyalgia Syndrome: A follow-up Assessment</i>	Att göra en uppföljning av en tidigare studie och se om resultatet kvarstod vid långtidsuppföljningen.	MPI (Multi Pain Inventory) Pain Experience Scale CES-D (CES-depression Scale) STAI (State-Trait Anxiety Inventory) LWMAS (Locke-Wallace Marital Adjustment) UAB (Pain behavior Scale) t-test Bonferroni method	Alla 25 deltagare som var med i studien av Nielsen et al (1992) kontaktades 30 månader efter behandlingens slut. 22 av dessa deltog då man inte fick tag i tre stycken Samma mätinstrument användes som i föregående studie där deltagarna än en gång fick fylla i frågeformulären. Dessutom genomfördes en ca 10 min lång intervju med varje deltagare där man också gjorde en observation av smärtbeteendet genom att patienten fick gå en kortare sträcka, ta sig upp från sittande till stående samt att stå stilla. I studien gjorde man sedan en jämförelse mellan targets variablerna och non-targets variablerna.	Target variablerna var fortfarande vid uppföljningen statistiskt signifikanta: oro ($p < 0.0002$) observerat smärtbeteende ($p < 0.0001$) och kontroll över smärtan ($p < 0.002$). Återstående target variabler hade förändrats i riktning mot förbättring, men ingen signifikant skillnad uppmättes. Ingen signifikant skillnad uppmättes i ” non-target” variablerna. Ingen uppföljning på läkemedelsanvändandet gjordes i denna studie.

Författare Land År	Titel	Syfte	Mätinstrument	Metod	Resultat
J.F. Soares G.Grossi 2002 Sverige	<i>A Randomized Controlled Comparison of Educational and Behavioral Interventions for Women with Fibromyalgia</i>	Syftet med studien var att jämföra effekten av psykosociala ingripanden genom utbildning kontra genom beteendeterapi vid behandling av kvinnor med fibromyalgi	ANOVA (The analysis of variance) MPQ (McGill Pain Questionnaire) PQ (The Pain Questionnaire) ASES (The Arthritis Self-Efficiency Scale) FIQ (The Fibromyalgia Impact Questionnaire) CSQ (The Coping Strategies Questionnaire) SCL-90-R (The Symptom Check List-Revised) KSQ (The Karolinska Sleep Questionnaire) ISSI (The Interview Schedule of Social Support) VAS-skalan	Randomiserad kontrollerad studie. n= 53 Inklusionskriterium: FM diagnos de senaste 2 åren, kvinnor, mellan 18-64 år, inga andra allvariga sjukdomar, inget alkohol eller drogmissbruk, genomgick ej någon annan terapi. Deltagarna delades löpande in i tre grupper: EI (undervisningsgrupp) n=18 BI (ingripande i beteendet) n=18 WLC (kontrollgrupp som stod på väntelistan) n=17 EI gruppens träffar byggde på utbildning/information/diskussion kring kroppen, FM, smärta sömn, hygien, stress, läkemedel krishantering självhantering. BI gruppens träffar innehöll såväl en teoretisk som en praktisk del där de lärde sig praktisk hantering av smärta och stress, olika coping-strategier, målsättning och problemlösning. Utvärdering gjordes vid behandlingens slut. Dessutom gjordes en uppföljning efter 6 månader.	Studien visade inga signifikanta förändringar vad gäller smärtintensitet, smärtfrekvens, användande av läkemedel eller mental hälsa varken i BI-gruppen eller EI-gruppen. EI-gruppen uppmätte för övrigt inga signifikanta skillnader i någon av de undersökta domänerna. Däremot uppmättes signifikanta skillnader vad gäller förändrade coping-strategier, funktionell fysisk förmåga, smärtupplevelse och sömnkvalitet i BI-gruppen mellan behandlingsstart i förhållande till behandlingens slut. Deltagarna i BI-gruppen upplevde ökad självkänsla och tro på sig själva (p<0.01) samt ökad kunskap i att tolka smärtan (p<0.01). Med undantag av sömnkvalitet så bestod inga av de andra förbättringarna vid 6-månaders uppföljningen.

Författare Land År	Titel	Syfte	Mätinstrument	Metod	Resultat
D.L. Goldenberg, K.H. Kaplan, M.G. Nadeau, C. Brodeur, S. Smith, C.H. Schmid 1994 USA	<i>A Controlled Study of a Stress-Reduction, Cognitive-behavioral Treatment Program in Fibromyalgia</i>	Att utvärdera effekterna av en meditations baserad, stressreducerande cognitiv-beteende terapi (SR-CBT) bland patienter med fibromyalgi.	VAS (Fibromyalgia Symptom-visual Analogue Scales) FIQ(The Fibromyalgia Impact Questionnaire) SCL-90-R (Symptom Checklist)	n=121 Inklusionskriterium: Fibromyalgidiagnos, haft diagnosen minst 6 månader. Deltagarna delades in i grupper: 1: gruppen som fick SR-CBT (n=79) 2: Gruppen som var uppsatt på väntelista för att genomgå SR-CBT (n=18) 3:De som inte var intresserad av att delta i SR-CBT (n=24) Alla deltagare ombads fortsätta med sina läkemedelsbehandling samt ev annan behandling. SR-CBT-programmet: Patienter träffades i grupper på 7-12 deltagare, en gång i veckan (2 tim/gång) under 10 veckor. Träffarna leddes av två terapeuter som följde ett standardprogram. Varje träff inkluderade meditation, diskussion, stresshantering, psykiska reaktioner på stress, coping-strategier, smärt-upplevelser samt hemläxa inför nästa träff. Utvärdering gjordes vid behandlingens slut. Ingen uppföljning.	En analys av de tre nivåerna behandlingsgrupper (vänteliste-gruppen, icke intresserad gruppen och behandlingsgruppen) visade att de två kontrollgrupperna inte skiljde sig signifikant från varandra vilket gjorde att de slogs samman och jämfördes med behandlingsgruppen. Den största skillnaden mellan behandlingsgruppen och kontrollgruppen var minskningen av SCL-90-R (p=0.001)som är ett självrapporterings instrument som visar den psykologiska statusen(74% av de som ingick i programmet mot 36 % av de var i kontrollgruppen)Det var en 32%-ig förbättring jämfört med kontrollgruppen. Behandlingsgruppen förbättrades på alla punkter medan de i kontrollgruppen antingen försämrades eller hade mycket liten förändring. Signifikanta förbättringar uppmättes i gruppen som ingick i programmet i utmattning (p=0.02) trötthet (p=0.009). Förbättrad fysisk förmåga upplevdes av 68 % av de som ingick i programmet och 49 % av de i kontrollgruppen (p=0.05).

Författare Land År	Titel	Syfte	Mätinstrument	Metod	Resultat
B.B. Singh B.M. Berman V.A. Hadhazy P. Creamer 1998 USA	<i>A Pilot Study of Cognitive Behavioral Therapy in Fibromyalgia</i>	Syftet med denna pilotstudie var att undersöka om cognitiv-beteende terapi (som framgångsrikt använts i behandlingen av patienter med kroniska ryggsmärtor) förbättrar kroppsfunktionen, minskar smärtan och förbättrar sinnesstämningen hos patienter med fibromyalgi.	FIQ (The fibromyalgia impact questionnaire) The Health Assessment Questionnaire The Beck Depression Inventory The coping Strategies Questionnaire The helplessness subscale of the arthritis attitudes index The RAND Medical Outcomes Study Short Form General Health Survey A double-anchored 100-mm analogue scale to assess sleep	Pilotstudie n=20 Inklusionskriterium: Fibromyalgidiagnos, måttlig till svår fibromyalgi Exklusionskriterium: Akut depression eller psykisk sjukdom, andra muskel-skeletala sjukdomar, redan genomgått cognitiv beteende terapi, silikon bröstimplantat Alla deltagare genomgick KBT. Ingen kontrollgrupp. KBT bestod av en träff i veckan under 8 veckor (2 ½ tim/gång) och innehöll tre komponenter: en utbildningskomponent som fokuserade på sambandet mellan tanke-kropp (lärde ut kognitiva strategier, stresshantering, smärthantering), en fokuserade på avslappningsmekanismer (framför allt meditations tekniker) samt rörelseterapi med hjälp av quigong. Utvärdering utfördes vid behandlingens slut. Ingen uppföljning gjordes	Signifikant reduktion av smärta (p=0.001), trötthet (p=0.001) och sömnlöshet (p=0.02) uppmättes. Signifikant förbättrad kroppslig fysisk funktion såsom att klä sig (p=0.29) äta (p=0.014) och att promenera (p=0.028) även förbättrad sinnesstämning (såsom minskad oro och nervositet) (p=0.01). Deltagarna upplevde också en signifikant skillnad i sin förmåga att hantera sin smärta såsom att tolka sin smärta (p=0.001)

Författare Land År	Titel	Syfte	Mätinstrument	Metod	Resultat
P.M. Nicassio V. Radojevic M.H. Weisman C. Schuman J. Kim K. Schoenfeld-Smith T. Krall 1997 USA	<i>A Comparison of Behavioral and Educational Interventions for Fibromyalgia</i>	Att jämföra effekterna av beteende terapi kontra utbildningsterapi hos patienter med fibromyalgi	FIQ (the fibromyalgia impact assessment questionnaire) McGill Pain Questionnaire PBCL (The pain Behavior Checklist) Videofilm CES-D (The Center for Epidemiological Studies-Depression Scale) QWB (The Quality of Well-being Scale) Myalgia Score RAI (Rheumatology Attitudes Index) Pain Management inventory QSSS (The Quality of Social Support Scale)	Randomiserad kontrollerad studie n=71 Inklusionskriterium: Ha fibromyalgidiagnos Exklusionskriterium: Andra reumatiska sjukdomar, andra allvarliga sjukdomar, psykiska sjukdomar. Deltagarna delades slumpvis in i två grupper: 1:grupp som fick beteendeterapi (n=36) 2:grupp fick utbildningsterapi (n=35) Antidepressiv medicinering sattes ut innan behandlingsstart Båda grupperna träffades var för sig en gång veckan (1 ½ tim/gång) under en 10-veckors period. Beteendeterapi: utbildning om Fibromyalgi smärta, muskelavslappningsträning, metoder för smärthantering och stresshantering, målsättning, aktivitetsträning. Utbildningsterapi: Informativa föreläsningar om Fibromyalgi som presenterades via videoband samt gruppdiskussioner och stöd. Utvärdering skedde vid behandlingens slut och efter 6 månader	Signifikant förbättring av depression, själv rapporterad smärthantering, observerat smärtbeteendet och poäng på myalgi skalan uppmättes mellan behandlingsstart och vid behandlingens slut likväl som vid 6månaders uppföljningen i båda grupperna. Den högsta procentuella förbättringen från behandlings start till 6 månaders uppföljningen uppmättes i medvetenheten om smärtbeteendet (55% i beteendeterapi gruppen och 44% som genomgick utbildningsterapi). Signifikant reduktion av hjälplöshet (p<0.001)och passiv coping (p<0.001)rapporterades i båda grupperna. Aktiv coping och kvaliteten på den sociala stödet var högt redan vid behandlingsstart och förändrades ej under studiens gång. Någon signifikant förändring av smärtan upplevdes inte i denna studie.

Författare Land År	Titel	Syfte	Mätinstrument	Metod	Resultat
D.A. Williams M.A. Cary K.H. Groner W. Chaplin L.J Glazer A.M. Rodrigues D.J. Clauw 2002 USA	<i>Improving Physical Functional Status in Patients with Fibromyalgia: A Brief Cognitive Behavioral Intervention</i>	<p>Primära målet med studien var att undersöka om den fysiskt funktionella statusen kunde förbättras hos fibromyalgipatienter som genomgick kognitiv-beteende terapi (KBT) som komplement till sedvanlig behandling, i förhållande till en kontrollgrupp som enbart genomgick sedvanlig behandling.</p> <p>Sekundära målet med studien var att undersöka om CBT hade någon effekt på smärtan.</p>	<p>PCS (Physical Component Summary Score)</p> <p>SF-36 (Medical Outcome Study Short-form Health Survey)</p> <p>McGill Pain Questionnaire</p> <p>DUSOI (The Duke University Severity of Illness Scale)</p> <p>T-test</p>	<p>Randomiserad kontrollerad studie. n=122</p> <p>Inklusionskriterium: Uppfylla 1990 diagnostikkriterium för fibromyalgi, vara minst 18 år samt varit inskriven på kliniken minst 6 månader.</p> <p>Deltagarna delades slumpmässigt in i två grupper, 1: standardiserad farmakologisk behandling plus uppmuntran till träning (n=60). 2: samma standard behandling och uppmuntran till träning som grupp ett, plus KBT (n=62). Terapin gavs 6 gånger (1 tim/gång) under en 4-veckors period och leddes av en psykolog. Varje grupp bestod av 4-8 deltagare. KBT innehöll: avslappning, stegvis aktivitetsträning, social träning, kognitiva tekniker, stresshantering. Vid sista sammankomsten sattes individuella mål upp som sedan följdes upp en gång per månad under 12 månader.</p>	<p>Vid uppföljningen efter 12 månader visades att 25% procent av patienterna som ingick i gruppen som fick KBT upplevde en klar förbättring i den fysiska funktionella statusen medan endast 11,6 % i kontrollgruppen upplevde en förbättring.</p> <p>Ingen signifikant skillnad i noterades från någon av grupperna vad gällde smärtans intensitet.</p>