

Definition och aktualisering av copingbegreppet vid rehabilitering av patienter med kronisk smärtsyndrom

John Ektor-Andersen

Anders Nymanson

När en patient söker hjälp för sin smärta behöver vi inte anta att detta i första hand beror på själva den negativa upplevelsen, utan att anledningen ofta ligger i att de sått på vilket patienten sökt hantera sin smärta har lett fram till en ohållbar situation, t ex i form av inskränkningar av en mängd vardagsaktiviteter. Problemet är således ett hanteringsproblem och denna hantering benämns inom den kognitivt beteendeterapeutiska litteraturen för coping, med vilket menas individens sätt att vidmakthålla en inlärd reaktion.

När det gäller copingstrategier vid kroniska smärttillstånd möter vi som regel de som syftar till att på kort sikt reducera det obehagliga i situationen, dvs smärtan och som ofta innebär vila, konsumtion av smärtreducerande läkemedel, passivitet. Även om dessa copingstrategier skulle fungera skapar de inget positivt i sig, enbart frånvaron av negativa upplevelser är inget positivt.

En strategi som syftar till att skapa och tillföra individen positiva upplevelser och ökad tillfredsställelse leder i stället till förändringar som innebär en utveckling av situationen.

Tidsfaktorn synes här spela en roll. Ofta leder de omedelbart positiva konsekvenserna (t ex smärte-

reduktion) till långsiktiga negativa konsekvenser (kroniskt smärttillstånd med passiv livsstil), medan kortsiktiga negativa konsekvenser (ökad smärta, träningsvärk) leder till långsiktiga positiva konsekvenser (smärtreduktion, bättre livskvalité). Generellt sätt är det självfallet inte bara så. Vid t ex smärta i samband med cancer har en kortsiktig smärtreduktion en nog så viktig funktion för att ge så god livskvalité som möjligt i livets slutskede.

Det verkar även vara så att det är den omedelbara positiva konsekvensen som har den starkaste drivkraften och att strävan mot mer långsiktiga, positiva mål är en konsekvens av inläring.

John Ektor-Andersen är specialist i anestesiology med inriktning på utredning, behandling och rehabilitering av patienter med kronisk smärta och kroniskt smärtsyndrom. Han är klinisk assistent vid institutionen för klinisk samhällsmedicin vid Lunds Universitet i Malmö och konsult vid Malmö multidisciplinära smärtmottagning.

Anders Nymanson är leg. psykolog, psykoterapeut och beteendeterapeut, han arbetar som privatpraktiserande beteendeterapeut, konsult och undervisar i beteendepsykologi vid psykologutbildningen, Lunds Universitet.

COPINGBEGREPPET RELATERAT TILL UTREDNING, BEHANDLING OCH REHABILITERANDE INSATSER

Den medicinska förklaringsmodellen och orsaksbegreppet

Den medicinska modellen är centralistisk

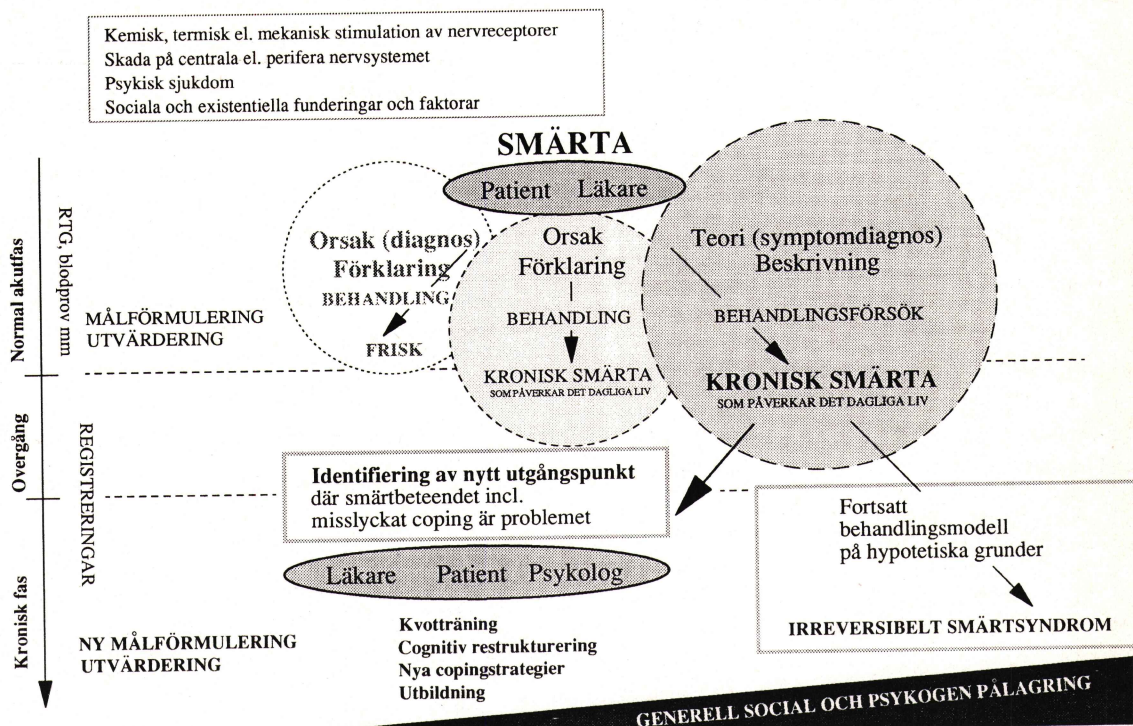
Detta innebär att perifera fenomen, t ex feber och värk, ses som symptom på en (eller flera) centralt liggande orsaker, och att det är en förändring i denna orsak som ger en förändring i, eller eliminerandet av symptomen. Orsaksbegreppet är ett centralt begrepp i denna modell.

Medvetenhet om den teoretiska referensramen som

de rehabiliterande åtgärderna bygger på underlättar såväl vidareutvecklandet av framgångsrika insatser, som korrigandet av misslyckanden. Ofta ses ett traditionellt medicinskt tänkande vara en naturligt utgångspunkt för patientbehandling. Den medicinska modellen har emellertid egenskaper som kan göra den till lika katastrofal då den appliceras på kroniska tillstånd, som den är framgångsrik då den appliceras på akuta sådana.

Ofta leder de omedelbart positiva konsekvenserna till långsiktiga negativa konsekvenser, medan kortsiktiga negativa konsekvenser leder till långsiktiga positiva konsekvenser

Figur 1. Samordnad medicinsk och beteendepsykologisk problemlösningsmodell.



Anders Nymanson och John Ektor-Andersen 1992 (globmod1.drw)

Den medicinska modellen som underlag för kategoriindelning

När smärta är relaterat till akut skada eller sjukdom är ofta relationen orsak-verkan enkel, diagnosen säker och den därpå baserade behandlingen effektiv. Här fungerar den medicinska modellen bra (Figur 1).

Sjukdomar av kronisk inflammatorisk karaktär, degenerativa förändringar, funktionshinder efter utläkta skador utgör exempel på kroniska smärttillstånd med acceptabel diagnostisk säkerhet men där de medicinska åtgärderna - liksom vid smärttillstånd efter t ex tung och monoton arbetsbelastning - endast ger lindring av tillståndet.

Problemgruppen är symptomdiagnoserna, smärttillstånd som bara kan beskrivas och där arbetet på att tillfredsställa den medicinska modellens krav på behandling av rimlig orsak lätt leder till det ena behandlingsförsöket efter det andra.

För att patientens tillstånd inte skall bli irreversibelt bör en strategiförändring ske, och ett förändringsarbete påbörjas utifrån den aktuella situation där patienten befinner sig. Här kan ett kognitivt beteendeterapeutiskt arbetssätt väl vara på plats där man har vana av att analysera och snabbt påbörja förändringsåtgärder av

nusituationen. Betoningen kommer att ligga på att reducera smärtbeteendet, att förstärka alternativa beteenden, att träna utifrån ett kvotschema samt att lära patienten effektivare copingtekniker för att hantera sin smärtsituation. En såväl psykisk som fysisk aktivering av patienten sker, något som förhindrar att det kroniska tillståndet permanentas.

Arbetet på att finna en rimlig orsak har en kostnad. De verktyg - röntgen, provtagningar etc - läkaren har till sitt förfogande för att hitta en rimlig orsak till smärtan är tidskrävande. Det ses ofta som rimligt att patienten - i väntan på den riktiga behandlingen - är sjukskriven. Således kommer en, efter traditionellt medicinskt tänkande, fullt frisk person av en människoexpert att rekommenderas vila, att ta det lugnt, inte arbeta och

För att patientens tillstånd inte skall bli irreversibelt bör en strategiförändring ske, och ett förändringsarbete påbörjas utifrån den aktuella situation där patienten befinner sig

Läkaren måste således inte bara arbeta med sin egen uppfattning om orsak-verkan men även tidigt i det kroniska förloppet utbilda och påverka sin patient till att bilda sig en egen uppfattning, ta eget ansvar

inte anstränga sig i onödan. Han kommer att påverkas avsevärt av denna passiviserade livsstil. Han förlorar kondition, rörlighet och styrka i en takt som uppmärksammas allt för lite.

Den medicinska modellen har en stark förankring. Patient och läkare utgår oftast från samma modell. Den medicinska, centralistiska modellen är således inte enbart en fackmodell utan omfattas på ett mer lekmanmässigt sätt av de flesta människor. Det finns ofta uttalad en samstämmighet mellan patient och läkare och budskapet "vi vet ännu inte vad det är som är fel" ses ofta som en fullt acceptabel orsak till att ett rehabiliteringsarbete ej påbörjats när denna förklaring istället borde leda till en rad kritiska frågor. Patienten placeras - och permanentas - i en sjukroll med betoning av fel och brister även om dessa med tiden kanske inte förklarar mera än en mindre del av den samlade situationen. Patientens ursprungliga problem förblir, om överhuvudtaget identifierat, olöst och han får fler på köpet.

Läkaren måste således inte bara arbeta med sin egen uppfattning om orsak - verkan men även tidigt i det kroniska förloppet utbilda och påverka sin patient till att bilda sig en egen uppfattning, ta eget ansvar. Läkaren måste ta konsekvensen av sitt "misslyckande", tona ned diagnostiseringen och påvisa konkreta åtgärdbara problem.

Alternativ modell

Vad som behövs är ett bredare perspektiv på problemet. Att vända sig till och använda sig av andra yrkeskategorier som baserar sitt tänkande på andra grundmodeller. Här blir ofta psykologin det naturliga valet.

Psykologiska modeller

Ett paradigmbyte kan vara en lösning.

Att gå från en medicinsk till psykologisk modell behöver dock inte med nödvändighet innebära ett paradigmbyte. Tidiga psykologiska modeller, företrädesvis den

psykoanalytiska eller den dynamiska psykologien, har som modell helt tagit över den medicinska, förvisso fyllt den med ett annat innehåll, men formen är den samma. Även terminologin är likartad. Det psykiska problemet för vilket patienten söker, t ex en fobi, en tvångshandling, ses som symptom dvs är inte det egentliga problemet utan behandlingen har som syfte att genom psykologisk metod hitta den/de underliggande orsakerna och därmed få en symptomlindring till stånd. Detta arbete är också tidskrävande och ger ofta samma tveksamma resultat som tidigare diskuterats. Den psykologiska kompetens som är mest tillgänglig i Sverige idag arbetar utifrån en medicinsk, centralistisk modell.

En perifer modell - den kognitivt beteendeteoretiska

Beteendeteori kan sägas representera en alternativ modell som är psykologisk, inte bara i sin grund utan även i sin terminologi. Här är de problem som patienten söker inte symptom på något annat, utan en fullt tillräcklig utgångspunkt för åtgärder. Förvisso ser man att dessa problem har en eller flera orsaker. Dessa uppkomstfaktorer kan analyseras i termer av inlärning. De behöver inte ligga på något annat, mer centralistiskt plan än själva problemen, de behöver inte begränsas till någon speciell tidsperiod och - framför allt - kunskap om dessa är inte avgörande för att påverka själva problemet. Det är i stället de vidmakthållande faktorerna som är av intresse, individens sätt att handskas med problemen, hur snabbt och mycket de blir del av vardagen, hur livskvaliteten påverkas, kort sagt, vilka copingtekniker som patienten använt. Dessa vidmakthållande faktorer avspeglar sig klart i n situationen och det är i en analys av denna som terapeuten hittar material för sina åtgärder. Tidsförlusten är minimal. Oftast kan man redan efter första sessionen påbörja rehabiliteringen i form av konkreta förändringar i existensnär copingtekniker.

Diagnoser är av mindre vikt

Då intresset för underliggande orsak faller bort minskas behovet för diagnoser till förmån för den vidmakthållande

Det är de vidmakthållande faktorerna som är av intresse, individens sätt att handskas med problemen, hur snabbt och mycket de blir del av vardagen, hur livskvaliteten påverkas

På ett övergripande plan kan vi misstänka att copingstrategier som är problemfokuserade, i mindre grad (eller långsammare takt) leder till kronifiering än strategier som är emotionellt fokuserade

hållande strategien och där betoningen ligger på det individuella och inte det generella.

Alternativa datainsamlingstekniker

De data som blir av intresse för att bilda effektivast åtgärdsunderlag blir sådana som beskriver patientens nuvarande livssituation, vilka copingtekniker han använder, vilket utvärderingssystem över egna framgångar/misslyckande han använder sig av, aktivitetsnivå, motiverande faktorer, tolkningssystem över de situationer han utsätts för etc.

På tekniksidan blir konsekvensen att man mer förlitar sig på självregistreringar, subjektiva skattningar och undersökande samtal. Redan på informationsinsamlingsstadiet tar patienten ett mer aktivt ansvar för de data som man senare kommer att arbeta med.

COPINGBEGREPPET RELATERAD TILL DEN INDIVIDUELLA UTVECKLINGEN AV ETT KRONISKT SMÄRTSYNDROM

En analys av den aktuella situationen kommer att ge vid handen individens copinsstrategier och hur dessa bidragit till att utveckla det kroniska smärttillståndet. Detta kan ses som i en spiral, där en rad endogena och exogena faktorer, såväl som socio-kulturella och motivationsfaktorer påverkar hur snabbt spiralen utvecklas. När vi möter patienten är detta inte i en stabil fas, dvs det smärtbeteende vi kan utläsa behöver inte att vara det samma vid ett senare tillfälle. På ett övergripande plan kan vi misstänka att copingstrategier som är problemfokuserade, i mindre grad (eller i långsammare takt) leder till kronifiering än strategier som är emotionellt fokuserade.

Med en utgångspunkt som beskrivits ovan, där bakomliggande allvarliga orsaker och framförallt sådana som kan åtgärdas eller lindras genom traditionell medicinsk terapi, har uteslutits, kvarstår emellertid det faktum att smärta är ett kraftfullt stimulus och som sådant, framförallt i det historiska på tidpunkten där patienten är aktuell för medicinsk bedömning, har haft möjlighet att fungera som en inlärningsignal.

Ser vi således på sammanhangen mellan stimulus och respons kan denna anses vara ganska bra i en experimentell smärtsituation. Stimulus och respons i form av såväl beteende som fysiologiska reaktioner kan doseras respektive mätas med tillförlitliga metoder. Redan vid den kliniska akutsmärtssituationen är emellertid sambandet mellan stimulus, en given kroppsskada, och respons, patientens reaktion, högst individuellt varierande. När det sedan gäller situationen vid kronisk smärta finns det inget konsekvent samband mellan ett givet kliniskt tillstånd och personens funktionsförmåga.

Inom den traditionella epidemiologin har stimulus - respons-problematiken varit känd under benämningen exposition - utfall. Traditionella problem var de typiska infektionssjukdomarna som florerade i medicinens barndom, pest, kolera, TBC mm. Efterhand som smitsomma agens med lägra virulens började studeras blev det klart att andra faktorer influerade sammanhangen exposition - utfall och det adderades individuella interna och externa faktorer. Multifaktoriella modeller bildades där en unik uppsättning av interna, externa och expositions-karakteristika skall leda till ett givet utfall.

Forskare som befattat sig med moderna folksjukdomar har ifrågasatt den sjukdomsspecifika multifaktoriella triaden och argumenterat för att belastning istället kan anses ge anledning till utveckling av ett tillstånd av allmän sårbarhet vilket i sin tur kan leda till översjuklighet och överdödlighet av i princip all form av sjukdom.

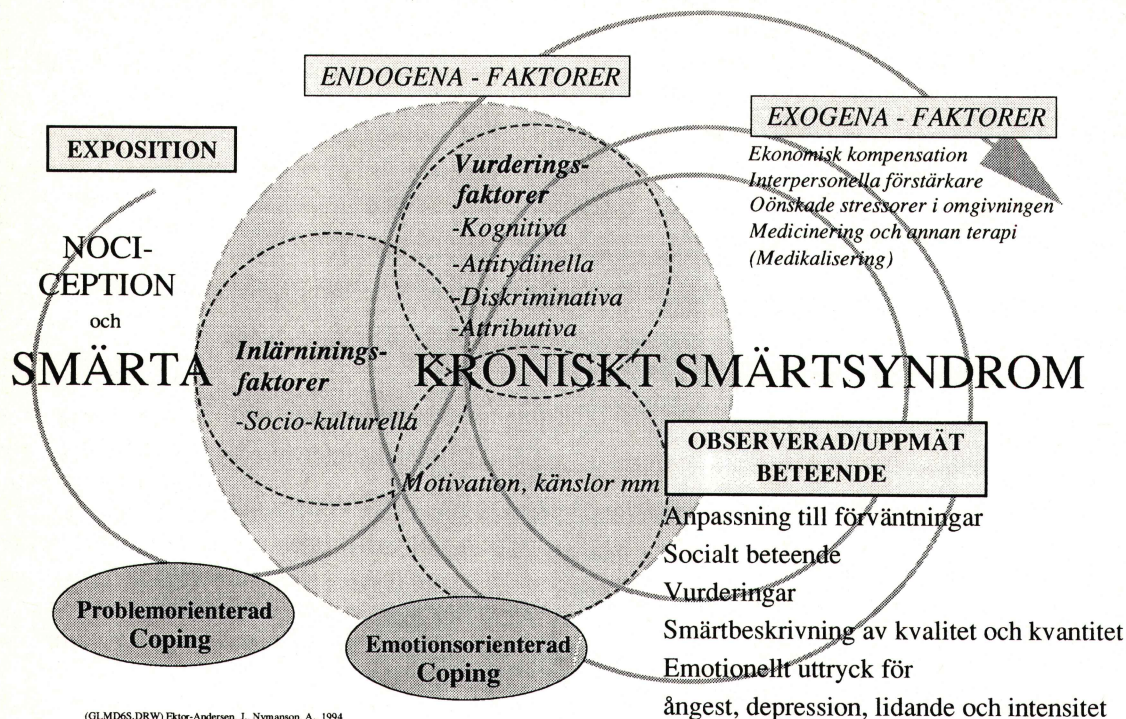
När det mera specifikt gäller modern smärtforskning står det klart att letandet efter förklaringar till ett givet beteende förorsakat av en specifik exposition sällan är framgångsrik, vare sig för att förklara uppkomsten av en patients smärtsyndrom eller för att ge riktlinier för hur en terapi kan leda till bättre funktion.

Som illustreras i *figur 2* kan således det kroniska smärtsyndromet i princip leva sitt eget liv, frikopplat från en eventuell initial exposition. Modellen visar även det karaktäristikum, att utfallet - beteendet är såväl initierat av, som det själv initierar, såväl endogena som exogena faktorer. Modellen illustrerar dessutom att tidsaspekten med resultatlösa utredningar och verkningslösa behandlingar på hypotetiska grunder, leder till ytterligare försämring i patientens funktion med ytterligare psykosocial pålagring.

Modellen som här illustreras kan synes vara en bra pedagogisk modell. Vetenskapliga undersökningar kan sedan underbygga trovärdigheten av modellen.

De nedan refererade undersökningarna har generellt ge-

Figur 2. Stimulus - responsemodellen. Anpassad den kognitivt-beteende psykologiska referensramen.



nomförts på uttalade kroniska smärtpopulationer, antingen sådana med ospecifika diagnoser eller reumatiker/arthros patienter.

Först refereras forskning kring sambandet mellan personlig uppfattning om smärtproblemet och anpassning.

Sedan refereras forskning kring sambandet mellan personlig copingstil och anpassning till ett kroniskt smärttillstånd.

PERSONLIG UPPFATTNING OCH ANPASSNING

Kontroll

Kontrollbegreppet är ett nyckelbegrepp i socialmedicinska sammanhang såväl som inom psykiatin. Olika instrument har använts. Generellt har i tvärsnittsstudier visats att patienter som anser sig ha personlig kontroll över sin smärta har mindre påverkan på dagliga aktiviteter, är mindre deprimerade, med bättre allmänbefinnande, psykologisk funktion och generell anpassning, samt använder avspänningsteknik i högre omfattning. Speciellt för män har det visats att de motionerar mera jämfört med dem som inte anser sig ha en bra personlig kontroll över smärtan.

Det har visats att smärtintensiteten är en viktig po-

tentiell confounder (störande faktor) i relation till aktivitetsnivån.

Personer som anser att smärtbesvären beror på slum- pen har däremot visat sig ha högre poäng på skalor för psykologisk stress, hjälplöshet samt tenderar att använda hopp och böner som coping. (Affleck 1987, Jensen 1987, Keefe 1990, Strong 1990, Jensen 1991).

Hjälplöshet

(Arthritis Helplessness Index)

Hög score på detta instrument har i tvärsnittsstudier visats korrelera med en passiv coping stil, fysiskt såväl som psykologiskt handikapp, större intensitetsscore, ökad påverkan på olika aktiviteter och större antal läkarbesök på ett år.

Det finns här även longitudinella studier över 6 månader som visar på en korrelation mellan hög score och ogynnsamma förändringar i depression, smärtscore, användning av passiva strategier och generellt hälsotillstånd. I longitudinella undersökningar över 1-2 år kan en hög score predicera depression. (Seligman 1975, Nicassio 1985, Stein 1988, Stein 1988, Smith 1990)

Attributionsstil

(Attributional Style Questionnaire)

Internal (about the person), stable (non transient), global (similar outcomes expected across a wide variety of situations).

Tvårsnittundersökningar med detta instrument på smärtpopulationer har visat inkonsistenta resultat. Några talar för att upplevandet av händelser som okontrollerbara är kopplade till depression. (Abramson 1987, Peterson 1982, Love 1988, Cheatle 1990, Ingram 1990).

Kognitiva fel

(Inventory of Negative Thoughts in Response to Pain)

(Automatic Thoughts Questionnaire)

(Cognitive Evaluations Questionnaire)

Katastroftänkande, personalisation och selektiv abstraktion kan med dessa instrument visas vara smärtspecifika kognitiva fel som korrelerar med handikapp, depression och patientrapporterad intensitet. Frekvens och ihållighet av dessa tankar är kopplade till psykologisk stress. Kontroll över dessa tankar är motsatt kopplade negativt till psykologisk stress.

I longitudinella studier över 6 månader, där det har kontrollerats för demografiska variabler, ekonomisk kompensation, smärtduration och initial anpassning, har smärtspecifikt katastroftänkande visats prediktera hög smärtintensitet, fysiskt handikapp och depression. Kognitiva fel har också i en annan longitudinal studie visats kunna förklara en signifikant del av variansen mellan reumatologiska sjukdomssymptom och depression samt att kunna predicera depression. (Ellis 1962, Hollon 1980, Smith 1988, Keefe 1989, Phillips, 1989, Gil 1990).

Self efficacy beliefs

(Arthritis Self-efficacy Scale)

Detta instrument mäter patientens självskattade möjlighet till bl. fysisk aktivitet, arbete samt till att vara medicinfri.

Hög poäng på detta instrument har visats kopplat till arbetsstatus, fysisk aktivitet och medicinkonsumtion. Patientens syn på sin möjlighet att prestera är verifierat med observerade prestanda och smärtebeteende.

Longitudinella studier över 3-11 resp. 2-14 månader visar att självskattad prestationsförmåga är kopplad positivt till sitt- och stå-tider, arbetsförmåga och deltagande i sociala aktiviteter, negativt till medicinkonsumtion och smärtebeteende.

I studier där det har kontrollerats för smärtintensitet och uppfattning om effekten av coping har åsikten om möjligheten att prestera visats vara positivt kopplad till copingaktiviteter, självkänsla, positiva känslor och tillfredsställelse. Åsikten om möjligheten att prestera har å andra sidan visats vara negativt kopplad till depression. (Bandura 1977, Bandura 1986, Dolce 1986, Dolce 1986, Council 1988, O'Leary 1988, Blalock 1989, Lorig 1989, Kores 1990).

PERSONLIG COPINGSTIL OCH ANPASSNING

Aktiv/passiv coping

(The Vanderbilt Pain Management Inventory)

Här anses aktiv coping att vara välanpassad medan passiv anses vara missanpassad.

Aktiv coping, mätt med detta instrument, är kopplad till låg score för smärtintensitet, depression och handikapp. Vid kontroll för smärtintensitet finns övriga sammanhang kvar. Passiv copingstil här kopplad till ökad depression. Longitudinella studier, över 6 månader, stöder resultaten från tvårsnittstudier. (Brown 1987, Brown 1989).

Utvalda empiriska eller faktoranalytiska kategoriseringar

(The Coping Strategies Questionnaire)

Sju smärtcopingstrategier:

- avleda uppmärksamheten
- omtolka smärtsensationen
- aktiv självförstärkning
- förnekande
- hopp och bön
- katastroftänkande
- ökad aktivitetsnivå

samt egen uppfattning om förmågan att kontrollera eller minska smärtan.

Instrumentet ger inkonsistenta resultat över smärtpopulationer. Försök med faktoranalytiska studier har separerat tre profiler som benämnts:

- kognitiva hanterare (cognitive copers)
- personer med gott självförtroende
- smärtundvikare

(Ways of Coping Checklist) Finns i åtminstone tre olika versioner.

Exempel på skaluppdelning:

- problemfokusering
- skylla sig själva (self blame)

- undvikande
- hopp om önskeuppfyllande
- söka socialt stöd

Longitudinella studier över 6 månader har gett något inkonsistenta resultat. Också här har det via faktoranalys visats att hopp om önskeuppfyllande som copingstrategi leder till ökat fysiskt handikapp och minskad positiv affekt. (Rosenstiel 1983, Folkman 1980, Felton 1984, Lazarus 1984, Turner 1986).

Jämförande värderingar

Två typer har studerats. Jämförelse uppåt och nedåt. Med jämförelse nedåt menas t ex jämförelse med personer som har det sämre än man själv eller med "sämre värderingar" dvs aktivering av föreställningar som gör det uppenbart att den aktuella situationen kunde varit värre än den faktiskt är.

Det har framkommit komplexa samband.

När det gäller den ADL-funktionsnivå som skall nås, har jämförelse uppåt visats vara kopplad till ökad upplevd tillfredsställelse. När det sedan gäller svårigheter att genomföra ADL-funktioner är ökad tillfredsställelse kopplad till jämförelser nedåt. Smärtdurationen har visats vara modifierande, vid smärtduration under fem år var den psykologiska funktionen beroende på typen av jämförande evaluering, vid smärtduration över 12 år fanns inget samband. (Wills 1981, Taylor 1983, Schulz 1985, De Villis 1990).

Uppmärksamhet versus förnekande/undvikande

(The Coping scale)

Uppmärksamhetsstrategier är exempelvis informations-sökande medan förnekande/undvikande kan vara att tänka på något skönt eller att äta mera.

På ett smärtkliniskt klientel har uppmärksamhetsfaktorn kopplats till mindre depression och oro samt ökad aktivitetsnivå. När det gäller förnekande/undvikande var situationen omvänt.

Med en population av patienter med relativt akuta smärtsymptom på en sportsskademottagning var uppmärksamhet omvänt kopplad till ökad depression och oro samt lägre aktivitet, förnekande/undvikande visade också här motsatt tendens. (Holmes 1990).

Kommentar och konklusion

De här refererade studierna ger trots sina brister klart stöd för påståendet att det kognitivt beteendepsykolo-

Trots alla brister är de beteendepsykologiska behandlings- och rehabiliteringsteknikerna de i särskild klass bäst utvärderade jämfört inte bara med andra psykologiska tillvägagångssätt, utan även med fysikaliska metoder

giska paradigmet, som illustreras i figur 2, inte enbart kan anses vara en utmärkt pedagogisk modell men även underbyggs av vetenskapliga studier.

De metodologiska problemen skal dock inte underskattas. Uppenbara brister föreligger i såväl de instrument som används som i studiedesignen.

Problemen kan kategoriseras under följande rubriker. -Begreppssammanblandning av tex. coping, uppfattning och anpassning.

-Användande av kombinerade mått, med risken att maskera specifika copingstrategier.

-Vetenskapliga krav på reliabilitet och validitet är i allmänhet inte övertygande uppfyllda.

En närmare redovisning av problematiken anses ligga utanför syftet med denna artikel men dessa problem kan givetvis tänkas begränsa de konklusioner som det går att dra från studierna.

Avslutningsvis speglar dessa brister naturligtvis inte primärt dåligt vetenskapligt hantverk utan kan snarare anses vara "the present state of the art". Situationen får ses i ett historiskt perspektiv där framtida resultat byggs på tidigare intentioner. Viktigt är också att inget annat paradigm kan anses bättre förklara de kliniska problem vi hankas med (Rachman 1980). Trots alla brister är de beteendepsykologiska behandlings- och rehabiliteringsteknikerna de i särskild klass bäst utvärderade jämfört, inte bara med andra psykologiska tillvägagångssätt, utan även med fysikaliska metoder (SoS 1994).

REFERENSER

- Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale JD: Learned helplessness in humans: critique and reformulation, *J. Abnorm. Psychol.*, 87;1987:49-74.
- Affleck G, Tennen H, Pfeiffer C, Fifield J: Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease, *J. Pers. Soc. Psychol.*, 53;1987:273-239.
- Bandura A: Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change, *Psychol. Rev.*, 84;1977:191-215.
- Bandura A: *Social Foundations of Thought and Action: a Social Cognitive Theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1986.
- Blalock SJ, De Vellis RF: Social comparison among individuals with rheumatoid arthritis, *J. Appl. Soc. Psychol.*, 19;1989:665-680.

- Brown GK, Nicassio PM: The development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients, *Pain*, 31;1987:53-65.
- Brown GK, Nicassio PM, Wallston KA: Pain coping strategies, and depression in rheumatoid arthritis, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 57;1989:652-657.
- Cheatle MD, Brady JP, Ruland T: Chronic low back pain, depression and attributional style, *Clin. J. Pain*, 6;1990:114-117.
- Council JR, Ahern DK, Follick MJ, Kline CL: Expectancies and functional impairment in chronic low back pain, *Pain*, 33;1988:323-331.
- Crisson JE, Keefe FJ: The relationship of locus of control to pain coping strategies and psychological distress in chronic pain patients, *Pain*, 35;1988:147-154.
- De Vellis RF, Holt K, Renner BR, Blalock SJ, Blanchard LW, Cook HL, Koltz ML, Mikow V, Harring K: The relationship of social comparison to rheumatoid arthritis symptoms and affect, *Basic Appl. Soc., Psychol.*, 11;1990:1-18.
- Dolce JJ, Crocker MF, Doley DM: Prediction of outcome among chronic pain patients, *Behav. Res., Ther.*, 14;1986:313-319.
- Dolce JJ, Crocker MF, Moletteire C, Doleys DM: Exercise quotas, anticipatory concern and self-efficacy expectancies in chronic pain: a preliminary report, *Pain*, 24;1986:365-372.
- Ellis A: Reason and emotion in Psychotherapy, Lyle Stuart, New York, 1962.
- Felton BJ, Revenson, TA, Hinrichsen GA: Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults, *Soc. Sci. Med.*, 18;1984:889-898.
- Folkman S, Lazarus RS: An analysis of coping in a middle-aged community sample, *J. Health Soc. Behav.*, 21;1980:219-239.
- Gil KM, Williams DA, Keefe FJ, Beckham JC: The relationship of negative thoughts to pain and psychological distress, *Behav. Ther.*, 21;1990:349-352.
- Hollon JD, Kendall PC: Cognitive self-statements in depression: development of an Automatic Thoughts Questionnaire, *nCogn. Ther. Res.*, 4;1980:383-395.
- Holmes JA, Stevenso CAZ: Differential effects of avoidant and attentional coping strategies on adaptation to chronic and reser-onset pain, *Health Psychol.*, 9;1990:577-584.
- Ingram RE, Atkinson JH, Slater MA, Saccuzzo DP, Garfin SR: Negative and positive cognition in depressed patients, *Health Psychol.*, 9;1990:300-314.
- Jensen MP, Karoly P, Huger R: The development and preliminary validation of an instrument to assess patients' attitudes towards pain, *J. Psychosom. Res.*, 31;1987:393-400.
- Jensen MP, Karoly P: Control beliefs, coping efforts, and adjustment to chronic pain, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 59;1991:431-438.
- Jensen MP, Turner J, Romano JM: Self-efficacy and outcome expectancies: relationship to chronic pain coping strategies and adjustment, *Pain*, 37;1989:51-56.
- Keefe FJ, Brown GK, Wallston KA, Caldwell DS: Coping with rheumatoid arthritis pain: catastrophizing as a maladaptive strategy, *Pain*, 37;1989:51-56.
- Keefe FJ, Crisson J, Urban BJ, Williams DA: Analyzing chronic low back pain: the relative contribution of pain coping strategies, *Pain*, 40;1990:293-301.
- Kores RC, Murphey WD, Rosenthal TL, Elias DB: North, WC., Predicting outcome of chronic pain treatment via a modified self-efficacy scale, *Behav. Res. Ther.*, 28;1990:165-169.
- Lazarus RA, Folkman S: Stress, Appraisal, and Coping, Springer, New York, 1984.
- Lorig K, Chastain RL, Ung E, Shoor S, Holman HR: Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis, *Arth. Rheum.*, 32;1989:37-44.
- Love AW: Attributional style of depressed chronic low back patients, *J. Clin. Psychol.*, 44;1988:317-321.
- Nicassio PM, Wallston KA, Callahan LF, Herbert M, Pincus T: The measurement of helplessness in rheumatoid arthritis. The development of the Arthritis Helplessness Index, *J. Rheumatol.*, 12;1985:462-467.
- O'leary A, Shoor S, Lorig K, Holman HR: A cognitive-behavioral treatment for rheumatoid arthritis, *Health Psychol.*, 7;1988:527-544.
- Peterson C, Semmel A, Von Baeyer C, Abramson LY, Metalsky GI, Seligman, MEP: The Attributional Style Questionnaire, *Cogn. Ther. Res.*, 6;1982:287-300.
- Rachman SJ, Wilson GT: The effects of psychological therapy. Pergamon Press 1980.
- Philips HC: Thoughts provoked by pain, *Behav. Res. Ther.*, 27;1989:469-473.
- Rosenstiel AK, Keefe FJ: The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment, *Pain*, 17;1983:33-44.
- Rotter JB: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, *Psychol. Monog. (Gen app.)*, 80;1966:Whole No. 609.
- Schulz R, Decker S: Long-term adjustment to physical disability: the role of social support, perceived control, and self-blame, *J. Pers. Soc. Psychol.*, 48;1985:1162-1172.
- Seligman MEP: Helplessness, WH Freeman, San Francisco CA, 1975.
- Skevington SM: Chronic pain and depression: universal or personal helplessness?, *Pain*, 15;1983:309-317.
- Smith TW, Peck JR, Milano RA, Ward JR: Cognitive distortion in rheumatoid arthritis: relation to depression and disability, *J. Cons. Clin. Psychol.*, 56;1988:412-416.
- Smith TW, Peck JR, Ward JR: Helplessness and depression in rheumatoid arthritis, *Health Psychol.*, 9;1990:377-389.
- Sosialstyrelsens utredning "Behandling av långvarig smärta". 1994.
- Stein MJ, Wallston KA, Nicassio PM: Factor structure of the Arthritis Helplessness Index, *J. Rheumatol.*, 15;1988:427-432.
- Stein MJ, Wallston K., Nicassio PM, Castner NM: Correlation of clinical classification schema for the arthritis helplessness subscale, *Arth. Rheum.*, 31;1988:876-881.
- Strong J, Ashton R, Cramond T, Chant D: Pain intensity, attitude and function in back pain patients, *Aust. Occup. Ther. J.*, 37;1990:179-183.
- Taylor SE, Wood JV, Lichtman RR: It could be worse: selective evaluation as a response to victimization, *J. Soc. Issues*, 39;1983:19-40.
- Turner JA, Clancy S: Strategies for coping with chronic low back pain: relationships to pain and disability, *Pain*, 24;1986:355-364.
- Wills TA: Downward comparison principles in social psychology, *Psychol. Bull.*, 90;1981:245-271.