

ACT vid svårbehandlad smärta

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) har fått allt större empiriskt stöd som psykologisk behandlingsmetod vid långvarig och svårbehandlad smärta. Målsättningen är främst att förbättra funktionsförmåga och livskvalitet. På Sektionen för beteendemedicinsk smärtbehandling, Karolinska Universitetssjukhuset i Solna, har en behandlingsmodell utvecklats baserad på ACT. **Rikard Wicksell**, psykolog och forskare, beskriver här behandling och forskning som gäller ACT.

Fokus i ACT ligger primärt på hur smärtan hanteras, det vill säga hur personens smärtrelaterade beteendemönster ser ut. Man kan, något förenklat, uttrycka att tyngdpunkten i analysen förflyttas från upplevelsen till agerandet. Hur patienten förhåller sig till sin smärta och till det som han/hon tycker är viktigt i livet är, snarare än hur ont det gör, avgörande för utvecklingen av smärtrelaterade begränsningar.

ACT bygger på inlärningsteoretiska principer, vilket betyder att vi analyserar patienters beteenden utifrån den kontext där de förekommer. Kontexten utgörs av yttre (miljöfaktorer) och inre (upplevelser) stimuli som föregår handlingen, samt de konsekvenser som följer av det aktuella beteendet. Långvarig smärta kan ses som en signal från kroppen, ett interoceptivt stimulus, som förmedlar budskapet ”var försiktig”, ”sluta”, ”någonting är fel”. Med andra ord har smärtan en rad olika stimulusfunktioner. Dessa stimulusfunktioner kan sägas utgöra antecedenter för olika problembeteenden, eller operanter.

Utöver sjukvårdens mer eller mindre lyckade insatser utvecklar personer med långvarig smärta egna strategier för att hantera sin smärta, exempelvis ändra ställning eller ta en värktablett. Detta innefattar ofta flykt eller undvikande av situationer som associeras med ökad smärta. De omedelbara konsekvenserna av agerandet ligger sedan till grund för hur personen hanterar en framtida liknande situation. Minskad smärta och ångest, eller ökad känsla av trygghet och kontroll, ökar sannolikheten att beteendet upprepas.



Avinnna av Claes Eklundh. 1981 © BUS 2013

Över tid befästs och utökas dessa beteenden framför allt genom så kallad negativ förstärkning, exempelvis minskning av rädsla eller smärta. Givet det budskap smärtan förmedlar är detta logiskt, men hanteringsstrategierna tenderar att på sikt resultera i en nedåtgående spiral. Våra patienter beskriver ofta hur de kommit längre och längre bort från viktiga delar av tillvaron samtidigt som smärtan fortfarande finns kvar på ungefär samma nivå som tidigare.

ACT – det teoretiska ramverket

I korthet är ACT baserat på *Relational Frame Theory* (RFT), vilket kan sägas vara en utveckling av inlärningsteorin där större hänsyn tas till komplexiteten i mänskligt språk och tänkande. RFT innefattar så kallad härledd inlärning, vilket utgör ett komplement till respon-

SAMMANFATTNING

Långvarig svårbehandlad smärta gör livet outhärdligt för många människor. Vilken del av kroppen som är drabbad varierar, en del har ont i ryggen, axlar och nacken, andra i magen eller huvudet. Vissa upplever att det gör ont nästan överallt, eller att smärtan flyttar sig mellan olika kroppsdelar. Gemensamt är att man söker sjukvård för att bli av med smärtan. Men för många patienter kommer inte smärtan att minska, mer än marginellt och under några ögonblick, oavsett vilka metoder vi använder. I den svårbehandlade smärtans kölvatten följer ofta ångest, nedstämdhet, överkonsumtion av läkemedel, social isolering, etc. Sömnstörningar och trötthet är mer regel än undantag.

Inom ramen för KBT har *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) utvecklats och fått allt större empiriskt stöd (Hayes et al, 2006). Forskningsresultat på Sektionen för beteendemedicinsk smärtbehandling, Karolinska Universitetssjukhuset, pekar tydligt på att ACT är användbart vid långvarig smärta, särskilt för patienter med svårbehandlade och handikappande smärtsymptom. ACT har bland annat jämförts med ett multidisciplinärt program som inkluderat medicinering, med signifikanta skillnader i resultatet till ACT-gruppens fördel. Nyligen bedömdes ACT av American Psychological Association (APA) ha vetenskapligt stöd vid långvarig icke-specifik smärta.

denta och operanta förklaringsmodeller i förståelsen av komplicerade beteendemönster. En mer ingående beskrivning av RFT ligger utanför ramen för denna artikel, men förklaras pedagogiskt i

boken *Relational Frame Theory* (2009) av Niklas Törneke.

Målsättningen i ACT är inte primärt att reducera symtom eller obehag, utan att förbättra funktionsförmåga och livskvalitet genom ökad förmåga att agera i linje med personliga värden och långsiktiga mål även i situationer som medför smärta eller annat obehag. Detta benämns i ACT *beteendemässig eller psykologisk flexibilitet*. På motsvarande sätt medför psykologisk inflexibilitet en svårighet att agera konstruktivt i relation till obehagliga upplevelser. I korthet kan man utifrån ACT och RFT se två processer som centrala för individens psykologiska inflexibilitet. *Undvikande av obehagliga upplevelser* (exempelvis smärta, ångest, negativa tankar) leder till att personen inte utsätter sig för situationer som han/hon associerar med obehag. Det upplevelsebaserade undvikandet sker i en kontext som präglas av starka föreställningar om att undvikandet är nödvändigt. Ibland är dessa tankar högst adekvata: "förra gången brände jag mig på plattan, jag ska nog inte lägga handen där", eller "jag borde nog använda flytväst, jag har hört om folk som vält med sin kanot".

Det är dock inte alltid som våra tankar leder oss rätt. Vi ser ofta hur personer håller fast vid vissa regler om hur man bör agera, som kan ha etablerats i ett tidigare skede men inte längre är funktionella. En patient med kvarvarande smärta efter ett diskbräck som läkt, med föreställningen att "anstränga ryggen innebär att skadan förvärras", kan uttrycka till sjukgymnasten att "visst tränar jag gärna, så fort smärtan minskat". Med *kognitiv fusion* menas att oreflekterat agera på tankarnas innehåll, att gå på "autopilot" utan att ta ställning till om agerandet är effektivt utifrån värden och långsiktiga mål.

En klinisk modell baserad på ACT

En ACT-orienterad intervention kretsar kring exponering, vilket betyder att patienten stötts i att utsätta sig för fysiska (lyfta tungt) eller verbala (tänka på att börja jobba igen) stimuli som undvikits med anledning av smärta eller annat obehag.

Även om smärtsystemet utgör ett viktigt system för överlevnad har vanligen inte långvarig smärta någon direkt konstruktivt varnande funktion, till skillnad från akut smärta. Det är naturligt att inte lyssna på smärtsystemets varningssignaler, men att notera smärtan är inte samma sak som att agera på denna upplevelse (exempelvis avbryta aktiviteten). Att exponera sig för de situationer där smärtan riskerar att öka underlättas av att patienten förhåller sig accepterande till sin smärta. Ett hinder kan vara att patienten tror att smärtan är farlig, vilket gör viss utbildning om smärtan betydelsefull.

Under den första fasen av behandlingen ägnar vi mycket tid åt att formulera värden i livet: Vem vill jag vara och hur vill jag att mitt liv ska se ut? Detta är en process som i sig kan vara svår och jobbig eftersom patienten i detta arbete vanligen kommer i kontakt med negativa tankar och känslor. Vår målsättning är då att öva upp patientens förmåga att reflektera kring och planera sin framtid även när det upplevs såväl ledsamt som skrämmande. Utifrån personligt formulerade värden arbetar vi sedan fram konkreta mål och delmål, uttryckta i beteendetermer.

Att skapa ett meningsfullt och innehållsrikt liv är möjligt genom att minska undvikandet; att utsätta sig för värdefulla men potentiellt obehagliga situationer. Stor tonvikt läggs vid att hjälpa patienten att se möjligheten att förhålla sig accepterande till sina obehagliga upplevelser, eftersom dessa har en tendens att "styra" handlingarna mot undvikande. Med acceptans menas här att ha sina upplevelser (exempelvis smärta, trötthet, ångest, katastroftankar) som de är, utan att fly, undvika eller försöka förändra dem. Att "acceptera" är alltså ett beteende – ett val att inte agera på impulsen att undvika smärta eller rädsla.

Distansering från egna tankar

Som framgår av tidigare exempel kan det i vissa fall vara förödande att agera utifrån innehållet i våra tankar. Dock är våra tankar ofta av en sådan karaktär att de är svåra att styra, kontrollera

eller ändra innehållet i. I ACT arbetar man med att skapa en medvetenhet om tankearbetet som en kontextuellt betingad process, vilket betyder att vi tränar patienten i att notera det pågående tänkandet och det sammanhang som formar innehållet av tankarna. Detta syftar till att göra patienten mer kapabel att i denna stund aktivt välja sina handlingar, i stället för att agera på "autopilot" i linje med tankarnas innehåll. Denna distansering från tankarna kallas *kognitiv defusion*, eller *delitteralisering*.

I denna modell ligger stort fokus på individens eget ansvar för förändring (commitment), vilket skiljer arbetet från de passiva behandlingar som patienten ofta kommit i kontakt med tidigare, exempelvis mediciner, akupunktur, TENS och massage. Att i stället för att bli hjälpt arbeta med att förändra sitt eget förhållningssätt och agerande innebär för de flesta av våra patienter en stor omställning. Att styra om från att fokusera på smärtreduktion till att leva vitalt och meningsfullt i närvaro av smärta och annat obehag medför ett perspektivskifte som vanligen är både svårt och påfrestande. Ett samstämt team är av stor betydelse i denna process. Otydlighet kan bidra till att vi förstärker såväl dysfunktionella föreställningar som kontraproduktiva beteenden.

Empiriskt stöd för ACT

Det finns studier som indikerar värdet av ACT för att hantera exempelvis tvångssyndrom, depression och psykosproblematik. Med god marginal är dock antalet vetenskapliga publikationer störst inom smärtområdet. Sedan den första artikeln publicerades 1998 har närmare 100 studier med olika design och metodologi genomförts som på olika sätt belyser ACT i relation till smärta.

Studier som undersökt psykologisk flexibilitet vid långvarig smärta pekar tydligt på att denna färdighet är central för funktionsförmågan, och mer betydelsefull än andra variabler som traditionellt har ansetts viktiga för smärthantering (McCracken, et al

2007). Vi undersökte för en tid sedan betydelsen av psykologisk inflexibilitet för relationen mellan smärta och funktionsbegränsningar (disability) i en tvärsnittsstudie med 611 personer från en patientförening för whiplashskadade. Analyserna visade på en signifikant indirekt effekt, vilket betyder att sambandet mellan smärta och funktionsbegränsningar till betydande del avgörs av patientens psykologiska inflexibilitet (Wicksell, et al. 2010).

Forskning i laboratoriemiljö har även pekat på värdet av acceptans som hante- ringsstrategi (McMullen, et al. 2008).

Det finns i dag en relativt stor mängd kliniska behandlingsutvärderingar, både randomiserade kontrollerade studier (RCT) då ACT har jämförts med en väntelista eller aktiv behandling (Wicksell, et al. 2008), och okontrollerade studier (Vowles and McCracken, 2008). Med dessa som underlag gjorde APA för några år sedan bedömningen att ACT har vetenskapligt stöd vid långvarig icke-specifik smärta. Den empiriska basen inkluderar även studier på barn och ungdomar. Nyligen jämfördes vår behandlingsmodell med ett multidisciplinärt program som inkluderade medicinering (amitriptylin). Båda grupperna förbättrades, men studien visade ändå på signifikanta skillnader till ACT-gruppens fördel, bland annat avseende funktionsförmåga och livskvalitet (Wicksell, et al. 2009).

Signifikant effekt vid fibromyalgi

På senare tid har vi utvärderat effekten

av ACT vid fibromyalgi (Wicksell, et al. 2012) i en RCT med väntelista som kontrollbetingelse. Behandlingen genomfördes i grupper om sex patienter och bestod av 12 veckovisa sessioner. Resultaten visar på förbättringar i bland annat funktionsförmåga och depression. Effekterna var relaterade till ökad psykologisk flexibilitet.

Forskningsprojektet innefattade även hjärnabildning (fMRI) för analyser av neuronala mekanismer vid smärt-påverkan. Efter behandlingen syntes en ökad aktivitet i laterala prefrontala cortex, ett område i hjärnan associerat med exekutiv kontroll (Jensen, et al. 2012). Hjärnabildningsdata ger stöd åt de teoretiska antagandena om hur ACT fungerar, men studien är den första i sitt slag och behöver replikeras.

Inom området ACT och smärta har ett flertal studier undersökt verksamma mekanismer, mediatorer, i behandling. Bland annat har vår forskargrupp genomfört tre studier med data från randomiserade kontrollerade behandlingsstudier. Sammanfattningsvis indikerar mönstret av dessa studier att effekten av ACT vid långvarig smärta är specifikt kopplad till psykologisk flexibilitet, och att förändringar i denna variabel snarare än i smärta, rädsla, katastrofering eller self-efficacy är central för förbättringar i funktion och livskvalitet (Wicksell, et al. 2011). Arbetet med att belysa förändringsprocesser går dock vidare. Framför allt behövs ytterligare studier för att närmare undersöka relationen mellan process- och utfallsvariabler för

att klargöra ordningsföljden på dessa förändringar.

Mer forskning behövs

Mer och mer talar för att sjukvårdens uppgift bör vara att möjliggöra och stödja patienten i en värdeorienterad beteendeaktivering, med ett accepterande förhållningssätt till de negativa upplevelser som inte går att direkt reducera eller kontrollera. Syftet är att öka patientens förmåga att agera i linje med värden och långsiktiga mål.

Resultaten pekar tydligt på att ACT är användbart vid långvarig smärta, men mer forskning behövs. Utöver ytterligare jämförelser med andra behandlingar saknas exempelvis studier om prediktorer och moderatorer i syfte att klargöra vilka individer som har god effekt av behandlingen. Ny kunskap kommer att föranleda förändringar och tillägg, och vi ser med tillförsikt fram emot detta fortsatta utvecklingsarbete. *



RIKARD WICKSELL
Psykolog och forskare

Sektionen för beteendemedicinsk smärtbehandling tar emot remisser från hela landet; här genomförs många forskningsprojekt relaterade till smärta och ACT, exempelvis: verksamma mekanismer i behandling, tillämpningen av ACT vid ME/kroniskt trötthetssyndrom, betydelsen av familjefaktorer vid smärta hos barn, och samband mellan smärta och neuropsykiatriska svårigheter. Enheten har även en omfattande utbildningsverksamhet.

REFERENSER

Hayes, S C, Luoma, J B, Bond, F W, et al. (2006). *Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes*. Behaviour research and therapy 44, 1-25.

Jensen, K B, Kosek, E, Wicksell, R, et al. (2012). *Cognitive Behavioral Therapy increases pain evoked activation of the prefrontal cortex in patients with fibromyalgia*. Pain 153, 1495-1503.

McCracken, L M, Vowles, K E, and Gauntlett Gilbert, J (2007). *A prospective investigation of acceptance and control oriented coping with chronic pain*. Journal of behavioral medicine 30, 339-349.

McMullen, J, Barnes Holmes, D, Barnes Holmes, Y, et al. (2008). *Acceptance versus distraction: brief instructions, metaphors and*

exercises in increasing tolerance for self delivered electric shocks. Behaviour research and therapy 46, 122-129.

Vowles, K E, and McCracken, L M (2008). *Acceptance and values based action in chronic pain: a study of treatment effectiveness and process*. Journal of consulting and clinical psychology 76, 397-407.

Wicksell, R K, Ahlqvist, J, Bring, A, et al. (2008). *Can exposure and acceptance strategies improve functioning and life satisfaction in people with chronic pain and whiplash associated disorders (WAD)? A randomized controlled trial*. Cognitive behaviour therapy 37, 169-182.

Wicksell, R K, Kemani, M, Jensen, K, et al. (2012). *Acceptance and commitment therapy for fibro-*

myalgia: A randomized controlled trial. Eur J Pain. Wicksell, R K, Lekander, M, Sorjonen, et al. (2010). *The Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS) Statistical properties and model fit of an instrument to assess change processes in pain related disability*. European Journal of Pain.14, pp.

Wicksell, R K, Melin, L, Lekander, M, et al. (2009). *Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain - a randomized controlled trial*. Pain 141, 248-257.

Wicksell, R K, Olsson, G L, and Hayes, S C (2011). *Mediators of change in acceptance and commitment therapy for pediatric chronic pain*. Pain 152, 2792-2801.