

UPPSALA UNIVERSITET
Institutionen för psykologi
Psykologexamensuppsats, 20p
Ht 2002

Acceptance and Commitment Therapy

- vid korttidsbehandling av personer sjukskrivna för
stress- eller smärtsymtom: en randomiserad
kontrollerad studie.

av

Josefin Ahlqvist & Andreas Claesson

Handledare:
Lennart Melin

Extern handledare:
JoAnne Dahl Olerud

Examinator:
Gunilla Bohlin

Sammanfattning

I denna studie utvärderas Acceptance and Commitment Therapy (ACT) vid korttidsbehandling av personer sjukskrivna för stress- och/eller smärtsymtom. ACT jämfördes med en placebobehandling, Attention Control (AC). Syftet med studien var att undersöka om korttidsbehandlingen utifrån ACT hade effekt på funktionsförmåga, livskvalitet, acceptans, utmattning, medicinkonsumtion och attityden till sambandet mellan arbete och besvär.

Instrumenten som användes för att mäta funktionsförmåga var Visuella Analoga Skolor (VAS), the Pain and Impairment Relationship Scale (PAIRS) och uppgifter om sysselsättningsgraden dvs. sjukskrivningsnivå och arbetsträning hämtade från försäkringskassan. Livskvalitet mättes med följande VAS; generell livskvalitet, nedstämdhet och besvärens hanterbarhet, samt med livsvärderingsformuläret Valued Life Questionnaire. Med VAS mättes också upplevt samband mellan arbete och besvär. Acceptans mättes genom frågeformuläret The Action and Acceptance Questionnaire. För att mäta utmattning användes Maastricht Questionnaire. Genom att efterfråga hur många dagar som medicin konsumerats i relation till besvären mättes medicinförbrukningen.

Före behandling randomiserades deltagarna till kontroll- eller behandlingsgrupp efter matchning av sjukskrivningslängd och kön. Behandlingen pågick under fyra veckor och innehöll fyra samtal, två individuellt och två i grupp. Förmätning pågick under en fyraveckorsperiod innan behandling. Eftermätning gjordes under en vecka efter behandling utom sysselsättningsgraden som mättes under fyra veckor efter behandling.

ACT-behandlingen har gett effekt på funktionsförmåga mätt med både subjektiva och objektiva mått. VAS-skalorna, PAIRS och Sysselsättningen har här signifikanta förbättringar. Deltagarna i denna grupp upplever också en ökad generell livskvalitet och minskad nedstämdhet. Besvärens hanterbarhet har inte påverkats, detsamma gäller livskvalitet mätt med livsvärderingsformuläret, vilket gör frågan om livskvalitet svår att dra slutsatser om. Interventionen gav ingen effekt på acceptans, utmattning, upplevt samband mellan arbete och besvär, eller medicinkonsumtion. Dessa mätningar och resultat diskuteras och framtida förbättringar föreslås. Sammanfattningsvis visar ACT-behandlingen på intressanta och lovande resultat vilka måste följas upp och utvärderas i uppföljningar och i nya studier.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Innehållsförteckning	3
Introduktion.....	5
Hur stor är sjukfrånvaron?.....	5
Vad är sjukfrånvaron ett resultat av?.....	5
Psykosociala orsaker.....	5
Sjukskrivning och vila som behandlingsmetod	6
Individen i centrum.....	6
Skillnader mellan kvinnor och män.....	6
Definitioner av smärta & stress	7
Etiologi; smärtans orsaker	8
Inlärningsteori.....	8
Kognitiva faktorer.....	9
Affektiva faktorer	9
Arbetsrelaterade faktorer	9
Behandling.....	9
Medicinsk behandling.....	9
Psykologisk behandling	10
Acceptance and Commitment Therapy (ACT) som ett behandlingsalternativ	10
Syfte & frågeställningar.....	12
Syfte.....	12
Frågeställningar	12
Metod.....	13
Undersökningsdeltagare	13
Deltagare.....	13
Urval	13
Bortfall.....	13
Demografisk beskrivning.....	13
Design.....	13
Datainsamlingsmetoder	14
Procedur.....	14
Behandlingsprogram.....	15
ACT-behandlingen	15
Kontrollbehandlingen	16
Terapeuter.....	16
Mätinstrument.....	16
Funktionsförmåga.....	17
Livskvalitet	17
Acceptans.....	18
Utmattning	18
Medicinkonsumtion	18
Sambandet mellan arbete och besvär	19
Statistiska analyser	19
Resultat.....	20
Funktionsförmåga.....	22
Upplevd funktionsförmåga vid alla tre problemområden	22
Upplevd funktionsförmåga vid det huvudsakliga problemområdet	23
Besvärsskala – The Pain and Impairment Relationship Scale (PAIRS)	24
Sysselsättningsgrad.....	25
Livskvalitet	26
Generell livskvalitet.....	26
Nedstämdhet	27
Hanterbarhet	28
Livsvärderingsformulär del 1 (Valued Living Questionnaire, VLQ).....	29
Livsvärderingsformulär del 2 (Valued Living Questionnaire, VLQ).....	30
Livsvärderingsformulär del 3 (Valued Living Questionnaire, VLQ).....	31
Acceptans	32
The Action and Acceptance Questionnaire (AAQ-22)	32

Utmattning.....	33
Maastricht Questionnaire.....	33
Medicinkonsumtion.....	34
Diskussion	36
Resultatdiskussion.....	36
Resultatdiskussion.....	36
Metoddiskussion.....	37
Intern validitet.....	37
Extern validitet.....	38
Avslutning	39
Framtida forskning.....	39
Slutsats.....	39
Referenslista.....	40
Bilagor	44
Bilaga 1: Informationsbrev.....	44
Bilaga 2: Informationsbrev 2.....	46
Bilaga 3: Manual för ACT-behandlingen	46
Bilaga 4: VAS-skalar och medicinkonsumtion	57
Bilaga 5: Pain and Imperment Relationship Scale (PAIRS).....	59
Bilaga 6: Maastricht Questionnaire	61
Bilaga 7: Livsvärderingsformulär, VLQ.....	63
Bilaga 8: Uträkning av livsvärderingsformuläret VLQ	65
Bilaga 9: The Action and Acceptance Questionnaire	66
Bilaga 10: Treatment Credability Scale, anpassad version.....	68
Bilaga 11: Manual för Attention Control.....	69

Introduktion

Hur stor är sjukfrånvaron?

I Sverige har under de sista åren kostnaden för sjukskrivningar ökat drastiskt. År 2001 beräknades kostnaden för ohälsan i samhället till 93 miljarder kronor. Antalet personer som har varit sjukskrivna längre än ett år har mellan 1997 och 2001 ökat med ca 30 procent per år. Den totala sjukfrånvaron, inklusive karensdagar, sjuklönedagar och sjukpenningdagar, för år 2001 motsvarar 400 000 årsarbeten. Frånvaron på grund av förtidspension eller sjukbidrag motsvarar också 400 000 årsarbeten. Sammantaget innebär detta att frånvaron från arbetslivet på grund av ohälsa motsvarar 800 000 årsarbeten eller annorlunda uttryckt, 14 procent av befolkningen i arbetsför ålder. Kvinnornas sjukpenningdagar mer än fördubblades under samma fyraårsperiod, från 15 till 31 dagar per år. Männens sjuktal dubblerades också, från 9 till 17 dagar, vilket är hälften av kvinnornas sjukpenningdagar. Kvinnor äldre än 50 år har det högsta sjuktalet på i genomsnitt 41 dagar. (SOU, 2000:5). Konsekvenserna för samhället i ekonomiska termer och för individen även i personligt lidande är avsevärt.

Vad är sjukfrånvaron ett resultat av?

Enligt Rydh (SOU, 2002:5) är sjukfrånvaron ett resultat av samspelet mellan individ och arbetsplats. Arbetsplatser inom sektorer som vård, skola och omsorg, har en särskilt tydlig och snabbt ökande sjukfrånvaro. Det är arbetsplatser där framförallt kvinnor är sysselsatta. Besparingar och neddragningar av resurser i kombination med stress och oförändrat tungt arbete resulterar i ökad sjukfrånvaro.

Förutom att sjukfrånvarons förändring bestäms av en relation mellan individens faktiska och/eller upplevda sjukdomssymtom och den egna arbetsplatsen vill utredningen analys av hälsa och arbete framföra hypotesen att något hänt i samspelet mellan individ, arbetsplats och läkare (SOU, 2002:62). Samspelet mellan individ och läkare är komplexa och tycks leda till en förändrad syn på vilka påfrestningar på kroppen eller själen som ska tas hänsyn till – och uthärdas – på arbetsplatsen. Sjukskrivning har blivit ett allt mer accepterat sätt att hantera press och påfrestningar som drabbar människor i deras liv. Därmed hävdas inte att det nödvändigtvis är arbetet som orsakar sjukdom. Svenska arbetsplatser har ofta höga ambitioner vad gäller organisation, miljö, ledarskap och personalpolitik. De flesta trivs med sina arbetsuppgifter och tycker sig ha meningsfulla arbetsuppgifter. Men den psykiska pressen har ökat och fler reagerar på kombinationen av påfrestningar i sina liv med medicinska förklaringar. Förhållandena på arbetsplatsen är ofta avgörande för sjukskrivningsbeslutet även när arbetet inte är den direkta orsaken (SOU, 2002:62). Linton (2000) visar också att föreställningen att arbetet orsakar smärt- och stressymtom förutsäger sjukskrivningslängden.

Psykosociala orsaker

I en evidensbaserad kunskapssammanställning av statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2002) styrks att uppkomst och varaktighet av "smärta i ländrygg och/eller nacke" påverkas av faktorer som ligger utanför kroppen såsom sociala och arbetsrelaterade faktorer. Den största gruppen bland de sjukskrivna är de med belastningsskador, samtidigt som stressrelaterad problematik har kommit att öka

avsevärt. Dessa två grupper står tillsammans för större delen av sjukskrivningsökningen under 1990-talet (SOU 2002:62). Följaktligen bör dessa individer, vilka tillhör den största diagnosgruppen bland långtidsjukskrivningar, också bemötas av mer sammansatta rehabiliteringsinsatser (SBU, 2002).

Sjukskrivning och vila som behandlingsmetod

Vad det gäller sjukskrivning som behandlingsmetod är den ofta försvårande och passiviserande istället för läkande. Om arbetsplatsen istället kunde erbjuda förändringar eller lättnader så att den anställda kunde vara kvar helt eller delvis under sjukdomens mindre akuta fas skulle många långa sjukskrivningar förkortas. Sjukskrivningen förhindrar också många gånger ett byte av arbetsplats, arbetsgivare och kanske också yrke (SOU, 2002:5). Vila som behandlingsmetod vid ryggsmärta har funnits från seklets början till långt in på 1980-talet. Viloprincipen har dock visat sig vara felaktig, för att inte säga kontraindicerande (SBU, 2002).

Individen i centrum

Inom rehabiliteringsprocessen har utvecklingen gått från att fokusera på diagnos eller specifika symptom som utgångspunkt mot att fokusera på individen som helhet och hennes förutsättningar eller resurser. Att ha hälsa relateras till att kunna förverkliga sina livsmål. Det som är viktigt i rehabiliteringsprocessen är att individen själv kan formulera sina egna rehabiliteringsmål och genom egna handlingar kunna nå dem. Vidare är återgång till ett oförändrat arbete inte ett realistiskt eller ens önskvärt mål för alla. Dagens ordning leder då till att den enskilde individen i alltför hög grad måste lägga tid och kraft på att bevisa att han eller hon är sjuk, för att få intyg som säkrar försörjningen ytterligare en tid. Samhällets ansvarspraxis leder därmed till att man fokuserar på sjukdomen, snarare än hälsan. Om individen inte uppfattar de mål och värderingar som rehabiliteringsaktörerna ställer upp som relevanta, rimliga eller meningsfulla minskar individens motivation att medverka. Om aktörerna inte lyssnar på och uppfattar individens egna synpunkter på rehabiliteringsarbetet som värdefulla stimuleras inte heller motivationen. Får individen inte vara delaktig i processen innebär det att individen hamnar i ett underläge och detta leder till ökad passivitet (SOU, 2000:78). Utredningen lägger alltså tyngdpunkt på individens motivation och att denna måste grunda sig i individens egen uppfattning om vad som är viktigt i dennes liv.

Skillnader mellan kvinnor och män

Kvinnorna har högre sjukfrånvaro än män och är oftare förtidspensionerade. Kommunerna har nära 60 procent fler anställda helårssjukskrivna än genomsnittet. Även förtidspensioneringen från en kommunal anställning är mycket stor. Det finns dock stora skillnader mellan olika kommuner i Sverige (Rydh, 2002).

I många studier som undersöker arbete och hälsa så studeras det betalda lönearbetet medan det obetalda hushållsarbetet brukar klassas som en psykosocial faktor (Söderström & Englund, 2000). Faktorer som krav, kontroll och stöd (Karasek & Theorell, 1990) på arbetet har samband med sjukfrånvaro och hälsa, men är begränsade till det betalda lönearbetet.

Kvinnorna har fortfarande det huvudsakliga ansvaret för hushållsarbetet hemma (SOU, 1998:6). Hur kvinnors dubbelarbete d.v.s. det obetalda hushållsarbetet och det betalda arbetet påverkar ohälsan och sjukskrivningar kommer inte fram i resultaten som undersöker arbetsrelaterade besvär. Hur kvinnors obetalda hushållsarbete påverkar hälsan är dolt även i studier som berör arbetets inflytande på t.ex. muskeloskelettala besvär (Söderström & Englund, 2000). Arbetsbelastning t.ex. i form av ökad stress har visat sig vara större hos kvinnor. Frankenhaeuser (1993) påpekar att kvinnor och män reagerar olika på stress. Dessa skillnader kan inte förklaras av skillnader i könshormoner. Den största skillnaden i stresshormonnivåer återfanns vid arbetsdagens slut. Männens nivåer sjönk i slutet på arbetsdagen då det var tid för dem att gå hem och slappna av medan kvinnornas nivåer steg mycket kraftigt. För kvinnorna var dessa timmar de mest stressfulla under hela dygnet. De skulle planera och handla mat, hämta barn på daghemmet, laga mat, städa och diska. På detta sätt kan kvinnor utsättas för en kronisk stress med negativ påverkan på hälsan. Detta är ett exempel på att livsvillkoren ofta kan vara olika för män och kvinnor, vilket är betydelsefullt vid tolkning av forskningsresultat.

I en deskriptiv uppföljningsstudie av patienter sjukskrivna för nack- och ryggsmärta upplevde kvinnorna att de hade sämre hälsa och välbefinnande jämfört med friska kvinnor och män (Bergendorf, Hansson, Hansson, Palmer, Westin, Zetterberg, 1998). Jämfört med de sjukskrivna männen hade kvinnorna, trots att de var bättre utbildade än männen, sämre livsvillkor som att exempelvis fler av kvinnorna var ensamstående med barn och hade ekonomiskt stöd i form av socialbidrag. Kvinnorna hade dessutom oftare genomgått rehabilitering utan framgång eftersom de hade blivit långtidssjukskrivna igen. Att ta hänsyn till individens livsvillkor och vara medveten om att dessa är olika för män och kvinnor är mycket viktigt vid planeringen av rehabilitering för ryggbesvär (Johansson, Hamberg, 1998; Johansson, Hamberg, Lingren, Westman, 1997).

Definitioner av smärta & stress

International Association for Pain (IASP) har följande definition av smärta, "Smärta är en obehaglig sensorisk och/eller emotionell upplevelse förenad med vävnadsskada, eller hotande vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan vävnadsskada". Denna definition innebär att en person kan uppleva smärta utan att ha en vävnadsskada eller någon sjuklig fysiologisk förklaring till smärtan. Det finns oftast inget sätt att skilja på denna upplevelse av smärta från upplevelsen av smärta som orsakas av vävnadsskada genom att enbart lyssna till personen. Om en individ beskriver sin smärta på samma sätt som när man upplever smärta vid en vävnadsskada, så accepteras det som smärta (Marhold, 2002). Enligt Nachemson och Jonsson (2000) kan smärta definieras efter hur lång tid den upplevts, *akut* nack- och ryggsmärta varar 0-3 veckor, *subakut* nack- och ryggsmärta varar 4-12 veckor och *kronisk* nack- och ryggsmärta varar längre än 12 veckor.

Stress definieras som ett tillstånd som uppkommer när människor blir utsatta för påfrestningar av olika slag som de får problem att hantera, med andra ord en funktion av relationen krav/resurser. Stress innefattar en yttre händelse, en så kallad stressor, som innebär en påfrestning och reaktioner på denna. Reaktioner på stressorer kallas stressreaktioner. En och samma stressor kan ge upphov till olika reaktioner, det beror på hur individen tolkar och värderar händelsen. Ju lägre bedömning av den egna

förmågan att hantera situationen ju starkare tenderar stressreaktionen att bli. Fysiologiskt innebär stressreaktionen en aktivering av den sympatiska delen av det autonoma nervsystemet och en ökad produktion av olika stresshormoner, bl.a. adrenalin och kortisol. Kroppen reagerar så här för att förbereda sig för kamp eller flykt (Egidius, 1997) och denna reaktion har därför haft ett evolutionärt överlevnadsvärde.

Etiologi; smärtans orsaker

Det har från olika håll lyfts fram olika orsaks- och vidmakthållandefaktorer vad gäller smärtproblematiken. Inom *den biomedicinska modellen* har man framhållit att smärtan är symtom på en kroppslig skada och att skadans storlek har samband med smärtupplevelsen (Turk, 1996). Detta samband är dock inte alltid klart (Marhold, 2002, om smärtupplevelser; Linton, 2000, om smärtans låga korrelation med funktionsförmåga). *The Gate Control Theory* (Melzack & Wall, 1965) mötte denna modell med att integrera både fysiologiska och psykologiska faktorer i smärtproblematiken. En neuromekanism i ryggmärgen, en grind för smärtsignaler, skall kunna påverkas av psykologiska faktorer vilket också skulle kunna förklara varför inte stor fysiologisk skada alltid betyder stor smärta och tvärtom. Smärtan är i detta perspektiv både fysiologisk och psykologisk (Marhold, 2002). Modellerna har fortsatt att utvecklas: *den biopsykosociala modellen* gick från synen på smärta som en sjukdom och definierade den som ohälsa, vilket bl.a. har underlättat förståelsen för kronisk smärta och fibromyalgi (Turk, 1996; Anderberg, 1999). Ohälsan blir här ett resultat av biologiska, psykologiska och sociala faktorer. Andra perspektiv på smärta är det inlärningspsykologiska, det kognitiva och det affektiva.

Inlärningsteori

Fordyce lanserade 1976 en teori, baserat på inlärningsteori, om att smärta kan definieras som ett antal olika beteenden, exempelvis att undvika aktiviteter, att klaga, och att söka hjälp. Dessa beteenden kallas smärtbeteenden och de styrs av miljön. Den omedelbara beteenderesponen vid akut smärta är att dra sig undan eller att försöka att fly det som gör ont, ett skadligt stimulus. Vid kronisk smärta utvecklas undvikandet eller flykten till att undvika aktiviteter. Detta beteende ökar, genom negativ förstärkning, då den obehagliga smärtupplevelsen på så sätt undviks. Smärtbeteenden som att klaga och undvika aktiviteter ökar också då omgivningen ger dessa beteenden uppmärksamhet. Smärtbeteenden kan också vidmakthållas av flykt från skadlig stimulans genom användandet av medicin eller vila, eller genom att undvika oönskade aktiviteter. Smärtans initiala orsak spelar ingen roll för vidmakthållandet av smärtan. Den operanta modellen ser smärtupplevelsen som en inre subjektiv sådan som kan vidmakthållas även efter det att den fysiska orsaken läkt (Turk, 1996). Enligt Marhold (2002) finns stöd för antagandena bakom den operanta modellen och den har också genererat en bevisat effektiv behandling för utvalda grupper av kroniska smärtpatienter. Behandlingen fokuserar på att utsläcka smärtbeteenden och samtidigt använda positiv förstärkning vid hälsosamma beteenden. Modellen har blivit kritiserad för att den inte tar med kognitiva och emotionella aspekter av smärta (Turk & Flor, 1987).

Kronisk smärta kan också uppstå och vidmakthållas av klassisk betingning. Att undvika aktiviteter kan relateras mer till ångest för smärta än till negativ förstärkning (Linton, 1985). När akuta smärtproblem en gång uppstått, kommer rädsla för att motorisk rörelse som förväntas resultera i smärta utvecklas, och motivera undvikandet av aktiviteter (Linton, Melin & Götestam, 1984). Då smärtan och ångesten inte uppstår så är det en stark negativ förstärkare för att minska antalet aktiviteter. Av detta följer att den klassiska betingningen skulle kunna följas av en operant inlärningsprocess där nociceptiva stimuli (sinnesintryck från hud, muskler och

vävnader) och de betingade responserna inte längre behöver finnas för att det ska ske ett undvikandebeteende.

Kognitiva faktorer

De kognitiva faktorerna kan delas upp på tankar om smärtan, kontrollerbarhet, egen förmåga (self-efficacy), samt tankefel och coping (Turk, 1996). Olika strategier för att minska smärtan kallas coping. Att delta i aktiviteter och att ignorera smärtan är exempel på aktiva copingstrategier, medan att undvika aktiviteter och att vara beroende av andra för att kontrollera smärtan kallas passiv coping. De passiva strategierna har visat sig vara relaterade till mer smärta och depression (Marhold, 2002). Exempel på tankar om smärtan är att den är orsakad av en vävnadsskada som förvärras, att smärtan fortsätter vad individen än gör, och att den är oförklarlig eller orsakad av något som ännu inte upptäckts. Den här sortens tankar om smärtan kan leda till försämrat psykologiskt fungerande, färre copingförsök, fler smärtbeteenden, att smärtan förvärras och nedsatt funktionsförmåga (Marhold, 2002).

Affektiva faktorer

De affektiva faktorerna kan delas upp på depression, ångest och stress (Turk, 1996). Ungefär 40 till 50 procent av smärtpatienterna lider av depression (Turk, 1996). Depressionen är för flertalet en reaktion på smärtan, men senare undersökningar visar att det finns ett starkt samband mellan depression och framtida ryggont (Linton, 2000).

Arbetsrelaterade faktorer

För arbetsrelaterade faktorer finns starka bevis för att arbetstillfredsställelse, monotont arbete, arbetsrelationer, arbetskrav, stress och upplevd arbetsförmåga har samband med framtida ryggsmärta. Det finns måttliga bevis för arbetets roll vad det gäller kontroll, arbetstakt, tro att arbetet är farligt och emotionell ansträngning har samband med framtida ryggsmärta (Linton, 2001).

Behandling

Trots de skenande kostnaderna för sjukskrivningarna i Sverige läggs den stora delen av pengar på sjukersättningen. Denna står för 90 procent medan behandling endast står för 10 procent (Linton, 1998).

Medicinsk behandling

I kapitlet Behandling av nack- och ländryggsbesvär i primärvården sammanfattar Söderström och Englund (2000) att primärvården är rätt behandlingsnivå för flertalet patienter med ryggsmärta och att det är viktigt att ta reda på om det finns allvarliga sjukdomar som orsakar smärtan. De vanligaste åtgärderna mot ländryggssmärta inom primärvården i Sverige är sjukskrivning, recept på analgetika, föreskrifter om fysisk träning, och överenskommelse om återbesök. Allmänpraktiker anser i regel att ryggsmärta orsakas av underanvändning av ryggen medan patienterna i regel anser att den beror på överansträngning. Det finns stora skillnader mellan olika läkares val av behandling för ryggsmärta och den typ av vård som läkare med olika specialiteter ger. Detta hänger mer samman med deras specialitet än med patientkaraktistika.

Farmakologisk behandling har begränsad effekt vid kronisk ländryggssmärta. Analgetika är effektiv som smärtlindring för att underlätta graderad ökning av aktiviteter. Vid kronisk nacksmärta finns inget empiriskt stöd för farmakologisk behandling, däremot kan analgetika vara effektivt vid akut rygg- och nacksmärta om det används utifrån ett regelbundet schema, på bestämda klockslag under en begränsad tidsperiod (Marhold, 2002). Kirurgisk behandling för kronisk ländryggssmärta som orsakats av degenerativ disksjukdom eller kirurgisk behandling för akut eller kronisk nacksmärta har visat sig vara ineffektiv (Marhold, 2002). Vila har inget empiriskt stöd som behandlingsmetod vid akut

ländryggssmärta, starkt stöd har däremot att vara aktiv och fortsätta med dagliga aktiviteter. Dessa resultat gäller också akut nacksmärta (Marhold, 2002).

Psykologisk behandling

Innehållet i KBT vid smärtbehandling är olika och har minst två olika ursprung (Linton, 2000). Under 1970-talet växte en riktning fram som byggde på inläring med så kallade operanta mekanismer. Den operanta modellen innehöll ett program med gradvis ökande fysisk träning. Idag har denna riktning utvecklats till en exponeringsbaserad modell. Det andra ursprunget är avslappningsövningar, antingen med biofeedback eller med andningsövningar. Efter hand har fokuseringen på kognitiva och känslomässiga aspekter i smärtbehandlingen resulterat i en ny teknik som kallas "coping" som innebär att man skall lära sig behärska smärtan. Det handlar om att ändra på negativa tänkesätt, som kunde motverka en förbättring. Psykologiskt inriktade smärtbehandlingsprogram har sedan, från annan psykoterapi, hämtat intressanta metoder som bl.a. gäller målsättning och problemlösning. Många av dessa tekniker läggs till smärtbehandlingen för att påverka bl.a. stress, familjefaktorer eller förhållanden på arbetsplatsen.

Kognitiv beteendeterapi är väl utvärderat inom detta område, det finns ett mycket stort antal randomiserade, kontrollerade studier (Linton, 2000). Bästa evidensen gäller variablerna för livskvalitet hos personer med långvariga problem. Där är förbättringen signifikant god. KBT-programmen resulterar i övertygande positiva förändringar, när det gäller andra områden som psykologisk funktion, smärta, funktionsförmåga och läkemedelsanvändning. Om kognitiv beteendeterapi ingår i multi-dimensionella program har det varit svårare att bedöma dess separata betydelse men de studier som finns visar att när det ingår så uppnås bättre resultat vid kroniska ryggsbesvär jämfört med andra behandlingsformer. Detta gäller särskilt effekterna på oro, fysisk funktion och medicinförbrukning. KBT-teknikerna är värdefulla på så vis att de öppnar för tidig intervention och prevention vid långtidsproblem med nack- och ryggsmärta.

Det finns inga kontrollerade studier som utvärderat psykodynamisk psykoterapi för patienter med kronisk smärta (Linton, 2000).

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) som ett behandlingsalternativ

Exponering ingår ofta som en del av komponenterna vid kognitiv beteendeterapeutisk behandling av smärta. Patienten ombeds att utsätta sig för rörelser, arbetsuppgifter och arbetsplatsen som de associerat smärtan till. Att utsätta sig för något som patienten tror kommer göra ont eller vara obehagligt är ofta svårt att motivera och engagera patienten i. Även ACT använder traditionella exponeringsbaserade komponenter men utvecklar dem på minst tre sätt, med delyftet att öka denna motivation

Det första sättet är att exponera även för interoceptiva stimuli. ACT ser undvikandet av de egna upplevelserna (*experiential avoidance*) som huvudförklaringen till psykologiska svårigheter. *Experiential avoidance* inträffar när en person inte vill uppleva vissa egna kroppssensationer, tankar och minnen, och därför försöker förändra innehållet eller frekvensen av dessa upplevelser och det sammanhang som orsakat dem. (Hayes, et al. 1996). Följaktligen inkluderas inom ACT exponering för interoceptiva faktorer som kroppssensationer, tankar och känslor, sådana som klienten vill undvika. Att inkludera detta är också i linje med den senaste utveckling inom exponeringsbaserad behandling av ångestsyndrom (Bouton, Mineka, & Barlow, 2001; Carter & Barlow, 1993).

Det andra sättet att utveckla exponering är att försöka skapa en distans mellan tanke och handling (*cognitive defusion*), så att individen inte nödvändigtvis reagerar med det inflexibla beteendemönster som hittills orsakat individens lidande. Med sin kontextuella syn på språk och tankar är inte tankarnas innehåll problemet utan snarare individens respons på detta innehåll. Ett sätt att skapa denna distans mellan språk och respons är att behandla tankar som dyker upp som en yttre händelse: istället för att uttrycka sig i form av "jag står inte ut med den här stressen" ombes klienten att formulera sig i termer av "jag har tanken att jag inte kan stå ut med den här stressen". På detta sätt försöker man skapa ett utrymme för alternativa sätt att reagera på oönskade tankar (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). ACT försöker inte med denna distans att skärma av det emotionella innehållet i tankar som kommer, utan tvärtom leda till ett accepterande och närvarande förhållningssätt till detta innehåll.

Exponeringen utvecklas slutligen på ett tredje sätt genom att systematiskt utvärdera hur väl fungerande de försök varit som klienten har provat för att reducera sina symtom. Symtomreducering är ofta målet för klienten och denne tror att så fort symtomen försvunnit eller minskat kan hon leva det liv hon vill. ACT använder olika sätt för att arbeta fram den riktning i livet som klienten skulle gå om möjligheten låg öppen för dem (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). När klienten upptäckt sina livsvärderingar och utvärderat tidigare sätt att försöka leva det liv hon vill kan hon utvärdera om symtomreducering leder henne i riktning mot det liv hon vill leva. Genom att medvetandegöra värderingar i livet ges klienten också en kompass att handla efter och motivation att sträva mot ett meningsfullt liv. I detta värderingsarbete blir klienten också exponerad för den smärta det innebär att se vad hon har förlorat eller gått miste om då hon tidigare valt att agera på ett sätt som inte leder i riktning mot det som ses som viktigt i livet.

ACT har, liksom andra acceptansfokuserade metoder, tidigare använts vid olika typer av problematik. Vid bl.a. ångeststörningar (Roemer & Orsillo, 2002; Shearin & Linehan, 1992), borderline-syndrom (Linehan, 1987), beroendesjukdomar (Linehan, 2002; Marlatt, 2002), dysfunktionella parrelationer (Jacobson, 1992), och depression (Teasdale, et al., 2002;) har dessa metoder visat sig vara effektiva.

Inom smärtproblematiken har acceptansbaserade metoder också utvärderats. Hayes et al. (1999) har visat att smärta är enklare att uthärda när individen använder sig av en acceptansbaserad strategi jämfört med en kontrollbaserad dito (se även Korn, 1997). Feldner et al. (2002) har på liknande sätt visat att upplevelsen av ångestrelaterad fysisk stress underlättas om man har hög acceptans för den emotionella upplevelsen, och diskuterar dessa fynd i relation till panikångestsyndrom. Kabat-Zinn (1985) har visat att kroniska smärtpatienter som fick träning i *mindfulness*-meditation förbättrades signifikant jämfört med smärtpatienter som fick traditionell behandling vad det gäller kroppsuppfattning, momentan smärta, undvikande av aktiviteter, emotionella störningar, ångest och depression. Bruckstein (1999) jämförde en acceptansbaserad behandling av kronisk smärta med en kognitiv-beteendeariktad, samt en placebobehandling (attention control, se Borkovec & Costello, 1993). De förra förbättrades relativt placebo-behandlingen på flertalet utfallsmått, och den acceptansbaserade hade i sin tur bättre resultat än den kognitivt-beteendeariktade på flera mått. Författaren efterfrågar samtidigt framtida studier som tydligare klargör respektive metods specifika genomslagskraft (kontroll vs. acceptans), något även Hayes (1999) har påpekat vara en brist inom psykoterapiforskningen. Tidiga försök (Barlow & Craske, 1989; Linehan, 1994) att jämföra dessa metoder har tyvärr inte kunnat förklara de specifika komponenternas effekter. Senare studier inom områdena stress och smärta har även jämfört dessa komponenter och kunnat urskilja att acceptans bl.a. bättre förutsäger psykisk hälsa och arbetseffektivitet än vad t.ex. möjligheten att påverka sin arbetssituation och en generell negativ emotionell läggning gör (Bond & Bunce, 2002). McCracken har inom smärtområdet visat att högre acceptans av smärta i signifikant högre grad förutsäger lägre smärtrelaterad ångest och undvikande, lägre depression, högre fysisk och psykosocial funktionsförmåga, färre timmar sängliggande per dag, och arbetsstatus. I denna studie korrelerades

acceptans och smärtintensitet för att kontrollera att acceptansen inte bara var en funktion av låg smärtnivå. En studie av Bond and Bunce (2000), visar att ACT är effektivare än tidigare empiriskt stödda beteendebaserade interventioner för att reducera arbetsrelaterad stress och ångest och att båda interventionerna är bättre än väntelistgruppen. En randomiserad kontrollerad studie i Sverige (Dahl, Wilson & Nilsson, 2003) har visat att fyra behandlingssamtal med ACT gett mycket stor effekt vid en jämförelse med traditionell medicinsk behandling inom sjukvården för att förhindra nedsatt funktion hos arbetare som börjat missa många dagar p.g.a. smärta. Effekten ökade vid uppföljning. Innehållet i de fyra behandlingssamtalen i denna studie motsvarar i stort innehållet i föreliggande studies samtalsinnehåll.

Sammanfattningsvis är KBT en effektiv behandling för individer med smärt- och stressrelaterade diagnoser, detsamma gäller acceptansbaserade interventioner, inklusive ACT. Det intressanta i denna studie är dock att undersöka om endast fyra behandlingssamtal baserade på ACT kan ge effekt. De multidimensionella behandlingsprogrammen där KBT interventioner ingår för smärtpatienter är ofta långa och kostsamma. En korttidsbehandling med ACT som grund har visat sig vara effektiv i att förhindra nedsatt funktionsförmåga hos arbetare (Dahl, Wilson & Nilsson, 2003). Utifrån denna kunskap kan det vara av intresse att undersöka om en korttidsbehandling utifrån ACT också kan öka livskvalitet, funktionsförmågan, inklusive sysselsättningsgrad hos redan sjukskrivna individer. Fenomenet acceptans, vilket ACT understryker vikten av, vore också intressant att undersöka, liksom utmattning och medicinkonsumtion. Av intresse att undersöka är dessutom huruvida en ACT-baserad behandling påverkar attityden till sambandet mellan arbete och besvär, en attityd som verkar påverka sjukskrivningslängd.

Syfte & frågeställningar

Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka effekterna av fyra samtal (två individuellt och två i grupp) baserade på Acceptance and Commitment Therapy (ACT) för personer sjukskrivna för stress- och/eller smärtsymtom.

Frågeställningar

1. Har ACT-samtalen jämfört med AC-samtalen effekt på funktionsförmågan?
2. Har ACT-samtalen jämfört med AC-samtalen effekt på livskvalitet?
3. Har ACT-samtalen jämfört med AC-samtalen effekt på acceptans?
4. Har ACT-samtalen jämfört med AC-samtalen effekt på utmattning?
5. Har ACT-samtalen jämfört med AC-samtalen effekt på medicinkonsumtion?
6. Har ACT-samtalen jämfört med AC-samtalen effekt på attityden till sambandet mellan arbete och besvär?

Metod

Undersökningsdeltagare

Deltagare

I studien deltog 38 personer, 36 kvinnor och två män. Alla var kommunalt anställda och var sjukskrivna i olika omfattning. Sjukskrivningens längd varierade mellan en och en halv månad och tre år.

Urval

Inklusionskriterierna för studien var att personerna skulle vara anställda av kommunen och att de varit sjukskrivna i minst en månad, samt genomgått ett rehabiliteringsmöte. Dessa personer hade vid sjukskrivningen fått diagnoser som var relaterade till smärta och stress. Dessutom exkluderades personer som hade en progressiv sjukdom (exempelvis cancer) och de som redan ingick i annan psykosocial rehabilitering.

Bortfall

Från början tillfrågades 63 personer och 25 personer eller 40 procent avböjde. Av de 38 personer som deltog i förmätningen föll sex personer bort under behandlingen vilket gjorde att bortfallet uppgick till 16 procent. Samtliga 32 personer som deltog i behandlingen besvarade eftermätningens mätinstrument efter sista behandlings-samtalet.

Demografisk beskrivning

Deltagarna var i arbetsför ålder mellan 30-61 år och deras utbildningsnivå varierar mellan sex års grundskola och högskola. Andelen födda i ett annat land var 11 procent. Kontroll mellan grupperna har gjorts för variablerna ålder och sjukskrivningslängd med hjälp av t-test, och inga signifikanta skillnader fanns mellan grupperna. Medelåldern bland deltagarna i behandlingsgruppen var något högre än bland dem i kontrollgruppen.

Tabell 1 Demografisk beskrivning av deltagare, behandlingsgrupp och kontrollgrupp, avseende antal, ålder och sjukskrivningslängd, före och efter bortfall.

	n	n, efter bortfall	Ålder M (Sd)	Ålder, efter bortfall M (Sd)	Sjukskriv- ningslängd (månader) M (Sd)	Sjukskriv- ningslängd, efter bortfall (mån.) M (Sd)
Deltagare	38	32	47,2 (7,6)	47,8 (7,5)	12,8 (8,1)	13,3 (8,7)
Behandlingsgrupp	20	17		49,4 (6,4)	12,6 (8,2)	13,1 (8,8)
Kontrollgrupp	18	15		46,0 (8,5)	13,1 (8,3)	13,6 (8,9)

Design

Designen i denna studie var en tvågruppsdesign med upprepad mätning. I studien ingick en kontrollgrupp och en behandlingsgrupp. Deltagarna matchades på sjukskrivningslängd innan de fördelades slumpmässigt på kontroll- och behandlingsgrupp.

Behandlingsgruppen fick individuella- och gruppsamtal vars innehåll hade manualiserats utifrån Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Kontrollgruppen fick placebobehandling kallad Attention Control (AC), vars individuella samtal utgick från Borkovecs Reflective Listening Manual (Borkovec & Costello, 1993) samt gruppsamtal som var manualiserade och innehöll psykoedukation om stress och smärta samt praktisk tillämpning av stressreducerande tekniker. För båda grupperna

skedde samtalen en gång i veckan under fyra veckor. Det första och sista samtalet var individuellt och det andra och tredje genomfördes i grupp.

Oberoende variabel i denna studie var grupptillhörighet: kontrollgrupp eller behandlingsgrupp. Beroendevariabler var funktionsförmåga, livskvalitet, acceptans, utmattning, medicinförbrukning, samt attityd till sambandet mellan arbete och besvär.

Ovidkommande variabler kontrollerades genom att samtalsbehandlarna hade lika många deltagare ur båda grupperna vid de individuella samtalen, då de annars kunde ha uppstått en terapeuteffekt. Dessutom fördelades deltagarna slumpmässigt över de två betingelserna med kontroll för sjukskrivningens längd och kön.

Mätningarna utfördes före och efter behandling. Baslinjen för förmätningarna var 4 veckor dvs. lika lång som samtalsbehandlingen. De psykometriska mätningarna skedde under veckan efter behandling, medan sysselsättningsgraden mättes såväl fyra veckor före som efter behandling.

Datainsamlingsmetoder

Förmätningarna skedde vid tre tillfällen med två veckor mellan varje mätning under baslinjens fyra veckor. Vid den första mätningen under baslinjen administrerades det långa frågeformuläret av samtalsledarna i samband med att deltagarna informerades om studien. Det långa frågeformuläret innehöll följande mätinstrument; Valued Living Questionnaire (VLQ), Besvärssupplevelse (PAIRS), Maastricht Questionnaire, The Action and Acceptance Questionnaire (AAQ-22), samt ett antal VAS-skalor vilka mäter upplevd funktionsförmåga i relation till deltagarens problemområden, nedstämdhet, besvärens hanterbarhet och hur nöjd deltagaren var med sitt liv generellt. Även medicinkonsumtion mättes genom en fråga. Vid förmätningen fylldes det långa frågeformuläret i av deltagarna i närvaro av försöksledarna, vid eftermätningen lämnades de till deltagarna att fylla i hemma.

Det korta frågeformuläret administrerades vid det andra och tredje tillfället under baslinjen. Detta formulär innehöll mätinstrumenten som mätte upplevd funktionsförmåga i relation till de tre största problemområden, nedstämdhet, besvärens hanterbarhet, hur nöjd deltagaren var med sitt liv generellt och medicinkonsumtion. Det korta frågeformuläret fylldes i av deltagarna hemma.

Sjukskrivningslängd och omfattning mättes med hjälp av försäkringskassans uppgifter i efterhand.

Vid det sista behandlingstillfället administrerades en trovärdighetsskala (Treatment Credibility Scale) för att undersöka att det inte fanns en skillnad mellan de två jämförelsegrupperna i upplevelsen av behandlingen vad gäller dess trovärdighet. Denna skala användes även för att undersöka om eventuella terapeuteffekter påverkat resultatet.

Procedur

Ett informationsbrev med svarstalong (bilaga 1) skickades ut från företagshälsovården till 53 personer. Utöver dessa tillfrågades tio personer muntligen i samband med läkarkontakt. Av dessa tackade 38 personer ja till att delta i studien.

Vecka 43 träffades samtliga deltagare individuellt vilka fick fylla i det långa frågeformuläret. Under detta möte informerades de om studiens syfte och upplägg. Även bakgrundinformation inhämtades och tillåtelse att med hjälp av försäkringskassan inhämta uppgifter om deltagarnas sjukskrivningslängd samt omfattning.

Efter det inledande samtalet slumpades alla deltagarna på två grupper, matchade på sjukskrivningslängd och kön. I informationsbrevet fick deltagarna veta att de skulle lottas till en av tre grupper. Då antalet deltagare fördelade på tre grupper skulle bli tolv eller tretton personer i varje grupp fanns en risk för att resultatet vid bortfall skulle bli svårt att generalisera, samt att slumpen kan slå hårt i ett så litet sampel (Clark-Carter, 1997), valde vi att låta alla deltagare fördelas på två grupper.

Informationssamtalet var början på en fyra veckor lång baslinjemätning. Denna skedde vecka 43 till och med 46. Vid informationssamtalet fick deltagarna med sig hem det kortare frågeformuläret och en instruktion om att fylla i detta två veckor senare på ett bestämt datum. Det korta frågeformuläret med mätinstrument skickades sedan ut en vecka innan första behandlingssamtalet med instruktion till deltagarna om att fylla i mätinstrumentet dagen innan detta samtal. Tillsammans med detta utskick medföljde ett informationsbrev (bilaga 2) där deltagarna informerades om att de kommit med i en av två samtalsbehandlingar och att företagshälsovården skulle kontakta dem om tid för första samtalet.

Både kontroll- och behandlingsgrupp träffade oss från vecka 47 till och med vecka 50. Behandlingen innebar att deltagarna fick totalt fyra samtal, två individuellt och två i grupp. För deltagarna genomfördes samtalen med en veckas mellanrum så långt det var möjligt. För i stort sett alla deltagare skedde det första individuella samtalet vecka 47, därefter vecka 48 och 49 skedde gruppsamtalen och vecka 50 skedde det andra individuella samtalet.

Vid det sista behandlingssamtalet fick samtliga deltagare utvärdera behandlingen genom att fylla i en trovärdighetsskala samt berätta vad de tyckt om behandlingen. Deltagarna fick sedan med sig det längre frågeformuläret med eftermätningar hem. De tillfrågades när de kunde fylla i det och om de svarade att de kunde fylla i det inom en vecka gavs inga övriga instruktioner.

Vid tillfällena då deltagarna fyllde i det långa frågeformuläret (vid för- och eftermätning) uppmuntrades de med var sin Tia-lott.

Behandlingsprogram

Behandlingsprogrammen i denna studie är två: för experimentgruppen ett baserat på Acceptance and Commitment Therapy (ACT) (Hayes, et al. 1999), för kontrollgruppen ett byggt på Borkovec och Costellos Reflektivt Lyssnande (Borkovec & Costello, 1993). Antal tillfällen för samtal var planerade till fyra: initialt en individuell kontakt med samtalsledare följt av två gruppstillfällen och en avslutande individuell kontakt med samma samtalsledare som vid första samtalet. Vid samtalen i grupp träffade varje enskild deltagare båda samtalsledarna i studien. Vid gruppsamtalen delades deltagarna i varje betingelse upp på mindre grupper med 4-6 deltagare i varje grupp. I ACT-betingelsen träffade deltagarna ytterligare en person: projektledaren för studien som vid dessa tillfällen även var huvudterapeut. De två samtalsledarna fungerade vid dessa tillfällen som co-terapeuter och förde även processanteckningar över sessionerna. Vid det andra gruppsamtalet i ACT-betingelsen var en av co-terapeuterna (samtalsledare 2) närvarande enbart vid två av fyra grupper. Vid gruppsammanskomsterna med kontrollgruppen höll de två samtalsledarna i sessionerna.

ACT-behandlingen

Manualen för ACT-behandlingen (se bilaga 3) har utformats av Kelly Wilson, projektansvarig JoAnne Dahl Olerud, samt samtalsledarna. Den bygger på Acceptance and Commitment Therapy (Hayes et al., 1999), och har här anpassats till kombinationen två individualsessioner / två gruppsessioner.

I det första samtalet för behandlingsgruppen undersöks hur deltagarna vill att livet ska se ut. Detta innebär att de får berätta om hur deras problem påverkar deras liv och vilka förluster dessa leder ger. Sedan får de värdera hur betydelsefulla olika områden i livet är utifrån ett livslångt perspektiv. När det gjorts får de formulera vilka kvaliteter varje område skulle ha om de fick önska utan tanke på deras situation idag eller på andra begränsningar. Denna inventering kallas härefter livskompassen. Sedan får deltagaren undersöka överensstämmelsen mellan denna kompass med hur de har handlat under den vecka som gått. Undersökningen går också ut på att se vilka strategier deltagaren använder för att minska sina problem och om dessa leder till att deltagaren närmar sig sin livskompass och om de fungerar på lång sikt. Utifrån detta bestäms aktiviteter deltagaren kan åta sig att göra för att följa livskompassen. Gruppsamtalen följer upp de individuella aktiviteterna som deltagarna åtagit sig och vad som har gjorts att de genomfört dessa eller ej. Många rollspel utförs som exponerar deltagarna för deras rädsla. Det andra individuella samtalet handlar om att sammanfatta och tydliggöra tidigare samtal.

De inom ACT viktiga inslagen: *Values*, *Exposure*, *Cognitive Defusion*, och *Empowerment*, skall finnas som inslag i alla fyra sessionerna (se manual, bilaga 3).

Kontrollbehandlingen

Behandlingen för kontrollgruppen har manualiserats utifrån de riktlinjer för reflektivt lyssnande som Borkovec och Costello formulerat (Borkovec & Costello, 1993). Terapeutens roll häri är att förmedla en accepterande, icke-dömande och empatisk miljö där klienten kan tala och tänka om sig själv och sina besvär. Man bör undvika att som terapeut komma med förslag eller tolkningar, och dessutom undvika att med frågor leda till kognitiv omstrukturering hos klienten. Klientens uppmärksamhet skall istället främst leda till de känslor denne upplever. Målet med samtalen är självexperimenterande, -observerande, och -upptäckande, detta i en varm och empatisk relation.

Från terapeutens sida begränsas beteendet i samtalen till reflektivt lyssnande, stödjande kommentarer och mycket öppna frågor vilkas mål är att hjälpa klienten att fortsätta tala om sina livserfarenheter, fr.a. känslor. Understundom kan man tänkas fråga specifikt om vad klienten kände i samband med det hon berättar om. Vid sidan om dessa inslag bör terapeuten undvika alla övriga tekniker (exempelvis råd, problemlösning, bevis för och emot, exponeringsövningar, tankefel, etc.). (Borkovec & Costello, 1993)

De två gruppstillfällena bestod främst av psykoedukation där stress- och smärtproblematik avhandlades. Fysiologisk bas för smärt- och stressymtom och orsaksfaktorer, samt diskussion kring manligt och kvinnligt (kopplat till stress) och sömnproblematik ingick som teman (se bilaga 11). Under dessa tillfällen avhöll sig terapeuterna från att ge råd om hur deltagarna kan arbeta med stress eller smärta. Vid diskussion i grupp kring temata varken bekräftades eller förnekades de förslag som kom upp i diskussionen, utan speglades tillbaka till gruppen.

Som praktiska moment användes en kortare form av Tillämpad Avslappning (del I och II), samt en kort "pausmassage" vid de både gruppssessionerna.

Terapeuter

De två samtalsledarna genomförde både gruppsamtalen och de individuella samtalen i båda betingelserna. Samtalsledarna hade åtta (samtalsledare 1) respektive nio (samtalsledare 2) deltagare ur behandlingsgruppen och åtta respektive sju ur kontrollgruppen när de individuella samtalen genomfördes. Gruppsamtalen genomfördes gemensamt av samtalsledarna i de två betingelserna. De två samtalsledarna har båda steg-1 psykoterapeutkompetens. Samtalsledarna fick handledning under behandlingsprogrammets genomförande av den externa handledaren för föreliggande studie. Denna handledare deltog också som terapeut under gruppsamtalen inom behandlingsgruppen, detta för att garantera kvaliteten i behandlingen. I kontrollgruppsbehandlingen ansågs inte detta behov av extraterapeut finnas. En av samtalsledarna (samtalsledare 1) hade under psykologutbildningens klientarbete arbetat med ACT under handledning av den för studien externa handledaren. Båda samtalsledarna har deltagit i Kelly Wilsons endags-workshop om ACT. Den andra samtalsledaren (samtalsledare 2) har erfarenhet av samtalsbehandling och stressutbildning genom sitt arbete.

För att kontrollera för terapeuteffekter i studien gjordes ett t-test på resultatet av Treatment Credibility Scale (TCS) för behandlings- respektive kontrollgrupp, i syfte att upptäcka eventuella skillnader mellan terapeuterna. Inga statistiskt säkerställda skillnader fanns.

I syfte att ytterligare undersöka eventuella terapeuteffekter gjordes en ANOVA på terapeuterna och utfallsmåttet sysselsättningsgrad. Det fanns en signifikant skillnad i återgång till sysselsättning mellan terapeuter inom behandlingsgruppen ($F(1,15)=5.74, p=.03$). Eftertest visade på en skillnad inom behandlingsgruppen mellan terapeuter före och efter behandling ($p=.021$). Det fanns ingen statistiskt säkerställd skillnad inom kontrollgruppen och ej heller i grupperna sammanslagna.

Mätinstrument

Visuella Analoga Skalor (VAS) är ett av flera instrument som använts i denna studie. VAS mäter subjektiva föränderliga fenomen (Wewers & Lowe, 1990). Skalorna kan utformas på olika sätt och här består skalan av en rak, horisontell, 10 cm lång linje med ett påstående i varje ände. Påståendena markerar ytterligheterna av en sensation, känsla eller den respons som ska mätas. Vid mättillfällena ska deltagaren markera med hjälp av ett streck den punkt på linjen som bäst stämde överens med hur han/hon upplevde sin situation. Poäng räknas ut genom att mäta sträckan i millimeter från ena ändpunkten fram till deltagarens streck. VAS är främst ett utvärderat mått vad det gäller stämningssläge och smärta. Vad gäller reliabilitet vid upprepad mätning så är korrelationen mellan .95 och .99. Detta

sätt att mäta reliabiliteten på är dock olämpligt, då VAS mäter ett föränderligt fenomen. Reliabiliteten har också utvärderats i relation till metodologiska egenskaper. Om linjen är horisontell eller vertikal och om ytterkanterna är markerade med ett avslutande streck eller inte kan påverka var en person sätter sitt svar på skalan. Det är därför mycket viktigt att skalorna ser likadana ut i varje mätning. Vad gäller konstruktvaliditet visades med hjälp av VAS att en förväntad smärtminskning vid smärtlindring hos tandläkaren kan mätas. Dessutom konstaterades att VAS är mer känsliga för små förändringar i smärtintensitet än numererade skalor, eller skalor med fyra svarsalternativ. Kriterierelaterad validitet har uppmätts genom korrelation med samtidigt administrerade, mer etablerade mätinstrument. Korrelationer varierade mellan .42 och .91 (Wewers & Lowe, 1990). I denna studie har VAS använts för att mäta funktionsförmåga och livskvalitet. Under rubrikerna funktionsförmåga och livskvalitet nedan beskrivs hur VAS använts som ett av flera mått för att mäta detta.

Funktionsförmåga

Upplevd funktionsförmåga i relation till de största problemområdena i livet

För att mäta den upplevda funktionsförmågan relaterat till det största, näst största och tredje största problemområdet i livet användes en VAS-skala som gick från *Jag kan inte göra någonting jag vill till Jag kan göra allt jag vill* (se bilaga 4). Först listades problemområde i fallande ordning därefter skattades funktionsförmågan vid respektive problemområde. Deltagaren listade dock bara ett eller två område om han eller hon inte hade fler områden som upplevdes som problematiska.

Besvärsskala – The Pain and Impairment Relationship Scale (PAIRS)

Besvärsskalan mäter kognitiva faktorer som har betydelse i samband med smärtproblematik (se bilaga 5). Skalan mäter i vilken grad smärtpatienter upplever att smärta hindrar dem från att göra sina vardagliga sysslor. Instrumentet består av 15 påståenden och deltagaren väljer svarsalternativ på en likertskala med sju skalsteg. Poängen räknas ut genom att summera värdena från samtliga påståenden, några av påståendena är dock reverserade. Cronbachs koefficienten alfa har beräknats till .82 vilket visar en adekvat reliabilitet vad gäller inre konsistens. PAIRS har visats signifikant korrelera med både självskattningsskalor och objektiva mätningar av rörelsehinder (Riley, Ahern, & Follick, 1988).

Sysselsättningsgrad

Försäkringskassan tog i efterhand fram uppgifter om varje deltagares omfattning av sjukskrivning och arbetsträning. Försäkringskassans redovisade sjukskrivningens omfattning i fem olika kategorier, 0%, 25%, 50%, 75% och 100% och arbetsträningen i h/dag under fyra veckor före och efter behandling. I en tidigare studie med smärtpatienter (Johansson et al, 1998) nyttjades sjukfrånvaro samt arbetsträning som utfallsmått, och separata analyser gjordes på dessa. Ett dilemma med att analysera data på dessa mått är att en förändring, vilken av patienten (och i ekonomiskt hänseende av samhället i stort) ses som positiv, i analyserna till viss del räknas som negativ. En övergång från arbetsträning fyra h/dag till en sjukskrivningsnivå på 50 procent (dvs. sysselsättning i lika stor omfattning som tidigare) vore negativt i analysen av en behandlings effekt på arbetsträningen (pga. att arbetsträningen minskar till noll h/dag). Ett integrerat sysselsättningsmått där sjukskrivningsnivå och arbetsträning ges samma vikt och kan ta ut varandra har liknande problem. Om en individ går från arbetsträning 4h/dag och 100 procent sjukskrivning till ingen arbetsträning men endast 75 procent sjukskrivning, så *minskar* de facto sysselsättningen. Förändringen ses dock av de flesta inblandade som positiv och en start på en riktig återgång i arbetslivet. (Denna negativa konsekvens må möjligen vara tidsbunden: nedgången i sysselsättning är tänkt att snart öka, och detta mått görs möjligen mer rättvisa med tiden.) Då måtten i grunden mäter samma sak – sysselsättning - men olika former av detta och på olika sätt bör analysen anpassas till måttens natur. Därför har data i resultatdelen omvandlats till nominalnivå – större sysselsättning eller inte – för att ta hänsyn till de olika måttens egenskaper. En χ^2 – analys på dessa data kommer därför att redovisas i resultatet.

Livskvalitet

Generell livskvalitet

VAS-skalan som gick från *Ingenting i mitt liv är som jag vill ha det till Saker och ting i mitt liv är precis som jag vill ha det* användes för att mäta hur nöjd deltagaren är generellt med sitt liv (se bilaga 4).

Nedstämdhet

För att mäta förändringar i stämningläget och då specifikt nedstämdhet användes en VAS-skala som gick från *Alldeles ledsen* till *Alldeles glad* (se bilaga 4).

Hanterbarhet

För att mäta besvär användes en VAS-skala som gick från *Överväldigande* till *Hanterbara* (se bilaga 4).

Livsvärderingsformulär (Valued Living Questionnaire, VLQ)

Detta instrument (se bilaga 7) är ej utvärderat ännu. VLQ mäts i tre delar. I del ett räknas poängen ut genom att först summera skattningarna för hur betydelsefullt olika områden i livet är och då fås den totala summan för betydelsefullhet. Därefter räknas del två ut genom att summera skattningarna för hur väl handlandet stämmer överens med värderingarna och då fås den totala summan av överensstämmelse. Del tre räknar sedan ut diskrepansen mellan skattningarna för hur betydelsefullt ett område är och skattningen för överensstämmelsen. Detta görs genom att subtrahera skattningarna av överensstämmelsen från skattningarna av hur betydelsefullt ett område är och detta görs för respektive område (för hur uträkningen går till se bilaga 8). Teoretiskt har antagits att hög diskrepans dvs. att inte göra det som är betydelsefullt skapar mycket stress. Att värdera alla områden som mycket betydelsefulla avspeglar hög social önskvärdhet. Värderas alla områden lågt så är detta ett tecken på att önskemål i livet givits upp, upplevelsen av att någon väg ut inte finns samt ett defensivt och passivt handlande. Om den totala summan av överensstämmelse är mycket hög kan det vara riktigt men kan också vara en starkt överdriven känsla av äkthet. Om den totala summan av överensstämmelse är mycket låg tyder det på en förringning av sig själv och på skuld.

Acceptans

The Action and Acceptance Questionnaire (AAQ-22)

The Action and Acceptance Questionnaire (Hayes et al., 2002) är ett formulär tänkt att mäta emotionellt undvikande (se bilaga 9). Deltagaren skattar hur väl varje påstående stämmer överens med deras uppfattning på en Likert skala (1 = aldrig sant till 7 = alltid sant). Poängen räknas ut genom att summera skattningen från samtliga påståenden. Hälften av påståendena är dock reverserade. Höga poäng motsvarar stort undvikande av egna upplevelser, eller en ovilja att ha kontakt med särskilda känslor och tankar. Låga poäng avspeglar acceptans och handling. Reliabiliteten är adekvat vad gäller den interna konsistensen och test-retestreliabilitet visar på värden mellan .89 och .92 (Cronbach:s Alfa). Validiteten har också visat sig god: AAQ lyckas förutsäga högre nivåer av ångest och depression. Emotionellt undvikande, såsom AAQ mäter det, har också empiriskt visat sig vara diskriminativt mot andra psykologiska konstrukt inom paniksyndrom-spektrumet (Hayes et al., 2002).

Utmattning

Maastricht Questionnaire

Maastricht Questionnaire (Form B) är tänkt att mäta *vital exhaustion* (VE), ett begrepp framtaget för att täcka en symtombild vilken till viss del överlappar den vid depression. Likheter med depression är stor ($r=.6198$; $p=.0001$, relativt Shortened Becks Depression Inventory (Beck AT & Beck RW, 1972)), men avviker främst från detta tillstånd i det att VE sällan inbegriper känslor av skuld, låg självkänsla, gråt, eller självdestruktivitet. Depression å sin sida karaktäriseras mer av negativa kognitioner. VE är ett utmattningstillstånd som framför allt har kopplats till hjärtinfarkt. Kronisk trötthet är också mer framträdande än utmattning efter att man har ansträngt sig. Orsaken till tillståndet är oklart, och i diskussionen har stresshormonsinducerad inflammation i artärerna lagts fram som förslag. VE är dock i sig inte orsaken till hjärtinfarkt, utan kan ses som en försvårande faktor för de som av olika anledningar har ett svagt hjärta (Appels, et al. 1987). Beteendemönster kopplat till tillståndet har i studier kring begreppets validitet visats sig vara olika de som uppträder vid depression. Validiteten anses vara god och man har trots likheterna klart särskilt VE från depression (Kopp, et al. 1998). Reliabiliteten på Form B är uppmätt med Cronbach:s alfa till 0.89 (Appels, 1987). Maastricht Questionnaire:s svenska version (se bilaga 6) är ett formulär med 21 items, vilka besvaras med "ja, ibland", "ja, ofta", eller "nej" som ges poängen 0, 1, och 2. Två items är omvända och ges då omvända poäng (nummer 9 och 12). Den svenska versionen som används i studien är inte utvärderad.

Medicinkonsumtion

Med frågan, *Hur många dagar under de senaste 14 dagarna har du tagit medicin mot dina besvär?*, mättes medicinkonsumtionen vid tre tillfällen under baslinjen (se bilaga 4).

Sambandet mellan arbete och besvär

VAS-skalan som mätte om deltagaren ansåg att besvären hade ett samband med det nuvarande arbetet gick från *Nej, inte alls* till *Ja, fullständigt*. Denna skala användes för att mäta om attityden till sambandet påverkats av behandlingen (se bilaga 4).

Statistiska analyser

För att analysera datamaterialet från mätningarna har statistikprogrammet STATISTICA 6.0 (StatSoft, 2002) använts. Uträkningarna gjordes med hjälp av split-plot ANOVA (2x2 ANOVA, med tid och grupp som faktorer). Skillnader har eftertestats med Tukey's HSD, om inget annat uppges. Effekstorleken f räknades ut för signifikanta interaktionseffekter samt effekter på trendnivå. En effekstorlek på .10 är liten, på .25 mellanstor och på .40 är stor enligt Cohen (1988). Vad det gäller sysselsättningsgraden har data analyserats med χ^2 -analys. Effekstorleken w räknades ut vid denna analys, .10 är en liten, .30 en mellanstor och .50 en stor effekstorlek (Clark-Carter, 1997).

Resultat

Resultatredovisningen nedan utgår från de olika frågeställningarna. Med signifikans menas under hela resultatredovisningen $p < .05$. Först redovisas resultatet för samtliga mått utom för sysselsättningen översiktligt i tabell 2. Efter tabellredovisningen nedan följer redovisning av alla mått var för sig med tillhörande figur. Samtliga figurer innehåller vertikala linjer som visar 95%-iga konfidensintervall. I den löpande texten under varje figur redovisas signifikanta interaktionseffekter samt effekter på trendnivå (F-värde med frihetsgrader samt exakt p-värde). Inte på några mått fanns signifikanta skillnader mellan grupperna vid förmätningen.

Tabell 2 Nedan redovisas resultatet för respektive mätinstrument. Data före och efter behandling visas för medelvärden (M), standardavvikelser (Sd) och antalet deltagare (N), uppdelat på behandlings- och kontrollgrupp. I tabellhuvudet följer sedan F- och p-värdet för interaktionseffekter. Därefter redovisas p-värdet på eftertestet och vart den signifikanta skillnaden fanns. De signifikanta skillnaderna fanns antingen mellan behandlingsgrupp före (Mbf) och efter (Mbe) behandling eller mellan kontrollgruppen vid eftermätning (Mke) och behandlingsgruppen vid eftermätning (Mbe). Sist i tabellhuvudet följer en redovisning av effektstorleken för interaktionseffekten, Cohens f.

Mät-instrument	Grupp	M (Sd), före	M (Sd), efter	N, före	N, efter	F- värde	p-värde	Tukey:s HSD	Effekt, Cohen (f)
Funktions- förmåga, flera problem	Behandling	43,5 (19,3)	58,3 (21,3)	17	17	8.76	.006***	Mbf<Mbe .00017	.38
	Kontroll	40,6 (16,3)	44,1 (16,8)	15	15				
Funktions- förmåga, huvud- problem	Behandling	44,6 (22,0)	62,1 (22,1)	17	17	5.08	.032**	Mbf<Mbe .0004	.43
	Kontroll	39,5 (17,8)	44,8 (19,2)	15	15				
PAIRS	Behandling	58,8 (8,7)	52,3 (12,4)	17	17	9.02	.0053***	Mbf<Mbe .05 (Newman- Keul)	.33
	Kontroll	54,5 (15,3)	59,3 (8,6)	15	15				
Generell livskvalitet	Behandling	49,4 (18,8)	59,2 (22,5)	17	17	3.94	.056*	Mbf<Mbe .022	.40
	Kontroll	42,9 (18,1)	43,6 (16,5)	15	15				
Nedstämdhet	Behandling	49,1 (15,3)	55,2 (21,0)	17	17	4.66	.039**	Mke<Mbe .036	.38
	Kontroll	41,6 (16,0)	33,2 (19,4)	15	15				
Hanterbarhet	Behandling	51,8 (17,4)	64,8 (26,8)	17	17	0.71	.41		
	Kontroll	45,1 (19,1)	52,2 (23,4)	15	15				
VLQ,del 1	Behandling	87,1 (8,2)	82,3 (7,7)	17	17	0.52	.48		
	Kontroll	89,9 (8,6)	83,6 (10,4)	15	15				
VLQ,del 2	Behandling	65,8 (13,1)	65,1 (18,0)	17	17	1,28	.27		
	Kontroll	57,4 (21,3)	48,9 (20,3)	15	15				
VLQ,del 3	Behandling	23,3 (14,0)	20,2 (13,6)	17	17	0.84	.37		

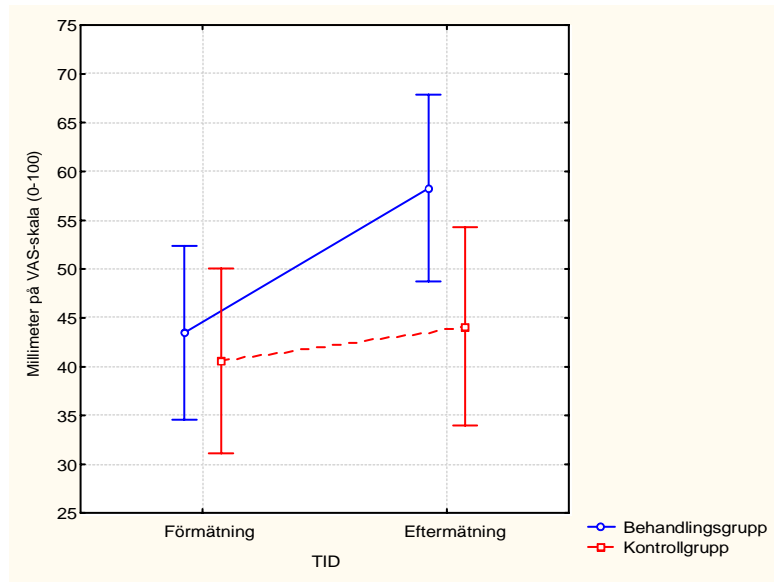
Mät-instrument	Grupp	M (Sd), före	M (Sd), efter	N, före	N, efter	F- värde	p-värde	Tukey:s HSD	Effekt, Cohen (f)
	Kontroll	34,7 (21,8)	36,7 (23,0)	15	15				
AAQ-22	Behandling	87,6 (7,3)	87,6 (9,3)	17	17	0.69	.41		
	Kontroll	84,2 (8,1)	86,7 (6,8)	15	15				
Maastricht Question- naire	Behandling	27,9 (8,5)	24,8 (9,5)	17	17	1.34	.26		
	Kontroll	29,7 (5,8)	29,0 (6,1)	15	15				
Medicin- konsumtion	Behandling	13,9 (20,5)	14,0 (18,6)	17	17	.044	.84		
	Kontroll	7,4 (6,8)	7,7 (7,0)	15	15				
Upplevt samband mellan arbete och besvär	Behandling	59,5 (27,0)	54,3 (28,0)	15	15	0.19	.66		
	Kontroll	66,4 (24,3)	65,2 (26,8)	14	14				

*** p<.01, ** p<.05, * p<.10

Funktionsförmåga

Upplevd funktionsförmåga vid alla tre problemområden

Figur 1 visar medelvärden av upplevd funktion vid sammanslagning av de tre största problemområdena för kontroll- och behandlingsgrupp, före respektive efter behandling. Ju högre värde ju bättre funktion har deltagaren upplevt i relation till de tre största problemen personen listat.

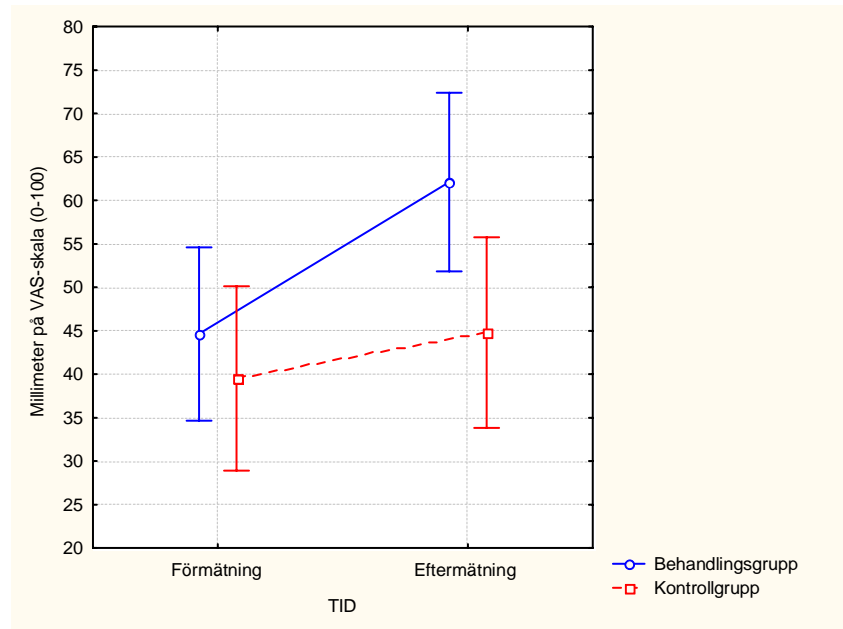


Figur 1 Upplevd funktionsförmåga i förhållande till listade problemområden.

Interaktionseffekten mellan tid och grupptillhörighet är signifikant [$F(1,30)=8,76$, $p=.006$]. Eftertest visade en signifikant skillnad mellan behandlingsgruppen före och efter behandling, $p=.00017$. Effektstorleken på detta mått var $f = .38$.

Upplevd funktionsförmåga vid det huvudsakliga problemområdet

Figur 2 visar medelvärdena av upplevd funktion vid det största problemområdet för kontroll- och behandlingsgrupp före respektive efter behandling. Medelvärdena från VAS-skalan redovisas här i millimeter, ju högre värde ju bättre funktion har deltagaren upplevt i relation till problemet.

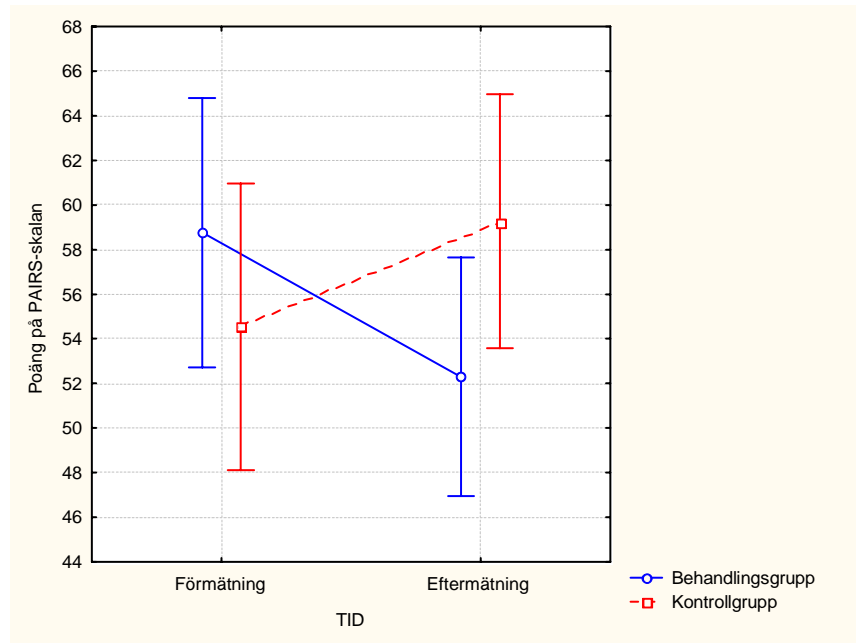


Figur 2 Upplevd funktionsförmåga i förhållande till det största problemområdet.

Interaktionseffekten mellan tid och grupptillhörighet är signifikant [$F(1,30)=5,08$, $p=.032$]. Eftertest visade en signifikant skillnad mellan behandlingsgruppen före och efter behandling på $p=.0004$. Effektstorleken på detta mått var $f = .43$

Besvärsskala – The Pain and Impairment Relationship Scale (PAIRS)

Figur 3 redovisar medelvärdena av poängsumman på besvärsskalan PAIRS för kontroll- respektive behandlingsgrupp före och efter behandling. Ju högre poäng ju mer hindrad är deltagaren att utföra sina vardagliga sysslor.



Figur 3 Besvärsskala – PAIRS.

Interaktionseffekten mellan tid och grupptillhörighet är signifikant [$F(1,30)=9.02$, $p=.0053$]. Eftertestet Newman-Keuls visade en signifikant skillnad, $p=0.05$, för behandlingsgruppen före och efter behandling. Effektstorleken på detta mått var $f = .33$.

Sysselsättningsgrad

Sysselsättningsgraden har räknats ut genom att undersöka vilka deltagare som minskat sjukskrivningsgraden och ökat andelen arbete, arbetsträning eller studier och tvärtom. Deltagarna har delats upp i två kategorier, de som har ökat sysselsättningsgraden eller har bibehållet/minskat sysselsättningsgraden.

Tabell 2 Chi² - test av sysselsättning. Antal personer som ökat respektive minskat sysselsättningsgraden efter behandling.

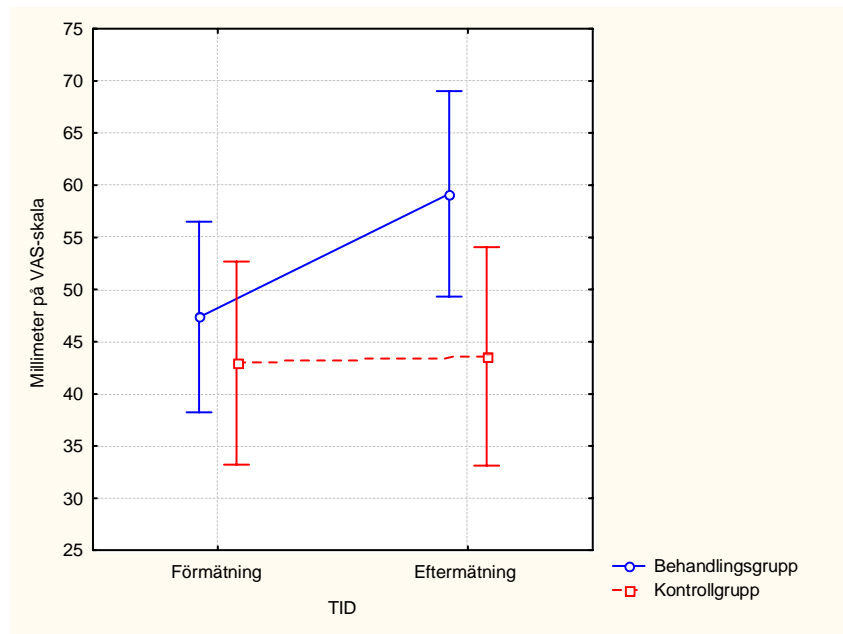
	Bibehållen/ minskad	Ökad
Behandlingsgrupp	7	10
Kontrollgrupp	11	4

Fördelning mellan respektive kategori åskådliggörs i tabell 2. Chi² - test visar på en signifikans på trendnivå mellan behandlings- och kontrollgrupp ($\chi^2(1)=3.35$, $p=.067$). Fler deltagare i behandlingsgruppen än i kontrollgruppen ökade sin sysselsättning mellan före och efter behandling. Effektstorleken var $w = .32$.

Livskvalitet

Generell livskvalitet

Figur 5 visar medelvärdena från skalan som gick från *Ingenting i mitt liv är som jag vill ha det till Saker och ting i mitt liv är precis som jag vill ha det* för kontroll- och behandlingsgrupp före respektive efter behandling. Värdena redovisas i millimeter, ju högre värde ju mer nöjd upplevde sig deltagaren vara med sitt liv.

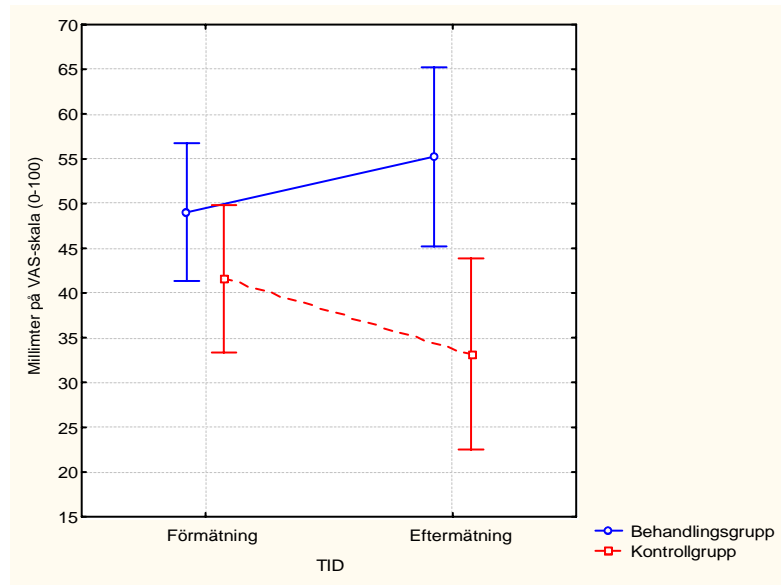


Figur 5 Generell livskvalitet.

Interaktionseffekten mellan tid och grupp tillhörighet visar signifikans på trend nivå [$F(1,30)=3,94$, $p=.056$]. Eftertestet visade en signifikant skillnad mellan behandlingsgruppen före och efter behandling på $p=.022$. Effektstorleken på detta mått var $f = .40$.

Nedstämdhet

Figur 6 visar medelvärdena för skalan som gick från alldeles ledsen till alldeles glad för kontroll- och behandlingsgrupp före respektive efter behandling. Värdena redovisas i millimeter, ju högre värde desto gladare upplever sig deltagaren.

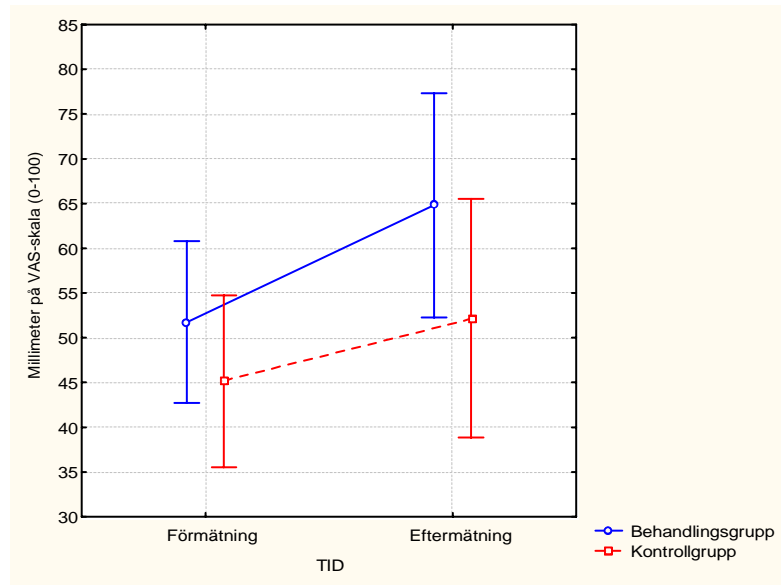


Figur 6 Upplevd sinnesstämning (ledsen - glad).

Interaktionseffekten mellan tid och grupptillhörighet är signifikant [$F(1,30)=4.66$, $p=.039$]. Eftertestet visade en signifikant skillnad mellan behandlingsgruppen och kontrollgruppen efter behandling på $p=.036$. Effektstorleken på detta mått var $f = .38$.

Hanterbarhet

Figur 7 visar medelvärdena för skala som gick från överväldigande till hanterbara för kontroll och behandlingsgrupp före respektive efter behandling. Värdena redovisas i millimeter. Ju högre värde desto mer hanterbara upplevde deltagaren att besvaren var.

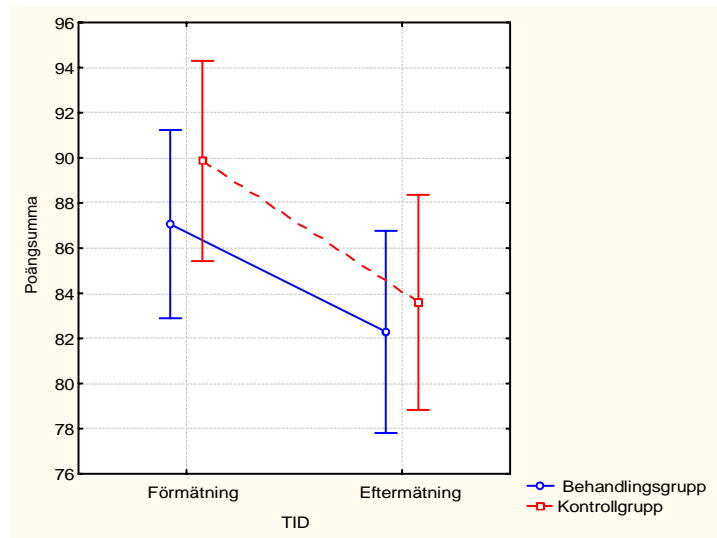


Figur 7 Besvarens hanterbarhet.

Interaktionseffekten mellan tid och grupptillhörighet är inte signifikant.

Livsvärderingsformulär del 1 (Valued Living Questionnaire, VLO)

Figur 8 visar medelvärdena av poängsumman på livsvärderingsformulärets första del för kontroll- respektive behandlingsgrupp före och efter behandling. Poängen räknas ut genom att summera skattningarna för hur betydelsefullt tio olika områden i livet är och då fås den totala poängsumman. Ju högre poängsumma ju betydelsefullare har deltagarna skattat de olika livsområdena.

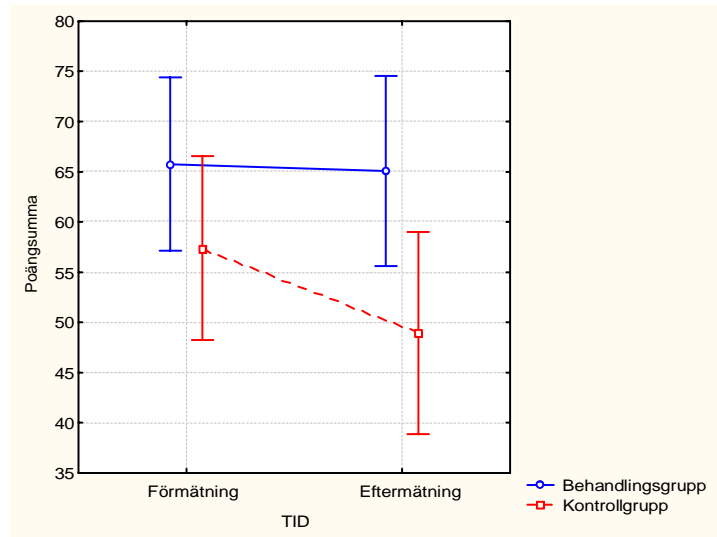


Figur 8 Livsvärderingsformuläret, VLQ del 1.

Interaktionseffekten mellan tid och grupp var inte signifikant. Av figuren syns att båda grupperna skattat de olika områdena i livet som mindre betydelsefulla efter behandling.

Livsvärderingsformulär del 2 (Valued Living Questionnaire, VLO)

I Figur 9 visas medelvärdena av poängsumman för livsvärderingsformulärets andra del. Medelvärdena redovisas i figuren för kontroll- respektive behandlingsgrupp före och efter behandling. Poängsumman räknas ut genom att summera skattningarna för överensstämmelsen mellan deltagarens handlande och värderingen på respektive livsområde. Ju högre poängsumma ju större är överensstämmelsen mellan handling och vad som är betydelsefullt för deltagarna.

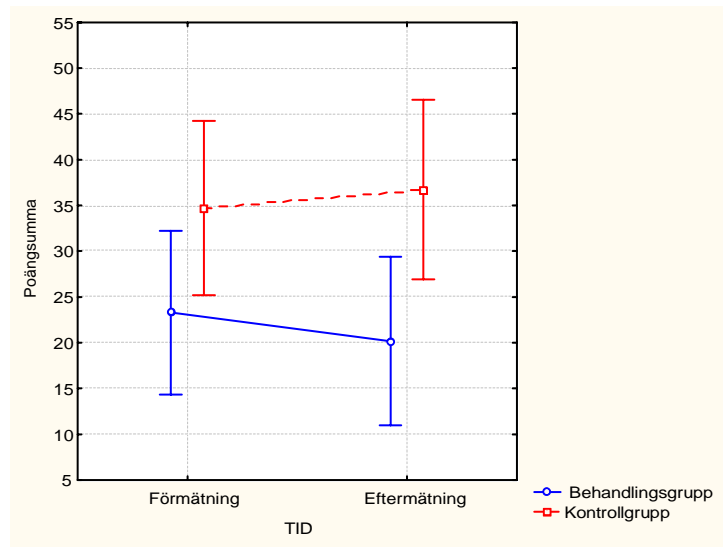


Figur 9 Livsvärderingsformulär, VLQ del 2.

Det finns ingen signifikant interaktionseffekt mellan tid och grupp. I figuren syns ingen förändring av behandlingsgruppen däremot har kontrollgruppen skattat överensstämmelsen lägre vid eftermätning.

Livsvärderingsformulär del 3 (Valued Living Questionnaire, VLO)

I figur 10 redovisas medelvärdena för diskrepansen dvs. summan av skillnaderna mellan skattningar för överensstämmelsen och skattningar för betydelsefullhet på respektive område. För att räkna ut summan se bilaga 8. Ju lägre poäng desto mindre är diskrepansen mellan vad som är betydelsefullt och hur deltagarna handlat.



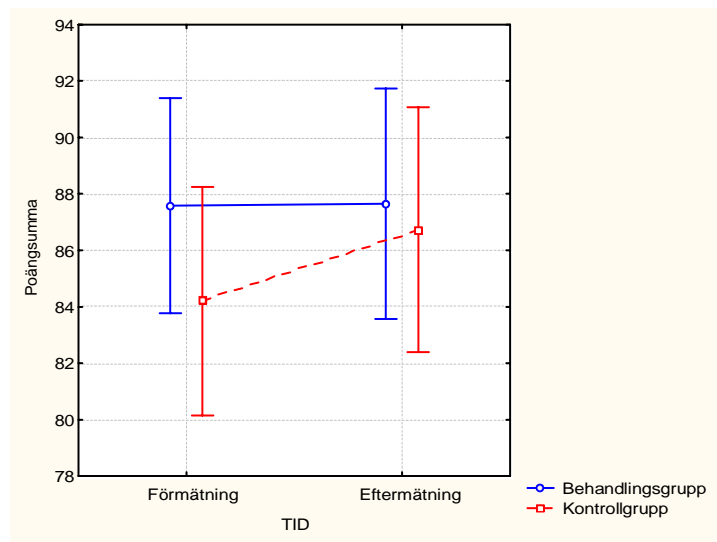
Figur 10 Livsvärderingsformulär, VLQ, del 3, diskrepans.

Det finns ingen signifikant skillnad mellan grupp och tid. I figuren syns att behandlingsgruppen har lägre diskrepans och att kontrollgruppen har högre diskrepans vid eftermätning.

Acceptans

The Action and Acceptance Questionnaire (AAQ-22)

Figuren visar medelvärdena av poängsumman på The Action and Acceptance Questionnaire (AAQ-22). Medelvärdena visas i figuren för kontroll- respektive behandlingsgrupp före och efter behandling. Poängsumman räknas ut genom summering av värdena från totalt 22 påståenden, varav hälften är reverserade. Höga poäng motsvarar större undvikande av obehagliga erfarenheter, känslor eller tankar. Låga poäng motsvarar acceptans och handling.



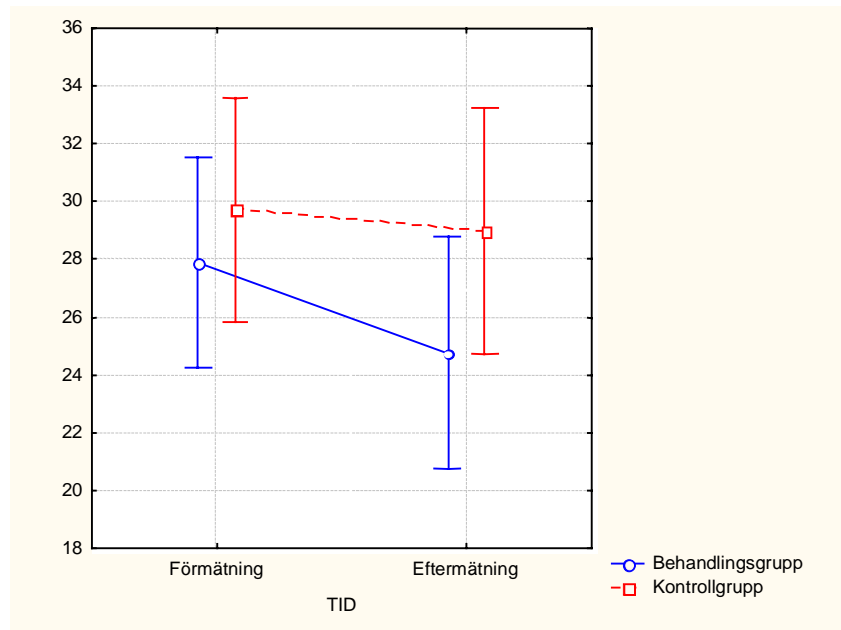
Figur 11 Mätinstrumentet, The Action and Acceptance Questionnaire.

Interaktionseffekten mellan grupp och tid är inte signifikant. I figuren syns att behandlingsgruppen knappt förändrats medan kontrollgruppens medel ökat efter behandling.

Utmattning

Maastricht Questionnaire

Figur 12 visar medelvärden av poängsumma på Maastricht Questionnaire för kontroll- och behandlingsgrupp, före respektive efter behandling. Ju högre poäng desto mer utmattad är deltagaren.

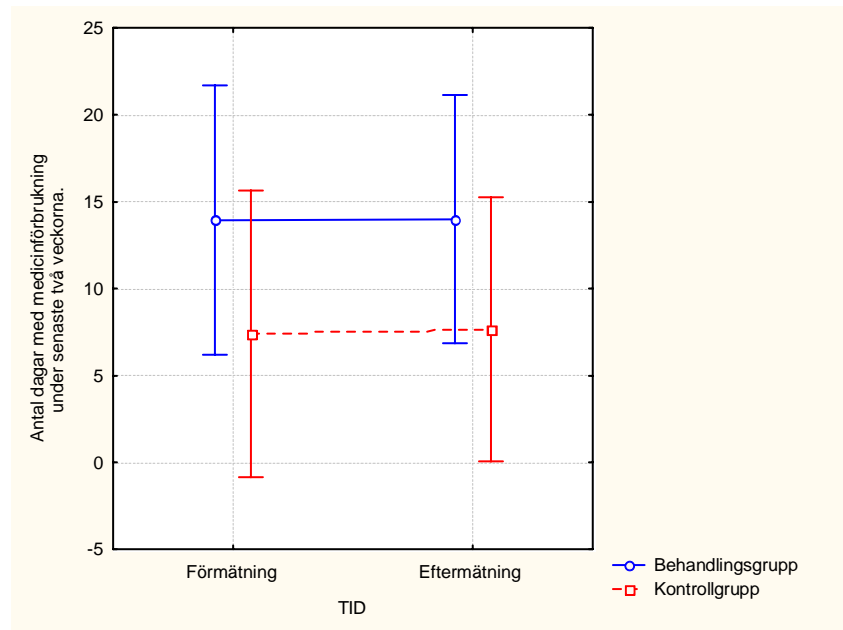


Figur 12 Maastricht Questionnaire.

Det fanns ingen signifikant interaktionseffekt.

Medicinkonsumtion

Figur 13 visar kontroll- respektive behandlingsgruppens medelvärden av hur många dagar deltagarna konsumerar medicin relaterat till besvär under en tvåveckorsperiod före och efter behandling.

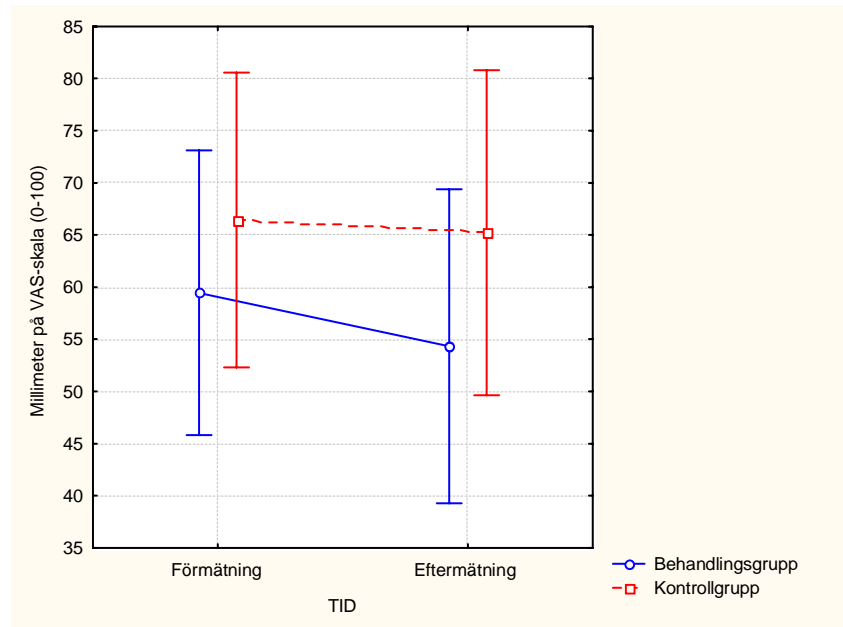


Figur 13 Medicinförbrukning.

Det fanns ingen signifikant interaktionseffekt. Figuren visar att det inte skedde någon förändring av medicinkonsumtionen.

Upplevt samband mellan arbete och besvär

Figur 14 visar medelvärdena från skalan som mätte om deltagaren ansåg att besvärerna hade ett samband med det nuvarande arbetet gick från *Nej, inte alls* till *Ja, fullständigt*. Värdena redovisas i millimeter, ju högre värden ju starkare samband upplever deltagaren att det finns mellan arbete och besvär.



Figur 14 Upplevt samband mellan arbete och besvär.

Interaktionseffekten mellan tid och grupptillhörighet är inte signifikant.

Diskussion

Vad det gäller funktionsförmåga visar resultaten en signifikant ökning av upplevd funktionsförmåga och en signifikant minskning av hur hindrad deltagaren är av sina besvär i sin dagliga sysselsättning. Deltagarna har också ökat sin sysselsättning dvs. de arbetar eller arbetstränar i större utsträckning än tidigare, denna skillnad var dock på trend nivå. Dessa resultat visar att behandlingen har effekt på funktionsförmåga. Vad det gäller livskvaliteten visar resultatet att deltagarna signifikant upplever ökad generell livskvalitet och minskad nedstämdhet. De fanns dock inga effekter på besvärens hanterbarhet mätt med VAS och inte heller på livskvalitet mätt med livsvärderingsformuläret. Dessa resultat visar inte entydigt att behandlingen har effekt på livskvalitet. Korttidsbehandlingen visade ingen effekt på acceptans, utmattning eller på attityden till sambandet mellan arbete och besvär. Någon effekt på deltagarnas medicinkonsumtion fanns ej.

Resultatdiskussion

Vad det gäller funktionsförmåga visar resultaten en signifikant ökning av upplevd funktionsförmåga både i förhållande till det största problemområdet och till de tre rangordnade största problemområdena sammanslagna. Vidare finns också en signifikant minskning av hur hindrad deltagaren är av sina besvär i sin dagliga sysselsättning. Därutöver har deltagarna ökat sin sysselsättning dvs. de arbetar eller arbetstränar i större utsträckning än tidigare, en skillnad signifikant på trendnivå. Dessa resultat visar att behandlingen har effekt på funktionsförmåga. Vad det gäller livskvaliteten visar resultatet en signifikant skillnad i att deltagarna både upplever en ökad generell livskvalitet och minskad nedstämdhet. De fanns dock inga effekter på besvärens hanterbarhet mätt med VAS och inte heller på livskvalitet mätt med livsvärderingsformuläret. Dessa resultat visar inte entydigt att behandlingen har effekt på livskvalitet. Korttidsbehandlingen visade ingen effekt på acceptans, utmattning eller på attityden till sambandet mellan arbete och besvär. Någon effekt på deltagarnas medicinkonsumtion fanns ej.

Resultatdiskussion

Behandlingen har gett effekt på funktionsförmåga. Det är dock intressant utifrån ett ACT-perspektiv att ställa sig frågan om detta är en effekt av ökad acceptans eller ett resultat av att behandlingen lett till symtomreduktion? Tidigare empiri vid ACT-interventioner har visat att funktionsförmågan ökat även då symtomen inte reducerats (Dahl, Wilson & Nilsson, 2003). Resultatet i denna studie visar inte någon effekt på acceptans. Vad det gäller symtomreduktion har detta skett på nedstämdhetsmättet, men inte på utmattningsmättet. Detta gör att någon slutsats om varför funktionsförmågan ökat inte kan göras.

En möjlig förklaring till effekten på funktionsförmåga kan vara att deltagarna i behandlingsgruppen blivit exponerade både in vivo och imaginärt, samt att de genom värderingsarbetet dessutom fått en ökad motivation, vilket tillsammans har lett till en beteendeaktivering. Utifrån ett ACT-perspektiv kvarstår dock frågan om beteendeaktivering är ett resultat av en ökad acceptans eller av andra faktorer. Det är här viktigt att se att funktionen verkar vara densamma oavsett orsak: utmana det som är obehagligt vilket leder till fler positiva inslag i livet och därmed ökad livskvalitet. En ökad acceptans kan alltså leda till utmanande av svårigheter och i processen leda till mindre lidande, dvs. symtomreduktion (se Jacobsson, Martell & Dimidjan, 2001, om beteendeaktivering som behandlingsform vid depression).

Behandlingen har inte entydigt gett effekt på livskvalitet. Effekt finns på generell livskvalitet, deltagarna i behandlingsgruppen upplever att saker och ting i livet är mer som de vill ha det efter behandlingen. ACT-interventionen möjliggör för deltagaren att ställa sig frågan och värdera vad som är viktigt i livet ur ett livslångt perspektiv. Utöver detta får deltagaren möjlighet att undersöka hur dennes handlingar leder till ett närmande av vad som är viktigt. Interventionen ska leda till att deltagaren ökar sina möjligheter att handla i den *riktning* som deltagaren värderat som viktig. Om deltagaren börjat handla på ett sätt som är meningsfullt och viktigt så ökar förmodligen också upplevelsen av livskvalitet, vilket resultatet visar. Att kunna handla i linje med sina värderingar ökar rimligen både livskvalitet och funktionsförmåga. Nedstämdheten har minskat i behandlingsgruppen. Återigen tros förklaringen ligga i att om deltagaren börjat handla i linje med sina värderingar borde detta öka upplevelsen av glädje. Det finns också som tidigare har diskuterats ovan möjligheten att det är en funktion av att *en del besvär* minskat, utmattning undantaget.

Vad det gäller måttet *Hanterbarhet* kan frågan ställas om vad måttet egentligen mäter. Detta mått kan ses som ett copingmått, en förmåga att hantera de besvär individen har. Det kan också ses som ett mått på egen förmåga att leva med de egna besvärerna, ett livskvalitetsmått, oavsett om det är kontroll- eller acceptansbaserade strategier individen mest använder. Om man antar att detta mått mäter användandet av kontrollstrategier och inte är ett livskvalitetsmått så ligger detta resultat (dvs. ingen skillnad mellan behandlings- och kontrollgrupp) i linje med tidigare empiri: problemen är inte mer hanterbara, däremot enklare att acceptera (se sidan 12).

En möjlig förklaring till att det inte har blivit någon effekt på acceptans är att AAQ-22 i första hand kanske mäter en kognitiv aspekt, en förmåga att uppleva oönskade tankar, minnen eller känslor. Acceptansen för att handla i linje med sina *värderingar* trots besvär/symtom kan ha ökat även om även om deltagarna fortfarande inte vill uppleva obehagliga minnen, tankar och känslor. Förmågan att tänka och känna något som upplevs som obehagligt kan ta längre tid att förändra än att handla på ett annorlunda sätt. Förändring i det overta beteendet kommer således utifrån detta resonemang före de kognitiva och affektiva aspekterna. Framtida uppföljningar får försöka utvisa om det kan vara så.

Behandlingen visar ingen statistiskt säkerställd effekt på utmattning. Insatt i diskussionen ovan om acceptans och symtom kan detta möjligen tolkas som en frånvaro av symtomlindring, vilket stödjer tanken på en reell förändring av acceptans.

Vad det gäller medicinförbrukningen ser vi inte någon effekt av behandlingen. Båda betingelserna ligger kvar på samma nivå som tidigare. Att ingen förändring av medicinkonsumtionen har skett kan styrka att det är behandlingen som gett effekt på funktionsförmåga och livskvalitet. För att en förändring av konsumtionen ska ske direkt efter interventionen krävs möjligen att utbildning och analys av medicinkonsumtion ges. I värderingsarbetet undersöks inte medicinkonsumtionen om den inte är ett hinder för att handla i linje med sina värderingar. Då ACT-interventionen gett effekt på funktionsförmåga och vissa livskvalitetsmått och om dessa effekter kvarstår finns det en rimlig möjlighet att deltagaren i längden inte heller kommer att tolka sina symtom som tecken på sjukdom utan istället som ohälsa. Detta kan ge en förändring av medicinkonsumtionen på längre sikt.

Ingen effekt har kunnat säkerställas vad det gäller det upplevda sambandet mellan arbetet och de besvär man har. Inom ACT lyfter man fram individens värderingar i syfte att denne skall agera i samklang med det som värderas. I denna inventering av värderingar framkommer fler livsområden än arbetet, områden som nästan uteslutande *också* påverkar situationen här och nu för individen. Ett rimligt resultat av ACT-behandlingen borde då vara att individen ser livet – och sina besvär i det - i ett större perspektiv och därmed avdramatiserar arbetets roll vad det gäller de besvär hon lider av. I denna studie kan vi dock inte se någon sådan förändring.

Metoddiskussion

Studiens största styrka är att deltagarna har randomiserats och att det finns en kontrollgrupp som fått placebobehandling. Svagheter finns först och främst i att forskningsledarna också varit behandlare och att väntelistegrupp inte använts. Att behandlingsgruppen fick behandling av en erfaren terapeut vid gruppssessionerna kan ha påverkat resultatet i positiv riktning genom en terapeuteffekt istället för skillnader mellan metoder. Utan medverkan av denna erfarna terapeut hade dock inte behandlingsgruppen fått adekvat behandling i denna metod, vilket kontrollgruppen bedömdes få. Om samtalsledarna hade varit mer erfarna i behandlingsmetoden hade möjligen effekten blivit större. För att kontrollera att forskningsledarna inte kunde räkna ut instrumenten till fördel för behandlingsgruppen hade frågeformulären kodnummer, vilket gjorde att forskningsledarna inte visste vilken grupp respektive deltagares resultat tillhörde.

Intern validitet

Olika hot som rör den interna validiteten har här på olika sätt bemötts. Ett handlar om hur deltagarna fördelas över den oberoende variabelns betingelser, som här utgörs av kontroll- och behandlingsgrupp. För att minska risken för att det finns andra variabler än behandling som påverkat resultatet så kontrollerades för variabelerna sjukskrivningstid och kön innan randomisering. Eftersom deltagarna inte fördelades till de olika betingelserna på grundval av resultaten i förmätningarna är risken för regression mot medelvärdet inte en trolig förklaring till att behandlingsgruppen förbättrades mer än kontrollgruppen.

Ett annat hot mot intern validitet är en mognadseffekt (Clark-Carter, 1997). Den innebär att man vill kunna skilja ut spontanläkning mot effekter av behandlingen. I denna studie kontrollerades mognadseffekter med hjälp av en kontrollgrupp som fick placebobehandling. Eventuell mognadseffekt bör rimligen gynna även kontrollgruppen och ger inte behandlingsgruppen någon fördel. Denna design kontrollerar alltså för placeboeffekter, som att deltagaren kan må bättre av att behandlingen inger hopp och förväntan oavsett specifika behandlingstekniker.

Yttre förändringar av individens livsvillkor under studiens gång, det Clark-Carter kallar historia, är en annan faktor som kan påverka den interna validiteten. Exempelvis skulle en förändring av sjukersättningen eller förändring av bedömningen av arbetsförmågan för just denna grupp sjukskrivna kunna påverka behandlingsgruppen och därmed utgöra den variabel som påverkade utfallet. Denna faktor kontrolleras dock för med hjälp av kontrollgrupp.

Risken för imitationseffekt får anses vara liten då deltagarna i studien bor utspridda över ett stort område med många människor och att deltagarna i kontrollgruppen inte träffade behandlingsgruppens deltagare genom studien, med undantag för att de kan ha pratat med varandra i väntrummet. Samma mätinstrument användes vid för- och eftermätning. Testeffekten, att deltagaren svarar annorlunda vid upprepade mätningar kontrolleras för med hjälp av design med kontrollgrupp.

Demoralisering innebär att deltagarna i kontrollgruppen upplever att de missar en behandling som de skulle önskat få. Detta kontrolleras för i viss utsträckning genom att alla deltagarna fick lika många samtal i grupp och individuellt, men faktum att innehållet är olika kvarstår. Samtidigt visste inte deltagarna i studien vilka alternativ som erbjöds. Någon avundsjuka bör rimligen alltså inte ha uppstått.

Kompensationseffekt avser fenomenet att personer, här t.ex. terapeuterna eller handläggaren på försäkringskassan, behandlar grupperna olika. Denna effekt kan här inte uteslutas, då terapeuterna visste vilken betingelse deltagarna tillhörde. I denna studie hölls handläggaren blind.

Extern validitet

En del frågor väcks om resultatens generaliserbarhet. Det kan vara så att samtalsledarnas begränsade erfarenhet som terapeuter och av behandlingsmetoden kan ha påverkat resultatet. Mellan terapeuterna finns en skillnad inom behandlingsgruppen vad det gäller effekten på sysselsättning. Den mer ACT-erfarna har också bättre resultat på detta mått, vilket kan understryka vikten av utbildning och erfarenhet av och i metoden. Det är möjligt och rimligt att effekten hade blivit större om de båda samtalsledarna hade haft likvärdig erfarenhet av metoden. En skillnad mellan de olika behandlingarna var att det i ACT-behandlingen, vid gruppessionerna, fanns ytterligare en terapeut. Denna var i sammanhanget huvudterapeut och ansågs vara nödvändig för att garantera kvaliteten i behandlingen. Om denna skillnad i gruppernas behandling påverkar resultatet är osäkert. Effekten av denna extra terapeut får inte överdrivas. Inom kontrollgruppsbehandlingen måste de deltagande terapeuterna sägas ha kompetensen att genomföra denna. Rimligen bör effekten av personkaraktäristika, exempelvis entusiasm, med tiden avta. Därför blir uppföljningar av studien av extra intresse då eventuella dylika effekter sannolikt försvinner.

Tiden är ett möjligt hot mot extern validitet (Clark-Carter, 1997). Om mätinstrumenten delas ut vid en speciell tid på dagen så kan tiden på dagen påverka resultatet. I denna studie fick deltagarna med sig frågeformulären i handen vid ett tillfälle och vid ett annat skickades de ut per post för att båda gångerna besvaras hemma. Vid det första tillfället under förmätningen fylldes frågeformulären i av deltagarna i företagshälsovårdens lokaler. Detta upplägg resulterar i att då deltagarna fyllde i formulären hemma, kunde de välja vilken tid på dagen de ville besvara formulären medan då de svarade på dem i företagshälsovårdens lokaler skedde detta vid en viss tid under dagen. Detta upplägg såg dock likadant ut för båda grupperna.

Ett annat hot mot extern validitet enligt Clark-Carter (1997) är deltagaraspekter. Urvalet till en studie skall dras slumpmässigt ur den population som man vill kunna generalisera resultaten till. I detta fall fanns inte oändlig tillgång på deltagare. Samtliga personer som både matchade inklusionskriterier och undgick exklusionskriterier erbjöds att delta i studien. Vad det gäller bortfallet bland deltagarna efter randomisering skiljde sig denna grupp inte signifikant åt på variablerna diagnos, ålder, kön eller sjukskrivningslängd. Men det är möjligt att de personer som föll bort före randomisering skiljer sig från

deltagarna med avseende på dessa och andra faktorer, exempelvis motivation, vilket kan ha påverkat utfallet. Det är rimligt att personer som tackade ja också var mer motiverade.

Avslutning

Framtida forskning

Denna studie skulle kunna förbättras genom att behandling inte ges av försöksledare och att försöksledarna kunde vara blinda för vilken grupp som får aktiv behandling. Behandlarna bör dessutom vara lika erfarna i behandlingsmetoden. Författarna ser gärna en replikation av denna studie med andra terapeuter och att den aktiva behandlingen jämförs med en placebobehandling som består av enbart edukativa inslag eller med en enbart reflektiva samtal. Det vore också intressant att jämföra den med en aktiv behandling som till exempel KBT. Med tanke på tidigare resultat i KBT-studie (Marhold, 2002) vore det av intresse att undersöka skillnader i effekten av ACT-behandling beroende på om deltagarna har varit sjukskrivna lång eller kort tid. Att fortsätta undersöka effekter på heterogena grupper vore av intresse eftersom det kan bidra till att underlätta faktisk tillgänglighet vid gruppbehandling. Ett sådant upplägg kan motiveras med en av ACT:s grundtankar, att det är *experiential avoidance* som är kärnan i psykologisk problematik. Att gruppera deltagare efter diagnos blir ur detta perspektiv mindre intressant.

Framtida studier måste också nyttja sig av bättre utfallsmått. Några i denna studie var inte tillräckligt utprovade (VAS-skalorna, Maastricht Questionnaire - svensk version) och bör också kunna bytas ut mot andra, inom psykoterapiforskningen, vanligare instrument (ex. BDI för att mäta nedstämdhet och eventuell symtomreduktion) och bli på så sätt mer kompatibel med tidigare och framtida forskning. Instrumenten som har en nära koppling till ACT (AAQ-22, VLQ) utvecklas kontinuerligt och kommer säkert även de förbättras. Kopplingen mellan symtomreduktion och acceptans kan också utforskas närmare. Kan acceptans också ge symtomreduktion, och i vilken utsträckning bör detta synas i behandlingen? Om denna koppling blir tydlig - finns det då risk för att acceptans blir något man strävar efter i syfte att lindra besvären, en kontrollstrategi? Om kontroll - reduktion, borttagande eller kontrollerande av besvär är målet med acceptanssträvan - blir den kreativa hopplösheten hopplös att uppnå då?

Slutsats

Studien visar på intressanta och för klinisk verksamhet lovande resultat. Om ett fåtal behandlingstillfällen – i denna studie fyra – kan hjälpa människor med problem, vilka både åsamkar dem personligen mycket lidande och även tar stora samhällsresurser i anspråk, så är detta en vinst både för samhället och individen. Det bör därför också läggas mer resurser på att undersöka om det går att utforma fler sådana program. Denna studie visar att det går att öka individers funktionsförmåga och möjligen också öka livskvaliteten hos dessa. Att följa upp denna studie och att i framtiden utveckla och utvärdera de redskap som ACT erbjuder måste därför vara av stor vikt för olika intressenter - både individen och samhället i stort.

Referenslista

- Anderberg, U. M. (1999). Fibromyalgia Syndrome in Women - a stress Disorder? Neurobiological and Hormonal Aspects. Acta Universitatis Upsaliensis. *Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine* 815. Uppsala, ISBN 91-554-4366-4.
- Appels, A., Höppener, P. & Mulder, P. (1987) A questionnaire to assess premonitory symptoms of myocardial infarction. *International Journal of Cardiology*. 17 (1):15-24, Oct.
- Barlow, D. H., & Craske, M. G. (1989). *Mastery of your anxiety and pain*. New York: Graywind Publishing Company.
- Beck AT & Beck RW: Shortened version of BDI. *Post Grad Med* 52:81-85, 1972
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2000). Mediators of Change in Emotion-Focused and Problem-Focused Worksite Stress Management Interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 156-163.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2002). The role of acceptance in well-being and performance at work. Manuskript.
- Bouton, M. E., Mineka, S., & Barlow, D. H. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*, 108, 4-32.
- Bergendorf S, Hansson E, Hansson T, Palmer E, Westin M, Zetterberg C. Projekt- beskrivning och undersökningsgrupp. Rygg och Nacke 1. Riksförsäkringsverket, Stockholm, 1998;1–119 pp.
- Borkovec, T. D. & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611-619.
- Bruckstein, D. C. (1999). Effects of acceptance-based and cognitive behavioral interventions on chronic pain management. *Dissertation Abstract International: Section B: The Sciences and Engineering*. 1999 Jul; Vol 60 (1-B): 0359
- Carter, M. & Barlow, D. H. (1993). Interoceptive exposure in the treatment of panic disorder. In L. VandeCreek, S. Knapp (Eds.) *Innovations in clinical practice: A source book*. Vol. 12 (pp.329-336). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Clark-Carter, D. (1997). *Doing quantitative psychological research: From Design to Report*. East Sussex: Psychology Press Ltd, Publishers.
- Cohen, J. (1998). *Statistical Poweranalyses for the Behavioral Scienses* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum associates.
- Dahl, J., Wilson, K. G., & Nilson, A. (2003) Acceptance and Commitment Therapy and the Treatment of Persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms. Manuskript under granskning. *Behavior Therapy*.
- Egidius, H. (1997). *Natur och Kulturs Psykologi Lexikon*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur. ISBN 91-27-07025-5.
- Feldner, M. T., Zvolensky, M.J., Eifert, G. H. & Spira, A. P. (2002) Emotional avoidance: an experimental test to individual differences and response suppression using biological challenge. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 2002.
- Frankenhaeuser M. Kvinnligt, manligt, stressigt. Höganäs, Förlags AB Wiken, 1993.
- Hayes, S. C., Afari, N., McCurry, S. M., & Wilson, K.G. (1990). The efficacy of Comprehensive Distancing in the treatment of agoraphobics. Paper presented at the meeting of the Association for Behavior Analysis, Nashville, TN

- Hayes, S. C., Bisset, R. T., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, I. S., Cooper, L. D., & Grundt, A. M. (1999). The Impact of Acceptance Versus Control Rationals on Pain Tolerance. *Psychological Record*, 49, 33-47.
- Hayes, S., Bissett, R., Strosahl, K., Follette, W., Polusny, M., Pistorello, J., Toarmino, D., Batten, S., Dykstra, T., Stewart, S., Zvolensky, M., Eifert, G., Bond, F., & Bergan, J. (2002). Psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). Manuscript submitted for publication.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: Guildford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E.V., Follette, V. F., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Jacobson, N. S. (1992). Behavioral couple therapy: A new beginning. *Behavior Therapy*, 23, 493-506.
- Jacobsson, N. S., Martell, C. R. & Dimidjan, S. (2001) Behavioral Activation Treatment for Depression: Returning to Contextual Roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*. Vol. 8, N. 3, 255-270.
- Johansson, C., Dahl, J., Jannert, M., Melin, L. (1998). Effects of cognitive-behavioral pain-management program. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 915-930.
- Johansson E, Hamberg K. Vad händer i mötet? En analys av kvinnliga värkpatienters konsultationserfarenheter. *Social-medicinsk tidskrift* 1998;75:24–27.
- Johansson E, Hamberg K, Lindgren G, Westman G. “How could I even think of a job?” – Ambiguities in working life in a group of female patients with undefined musculoskeletal pain., *Scand J Prim Health Care*, 1997;15:169–74.
- Kabat-Zinn, J. (1991). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delta
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. and Burney, R. The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *J. Behav. Med.* (1985) 8:163-190.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, Productivity, and the reconstruction of working life*. NY: Basic Books
- Korn, Zamir (1997). Effects of acceptance/commitment and cognitive behavioral interventions on pain tolerance. Hofstra University.
- Kopp, M. S., Falger, P. R., Appels, A., & Szedmak, S. (1998) Depressive symptomatology and vital exhaustion are differentially related to behavioral risk factors for coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 1998, 60: 752-758.
- Linehan, M. (1994). Acceptance and change. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher (red.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*. Reno, NV: Context Press.
- Linehan, M. (1987). Dialectical Behavior Therapy for borderline personality disorder: Theory and method. *Bulletin of Menninger Clinic*, 51, 261-276.
- Linehan, M. M.; Dimeff, L. A.; Reynolds, S. K.; (2002). Dialectal behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug & Alcohol Dependence*, 6, 13-26.

- Linton, S.J. (1985). The relationship between activity and chronic back pain. *Pain*, 21, 289-294.
- Linton, S.J. (1998). The socioeconomic impact of chronic pain: Is anyone benefiting? *Pain*, 75, 163-168
- Linton, S.J. (2000). Psykologiska behandlingsmetoder. SBU- Statens beredning för medicinsk utvärdering, *Ont i ryggen, ont i nacken*. Stockholm: SB Offset AB.
- Linton, S.J. (2001). Occupational psychological factors increase the risk for back pain: A systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 11, 53-66.
- Linton, S.J., Melin, L., & Götestam, K. G. (1984). Behavioral analysis of chronic pain and its management. *Progressive Behavior Modification*, 4, 1-42.
- Marlatt, G. A. (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. *Cognitive & Behavioral Practice*, 9, 44-49. Mar.
- Marhold, C. (2002). Musculoskeletal Pain and Return to Work. A Cognitive-Behavioral Perspective. Acta Universitatis Upsaliensis. Comprehensive Summaries of uppsala Dissertations from the Faculty of Social Sciences 113, 78 pp., Uppsala, ISBN 91-554-5234-5.
- McCracken, L. M. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21-27.
- Melzak, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms. A new theory. *Science*, 150, 971-979.
- Miller, S. D., Duncan, B. L. Hubble, M. A. (1997). *Escape from Babel: toward a unifying language for psychotherapy practice*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- Nachmenson, A., & Jonsson, E. (2000). Inledning. Psykologiska behandlingsmetoder. SBU- Statens beredning för medicinsk utvärdering, *Ont i ryggen, ont i nacken*. s.33-50. Stockholm: SB Offset AB.
- Riley, J. F., Ahern, D. K. & Follick, M. J. (1988). Chronic Pain and Functional Impairment: Assessing Beliefs About Their Relationship. *Archives of Physiology and Medical Rehabilitation*, 69, 579-582.
- Roemer, L. & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 9, 54-68.
- Rydh, Jan (2002). SOU 2002:5- Statens Offentliga Utredningar, Slutbetänkandet av Utredningen om en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet* (s.11-12). Stockholm:Grapium/Nordstedts AB, ISBN 91-38-21600-0.
- SBU-Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2000), vol I&II, *Ont i ryggen, ont i nacken*. Stockholm: SB Offset AB.
- Shearin, E. N., & Linehan, M. M. (1992). Patient-therapist ratings and relationship to progress in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 23, 730-741.
- SOU 2002:62 -Statens offentliga utredningar, Delbetänkande i Utredningen om Analys av Hälsa och Arbete (AHA), *Kunskapsläge sjuförsäkringen*. Stockholm: Socialdepartementet.

- SOU 2002:5- Statens Offentliga Utredningar, Slutbetänkandet av Utredningen om en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*. Stockholm:Grapium/Nordstedts AB, ISBN 91-38-21600-0.
- SOU 2000:78- Statens offentliga utredningar, *Rehabilitering till arbete - en reform med individen i centrum*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2000:121- Statens offentliga utredningar, *Sjukvårdsutredningen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 1998:6- Statens offentliga utredningar, Betänkande från Kvinnomaktutredningen av Utredningen om fördelningen av ekonomisk makt och ekonomiska resurser mellan kvinnor och män, *Ty makten är din ... Myten om det rationella arbetslivet och det jämställda Sverige*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Statistica 6.0 (2002). StatSoft Inc. Tulsa, USA.
- Söderström, M. & Englund, L. (2000). Behandling av nack- och ländryggsbesvär i primärvården. SBU- Statens beredning för medicinsk utvärdering, *Ont i ryggen, ont i nacken*. Stockholm: SB Offset AB.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., & Hayhurst, H. (2002). Metacognitive awerness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 275-287.
- Turk, D.C. (1996). Biopsychosocial perspective on chronic pain. In R. J. Gatchel and D. C. Turk (Eds.) *Psychological approaches to pain management: A practitioner`s handbook* (3-32).
- Turk, D. C., & Flor, H. (1987). Pain behaviors: The utility and limitations of the pain behavior construct. *Pain*, 31, 277-295.
- Wewers, M. E., & Lowe, N. K. (1990). A Critical Review of Visual Analogue Scales in the Measurement of Clinical Phenomena. *Research in Nursing & Health*, 13, 227-236.
- Östh, L-G. (1997) Tillämpad avslappning. Manual till en beteendeterapeutisk coping-teknik.

Bilagor

Bilaga 1: Informationsbrev



Uppsala 2002-09-16

Samtalsstudie

Du tillfrågas härmed om deltagande i denna forskningsstudie.

I denna studie prövas om ett begränsat antal samtal kan påverka livskvalitén och funktionsförmågan vid sjukskrivning. Genom det här brevet får du information om studien och längst ner i brevet kan du besvara frågan om du vill delta.

Detta projekt är ett samarbete mellan Uppsala universitet och företagshälsvården. Målsättningen med studien är att utvärdera om ett begränsat antal samtal kan påverka livskvalitén och funktionsförmågan hos personer som är sjukskrivna. Samtalen syftar till att öka medvetenheten rörande livsstilsfrågor.

Studien innehåller en kartläggning av individuella situationer på olika områden i livet såsom utbildning/utveckling och sociala relationer. Under samtalen kommer deltagarna att få diskutera sin situation ytterligare. Studiedeltagare kommer efter ett inledande samtal att bli lottad till en av tre samtalsgrupper. I alla tre grupper kommer deltagarna att få träffa en psykolog/psykologstudent för ett inledande samtal (1 tim) och två avslutande samtal (å 1 tim). I två av grupperna kommer deltagarna att få ytterligare fyra samtal (två individuella å 1 tim och två i grupp å 3 tim). Det som skiljer dessa två samtalsgrupper åt är samtalens innehåll. I den ena gruppen kommer problemlösningstrategier att beröras och i den andra gruppen kommer fokus vara på livskvalité. Du kan som deltagare inte välja vilken grupp du tillhör. Denna studie anses vara en slags rehabiliteringskurs inom företagshälsvården och du kommer förmodligen vara sjukskriven under den tid du deltar oavsett vilken grupp du går i.

Du tillfrågas att delta i som mest fem samtal och två uppföljningssamtal. Samtalen kommer att ske under hösten och det första uppföljningssamtalet ett halvår senare.

Om du vill delta i studien blir du kontaktad per telefon så att vi tillsammans kan boka en tid för det inledande samtalet. Vid det inledande samtalet fyller du i utvärderingsmåtten och träffar oss i företagshälsvårdens lokaler. Efterföljande samtal kommer också att ske i företagshälsvårdens lokaler.

Ditt deltagande i studien är frivilligt och Du kan när som helst avbryta Ditt deltagande utan närmare motivering. Svaren som vi erhåller kommer att behandlas konfidentiellt och resultaten redovisas gruppvis. Ingen enskild deltagare kommer att kunna identifieras i resultaten.

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående projektansvariga under dagtid:

JoAnne Dahl Olerud
Leg. Psykolog, psykoterapeut
Fil.Dr, docent

Josefin Ahlqvist
Psykologstudent
Samtalsledare i studien

Högskolan i Gävle
Inst. för psykologi och pedagogik
Tel: 000/ 00 00 00

Uppsala universitet
Inst. för psykologi
Tel: 0000/ 00 00 00

.....

Fyll i med ett kryss om du vill delta eller ej och sänd sedan talongen till företagshälsovårdens i bifogat kuvert senast den

Ja, jag vill delta i forskningsstudien.

Nej, jag vill inte delta i forskningsstudien.

Underskrift

datum

.....

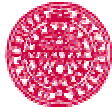
Namnförtydligande:

.....

Telefonnummer eller adress där vi kan kontakta dig för att boka en tid (om du vill delta i studien):

.....

Bilaga 2: Informationsbrev 2



**UPPSALA
UNIVERSITET**
Institutionen för psykologi

Uppsala 2002-11-12

Hej!

Nu har cirka tre veckor gått sedan vi träffades. Senast fick Du information om samtalstudien och vi tackar för att Du då fyllde i det omfattande frågeformuläret. Nu är Du välkommen till oss för två individuella och två gruppsamtal under veckorna 47 - 50. Vi kommer att träffas en gång i veckan under dessa fyra veckor. I dagarna kommer företagshälsovården att ringa dig (om de inte redan gjort det) för att boka in det första individuella samtalstillfället. Du kommer då att få tid att reflektera över vad Du upplever i din vardag och hur Du ser på framtiden.

I detta brev finns ett kortare frågeformulär som Du känner igen sedan tidigare. Fyll i det dagen innan och ta med det när Du kommer till oss. Under tiden för samtalen kommer du inte att fylla i några frågeformulär.

Om du har några funderingar, vänd dig då till:

Företagshälsovården

Tel: 00/ 00 00 00

eller

Josefin Ahlqvist

Psykologstudent

Samtalsledare i studien

Uppsala universitet

Inst. för psykologi

Tel: 0000/ 00 00 00

Bilaga 3: Manual för ACT-behandlingen

ACT (Acceptance and Commitment Therapy, 1) intervention Protocol for Prevention of pain/stress symptoms

JoAnne Dahl Olerud / Kelly Wilson

The following protocol may be used as 20-40 minute sessions for persons who have “gotten stuck” in symptoms and are not moving forward. These persons are probably focusing on their symptoms and

simultaneously putting valued life activities “on the shelf” in the service of reducing the symptoms. They may also be focused on short-term alleviation of the symptoms. The result of this process may be seen as a reduced life quality for this person.

The purpose of these 4 sessions is to aid the person in reclaiming valued life directions and coinciding activities which will in turn should help the person get “unstuck” and proceed with the valued life directions.

Each session should include the components: values, exposure, cognitive defusion and empowerment

Session 1 individual

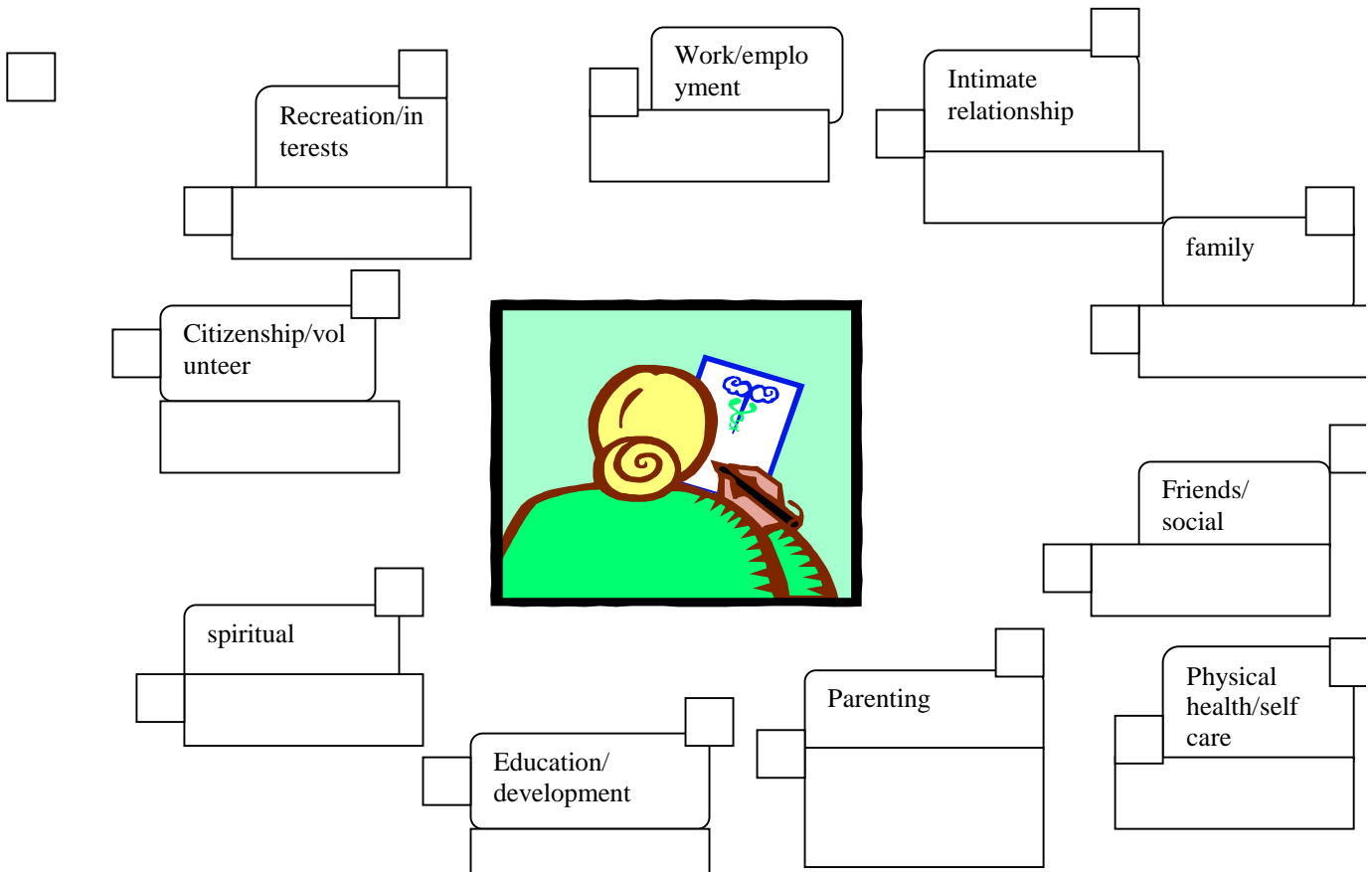
1) Validation of suffering and consequential personal loss of life quality (approximate 5 minutes)

- 1) Start session with validation of suffering considering the losses which the person has indicated in the questionnaire: (VLQ.). Question. How have these problems (symptoms) influenced your life, what kind of losses have you experienced because of these symptoms?

2) Values

- a) Go to a white board with the client or use a blank piece of paper. 3 parts. Importance, intention and coincidence
- b) Instructions: I MPORTANCE

Draw 10 circles and the client in the middle and describe this as life dimensions and ask the client to help rate the importance (0-10) of each life dimension generally (not only at present time). These figures should not be related to each other). Ask them to put their rating in the box.

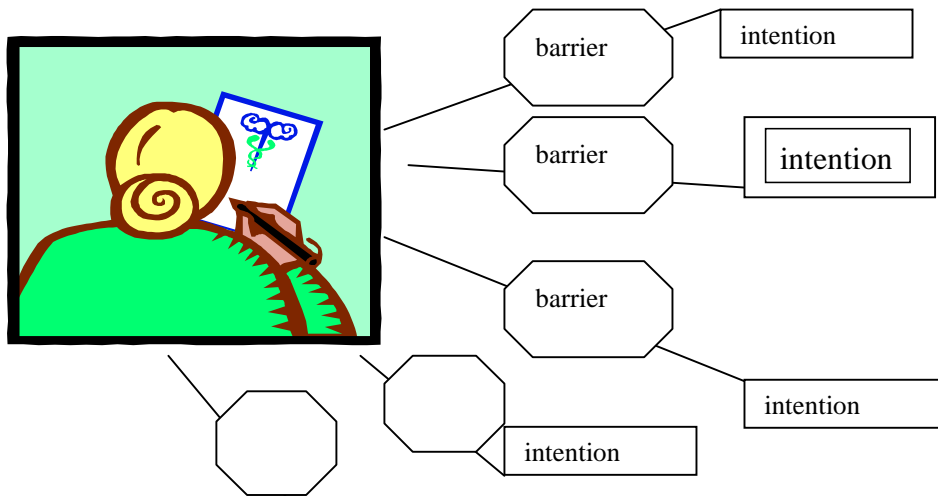


Note! If the rating of importance for each of these life dimensions are not all a 10 or close to it, you should note this. If any of the dimensions are very low you must be clear that you are not asking them to rate their present situation or how they feel "right now" but rather as a general concept in their life. If they still rate low, you need to further ask them why they would put a lower rating on this. It could be a measure of a long-term adaptation that is not healthy and needs to be looked into further.

INTENTION

- c) Ask the client to write a few words about each dimension describing how he/she would most like this to be. No barriers should be accepted here, only a concrete picture of how what this dimension would look like if it were as the client wishes. An example of this could be as follows. The client has said that having a social network is valued at 10. The concrete intention could be that "I meet friends regularly, have fun and I feel a sense of community and belonging with them." These intentions do not need to be practically reachable. They can be "feelings" that the client is striving for such as "being present and mindful while being together with my children". The intentions need to be identifiable and recognizable to the client. Call these picture with intentions the client's LIFE COMPASS.

- d) COINCIDENCE. Ask the client to think about his/her activities in the past week and ask how well did these activities coincide with the intention of each life dimension. In other words, in what direction did your feet go? Did your feet follow your intention or did they go somewhere else? Ask the client to rate level of coincidence of their activities of the past week according to the intention of each dimension they have described (0-10). For example if the client had an intention of an active and close intimate relationship with their loved one, did they work towards that intention with their own activity in the past week. If they did nothing at all towards this intention the activity would be rated zero or higher depending on how close their activity coincided with the intention.
- e) What are the DESCREPANCIES Together with the client calculate the discrepancy between the rating given as to IMPORTANCE from the rating given to COINCIDENCE. This difference will show the distance between how the client is acting and where the client wants to be going. (feet and intention) Ideally, all activities would be in the client's intended direction. The dimensions that have the greatest differences should be circled as possible therapeutic goals.
- f) BARRIERS: Draw a line between the picture of the client in the middle (life compass) and each intention. Ask the client "What is standing in between you and the intention you have described. The client will usually describe here the symptom, which they came with: pain, tiredness, lack of time, etc. There are usually just a few barriers that are consistently overshadowing all intentions. Have the client write them in the circles in between them and the intention.



What does the client believe is the SOLUTION

- g) Ask the client "Is it your belief that the barriers must first be reduced/alleviated before you can go in your intended direction? Is that what you have been doing? Trying to "manage, control your symptoms? Is this what you want to do here with us at the clinic? Try to control/reduce your symptoms.
- h) What ways have you tried to reduce/control your symptoms? Make a new table at the whiteboard/paper where there is room for the client to explicitly list all of the ways in which he/she has attempted to "manage" the symptoms. Try and categorize the client's attempts in terms of functional categories, i.e. according to what function they serve. Are they avoidance strategies, are they rituals used to distract, both with the function of reducing symptoms temporarily. Do they lead to loss of function? Ask the clients to make this list of general strategies, which he or she has used, and beside this list make two more categories where he/she will describe the results in the short and long term of these

strategies. The "short term" results answer the question if the symptom was reduced or controlled immediately. The "long-term" results is related to the clients described INTENTION. That is "did you, by resting, taking pain killers, etc come closer to your intended directions. Did you come closer to the type of job that you have described you want, or to the social life you want by resting or taking painkillers. Repeat the client's intentions when asking these questions about the results of the strategies in the long term. The table could look like this example.

What have you tried? To manage, to control, to reduce symptoms?	Results short term Were symptoms Reduced?	Results long term Have you come closer to the way you want your life to be?	What does this experience tell you?
Physical therapy	-	-	Didn't work, felt good for the moment
Sick leave	-	-	Didn't work, lost my job
Pain killers	+	-	Didn't work, got dependent on drugs
rest	-	-	Just got more tired
Avoided physical work	-	-	Got weaker
Alternative therapy	+	-	Just cost allot of money
surgery	-	-	Help at first but then got worse

4) Creative hopelessness. It probably will show up here that the client believes that 1) the symptoms are common barriers blocking activities towards valued directions and 2) there is belief that alleviation of these barriers (symptoms) is a necessary prerequisite which needs to happen prior to any activities towards desired directions. EX: "Pain and fatigue are blocking most all attempts to living the way I want to live and logically, pain and fatigue must be alleviated before I could go back to work or start exercising or have fun." Here the client shows a "catch 22" or hopeless situation where his or her emotions say that symptom alleviation must happen before live can go on but the clients experience shows that attempts to alleviate or control the symptoms only gets them farther away from the way they want to be living. In other words, the client has gotten him/herself "stuck" in attempts to alleviate pain and fatigue which are likely leading him or her in undesirable directions, as for example, overweight, drug dependency, reduced social life, disturbed sleep, getting farther away from work life. Take the time to illustrate and let the client feel the sense of this futility of the strategies he or she has been attempting in the service of managing his or her symptoms and what these strategies have led to. (what losses) In addition, they have not worked. (or they wouldn't be there) Let the client feel the "hopelessness" of this situation. Validate the hopelessness of strategies attempting to eliminate symptoms.

Use the exercise: choose one of two packages, one where you had no more pain or stress symptoms but none of the other desired life dimensions or in the second package you would have as much or more pain, fatigue and stress symptoms as you do now, but a life quality as you have described in all of these dimensions. It is possible to live a life without pain, (for example on high doses of narcotics continuously but the cost is losing all other life dimensions). What direction do you want to go? What would you choose?

End of session one: Choose 2-3 areas where there are important discrepancies between your "intentions" and your activities (the way your feet are going). If you were to choose a few areas here what could you do tonight, tomorrow and this week to put your feet in line with your intentions? Together with the client choose 2-3 areas and ask what they could do tonight, tomorrow, and this week to go in that direction.

Exposure: Make sure the client understands that in order to go in that valued direction, they must be willing to feel discomfort of the symptoms they have been avoiding. Ask them to make a commitment to going in that direction even though it means exposure to discomfort.

Session 2 Group 6-8 persons 3 hours

(Preparation) Draw Life Compass picture on half of the whiteboard with values written in as above. Fill in intentions and barriers in categories or exactly as the clients have reported from the first individual session. On the other half write the word STORIES and BUT with room underneath to write.

Start the group by lifting visions to the great value to self-realisation. Parts of Nelson Mandelas Inauguration speech can be used with the theme: you are obliged to utilize your resources and show your greatness.

Cognitive diffusion

1) Referring back to the whiteboard the clients were asked what happened when they attempted to walk towards their valued directions (not if they succeeded or not, just what happened). Everything they said as reasons for not going in those directions was written on the board under "stories". For example: "I didn't have the strength", "I was too tired", "I had too much pain", "I didn't sleep well", "I couldn't afford it", and "I had to take care of my husband instead, "I was afraid" The ideas of stories was introduced as ways we people rationalize why we act in ways that are not consistent with our values. We talk about that we are not going to discuss the content of these stories in this group, that is, if the stories are true or real but just look at them as words and where they lead us to. The clients laughed about how similar the stories were and agreed that they all led in the same direction, which was avoidance of pursuing a valued direction. Whenever the clients during this session told "stories" it was simply written up on the board and not discussed.

1) What is your secret- exercise?

Everyone closes your eyes and thinks about what you least like about yourself. What is it that keeps getting in the way between you and what you most want? Now, open your eyes. What if I had special glasses and could now see what it was you just thought about. How would that feel? Embarrassing? Now what would be so bad if that secret of yours became public? If everyone could see your dark sides. Clients answer. If people really knew my secret, those dark sides, they would not like me and they would probably leave me. Ok, what do we do to hide this secret? (Write on board) Ways of being. Clients give examples of ways they are to compensate others for their "dark sides" or weaknesses, like "being kind, helping others, pleasing others, being clever, being funny," Therapist disclose own vulnerabilities or secrets and ways of being to try and hide these. Most of these clients who are women with public health show similar patterns of "caring for others" as a way of being to hide secrets of being incompetent. The group shares these secrets and sees how similar the secret is. Most vulnerability revolves around the theme of being worthless, incompetent, scared of being rejected, unacceptable. Discuss how these ways of being function as barriers to moving towards valued directions and contributes to the symptoms clients feel of tensed muscles, tiredness, depressed feelings.

Exposure

Take some exercises where this "secret" became apparent and because you had to work hard to hide it you acted in ways that were contrary to what you wanted to do. Example. Saying yes to something you wanted to say no to.

Demonstration: one therapist plays the client who has worked all day and wants to go home and at 0445 PM her boss (another therapist) walks in and wants the client to work overtime. The client wants to say no and tries to show that she does not want to work by means of body language like rubbing her neck and yawning and not looking at her boss at all. The client also makes up some excuses (stories) about why she doesn't want to work over. The boss is very stubborn and does not give up and finally the client yields and agrees even though she did not want to do this. The scene is analyzed in what types of behaviors were not consistent with the client's intention. The scene is done a second time where the boss acts in the same manner but the client has learned to show her intention through her behavior by greeting the boss, using eye contact, showing empathy to the boss's situation and finally saying "no" to working over. This is analyzed in terms of how the client is handling the unpleasant feelings the first and the second time and which has led to walking in her valued direction. Each client should play the main role here and each scene can be adapted to what types of situations the client has difficulties with.

End of session. Make a commitment to where you are going, how you are going to get there and what you are going to do with unpleasant barriers.

Session 3 Group session (2) 3 hours

Preparation: Write life compass and values and barriers on half of the white board with categories of intentions and types of barriers, which the clients have reported. On the other half of the

whiteboard write STORIES and BUT.... Prepare 3-5 brightly colored empty cards for each person and give each participant those cards plus a magic marker

1) To set the scene for mega visualization, start off with the funeral exercise.

Close your eyes and imagine you are at your own funeral. You can fly around the room and listen to what people are saying about you. What kind of person you were and how they will remember you. I want you to think about what you would WANT these people to say and remember about you. What you want your children to say about you, your spouse, your friends, your work friends, employers, your relatives, neighbors and others. What types of characteristics do you want to be remembered for? What are the most important things you want your life to have meant. Try and think out the most important meanings in all of these life dimensions (here most of these women who have worked all of their lives taking care of people say that they want to be remembered as one who was there for other people, i.e. caregivers and that is why I have pushed this issue somewhat so that they look beyond caregiving as the only value) Write these new intentions on the white board.

Exercises in cognitive diffusion

2) As we did at the start of the last group, I want you each to think about what happened when you attempted to get your feet going in your valued direction. As stories come up the therapists writes the sentences on the white board and asks the client who said them to also write this story on one of the cards they were given. If they have more stories they write them down on the cards they have and the therapists continues to write down everyone's stories. Everyone should have at least three "stories" about why they could not go towards valued directions. We added some special "Swedish" stories with the theme "who do you think you are, anyway". And you are too old; no one would want you and so on.

3) Divide up in pairs and do two exercises with these cards. Demonstrate both parts. 1) A) Take the other persons cards and tell the person you are going to try and throw their cards at them and they need to do anything they can to avoid the cards from landing on them. Read each card at you throw it at the person. The other person tries and bats away the cards. b) This time tell the person you will simply place the card in their lap and they can simply observe the card. Read the card out loud and lay it in the other person's lap. At the end of this exercise ask the person what the difference was in terms of strain, focus and attention between the first and second ways of approaching these cards, neither of which got rid of the cards. 2) A) With the other persons cards point the text side of the card in your hand towards the person and ask them to push with their hand towards yours. (both push hard) b) Next ask the person to simply hold his/her card text towards them and observe the text. Ask what the difference was in terms of effort and attention. Make point of that avoiding or trying to push away these words takes more concentration and effort then just observing (accepting) them and neither makes them go away.

4) Role play the bus metaphor with the "story" cards

Each client plays the role of the bus driver and the other clients play the roles of the driver's cards (stories). If there are more bus passengers than cards the bus driver can add additional stories like " you are especially sensitive to stress," " you have fibromyalgia", you need to take care of your family, you were never good in school".

The therapist stands in front facing the bus driver and the passengers stand behind with their cards. The bus driver faces the values compass and is instructed to drive towards a certain valued intention, for example towards the type of job the person wants. While trying to drive their passengers come up one by one and tries to bully the driver with their "story". "You can't go in that direction, you will never make it, you were never good at school. Another bus passenger might say, "don't even think about that job, your family needs you to be home and take care of them, what will happen to them if you go out and leave them? The only way the bus driver can get the passengers to go back and sit down is by giving them compromises on the direction they are going. A compromise could be that the driver will only work part time or could settle for a less demanding job. The bus driver tries to reason with each passenger but the passenger only sits down after negotiating a real compromise in direction. The bus driver who no longer is headed in the valued directions because of all of these compromised she was forced to make now may stop the bus and try and reason with all of the passengers as to why she wants to go in this direction. But the passengers are more stubborn and they just repeat themselves making the driver tired and more frustrated and the bus is standing still. The driver then take the wheel again and

tries again to go towards the valued direction and this time the passengers walk around the driver bombarding her with their stories and complaints about where she is going. She may try and reason with them and see how difficult it is to drive and finally she can try and just acknowledge the passengers as they pass but keep her own direction in focus.

Everyone in the group should get a chance at playing the bus driver. This exercise takes about 45 minutes for 6 persons including some discussion. Points from this exercise could be about similarities between the compromises made here to "control" or reduce the unpleasant feelings and what the driver has actually done in his or her life. The hopelessness of these compromises should be discussed along with where these compromises lead and what effect they have or don't have on the unpleasant thoughts and feelings.

Exposure exercise

What was the secret that you had at the beginning of this session? List on white board, "I am not good enough, I am not acceptable, they don't want me, I could fail, everyone could see how incompetent I really am". What are some of the situations where these unpleasant feelings have been insistent? (Everyone in this study is on sick leave and one of the things they all have done and will do again is called a "rehab meeting" which is an extremely unpleasant experience. In this meeting which they have with the insurance company, their employer, an occupational physician, the purpose is to try and figure out what to do. The nightmare is that the physician says nothing is wrong with them and the insurance company says then if the person is not sick he or she can go back to work but the employer doesn't want them back and says the person can't do the work and it is illegal to fire this person in Sweden so all of them argue with each other about what to do as if the person themselves is not there in the room). We play the rehab meeting. The person who is going to play him or her tells the rest her nightmare situation and the other clients play the members of the rehab meeting.

1) The first dry runs of the meeting the client does as he or she would do normally. The therapist is with the client playing themselves at all times and is directing the scene. After the first dry run the play is analyzed. What direction was the client trying to go and what happened to stop that activity? 2) The second time the scene is played by all players except the client exactly as before. The client receives a pep talk as to what types of activities would aid the valued direction. (put them on your team, thank them for coming, have a plan written for the activities required in your valued direction, take command of the meeting, offer a solution by telling them what you want to do. Practice showing vulnerability by taking the risk of saying what you want. For example. The client says to her employer: I know I have caused you problems by being off on sick leave and that probably gives you the feeling that I am unreliable. I cannot say that I won't be sick again any more than you could say that, but I can tell you (make a commitment) that I care about my job and my work friends and I want my job back. I want you to give me that chance. (What are you risking here? You are risking them saying to you, yes but we don't want you.). You are taking a risk by showing your vulnerability and saying what you want. You are betting on a live horse. You may loose but you may also win and you are giving yourself a chance to win. If you don't give yourself this chance by listening to the bus passengers and avoiding these directions you are betting on the dead horse. 2) The client puts her feet in the valued direction and acts and verbalizes what she wants and where she wants to go (makes a commitment) and asked these people to be on her team in getting there. Each client should try playing him or herself in this or similar avoided situations.

End of meeting. What is your commitment and how will you get there.

Session 4. Individual session, approximately 40 minutes.

1) values and exposure

Through following up the 2-3 areas where there were important discrepancies between the clients "intentions" and clients activities (the way your feet are going) with the client, you could ask the client what he or she did to go in valued direction. Remember the client of the activities they committed to do

in the first session. List all activities the client did do to go in valued direction in these areas. Ask them if there were any thoughts, feelings or discomfort that showed up when they did this activity. List the things they did when this content showed up in next column, i.e. if they continued the activity or not. Ask them if their symptoms were reduced, at the same level or increased in that particular situation. List if they were reduced or increased in next column. Ask them if they came closer to the valued direction and if this strategy was working.

What activities have you tried? To come closer to valued direction	What did you do when you felt or thought in special ways, did you continuing the activity?	Results short term Were symptoms reduced?	Results long term Have you come closer to the way you want your life to be?	What does this experience tell you?
Contact friends	Yes	-	+	Did work, felt bad for the moment
Went to work	Yes	-	+	Did work
Physical work	Yes	-	+	Got stronger

If the client did not do some of the activities they once committed to ask them what happened and remember their story. Also ask them if they used any of their symptom alleviation strategies that did not work. Reinvent creative hopelessness.

What have you tried? To manage, to control, to reduce symptoms?	Results Short term Were symptoms Reduced?	Results long term Have you come closer to the way you want your life to be?	What does this experience tell you?
Physical therapy	-	-	Didn't work, felt good for the moment
Sick leave	-	-	Didn't work, lost my job
Pain killers	+	-	Didn't work, got dependent on drugs
rest	-	-	Just got more tired
Avoided physical work	-	-	Got weaker
Alternative therapy	+	-	Just cost a lot of money
surgery	+	-	Help at first but then got worse

2) Cognitive defusion

Role play *the Bus metaphor* and use their stories of why they didn't actually do what they had committed to. Then ask the client what he or she is most scared of will happen if they do what they want or by telling other what they would like to. For example "I'd like to be your friend" or "I'd like my work back, it would mean a lot to me" or "I'd need to feel close to you". Role-play, so that the client is exposed to the interoceptive cues that this fears are connected to.

3) Exposure

Ask the client to choose one area where there were important discrepancies between the client's "intentions" and clients activities. Ask the client if they can remember situations where they used strategies that made them lose things they really wanted. Ask if they can remember the last time that happened. Tell the client that you are now going to do an exercise focusing on this memory. Ask them to close their eyes and think of this situation.

Scrapbook exercise: I want you to close your eyes and think of your memories as a scrapbook of pictures that you can look at at will. I want you to find pictures of yourself in the type of situation where your way of being causes you this personal loss with regard to the particular value which you have chosen. Look through your scrapbook and find a picture of yourself being/acting in this way that causes you this loss. Can you tell me what it is. I want you to get inside the skin of yourself there and really feel the pain of that loss. How does it feel physically, where do you feel that pain. What are your emotions? What are your thoughts?

4) Commitment

End the session by asking the client how he or she would like to be in this type of situation. "Is it possible for you acting like this and have negative thoughts, emotions and discomfort?"

Measurements. Traditional measurements such as medications, bed rest, sick leave, may be used as continuous dependant measures along with traditional pain questionnaires. Functional measures of activities in valued directions should be used. VLQ should be used as pre/post and follow-up measures.

Reference:

Hayes, S, Strosahl, K, Wilson, K, Acceptance and Commitment Therapy, Guilford, 1999

Bilaga 4: VAS-skalor och medicinkonsumtion

Huvudsakligt problemområde

Man kan ha olika problemområden i sitt liv. Nedan skall du lista de områden som du ser som de största i ditt. Börja med det område du anser vara det största problemet just nu och därefter i fallande skala det andra och tredje största problemområdet. Skatta också i vilken grad du – med tanke på respektive problem - kan göra saker du önskar. Du markerar graden med hjälp av ett streck på linjen mellan de två alternativen.

Fyll därefter i det antal dagar under de senaste fjorton (14) dagarna som du har tagit medicin på grund av dina besvär. Fyll också i antalet gånger du under det senaste halvåret (6 månader) har sökt vård (hos läkare, sjukgymnast, sjuksköterska, psykolog, kurator och arbetsterapeut) för dina besvär.

Exempel:

Problemområde:

Jag kan inte göra någonting jag vill _____ *Jag kan göra allt jag vill*

Lista Dina problemområden:

Problemområde 1:

Jag kan inte göra någonting jag vill _____ *Jag kan göra allt jag vill*

Problemområde 2:

Jag kan inte göra någonting jag vill _____ *Jag kan göra allt jag vill*

(Fortsätt på andra sidan)

Problemområde 3:

Jag kan inte göra någonting jag vill _____ *Jag kan göra allt jag vill*

Hur många dagar under de senaste fjorton dagarna har du tagit medicin mot dina besvär?

Antal dagar: _____

Här följer några påståenden om livssituationen. Markera med hjälp av ett streck över linjen mellan de två svarsalternativen var Du står just nu.

Exempel:

Jag tycker spaghetti är...

Äckligt _____ Mums

Påståenden:

1. Jag känner mig...

Alldeles ledsen _____ Alldeles glad

2. Mina besvär är...

Överväldigande _____ Hanterbara

3. Ingenting i mitt liv är som jag vill ha det

Saker och ting i mitt liv är precis som jag vill ha det

4. Anser du att dina besvär har samband med ditt nuvarande arbete?

Nej, inte alls _____ Ja, fullständigt

Bilaga 5: Pain and Imperment Relationship Scale (PAIRS)

BESVÄRSSKALA

Instruktion:

Ringa in en siffra för varje påstående nedan. Svara som det har känts den senaste tiden.

Svarsalternativen 0 = håller inte alls med

1 = håller inte med

2 = håller inte riktigt med

3 = varken eller

4 = håller delvis med

5 = håller med

6 = håller med helt och hållet

	Håller inte alls med		Varken eller		Håller med helt och hållet		
1. Omgivningen kan fortfarande förvänta sig att jag fullgör arbete och tar mitt familjeansvar trots mina besvär.	0	1	2	3	4	5	6
2. Om besvären ökar, är det en signal på att jag bör sluta med det jag håller på med, tills besvären minskar.	0	1	2	3	4	5	6
3. Jag kan inte utföra mina normala göromål när jag har besvär.	0	1	2	3	4	5	6
4. Om mina besvär försvann, skulle jag kunna vara lika aktiv som förut.	0	1	2	3	4	5	6
5. Jag borde ha samma förmåner som handikappade, p.g.a. mina besvär.	0	1	2	3	4	5	6
6. Jag är skyldig mig själv och min omgivning att utföra vanliga göromål, även när besvären är svåra.	0	1	2	3	4	5	6

Svarsalternativen 0 = håller inte alls med

1 = håller inte med

2 = håller inte riktigt med

3 = varken eller

4 = håller delvis med

5 = håller med

6 = håller med helt och hållet

	Håller inte alls med		Varken eller		Håller med helt och hållet	
--	-------------------------	--	-----------------	--	-------------------------------	--

7. De flesta väntar sig för mycket av mig, med hänsyn till mina besvär.	0	1	2	3	4	5	6
8. Jag måste vara försiktig för att inte förvärra mina besvär.	0	1	2	3	4	5	6
9. Så länge jag har besvär, kommer jag inte kunna leva lika bra som förut.	0	1	2	3	4	5	6
10. När mina besvär ökar, tycker jag det är väldigt svårt att koncentrera mig på något annat.	0	1	2	3	4	5	6
11. Jag har kommit att acceptera att jag har nedsatt funktion p.g.a. mina besvär.	0	1	2	3	4	5	6
12. Det finns ingen möjlighet att jag kan återgå till att göra vissa saker som jag brukade göra, om jag inte först finner bot för mina besvär.	0	1	2	3	4	5	6
13. Jag kommer ofta på mig själv att tänka på mina besvär och hur de har påverkat mitt liv.	0	1	2	3	4	5	6
14. Även om mina besvär alltid finns där, så lägger jag ofta inte märke till dem när jag är sysselsatt med något.	0	1	2	3	4	5	6
15. Alla mina problem skulle vara lösta om mina besvär försvann.	0	1	2	3	4	5	6

Bilaga 6: Maastricht Questionnaire

Formulär VE

Instruktion: Nedan följer ett antal frågor angående hur du upplevt den senaste halvårsperioden. Du får enbart tre svarsalternativ (på någon fråga enbart två): 0 = Nej; 1 = Ja, men inte ofta; 2 = Ja, ofta. Kryssa för eller sätt en ring runt det svarsalternativ som bäst stämmer.

Under den senaste tidsperioden...	Nej	Ja, ofta	Ja, men inte ofta	ofta
1. Har du känt dig trött?	0	1	2	
2. Har du haft problem att somna?		0	1	2
3. Har du vaknat vid upprepade gånger under natten?	0	1	2	
4. Har du känt dig svag/orkeslös?	0	1	2	
5. Har du haft känslan av att du inte fått något gjort under den senaste tiden?	0	1	2	
6. Har du känt att du inte, på samma sätt som förr, har kunnat handskas med vardagliga problem?	0	1	2	
7. Har det känts som om du hamnat i en återvändsgränd?	0	1	2	
8. Har du känt dig mer likgiltig än förr?	0	1	2	
9. Har du haft lika stor glädje av sex som förr?	0	1	2	
10. Har du upplevt känslor av hopplöshet?	0	1	2	
11. Har det tagit längre tid att lösa problem än förr?	0	1	2	
12. Har obetydliga händelser börjat irritera dig mer än de gjorde förr?		0	1	2
13. Har det känts som om du slutat anstränga dig?	0	1	2	
14. Mår du bra?	0	1	2	
15. Har du haft känslan av att din kropp är som ett batteri som har mist sin kraft?		0	1	2
16. Har du ibland önskat att du fick dö?	0	1	2	
17. Har du haft en känsla av att du inte längre kan leva upp till alla krav?	0	1	2	
18. Har du känt dig nedslagen?	0	1	2	
19. Känns det ibland som att du vill gråta?	0	1	2	
20. Har du vaknat upp och känt dig utmattad och orkeslös?	0	1	2	
21. Har det blivit svårare och svårare för dig att koncentrera dig				

på en sak under en längre tid?

0

1

2

Bilaga 7: Livsvärderingsformulär, VLQ

Livsvärderingsformulär

Svensk översättning

Olerud 2002-10-15

Nedan följer olika områden i livet som är betydelsefulla för en del människor. Vi är intresserade av din livskvalité på varje område. En aspekt av livskvalité gäller hur betydelsefullt man tycker de olika områdena i livet är. Värdera hur betydelsefullt varje område är (genom att ringa in en siffra) på en skala mellan 1-10. 1 betyder att området inte alls är betydelsefullt. 10 betyder att det är mycket betydelsefullt. Alla tycker inte att alla de här områdena är betydelsefulla, eller värderar alla områden likadant. Värdera varje område efter **vad du tycker är betydelsefullt i ditt liv.**

<u>Område</u>	Inte alls betydelsefullt										mycket betydelseful
1. Familjerelationer (andra än äktenskap eller föräldraskap)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2. Äktenskap/par/intima relationer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3. Föräldraskap	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4. Vänner/Socialt liv	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5. Arbete	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
6. Utbildning/utveckling	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
7. Fritidsaktiviteter	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
8. Psykiskt välbefinnande (själavård)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
9. Samhällsmedborgare (frivilliga aktiviteter i ditt närområde)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
10. Egen vård (mat, motion, sömn)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Livsvärderingsformulär

I den här delen, vill vi att du värderar hur väl ditt handlande stämmer överens med dina värderingar på varje område. Vi frågar inte efter dina ideal på varje område. Vi frågar heller inte om vad andra tycker om dig. Alla är bättre på några områden än andra områden. Vissa tider gör man bättre ifrån sig än under andra tider. **Vi vill veta hur du tycker att du har handlat under den senaste veckan.** Värdera varje område (genom att ringa in en siffra) på skalan mellan 1-10. 1 betyder att ditt handlande inte alls stämmer överens med dina värderingar. 10 betyder att ditt handlande helt stämmer överens med dina värderingar.

Den senaste veckan

<u>Område</u>	<u>stämmer inte alls överens med mina värderingar</u>										<u>stämmer helt överens med mina värderingar</u>									
1. Familjerelationer (andra än äktenskap eller föräldraskap)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Äktenskap/par/intima relationer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Föräldraskap	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Vänner/Socialt liv	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Arbete	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Utbildning/utveckling	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Fritidsaktiviteter	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Psykiskt välbefinnande (själavård)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Samhällsmedborgare (frivilliga aktiviteter i ditt närområde)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Egen vård (mat, motion, sömn)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Bilaga 8: Uträkning av livsvärderingsformuläret VLQ

Livsvärderingsformulär

<u>Dimension</u>	Hur viktigt?	Överens- stämmelse	Diskrepans
	Poäng	Poäng	Poäng
1. Familjerelationer andra än äktenskap eller föräldraskap	_____ minus	_____ =	_____
2. Äktenskap/par/intima relationer	_____ minus	_____ =	_____
3. Föräldraskap	_____ minus	_____ =	_____
4. Socialt liv	_____ minus	_____ =	_____
5. Arbete	_____ minus	_____ =	_____
6. Utbildning/utveckling	_____ minus	_____ =	_____
7. Fritidsaktiviteter	_____ minus	_____ =	_____
8. Livsreflektioner	_____ minus	_____ =	_____
9. Hälsa	_____ minus	_____ =	_____
	Total Diskrepans Poäng		_____
	Total Viktig Poäng		_____
	Total överrens Poäng		_____

Bilaga 9: The Action and Acceptance Questionnaire

AAQ 22
Svensk version
JoAnne Dahl Olerud

Nedan hittar du en lista av påståenden. Skatta hur pass varje påstående stämmer överens med din uppfattning. Använd dig av följande skala.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
aldrig mycket sällan sällan ibland ofta nästan alltid alltid
sant sant sant sant sant sant sant

- _____ 1. Tankar kan vara farliga.
- _____ 2. När jag känner mig deprimerad eller ängslig kan jag ändå klara av det jag har ansvar för.
- _____ 3. Ångest är dåligt.
- _____ 4. Jag försöker inte ändra på mina olyckliga, eller skrämmande, tankar.
- _____ 5. Om jag har lovat göra något, gör jag det även om jag inte känner för det senare.
- _____ 6. Jag klarar inte av att göra saker om jag känner mig olycklig.
- _____ 7. Det är viktigare att sträva mot mina mål än att må bra.
- _____ 8. Mina tankar och känslor kan stå i vägen för att jag ska lyckas.
- _____ 9. Det är inget fel med att ha olyckliga tankar och känslor.
- _____ 10. Jag försöker att uppnå min mål även om jag är osäker på att jag kan.
- _____ 11. Om jag känner mig rädd finns det verkligen någonting att vara rädd för.
- _____ 12. Även om jag känner mig olycklig så betyder det inte att det finns något att vara olycklig över.
- _____ 13. Om jag tycker något är viktigt arbetar jag för det, även om jag gör andra besvikna för att jag gör det.
- _____ 14. Om jag blir uttråkad av någonting brukar jag sluta göra det.
- _____ 15. Jag går vidare i livet, hellre än att brottas med mina bekymmer eller med mina olycklighetskänslor.
- _____ 16. När jag vet att jag har rätt om något, borde andra veta om det.
- _____ 17. Ju större mina bekymmer eller min ängslan blir, ju mer orolig för mig själv blir jag.
- _____ 18. Även om jag är rädd att jag kommer att göra fel försöker jag ändå att ta itu med mina problem.
- _____ 19. Innan jag har ett viktigt samtal med någon, försöker jag att förutsäga vad personen kommer att säga eller göra.

- _____ 20. Jag arbetar hårt för att försäkra mig om att andra ska förstå mig.
- _____ 21. Mina bekymmer är som vissa Hollywoodfilmer. Mina bekymmer är som en skrämmande film, men tankarna är egentligen inte själva händelserna.
- _____ 22. Jag borde handla enligt mina känslor som jag har för stunden.

Bilaga 10: Treatment Credability Scale, anpassad version.

Nedanstående frågor ställs kontinuerligt till de personer som deltar i studier liknande denna. De är inte avsedda att ge en bedömning av terapeuten utan det är dina åsikter om den behandlingsmetod som vi kommer att använda för dig som vi är intresserade av. Du behöver inte vara rädd att dina svar kommer till någon annans kännedom. Ringa in den siffra som stämmer bäst med vad Du tycker.

1. Hur logisk tycker du att den här typen av behandling verkar?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Inte alls logisk									Mycket logisk

2. Hur säker är du på att den här metoden kommer att vara framgångsrik i behandlingen av dina problem?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Inte alls säker									Mycket säker

3. Med vilken grad av tillit skulle du rekommendera den här behandlingsmetoden till en vän med samma typ av problem som du har?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Inte alls tillitsfull									Mycket tillitsfull

4. Hur framgångsrik tror du att denna behandling skulle vara i behandling av andra problemområden?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Inte alls framgångsrik									Mycket framgångsrik

5. Hur förbättrad förväntar du dig bli av den här behandlingen?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen förbättring alls									Mycket stor förbättring

Bilaga 11: Manual för Attention Control

Manual för behandling av kontrollgrupp

Syfte:

Att ge deltagarna möjligheten att enskilt med terapeut, samt i grupp reflektera över sin livssituation. Egna erfarenheter skall ges en möjlighet att utforskas i en lugn och avslappnad miljö. Målet är att underlätta och fördjupa kunskap om sig själv. Samtalsledarens roll blir den att fokusera på deltagarens känslor för att underlätta dennes förändring (Borkovec, 1993). Inga råd skall ges under dessa samtal, frågor undvikas och endast användas för att leda samtalet framåt. I rationalen för *Reflektivt lyssnande*, som Borkovec och Costello benämmer metoden, är speglingar och aktivt lyssnande det som, bredvid klientens behov av att tala om olika saker, driver samtalet framåt. Vidare skall förslag och tolkningar undvikas, antydningar om riktigheten i klientens tankar får inte förekomma och den styrning av samtalet som får finnas är att peka på klientens känslor och fördjupning i dessa. (För mer information, se Borkovec, 1993)

Innehåll:

Individualkontakterna består av två samtal över 50 minuter placerade först och sist serien av samtalskontakter. I linje med syftet (se ovan) för dessa kontakter var klientens erfarenheter och känslor i fokus för samtalet.

Under de två grupp-sessionerna (session 2 och 3, tre timmar / session) ingår avsnitt med psykoedukation vilka samtalsledarna håller i, där fr.a. stress och smärta lyftes fram. Dessa utbildningsavsnitt varvas med reflektion bland deltagarna kring egna erfarenheter av de temata som avsnitten tar upp, samt sömnproblem. Avsnitten av psykoedukation bestod av:

Stress:

- Stress - definition. (Reaktion / Stressor)
- Stressreaktioner: fysiska och psykiska. Kroppens reaktioner på stress.
- Epidemiologi: vilka drabbas?
- Orsaker till stressreaktioner. Stressfaktorer (på arbetet, hemma, personliga kriser, egna förutsättningar).
- Stress och könsskillnader: Manligt/Kvinnligt (baserat på Frankenhauser, 1993)

Smärta:

- Smärta: definition
- Orsaker
- Vidmakthållande faktorer.

Allmänt:

- Kommunikation: hur samtalar vi med varandra? (Enklare diskussion om olika nivåer (innehåll/relation) och störningar (tankeläsning, utelämnande av information, generaliseringar, indirekta budskap, etc.) i samtal.

Praktiska inslag ingår i grupp-sessionerna: en sammanfogad variant av Tillämpad avlappning (Östh, 1997), del I och II, samt en "pausmassage", en ca. fem minuter lång massage av rygg och axlar. Dessa inslag, vilka deltagarna informerades om i början av sessionerna, lades in under sessionen då psykoedukation och diskussion pågått en stund och gruppen kände att ett avbrott behövdes.

Under grupp-sessionerna bjöds deltagarna på kaffe (15-20 minuter) en gång / session.

Förhållningssätt:

Samtalsledarna följer rationalen för reflektivt lyssnande i såväl individual- som grupp-sessionerna (se ovan).

Borkovec, T. D. & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611-619

