

ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY OG KRONISKE SMERTER I ALLMENNPRAKSIS

MED-3950 5.årsoppgave - Profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø

av

Kristian Pettersen - MK-08

VEILEDER: Nils Kolstrup, IKM

30.05.13 - Tromsø

INNHALDSFORTEGNELSE

| | |
|---|--------------|
| RESYMÈ | s. 3 |
| INTRODUKSJON | s. 4 |
| METODE | s. 5 |
| RESULTATER | |
| <i>Hva er kronisk smerte?</i> | s. 5 |
| <i>Behandling av kroniske smerter</i> | s. 6 |
| <i>Arbeidsrammen i allmennpraksis</i> | s. 7 |
| <i>Acceptance and commitment therapy</i> | |
| <i>Tradisjon og historie</i> | s. 8 |
| <i>Teoretisk grunnlag</i> | s. 9 |
| <i>ACT og kronisk smerte</i> | s. 12 |
| <i>ACT og tradisjonell behandling</i> | s. 14 |
| <i>ACT og kronisk smerte i allmennpraksis</i> | s. 15 |
| DISKUSJON | s. 19 |

RESYMÈ

Kronisk smerte er definert som smerte med varighet på 6 måneder eller mer. Kortvarig smerte behandles vanligvis med medikamentell smertelindring, mens en tverrfaglig tilnærming til kroniske smerter har best effekt. Den tverrfaglige behandlingen skjer oftest ved smerteklinikker, og består av ulike former for Cognitive Behavioral Therapy (CBT). De senere årene har det kommet en ny bølge av psykoterapeutiske metoder som avviker fra tradisjonell CBT. Blant de nye metodene finner man Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Grunnhypotesen i ACT er at pasientens psykologiske mekanismer ikke er ødelagte, men at de brukes på feil måte. Målet med terapien er dermed å hjelpe pasienten til å bruke sine ressurser til å leve et liv basert på sine dypeste verdier, i stedet for å fokusere på selve problemene og symptomene.

I denne litteraturstudien har jeg undersøkt om ACT kan være effektiv i behandling av kroniske smerter i en allmennpraktisk setting. Jeg har brukt oppdatert faglitteratur om emnet, gjort søk i PubMed, samt artikler fra relevante tidsskrift.

ACT har i flere studier vist seg å ha like god effekt som tradisjonell CBT når det gjelder pasientens smerteopplevelse, men også livskvalitet, psykiske helse og funksjonalitet. Studier viser også at ACT kan ha effekt på kroniske smerter ved bruk av selvhjelps litteratur og internettbasert terapi, samt i gruppebaserte terapi og har således potensiale til å bli brukt i en allmennpraktisk ramme. Det finnes etterhvert en stor mengde materiale som allmennlegen kan bruke for å tilegne seg metoden på en enkel og lettfattelig måte. Det trengs likevel flere og større randomiserte kontrollerte studier som stadfester effekten av ACT i behandling av kroniske smerter, både generelt og i en allmennpraktisk setting.

INTRODUKSJON

En stor spørreundersøkelse gjort i 2006, viste høyere forekomst av kronisk moderat til sterk smerte i Norge sammenliknet med de fleste europeiske land (Breivik, Collett et al. 2006). Leddsmerter hadde høyest forekomst (40%), deretter kom muskel- og skjelettsmerter (30%), smerte etter skader eller operasjon (20%), hyppig hodepine (10%), smerter etter nerveskade (4%) og kreftsmarter (1%).

Ved kortvarige smertetilstander er smertestillende medikamenter hensiktsmessige, men langvarig bruk av disse medikamentene kan få uønskede konsekvenser for pasientene. Dette gjelder særlig pasienter med kroniske smerter. Svakere smertestillende medisiner som NSAIDS kan gi blødninger og magesår (Langman, Brooks et al. 1991), og både NSAIDS og andre svake smertestillende midler kan gi medikamentindusert hodepine (Tepper 2012). Sterkere smertestillende medikamenter, som opiater, har en lang liste med uønskede effekter. Dette inkluderer blant annet konstipasjon, kvalme/oppkast, kløe, somnolens eller kognitiv påvirkning, tørr munn, toleranse eller avhengighet og urinretensjon (Labianca, Sarzi-Puttini et al. 2012).

En annen måte å tilnærme seg kroniske smerte på, har vært ved bruk av psykoterapeutiske metoder. Merriam-Webster ordbok definerer psykoterapi som «*the treatment of mental or emotional disorder or of related bodily ills by psychological means*» (Merriam-Webster 2013). Denne oppgaven skal fokusere på en spesifikk form for psykoterapi kalt Acceptance and Commitment Therapy (ACT).

ACT regnes som en del av den heterogene gruppen av terapiformer som kalles «tredje bølge psykoterapi» (Kahl, Winter et al. 2012). Disse terapiformene har til felles at de fokuserer på endring av adferd og kognisjon, og kalles derfor samlet for Cognitive Behavioral Therapy (CBT). CBT har vist seg å ha god effekt på en mengde lidelser, blant annet kronisk smerte (Hoifodt, Strom et al. 2011). De ulike terapiformene varierer når det gjelder fokus. Hovedtanken i ACT er at tanker, følelser og sanseopplevelser ikke trenger å bestemme hvordan man vil leve livet sitt. Smerte vil alltid være til stede i varierende grad, og dersom man bruker for mye tid og krefter på å unngå noe uunngåelig, vil dette bare øke lidelsen. I ACT lærer man å fokusere på leve et liv i samsvar med sine dypeste verdier i stedet for å fokusere på følelser, tanker og sanseopplevelser (Robinson, Gould et al.

2010). Jeg ønsker å undersøke om denne metoden kan benyttes av allmennleger for å hjelpe pasienter med kronisk smerte.

METODER

Oppgaven er en litteraturstudie, og jeg har tilegnet meg kunnskap gjennom bøker, søk i PubMed, Tidsskriftet for Den Norske Legeforening og andre relevante tidsskrift, samt internettbaserte søk. De ulike praktiske hjelpemidlene beskrevet senere i oppgaven, samt vedleggene, er hentet fra boken «Real Behavior Change in Primary Care» (Robinson, Gould et al. 2010). Oversettelsene til norsk er gjort av undertegnede, det finnes ingen offisielle oversettelser til norsk av dette arbeidsmaterialet.

For å kunne diskutere problemstillingen, vil jeg først gi en oversikt over ulike aspekter ved kronisk smerte. Deretter vil jeg se på hvilken arbeidsramme allmennlegen har. Så vil jeg behandle ACT; dens teoretiske grunnlag og presentere studier som støtter opp under terapiformen med fokus på kroniske smerter, samt studier som ser på effekten av ACT opp mot tradisjonelle terapiformer i behandling av kroniske smerter. Deretter vil jeg presentere forskning som er gjort på bruk av ACT i behandling av kroniske smerter i en allmennpraktisk setting, og studier relatert til dette. Til slutt vil jeg med bakgrunn i disse funnene diskutere om det er hensiktsmessig å bruke ACT som metode i behandling av kroniske smerter i allmennpraksis.

RESULTATER

Hva er kronisk smerte?

Kronisk smerte defineres oftest som «*smerte med varighet på seks måneder eller mer*» (Brattberg, Thorslund et al. 1989). Det er vanlig å skille mellom 3 hovedtyper:

- 1) Nosiseptiv smerte - smerte som skyldes vevsskade (f.eks. revmatiske leddsykdommer)
- 2) Nevropatisk smerte - smerte som skyldes dysfunksjon i nervesystemet (f.eks. isjas)
- 3) Idiopatisk smerte - smerte av ukjent årsak (f.eks. uspesifikke rygg- og nakkesmerter)

Selv om årsakene til kronisk smerte kan være sammensatte og svært forskjellige, er det fellestrekk når det gjelder risikofaktorer, symptomer, konsekvenser og behandling. Derfor anses ofte kronisk smerte å være en egen lidelse, uavhengig av årsak (Siddall and Cousins 2004).

Smerter er trolig den vanligste årsaken til at pasienter oppsøker helsevesenet. En svensk studie fant at 28% av pasientene i allmennpraksis hadde en eller flere definerte smertetilstander (Hasselstrom, Liu-Palmgren et al. 2002). I Danmark fant man ut at kroniske smertepasienter har 4 til 5 ganger flere liggedøgn på sykehus enn befolkningen øvrig (Becker, Bondegaard Thomsen et al. 1997).

Kronisk smerte er den hyppigste årsaken til langtidssykefravær og uførhet i Norge i dag. Muskel- og skjelettlidelser var hoveddiagnosen i 41% av de sykefraværsdagene som ble dekket av folketrygden i perioden jan-jun 2009. Bland uføretrygdemottakere i 2007 var muskel- og skjelettlidelser årsaken i 32% av tilfellene (Folkehelseinstituttet 2010).

Kvinner rammes oftere og har mer intens smerte ved kroniske smerter enn menn. Dette bidrar til høyere sykefravær og økt uførhet blant kvinner (Fillingim, King et al. 2009). Kroniske smerter øker risikoen for redusert psykisk helse og faren for avhengighet av vanedannende medisiner. Kroniske smertepasienter har 2-4 ganger høyere forekomst av angst og depresjon og dobbelt så stor forekomst av selvmord som befolkningen øvrig (McWilliams, Goodwin et al. 2004).

Behandling av kroniske smerter

De fleste pasienter med smerter oppsøker først sin fastlege. Konsultasjoner med smerte som hovedproblem står for over 50% av alle besøk hos fastlegen. Den vanligste måten å behandle smerte på, enten smerten er akutt eller kronisk, er ved bruk av medikamenter (Folkehelseinstituttet 2010). Den Norske Legeforening gav i 2009 ut «Retningslinjer for smertelindring» (Legeforening 2009). Her gis det blant annet anbefalinger om hvilke typer medikamenter som har vist seg å ha best effekt på ulike typer langvarige smerter. Disse varierer mellom paracetamol, NSAIDS, antiepileptika, antidepressiva og antipsykotika . Når pasientens symptomer overstiger allmennlegens kompetanse, blir denne henvist videre til spesialisthelsetjenesten innenfor relevant område. Når så pasienten er ferdig utredet og behandlet, overtar igjen fastlegen ansvaret for pasienten. Noen pasienter blir henvist til egne tverrfaglige smerteklinikker. En undersøkelse viste likevel at bare 8% av pasienter med moderate til sterke kroniske smerter hadde vært hos en smertespesialist (Breivik, Collett et al. 2006). Flere studier tyder på at en tverrfaglig behandling av langvarige smerter har størst effekt. (Becker, Sjogren et al. 2000, Thomsen, Sorensen et al. 2001). Den tverrfaglige behandlingen som studiene viser til blir beskrevet som kognitiv-adferdsterapeutisk av natur, og inneholdt en eller flere av følgende komponenter:

Opplæring i smertens fysiologi og psykologi, opplæring i mestringsstrategier, medikamentell smertelindring, sosio-økonomisk rådgivning og/eller fysikalsk behandling. Medarbeiderne besto av anestesiloger, psykologer, fysioterapeuter, sykepleiere og sosialarbeidere.

Arbeidsrammen i allmennpraksis

Forutsetningene for legearbeidet i allmennpraksis er på mange måter annerledes enn i spesialisthelsetjenesten¹. Den er ulik blant annet når det gjelder *personlig kjennskap, tid, lokalkunnskap og medisinsk kunnskapsnivå*. Hunsskår samler disse aspektene i begrepet *kontinuitet* (Hunsskår 2003). Andre aspekter vil ikke bli behandlet her.

Gjentatte konsultasjoner legger til rette for et tillitsforhold mellom pasient og lege. Dette kan skape en fortrolighet som gjør at pasienten våger å ta opp vanskelige tema. Legens kjennskap til pasienten gjør at han lettere kan oppfatte ikke-verbal kommunikasjon. Fordi legen opparbeider seg kunnskap om pasienten, trenger ikke pasienten å legge fram sin sykehistorie gjentatte ganger. Ved kontinuerlig oppfølging av kronisk sykdom er det vist at en fast lege skriver ut færre medikamenter og foretar færre tilleggsundersøkelser enn en stadig skiftende lege. Pasientene følger av denne grunn også medisinske råd i høye grad. Bedre oppfølging av kronisk syke er en av hovedintensjonene med

Samhandlingsreformen som ble vedtatt av Stortinget i 2010 (Regjeringen 2010). Legen får også kjennskap til pasientens livssituasjon, hans familie og sosiale nettverk. Dette gjør det lettere for legen å få en helhetlig forståelse av pasientens liv. Legen får i tillegg mulighet til å vurdere om pasientens nettverk kan brukes som støttespillere eller ikke. På den andre siden kan gjentatte konsultasjoner føre til at legen blir sløvere i sin vurdering av eller forutinntatt overfor pasienten. Det kan utvikles et maktforhold mellom lege og pasient på den måten at pasienten føler seg avhengig av sin fastlege.

Tidsaspektet handler om tidsrammen i selve konsultasjonen, men også om tiden mellom konsultasjonene. Undersøkelser viser at en allmennlege i Norge har omtrent 20 minutter til rådighet for hver pasient (Gadgil and Hana 2009). En slik tidsramme legger nødvendigvis noen føringer for hvordan behandlingen av pasienten skal foregå i allmennpraksis. Gjentatte konsultasjoner gir legen anledning til å oppfatte selv små forandringer hos pasienten over tid, og gir mulighet for justeringer underveis.

¹ I 1985 ble allmenntilleggsmedisin en egen medisinsk spesialitet i Norge. Her blir derimot begrepet spesialist brukt om leger som jobber i spesialisthelsetjenesten.

Lokalkunnskap handler om legens kjennskap til miljøet som pasienten ferdes i til daglig. Dette gjelder både arbeidsplass, studiested og lokalsamfunnet som helhet. Legen har mulighet til å se hvilke faktorer i miljøet som kan påvirke pasientens helse og bedring.

Allmennlegens medisinske kunnskapsnivå gjenspeiles av hans rolle som generalist. Fordi han skal gjøre vurderinger av en uselektert befolkning, må han ha kunnskap på tvers av det medisinske fagfeltet (Hunskår 2003).

Acceptance and Commitment Therapy

Tradisjon og historie

Moderne psykoterapi har historisk sett kommet i tre bølger (Kahl, Winter et al. 2012). Den første bølgen var adferdsterapien som vokste fram på 50-tallet, med fokus på klassisk betinging og operant læring. Adferdsterapeutene ønsket å finne måter å forutse og kontrollere menneskelig adferd på (Watson 1913). Mange av begrepene som brukes i psykologifaget i dag er unnfanget i denne perioden. Den rådende tankegangen blant adferdsterapeutene på denne tiden var at mentale problemer og forstyrrelser var forårsaket av enkle læringspsykologiske mekanismer, som f.eks. belønning og straff. (Kringlen 2005). Dersom man klarte å avlære uønsket adferd og forsterke positiv adferd, ville de mentale problemene forsvinne av seg selv. Behandlingsmetodene som fulgte var blant de første til å bli evaluert i store kliniske forsøk. Samtidig var noe av kritikken mot adferdsterapien at den så ut til å endre adferdsmønsteret, men man kunne ikke si noe om tankene og de indre prosessene. Selv om de kliniske forsøkene viste at mentalt forstyrret adferd kunne endres gjennom terapi, så var det få beviser for at man endret mentalt forstyrrede eller negative tanker (Robinson, Gould et al. 2010).

Den andre bølgen var mer fokusert på informasjonsprosessering, og er kjent for allmennheten som kognitiv terapi. Den kognitive terapien i sin klassiske form er den mest utbredte formen for psykoterapi i verden i dag. (Kahl, Winter et al. 2012), og den har vist seg å ha bedre effekt enn placebo på en mengde lidelser (Beck and Dozois 2011). Likevel, etter 45 års erfaring med kognitiv terapi, er det en voksende bevissthet om dens mangler. Blant manglene nevnes begrensede effektstørrelser, og at data som støtter nødvendigheten av intervensjon for kognitiv endring mangler. I tillegg har kognitiv terapi vist seg å ikke passe for alle pasientgrupper (Dimidjian, Hollon et al. 2006, Longmore and Worrell 2007, Dobson, Hollon et al. 2008).

ACT blir regnet blant en heterogen gruppe terapiformer som sammen utgjør den tredje bølgen av psykoterapier (Kahl, Winter et al. 2012). Det har blitt introdusert nye begreper som metakognisjon, kognitiv fusjon, emosjoner, aksept, mindfulness, dialektikk, spiritualitet og terapeutisk relasjon. Fellestrekkene er at de legger mindre vekt på problemorientert kognitiv intervensjon og teoretiske modeller som forutsetter at psykiske lidelser opprettholdes av mangel på ferdigheter. I tillegg har man fått en renessanse av prinsipper fra den første bølgen, blant annet operant betingning (Kahl, Winter et al. 2011).

Teoretisk grunnlag

Noe av kritikken mot den tidlige adferdsforskningen, var at man uten forbehold generaliserte fra dyr til mennesker som forsøksobjekter (Robinson, Gould et al. 2010). Man tok derfor ikke hensyn til at mennesket, i mye større grad enn dyr, har evne til refleksjon og avansert språk. En pasient kan for eksempel ha lest at mange som slutter å røyke legger på seg, og tanken på at hun skal øke i vekt er med på å vedlikeholde røykemønsteret. Ved å inkludere avanserte funksjoner hos mennesket i teoriene man utledet i den første bølgen av psykoterapier, har man utviklet en modell for en mer helhetlig forståelse kalt *Relational Frame Theory (RFT)*, som også ACT bygger på (Palmer 2004).

Som tidligere nevnt, har man i nyere terapiformer i stor grad forlatt problemorientert terapi og fokuset på manglende mestring som årsak til lidelse. I ACT er tanken at vi alle er en del av en større sammenheng, en kontekst, og at livene våre ikke består av isolerte handlinger, men av mål, ønsker og verdier (Robinson, Gould et al. 2010). Dette kan oppsummeres i begrepet *funksjonell kontekstualisme*. Dersom man spør en person med kroniske smerter om hva hans høyeste ønske er, vil han ofte oppgi at smertene måtte bli borte for alltid. I ACT spør man hva som videre er grunnen til at han ønsker dette, og pasienten vil ofte svare at da kan han begynne å arbeide og ha sosialt fellesskap igjen. Hovedfokuset i ACT er dermed ikke å fokusere på selve problemet, i dette tilfellet smertene, men å heller hjelpe pasientene til igjen å få kontakt med sine ønsker og verdier, sin kontekst. Tanken er at dette så blir en motivasjon for endring av adferd, og i siste instans mindre lidelse.

Samtidig ser man på sinnet (eng: the mind) som konteksten for følelser, tanker, assosiasjoner, minner og sanseopplevelser². En deprimert person vil i følge en kontekstuell tilnærming ha negative TEAMS, men disse er ACT-teori ikke nødvendigvis en del av personen. Man sammenlikner sinnet med en skål med suppe som inneholder mange ingredienser, og ingrediensene er blant annet tanker, følelser og sanseopplevelser.. Et av målene i ACT er å få pasienten til å forstå at man kan bære denne suppeskålen i stedet for å bli båret av den. Dermed åpner det seg for nye måter å handle på, fordi man ikke lenger opplever seg styrt av sine TEAMS. Til sammenlikning, vil en mer problem-orientert tilnærming fokusere på hvilke mekanismer som er ødelagte hos pasienten. Dersom man for eksempel forutsetter at depresjon forårsakes av mangel på serotonin-produksjon i hjernen, vil man fokusere på å reparere eller substituere denne mekanismen. Dermed vil én type behandling, eller variasjoner av denne, være riktig for alle pasienter med et spesifikt problem. Den kontekstuelle tilnærmingen foreslår derimot at menneskelig lidelse oppstår når normale, velfungerende mekanismer ikke brukes for å støtte opp om pasientens dypeste interesser. Problemet består dermed ikke i ødelagte mekanismer, men i at pasienten er fanget i rigide adferdsmønstre som hindrer ham i å etterstrebe et mer meningsfullt liv (Robinson, Gould et al. 2010, Hayes, Strosahl et al. 2012).

Det er en grunntanke i ACT-teori at vår holdning til lidelse formes av den kulturen vi vokser opp i. Man mener at vi i den vestlige verden raskt lærer at lidelse må minimaliseres og helst elimineres. Kanskje ikke fordi lidelsen er så skadelig, men fordi den har en emosjonell påvirkning på andre; de opplever den som ubehagelig. Man har derfor introdusert begrepet *The Principle of the Destructive Normality*. Det er en myte om at friske mennesker ikke burde ha negative mentale opplevelser, og hvis de har noen, så burde de evne å takle disse når de oppstår. Derfor blir vi også opptatte av å forhindre at vi føler oss dårlige. Vi må straks finne ut hva som forårsaker de ubehagelige TEAMS og eliminere årsakene. Studier har derimot vist at forsøk på å undertrykke, kontrollere eller eliminere negative følelser, tanker, minner eller sanseintrykk skaper en rebound-effekt som fører til økt lidelse og sorg (Wegner, Schneider et al. 1987). I ACT ser man på lidelse som en del av det å være menneske, og når man ikke kan unngå den, er det mer hensiktsmessig å godta at den er der, og forsøke å akseptere den som en naturlig del av livet.

² I ACT kalles disse samlet for TEAMS, som er et akronym for ordene på engelsk.

I ACT tenker man seg at menneskelig lidelse øker når man blir fastlåst i et sett med mentale regler som man benytter i enhver situasjon - såkalt psykologisk rigiditet (Robinson, Gould et al. 2010, Hayes, Strosahl et al. 2012). Denne rigiditeten utvikles gjennom seks klart definerte mentale prosesser:

- 1) *Ved å leve i fortiden eller framtiden* - man har problemer med å være tilstede i nuet, og tenderer til å leve sitt tankemessige liv i fortiden eller framtiden. En pasient med kronisk smerte kan for eksempel bruke mye energi på å tenke på hvordan livet var før smertene oppstod. Dermed vil nuet virke enda mer uholdbart.
- 2) *Ved løsrivelse fra verdier* - når man ikke lenger er i kontakt med sine egne verdier, mister man evnen til å bruke dem som ledestjerner for adferd og handlinger. En pasient med kronisk smerte kan ha likt å bruke tid med venner og gått i kirken, men etter at smertene kom har han satt disse aktivitetene på pause i påvente av at smertene skal forsvinne. I ACT-teori hevder man at livet blir meningsfullt når man lever i samsvar med sine dypeste verdier, og at man ikke trenger å vente å utsette dette til man er smertefri.
- 3) *Ved impulsive, selvutslettende handlinger eller fravær av handlinger* - pasienten blir sittende fast i uhensiktsmessige handlinger eller passivitet i et forsøk på å kontrollere uønskede TEAMS. En pasient med kronisk smerte kan f.eks. utvikle avhengighet av smertestillende preparater i et forsøk på å redusere lidelsen, eller han kan miste kontakt med venner fordi han stenger seg inne med smertene sine.
- 4) *Ved å være fastlåst i begrensende selv-historier* - dette handler om måten man beskriver seg selv og hvordan man har blitt sånn. Noen har problemer med å se at det er de som forteller historien, og deres egen historie blir således den eneste sannheten. I ACT lærer man å se at ens egen historie kan fortelles på ulike måter, og at den hele tiden forandres.
- 5) *Ved å sitte fast i TEAMS og uhåndterlige regler* - noen ganger kan TEAMS og handlinger fusjoneres på en uhensiktsmessig måte. For eksempel kan en person med kroniske smerter automatisk ta smertestillende medisiner når smertene opptrer, slik at sanseopplevelsen og handlingen smelter sammen. I ACT lærer man å «ta et steg tilbake» og observere den smertefulle sanseopplevelsen og handlingen hver for seg, at de ikke nødvendigvis trenger å følge hverandre.

6) *Ved aktivt å unngå TEAMS* - uvilligheten til å ha kontakt med TEAMS, innebærer unngåelse, undertrykkelse, distraksjon og flukt. «The rule of mental events» sier at jo mindre du vil ha en spesiell tanke, minne, følelse eller sanseopplevelse, jo mer får du av dem. Ved å leve et liv i unngåelse av kronisk smerte, vil smerten oppleves sterkere. Når pasientene bruker krefter og tid på ting de ikke kan forandre, bruker de desto mindre tid på det de faktisk kan forandre, nemlig adferden.

Det beskrives også andre mekanismer, blant annet at pasienten kan ha problemer med å skille mellom den indre og den ytre konteksten, og ha tendenser til å benytte strategier som fungerer i den ytre verden på indre problemer. For eksempel kan pasienten angi at årsaken til det høye langtidsblodsukkeret er et ødelagt glukoseapparat, eller hun kan skyldes på depresjon. Å bruke det ødelagte blodsukkerapparatet som årsak er legitimt, fordi problemet lar seg løse på en enkel måte, man kan skaffe et nytt apparat. Depresjon er derimot et problem man ikke kan løse umiddelbart, og dersom pasienten tenker at depresjonen skal forsvinne før hun måler blodsukkeret, benytter hun en ytre regel som ikke fungerer på indre problemer.

Løsningen på problemet med psykologisk rigiditet må være psykologisk fleksibilitet. Det defineres som *evnen til å være til stede i øyeblikket, fullstendig mottakelig og åpen for det som skjer i nuet, og handle i samsvar med ens verdier*. Motsvaret på de seks definerte prosessene som fører til psykologisk rigiditet er dermed som følger:

1. *Være til stede i øyeblikket*
2. *Forsterke kontakten med ens verdier*
3. *Opprettholde aktivitet som er konsistent med disse verdiene*
4. *Se seg selv utenfra - for å avsløre begrensende selv-historier*
5. *Ta et steg tilbake fra TEAMS og avkoble dem fra handlingene*
6. *Akseptere TEAMS og fokusere på handling/adferd*

ACT og kronisk smerte

Ved søk i PubMed på «Acceptance and Commitment Therapy + Chronic Pain», får man 37 treff på studier publisert mellom 2007 og 2013. 15 av publikasjonene var prospektive intervensjoner som undersøkte effekten av ACT-basert behandling på pasienter med ulike kroniske smertetilstander. Av disse var det 8 randomiserte kontrollerte forsøk,

mens de resterende ikke inkluderte kontrollgrupper. Av de randomiserte forsøkene hadde det største studiet 100 deltakere. Søket inkluderte også 8 ikke-intervenerende prospektive studier, som brukte spørreskjema for å kartlegge psykologisk fleksibilitet hos pasientene på et tidspunkt, for så å se på grad av smerte og andre faktorer relatert til livskvalitet på et senere tidspunkt. Av disse inkluderte det største studiet 171 forsøksobjekter, mens det minste var en case-studie med én person. Publikasjonene inkluderte i tillegg 4 komparative studier som sammenliknet ACT med tradisjonell CBT og/eller andre psykoterapeutiske metoder. De resterende publikasjonene omhandlet ulike verktøy for å måle psykologisk fleksibilitet, livskvalitet og smerte, samt oversiktsartikler over ACT som fagfelt, drøftinger av ACT som metode og oppsummering av forskning som er gjort på ACT og kronisk smerte. Det blir senere referert til et utvalg av disse, samt relevante studier i andre tidsskrift relatert til psykologi og smerte, blant annet Pain, Behaviour Research and Therapy, Cognitive and Behavioral Practice, Pain and Headache Reports, European Journal of Pain, Health Psychology, Journal of Consulting and Clinical Psychology og Journal of Pain.

Wicksell med flere gjorde i 2008 en randomisert kontrollert studie der de undersøkte effekten av aksept- og verdibasert terapi på pasienter med whiplash-assosierte smerter (Wicksell, Ahlqvist et al. 2008). De 21 forsøksobjektene ble rekruttert fra en pasientorganisasjon og randomisert til en behandlingsgruppe eller en kontrollgruppe under samme vilkår som pasienter på venteliste. De fant at det var signifikante forskjeller i favør av behandlingsgruppen når det gjaldt smerterelatert funksjonshemming, tilfredshet med livet, frykt for bevegelser, depresjon og psykologisk infleksibilitet, mens det var ingen forskjeller mellom gruppene når det gjaldt smerteintensitet. Forbedringene i behandlingsgruppen var persistente ved oppfølging etter 7 måneder. I 2011 gjorde Carbonell-Baeza med flere en liknende randomisert kontrollert studie på 65 kvinner med fibromyalgi (Carbonell-Baeza, Aparicio et al. 2011). Kvinnene ble randomisert i en forsøksgruppe som gikk i et multidisiplinært behandlingsopplegg 3 dager i uken i 3 måneder, og behandlingen bestod i vann- og landbasert trening, samt ACT-basert terapi. Kontrollgruppen fikk ordinær behandling. Resultatet viste at intervensjonsgruppen hadde signifikant mindre utmattelse, stivhet, angst og depresjon, smerter i kroppen, samt bedre vitalitet og fungerte bedre sosialt. I kontrollgruppen var både depresjon og sosial funksjon forverret. En senere publikasjon fra 2013 bekrefter disse funnene i en noe større studie (Wicksell, Kemani et al. 2013). I 2012 ble det gjort en randomisert kontrollert studie på en tilsvarende pasientgruppe, også denne gangen kvinner med fibromyalgi, der

behandlingsgruppen fikk ukentlige behandlinger med et ACT-basert opplegg i 12 uker (Jensen, Kosek et al. 2012). Denne gangen ble det tatt fMRI både før og etter intervensjonen for å måle klinisk respons på smerte, i tillegg til at pasientene rapporterte selvopplevd smerte. Funnene viste at den kliniske smerteresponsen i behandlingsgruppen var den samme som før intervensjonen, men at selvrapportert smerte var signifikant mindre. Nøyere tolkninger av resultatene fra fMRI skanningen viste at behandlingen hadde ført til en økt aktivisering av ventrolateral prefrontal/lateral orbitofrontal cortex, regioner i hjernen som er assosiert med eksekutiv kognitiv kontroll. Forfatterne foreslår at behandling med ACT endrer hvordan hjernen prosesserer smerte ved at høyere eksekutive områder omtolker smertesignalene.

ACT og tradisjonell behandling for kronisk smerte

I en oversiktsartikkel fra 2011 så man på effekten av ACT sammenliknet med tradisjonell CBT i behandling av kronisk smerte (Veehof, Oskam et al. 2011). Det ble inkludert 9 randomiserte kontrollerte forsøk, 5 klinisk kontrollerte forsøk og 8 ikke-kontrollerte forsøk, som til sammen utgjorde 1235 pasienter. Effektstørrelsen i de kontrollerte forsøkene for smerte var på 0,37. Forfatterne konkluderer med at ACT med sine komponenter per i dag ikke er overlegen tradisjonell CBT i behandling av kronisk smerte, men at de kan være gode alternativ. Videre sier de at ACT har liten til middels effekt på fysisk og mental helse hos kroniske pasienter, omtrent på nivå med CBT.

Wicksell med flere sier likevel i en annen publikasjon at selv om tradisjonell CBT har gitt viktige bidrag i behandling av kronisk smerte, har ikke prosessene som fører til bedring i CBT blitt tilstrekkelig klarlagt (Wicksell, Olsson et al. 2010). De mener at det finnes sterke argumenter for å styrke en mer teori-drevet forskning. På denne måten kan man identifisere hvilke prosesser som er effektive i behandlingen, og så forsøke å forsterke disse. I sin studie fant de at komponenter i CBT som tenkes å forårsake lidelse, blant annet smerteintensitet, angst, depresjon, kienesofobi (angst for å bevege seg) og tro på egen mestring, ikke samvarierte med oppgitt smerterelatert funksjonshemming og livsglede hos pasienter med Whiplash-relatert sykdom. Psykologisk infleksibilitet derimot, som i ACT-teori er tenkt å utgjøre hovedårsaken til lidelsen, varierte signifikant med de oppgitte variablene hos denne sykdomsgruppen.

Vowles og McCracken utførte en studie i 2010 en komparativ studie der de sammenliknet effekten av ACT og tradisjonelle mestringsstrategier i smertebehandling (Vowles and

McCracken 2010). Tradisjonell psykoterapeutisk smertebehandling inkluderer en blanding av metoder, blant annet psykologisk betingning, trening på avslapning og oppmerksomhetskontroll, strategier for å redusere irrasjonelle eller dysfunksjonelle tankemønstre og trening på å holde kontroll over aktiviteter. Målet i studien var å undersøke hvordan ACT og økning i psykologisk fleksibilitet påvirket funksjonsnivå hos pasienter med kroniske smerter sammenliknet med disse metodene. Studien inkluderte 114 pasienter med kroniske smerter, og resultatet viste at tradisjonelle metoder ikke var relatert til bedring hos disse pasientene. Økning i psykologisk fleksibilitet førte derimot til konsistent og signifikant bedring hos denne pasientgruppen.

Bailey med flere gav i 2010 ut en preliminær oversiktsartikkel som tok for seg ulike behandlingsopplegg for kroniske smerter, nærmere bestemt kroniske muskel- og skjelettsmerter (Bailey, Carleton et al. 2010). De sammenliknet effekten av fire ulike opplegg: Gradert in vivo eksponering (GivE), gradert aktivitet, ACT og en blanding av adferdsterapeutiske behandlingsformer. Resultatene tyder på at GivE og ACT gir de beste resultatene for å behandle frykt- og unngåelsestanker hos disse pasientene.

ACT og kronisk smerte i allmennpraksis

Wetherell med flere gjorde i 2011 en randomisert kontrollert studie på 114 individer som hadde rapportert kronisk, ikke-malign smerte i minst 6 måneder (Wetherell, Afari et al. 2011). Gruppene fikk ukentlig 90-minutters behandling i 8 uker med henholdsvis ACT-basert terapi eller tradisjonell CBT etter en 4-6 ukers forberedelsesperiode. Gruppene ble deretter fulgt opp etter 6 måneder. Studiet var designet spesielt til bruk i en allmennpraktisk setting, og ikke i en spesialisert smerteklinikk, blant annet ved at deltakerne mottok terapi i grupper, en behandling som er kosteffektivt og legger til rette for gjensidig støtte mellom personene innad i gruppen. Deltakerne i ACT-gruppen ble presentert for materiale som viste at kontroll-orienterte strategier som tankeundertrykking og forsøk på å eliminere smerte og stress er lite fruktbart. De fikk opplæring i mindfulness-strategier for å utvikle evnen til å observere muskelspenninger og -ubehag, negative tanker og følelsesmessig stress uten å bruke energi på å kontrollere dem. De ble også oppmuntret til å identifisere sine personlige verdier, og sette kort- og langsiktige mål konsistente med disse verdiene for å oppnå større livskvalitet og funksjonalitet. Resultatene viste at selv om deltakerne i ACT-gruppen oppnådde bedre resultater på flere områder, var det kun på ett punkt at disse skåret bedre enn CBT-gruppen, nemlig

tilfredshet. Forfatterne konkluderer med at ACT er en effektiv og akseptabel behandlingsform for pasienter med kronisk smerte.

Mo'tamedi med flere bekrefter effektiviteten av ACT-inspirert gruppebasert intervensjon i sin randomiserte kontrollerte studie av kvinnelige pasienter med kronisk hodepine i en poliklinisk setting (Mo'tamedi, Rezaemaram et al. 2012). Intervensjonsgruppen fikk medisinsk behandling som normalt, og deltok i tillegg på 8 behandlingstimer med ACT i gruppeterapi, mens kontrollgruppen kun fikk ordinær medisinsk behandling. Til sammen 11 deltakere fullførte opplegget i intervensjonsgruppen, mot 15 stykker i kontrollgruppen. Resultatene viste at intervensjonsgruppen hadde en signifikant reduksjon i funksjonsnedsettelse relatert til hodepine sammenliknet med kontrollgruppen.

McCracken og Velleman gjorde i 2010 en studie på 239 voksne som ble rekruttert gjennom en spørreundersøkelse hos sin allmennlege i England (McCracken and Velleman 2010). Man målte aksept av smerte, mindfulness, psykologisk aksept, verdibasert levesett, helsetilstand og legebeseøk relatert til smerte. De ulike komponentene av psykologisk fleksibilitet viste seg å samsvare positivt med helsetilstand og antall besøk hos allmennlegen. De konkluderte med at psykologisk fleksibilitet kan tenkes å redusere påvirkningen kronisk smerte har på pasienter med lavgradige til moderat komplekse problemstillinger utenfor spesialisthelsetjenesten.

Johnston og Foster med flere gjorde en randomisert klinisk studie på bruk av to ulike selvhjelpsbøker i behandling av pasienter med kroniske smerter (Johnston, Foster et al. 2010). Den ene boken var orientert rundt mestring, applied relaxation (AR), og den andre bygget på ACT-teori. Studien inkluderte 90 deltakere, og intervensjonen i begge forsøksgruppene startet og sluttet med en konsultasjon ansikt-til-ansikt. Mellom konsultasjonene utførte deltakerne et 7 ukers selvhjelpsprogram basert på de respektive bøkene med mulighet for hjelp fra en terapeut via telefon. Før og etter intervensjonen ble det målt livskvalitet, depresjon, angst, aksept av kronisk smerte, funksjonsnivå og smerteintensitet hos deltakerne. Resultatene viste at aksept av kronisk smerte, livskvalitet, funksjonsnivå og smerteintensitet i ACT-gruppen hadde blitt signifikant bedret sammenliknet med AR-gruppen. Reduksjon av angst og depresjon var signifikant bedret i begge gruppene. Forfatterne konkluderer med at selvhjelpsbøker bygget på ACT-teori gir et verdifullt tilskudd til behandlingsrepertoaret for pasienter med kroniske smerter.

Buhrman med flere utførte i 2013 en randomisert klinisk studie på bruk av internettbasert ACT-behandling av pasienter med kroniske smerter (Buhrman, Skoglund et al. 2013). De inkluderte 76 pasienter med kroniske smerter som enten ble randomisert til en gruppe som fikk et 7 ukers internettbasert behandlingsopplegg bygget på ACT eller en kontrollgruppe som deltok i et moderert online diskusjonsforum. Resultatene viste signifikant økning når det gjaldt engasjement i aktiviteter og villighet til å ha smerter i ACT-gruppen. Intervensjonsgruppen viste også en reduksjon i smerterelatert stress, angst og depresjon, og ved kontroll etter 6 måneder viste de opprettholdelse av forbedringene.

Det har vært utarbeidet praktiske hjelpemidler som allmennlegen kan bruke for å lære pasienten opp i ACT (Robinson, Gould et al. 2010). For at det hele skal være planmessig, organisert og målbart, har det blitt utviklet et program som kalles The Pain and Quality of Life (McCracken, Vowles et al. 2004). Dette er et ACT-inspirert opplegg for pasienter med kroniske smerter, og det er tilpasset rammene man har i allmennpraksis. Man kan jobbe med pasientene alene eller i grupper, ofte med samling eller konsultasjon en gang per måned. Opplegget inkluderer undervisning i filosofien bak ACT, opplæring i de ulike teknikkene og oppfølging av hver enkelt pasient i forhold til framdrift og måloppnåelse. Tabell 1 viser noen av prosessene og teknikkene som brukes for å arbeide med dem.

Tabell 1 - Pain and Quality of Life - utdrag

| PROSESSER | TEKNIKKER |
|--|---|
| Ta et steg tilbake fra TEAMS og avkoble dem fra handlingene | TEAMS skjema |
| Akseptere TEAMS og fokusere på handling/adferd | «Ørneperspektivet» |
| Forsterke kontakt med ens verdier, og opprettholde aktivitet som er konsistent med disse | «Kjærlighet, arbeid, lek» «Målskiven» «Alle hender på dekk» |

TEAMS skjema

Pasienten skal identifisere ulike TEAMS som er med å kontrollere ham, og skrive dem ned i en enkel tabell. Pasienten kan gjerne trene på å gjøre dette hjemme også, og så kan skjemaet brukes i konsultasjonen for å avdekke hvordan negative TEAMS styrer adferden til pasienten. En pasient med kroniske smerter kan for eksempel observere at når han får smerter, trekker han seg unna andre mennesker.

Ørneperspektivet

I denne teknikken bruker man en metafor, en ørn som sirkler høyt under himmelen, for å hjelpe pasienten til å få perspektiv over livet og legge en kurs uavhengig av TEAMS. Pasienten kan gjerne forestille seg at han letter fra bakken og flyr høyt over de ulike elementene i livet sitt. Ørnen flyr mot reiret, og pasienten må finne ut hvor han ønsker å fly - det vil si hvilke mål og ønsker han har for livet og ønsker å bevege seg mot. Tanken er at dette vil hjelpe pasienten til å ikke distraheres av sine smerteopplevelser i valg av livsvei.

Kjærlighet, arbeid, lek og helse-skjemaet

De fleste mennesker synes det er vanskelig å avgjøre hva som er deres grunnleggende verdier. Derfor kan det være til hjelp å stille enkle spørsmål knyttet til de ulike elementene i overskriften, for eksempel «Hvem bor du med?», «Liker du arbeidet ditt?», «Hva gjør du for å slappe av?», «Trener du jevnlig?».

Målskiven

I denne oppgaven skal pasienten forsøke å plassere på en målskive i hvilken grad han lever i samsvar med verdiene sine. Dersom han setter et kryss i midten av målskiven, betyr det at han lever fullstendig i samsvar. Dersom han plasserer krysset i noen av ringene utover fra midten, må han bestemme seg for atferdsendringer som kan føre til større måloppnåelse. En pasient med kroniske smerter kan for eksempel ha «nære relasjoner» som en viktig verdi. Fordi han holder seg hjemme hver gang han får smerter, treffer han ikke blink på målskiven. Atferdsendringer kan da være å gå på besøk til en venn minst en gang per uke.

Alle mann på dekk

Denne teknikken spiller igjen på en metafor, nemlig en skute som er i nød på sjøen, og så roper kapteinen «alle mann på dekk!». Tanken er at mannskapet representerer pasientens TEAMS, men ikke alle i mannskapet er lojale mot kapteinen, noen jobber til det beste for kapteinens vilje, mens andre kan arbeide imot. Målet er å visualisere hvordan våre følelser, tanker og sanseopplevelser noen ganger kan motarbeide våre livsmål - men samtidig ikke la seg distrahere til å endre kurs.

DISKUSJON

Flere studier har vist at ACT kan være effektivt i behandling av kroniske smerter, både når det gjelder redusert smerteopplevelse, men også økt arbeidsevne, funksjonsnivå, redusert angst og depresjon, samt andre faktorer som øker livskvalitet hos disse pasientene. ACT har også vist seg å være mer effektiv enn andre tradisjonelle behandlingsformer her. ACT har derimot ennå ikke vist seg å være overlegen tradisjonell CBT på dette området, men har vist seg å være et likeverdig alternativ. Likevel har noe av kritikken mot tradisjonell CBT vært at man ikke har kunnet peke på hvilke mekanismer som fører til lidelse hos pasienten, og dermed ikke vet hvilke faktorer i CBT som faktisk fungerer. I ACT-miljøet har det vært et ønske om å utarbeide en helhetlig teori som ikke bare kan stadfeste hvilken behandling som er effektiv, men at man også kan argumentere teoretisk for hvorfor den fungerer (Wicksell, Olsson et al. 2010). Forskningsresultatene er lovende, noe som kan tyde på at man er på riktig spor når det gjelder psykologisk infleksibilitet som årsak til lidelsen hos pasienter med kroniske smerter. Samtidig trengs det flere randomiserte kontrollerte studier som bekrefter både det teoretiske grunnlaget og effektiviteten av behandlingen av pasienter med kroniske smerter.

Det er også behov for flere studier som bekrefter effektiviteten av ACT på kroniske smerter i en allmennpraktisk setting, selv om de studiene som er gjort har vært lovende. På grunn av den spesielle rammen i allmennpraksis er det flere forutsetninger som må være oppfylt for at det skal være hensiktsmessig å innføre ACT som metode. En av forutsetningene må være at metoden kan benyttes i behandling av en rekke lidelser, og ikke bare en smal pasientgruppe. I en oversiktsartikkel som oppsummerer forskning gjort på ACT mellom januar 2006 og august 2008, konkluderer forfatteren med at ACT kan være effektivt i behandling av en rekke lidelser, som blant annet flere typer angstlidelser, depresjon, smerte, trikotillomani, psykotisk lidelse, medikamentmisbruk og i behandling av epilepsi og diabetes (Pull 2009). Han sier likevel at selv om foreløpige data er lovende, er det behov for flere kontrollerte studier som bekrefter at ACT er mer effektivt enn andre behandlingsformer for disse lidelsene.

En annen forutsetning er at metoden som innføres er tids- og ressursbesparende. Studiene som viser effektiviteten av behandling i form av selvhjelps litteratur og internettbasert terapi er lovende. Ved en slik behandling kan legen fungere som en konsulent, mens selve behandlingen gjøres av pasienten selv mellom konsultasjonene. Slike metoder har vist seg å fungere i behandling av kroniske smerter ved bruk av

tradisjonell CBT i en allmennpraktisk setting (Hoifodt, Strom et al. 2011). Det er også lovende at metoden har vist seg å fungere i gruppebasert terapi. Dersom allmennlegen kan behandle flere av sine pasienter med liknende sykdomsbilde samtidig, vil dette være både tid- og ressursbesparende. Dersom pasientene er tilknyttet samme legekontor, vil det være sannsynlig at de bor i geografisk nærhet av hverandre, og kan benytte hverandre som ressurser også mellom gruppesamlingene.

En av utfordringene med ACT, er at den fordrer en ny måte å tenke på på grunn av den kontekstuelle tilnærmingen. Allmennlegen er vant til å fokusere på problemer og løse disse. I ACT-teori søker man derimot kun å observere symptomene og heller fokusere på et verdibasert levesett og økt psykologisk fleksibilitet. Dette kan være en utfordring i en ellers problemorientert hverdag for en allmennlege. Fordi ACT-miljøet etter hvert har vokst seg stort, er det likevel stor tilgang på ressurser, også materiale som er lett tilgjengelig i en travel hverdag. I Australia kan allmennpraktikere allerede delta på introduksjonskurs, og det har vist seg at leger som har deltatt på slike kurs har bedre resultater i behandling av sine pasienter, også dersom de benytter andre psykoterapeutiske metoder i tillegg (Smout 2012).

Det trengs dermed fortsatt større kontrollerte studier som bekrefter effektiviteten av ACT i behandling av kroniske smerter og andre lidelser, samt bruk av ACT i en allmennpraktisk setting. Likevel viser ACT seg å være lovende i behandling av denne pasientgruppen, også hos allmennlegen.

Bibliografi

- Bailey, K. M., R. N. Carleton, J. W. Vlaeyen and G. J. Asmundson (2010). "Treatments addressing pain-related fear and anxiety in patients with chronic musculoskeletal pain: a preliminary review." Cogn Behav Ther **39**(1): 46-63.
- Beck, A. T. and D. J. Dozois (2011). "Cognitive therapy: current status and future directions." Annu Rev Med **62**: 397-409.
- Becker, N., A. Bondegaard Thomsen, A. K. Olsen, P. Sjogren, P. Bech and J. Eriksen (1997). "Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center." Pain **73**(3): 393-400.
- Becker, N., P. Sjogren, P. Bech, A. K. Olsen and J. Eriksen (2000). "Treatment outcome of chronic non-malignant pain patients managed in a danish multidisciplinary pain centre compared to general practice: a randomised controlled trial." Pain **84**(2-3): 203-211.
- Brattberg, G., M. Thorslund and A. Wikman (1989). "The prevalence of pain in a general population. The results of a postal survey in a county of Sweden." Pain **37**(2): 215-222.
- Breivik, H., B. Collett, V. Ventafridda, R. Cohen and D. Gallacher (2006). "Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment." Eur J Pain **10**(4): 287-333.
- Buhrman, M., A. Skoglund, J. Husell, K. Bergstrom, T. Gordh, T. Hursti, N. Bendelin, T. Furmark and G. Andersson (2013). "Guided internet-delivered acceptance and commitment therapy for chronic pain patients: A randomized controlled trial." Behav Res Ther **51**(6): 307-315.
- Carbonell-Baeza, A., V. A. Aparicio, P. Chillon, P. Femia, M. Delgado-Fernandez and J. R. Ruiz (2011). "Effectiveness of multidisciplinary therapy on symptomatology and quality of life in women with fibromyalgia." Clin Exp Rheumatol **29**(6 Suppl 69): S97-103.
- Dimidjian, S., S. D. Hollon, K. S. Dobson, K. B. Schmalting, R. J. Kohlenberg, M. E. Addis, R. Gallop, J. B. McGlinchey, D. K. Markley, J. K. Gollan, D. C. Atkins, D. L. Dunner and N. S. Jacobson (2006). "Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression." J Consult Clin Psychol **74**(4): 658-670.
- Dobson, K. S., S. D. Hollon, S. Dimidjian, K. B. Schmalting, R. J. Kohlenberg, R. J. Gallop, S. L. Rizvi, J. K. Gollan, D. L. Dunner and N. S. Jacobson (2008). "Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression." J Consult Clin Psychol **76**(3): 468-477.
- Fillingim, R. B., C. D. King, M. C. Ribeiro-Dasilva, B. Rahim-Williams and J. L. Riley, 3rd (2009). "Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings." J Pain **10**(5): 447-485.
- Folkehelseinstituttet. (2010). "Folkehelse rapporten 2010." from <http://www.fhi.no/dokumenter/f5894f100f.pdf>.
- Gadgil, M. E. and Å. Hana (2009). Tidsbruk i allmennpraksis.
- Hasselstrom, J., J. Liu-Palmgren and G. Rasjo-Wraak (2002). "Prevalence of pain in general practice." Eur J Pain **6**(5): 375-385.
- Hayes, S. C., K. Strosahl and K. G. Wilson (2012). Acceptance and Commitment Therapy - The process and Practice of Mindful Change.
- Hoifodt, R. S., C. Strom, N. Kolstrup, M. Eisemann and K. Waterloo (2011). "Effectiveness of cognitive behavioural therapy in primary health care: a review." Fam Pract **28**(5): 489-504.

- Hunskår, S. (2003). Allmennmedisin.
- Jensen, K. B., E. Kosek, R. Wicksell, M. Kemani, G. Olsson, J. V. Merle, D. Kadetoff and M. Ingvar (2012). "Cognitive Behavioral Therapy increases pain-evoked activation of the prefrontal cortex in patients with fibromyalgia." Pain **153**(7): 1495-1503.
- Johnston, M., M. Foster, J. Shennan, N. J. Starkey and A. Johnson (2010). "The effectiveness of an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention for chronic pain." Clin J Pain **26**(5): 393-402.
- Kahl, K. G., L. Winter and U. Schweiger (2012). "The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective?" Curr Opin Psychiatry **25**(6): 522-528.
- Kahl, K. G., L. Winter, U. Schweiger and V. Sipos (2011). "[The third wave of cognitive-behavioural psychotherapies: concepts and efficacy]." Fortschr Neurol Psychiatr **79**(6): 330-339.
- Kringlen, E. (2005). Psykiatri.
- Labianca, R., P. Sarzi-Puttini, S. M. Zuccaro, P. Cherubino, R. Vellucci and D. Fornasari (2012). "Adverse effects associated with non-opioid and opioid treatment in patients with chronic pain." Clin Drug Investig **32 Suppl 1**: 53-63.
- Langman, M. J., P. Brooks, C. J. Hawkey, F. Silverstein and N. Yeomans (1991). "Non-steroid anti-inflammatory drug associated ulcer: epidemiology, causation and treatment." J Gastroenterol Hepatol **6**(5): 442-449.
- Legeforening, D. N. (2009). "Retningslinjer for smertestilling." from <http://www.unn.no/getfile.php/UNN-Internett/Enhet/OPIN/Smerteavdeling/Retningslinjer%20for%20smertelindring.pdf>.
- Longmore, R. J. and M. Worrell (2007). "Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy?" Clin Psychol Rev **27**(2): 173-187.
- McCracken, L. M. and S. C. Velleman (2010). "Psychological flexibility in adults with chronic pain: a study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care." Pain **148**(1): 141-147.
- McCracken, L. M., K. E. Vowles and C. Eccleston (2004). "Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method." Pain **107**(1-2): 159-166.
- McWilliams, L. A., R. D. Goodwin and B. J. Cox (2004). "Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample." Pain **111**(1-2): 77-83.
- Merriam-Webster. (2013). "Søk: Psychotherapy." from <http://www.merriam-webster.com/dictionary/psychotherapy?show=0&t=1363863768>.
- Mo'tamedi, H., P. Rezaemaram and A. Tavallaie (2012). "The effectiveness of a group-based acceptance and commitment additive therapy on rehabilitation of female outpatients with chronic headache: preliminary findings reducing 3 dimensions of headache impact." Headache **52**(7): 1106-1119.
- Palmer, D. C. (2004). "Data in search of a principle: a review of relational frame theory: a post-Skinnerian account of human language and cognition." J Exp Anal Behav **81**(2): 189-204.
- Pull, C. B. (2009). "Current empirical status of acceptance and commitment therapy." Curr Opin Psychiatry **22**(1): 55-60.
- Regjeringen. (2010). "Samhandlingsreformen." from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>.
- Robinson, P., D. Gould and K. Strosahl (2010). Real Behavior Change in Primary Care - Improving patient outcomes & increasing job satisfaction, New Harbinger Publications, Inc.
- Siddall, P. J. and M. J. Cousins (2004). "Persistent pain as a disease entity: implications for clinical management." Anesth Analg **99**(2): 510-520, table of contents.
- Smout, M. (2012). "Acceptance and commitment therapy - pathways for general practitioners." Aust Fam Physician **41**(9): 672-676.

- Tepper, S. J. (2012). "Medication-overuse headache." Continuum (Minneapolis) **18**(4): 807-822.
- Thomsen, A. B., J. Sorensen, P. Sjogren and J. Eriksen (2001). "Economic evaluation of multidisciplinary pain management in chronic pain patients: a qualitative systematic review." J Pain Symptom Manage **22**(2): 688-698.
- Veehof, M. M., M. J. Oskam, K. M. Schreurs and E. T. Bohlmeijer (2011). "Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis." Pain **152**(3): 533-542.
- Vowles, K. E. and L. M. McCracken (2010). "Comparing the role of psychological flexibility and traditional pain management coping strategies in chronic pain treatment outcomes." Behav Res Ther **48**(2): 141-146.
- Watson, J. B. (1913). "Psychology as the behaviorist views it." Psychological Review **20**(2): 158-177.
- Wegner, D. M., D. J. Schneider, S. R. Carter, 3rd and T. L. White (1987). "Paradoxical effects of thought suppression." J Pers Soc Psychol **53**(1): 5-13.
- Wetherell, J. L., N. Afari, T. Rutledge, J. T. Sorrell, J. A. Stoddard, A. J. Petkus, B. C. Solomon, D. H. Lehman, L. Liu, A. J. Lang and J. H. Atkinson (2011). "A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain." Pain **152**(9): 2098-2107.
- Wicksell, R. K., J. Ahlqvist, A. Bring, L. Melin and G. L. Olsson (2008). "Can exposure and acceptance strategies improve functioning and life satisfaction in people with chronic pain and whiplash-associated disorders (WAD)? A randomized controlled trial." Cogn Behav Ther **37**(3): 169-182.
- Wicksell, R. K., M. Kemani, K. Jensen, E. Kosek, D. Kadetoff, K. Sorjonen, M. Ingvar and G. L. Olsson (2013). "Acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: a randomized controlled trial." Eur J Pain **17**(4): 599-611.
- Wicksell, R. K., G. L. Olsson and S. C. Hayes (2010). "Psychological flexibility as a mediator of improvement in Acceptance and Commitment Therapy for patients with chronic pain following whiplash." Eur J Pain **14**(10): 1059 e1051-1059 e1011.