

LUNDS UNIVERSITET
Institutionen för psykologi
Psykologexamensuppsats, 20 p
HT 2004

**”Ut i det blå”
- en explorativ studie
om korttidsbehandling av personer med migrän
med Acceptance and Commitment Therapy**

Linda Forslund

Handledare:
Lars-Gunnar Lundh

Extern handledare:
Lasse Kohnke

Examinator:
Sven Ingmar Andersson

Forslund, L. (2005). *"Ut i det blå" – en explorativ studie om korttidsbehandling av personer med migrän med Acceptance and Commitment Therapy*. Psykologexamensuppsats VI. (2005):38. Institutionen för psykologi, Lunds universitet.

SAMMANFATTNING

I föreliggande studie utforskades möjliga effekter av en individuell korttidsbehandling med Acceptance and Commitment Therapy (ACT) på individer med migrän. Två personer med mångårig migrändiagnos behandlades under 4 sessioner. Designen var av fallstudie-typ med förmätning, eftermätning och uppföljning. Behandlingen utvärderades med livskvalitetsformuläret QOLI, dagboksskattningar och intervju. Efter behandlingen har skattningar av migrän minskat hos en av deltagarna och ökat hos den andra. Skattningar av livskvalitet har vid uppföljningen ökat för båda deltagarna. Skattningar av somatiska besvär och negativ affekt har minskat hos båda deltagarna, men ett antal skattningar har också ökat hos en av deltagarna. Deltagarnas kvalitativa upplevelse av behandlingen indikerar en högre acceptans och en förändrad inställning till sådant de värderar högt. Migränsjukdomens höga prevalens och dess potentiellt höga handikappnivå i kombination med begränsningar i studiens validitet motiverar ytterligare forskning i form av en kontrollerad studie.

Nyckelord: Acceptance and Commitment Therapy, ACT, migrän, korttidsterapi, livskvalitet, fallstudie.

Tack

Jag vill rikta mitt allra största tack till de två deltagarna i studien, vars envisa och varma närvaro inspirerade. Den här uppsatsen är lika mycket er som min förtjänst. Jag önskar er all frid med era grannar! Stort tack också till Lars-Gunnar Lundh för riklig, tillgänglig och flexibel handledning, och till Lasse Kohnke för många spännande utflykter i ACT's terräng. Slutligen ett varmt tack till mina ursprungliga ACT – inspirationskällor, JoAnne Dahl och Tobias Lundgren, som fick mig att se hur jag ACT-ade mot mig själv och andra.

Förord

Migrän är en i alla avseenden förrädisk sjukdom. Den uppför sig som en påträngande och pratsjuk granne som kommer och hälsar på vid precis fel tillfälle. Rätt tillfälle uppenbarar sig heller aldrig, då man alltid har något bättre för sig än att umgås med den under ett eller flera dygn. Min egen upplevelse av den ovälkomna grannen Migrän är en mångårig kamp för att försöka lära mig att förutse när den kan tänkas komma på besök, så att jag kan se till att inte vara hemma vid just den tidpunkten. Jag har också provat åtskilliga mer eller mindre våldsamma metoder för att mota den i dörren, vilket inte sällan skadat mig lika mycket som besökaren. Min upptagenhet med att förhindra den närgångna grannens besök har tagit mycket tid och kraft i anspråk. Det hade kanske varit mödan värt om den nu i stället valde någon annan i trappuppgången att trakassera, men så är inte fallet. Den här grannen vill träffa just mig, och just vid de tidpunkter den själv bestämmer. Efter många år har jag insett att ingenting jag hittills tagit mig för i avsikt att mota den ut ur mitt liv har fungerat, så jag bestämde mig för att prova en annan metod. Jag ingick en överenskommelse med min granne. I överenskommelsen ingick att jag släpper in den när den kommer, men att jag inte behöver umgås särskilt intensivt med den. Den får sköta sig själv medan den tar del av mitt liv. Jag låter den pladdra på en stund, medan jag fortsätter med det jag vill göra i den mån jag kan. När den gått ägnar jag den inte en tanke. Detta nya sätt att förhålla mig till sällskapssjuka grannen har lett till en stor förändring i mitt liv. Jag har fortfarande nästan lika många påhälsningar från grannen, men eftersom jag inte ger den någon uppmärksamhet utöver denna tid (och inte heller i någon högre grad under själva besöket), får jag ut så mycket mer av resten av min tillvaro.

Den nya inställningen till min migrän var inte ett särskilt medvetet ställningstagande från min sida. Jag märkte helt enkelt att det gav mig en större behållning av livet, en högre livskvalitet. Inte förrän jag snubblade över Acceptance and Commitment Therapy (ACT) kunde jag riktigt sätta ord på min strategi. Nu ser jag att jag en längre tid har följt en av de tunga grundstenarna i ACT, nämligen att styra mitt liv i riktning mot det jag värderar högst, trots - och ibland med risk för - migränanfall. Och trots att jag aldrig kunde förmå grannen att flytta gjorde det all skillnad.

Innehållsförteckning

Vad är migrän?	9
Vad orsakar och utlöser migrän?	10
Konsekvenser av migrän	10
<i>Konsekvenser vid anfall</i>	10
<i>Konsekvenser mellan anfall</i>	11
<i>Återhämtning mellan anfall</i>	11
<i>Undvikande strategier</i>	12
Migrän och livskvalitet	12
Behandling av migrän.....	13
<i>Akut och förebyggande behandling</i>	13
<i>Varför psykologisk behandling vid migrän?</i>	13
<i>Kognitiv beteendeterapi och migrän</i>	14
<i>ACT som behandlingsalternativ</i>	14
<i>ACT och smärtproblematik</i>	17
<i>ACT och migrän</i>	18
Syfte och frågeställningar	19
METOD	19
Design	19
Deltagare	20
Instrument	20
<i>Huvudvärksformulär</i>	21
<i>QOLI</i>	21
<i>Dagboksformulär</i>	22

<i>Intervjuer</i>	22
Etik	22
Procedur	23
<i>Behandlare</i>	23
<i>Behandlingen</i>	23
Session 1	24
Session 2	25
Session 3	27
Session 4	28
Normgrupper för QOLI och dagboksformulär	28
<i>QOLI</i>	28
<i>Dagboksformulär</i>	28
RESULTAT	29
Analys 1: För- och eftermätning samt uppföljning	29
<i>QOLI</i>	29
Deltagare 1	29
Deltagare 2	31
Total livskvalitet	33
Sammanfattning	34
<i>Dagboksformulär</i>	34
Deltagare 1	35
Deltagare 2	38
Övriga frågor i dagboksformuläret	40
Sammanfattning	40
Analys 2: Intervju	41

<i>Deltagare 1</i>	41
Dagsläge	41
Effekter av behandlingen	41
Synpunkter på behandlingen	42
<i>Deltagare 2</i>	43
Dagsläge	43
Effekter av behandlingen	43
Synpunkter på behandlingen	44
DISKUSSION	45
Frågeställningar	45
<i>Deltagare 1</i>	45
<i>Deltagare 2</i>	46
<i>Sammanfattning</i>	46
Teoretisk anknytning	47
<i>Före behandling</i>	47
<i>Efter behandling</i>	48
Studiens begränsningar	49
<i>Under behandling</i>	49
Oregelbunden kontakt	49
Sjuknärvaro	49
Rent och smutsigt obehag	49
<i>Intern validitet</i>	50
<i>Extern validitet</i>	50
Slutsats	51
REFERENSLISTA	53

Bilaga A: Livskompassen	55
Bilaga B: Dagboksformulär	56
Bilaga C: Intervju vid uppföljning	58

”Ut i det blå” - en explorativ studie om korttidsbehandling av personer med migrän med
Acceptance and Commitment Therapy.

Migrän är en utbredd sjukdom. Den finns i alla kulturer och drabbar en stor del av jordens befolkning. Bara i Sverige beräknas omkring en miljon människor lida av migrän (Dahlöf, Linde & Linton-Dahlöf, 2003). Under så lång tid som tvåtusen år har migränsjukdomen varit känd och omtvistad, och många skilda förklaringsmodeller och förslag på behandlingsmodeller har hunnit passera. Bland annat har orsaken härletts till övermått av gul eller svart galla (Sacks, 1998) och till onda andar (Dahlöf & Schenkenmanis, 1992). Botemedlet kunde vara åderlåtning eller trepanation (borrning av hål i kraniet). Dessa teorier är sedan länge övergivna, men vad som orsakar migrän, liksom hur den bör behandlas, är fortfarande inte helt klarlagt.

Vad är migrän?

Dahlöf et al. (2003) definierar migrän som en kronisk sjukdom med återkommande akuta anfall, karaktäriserade av svår pulserande huvudvärk tillsammans med illamående, ljus- och ljudkänslighet. Attackerna är åtskilda av symptomfria perioder. Ensidig, dunkande huvudvärk är det mest karaktäristiska symptomet, medan en förebådande aura (visuella eller sensoriska neurologiska symptom) inte drabbar alla. Anfallens svårighetsgrad, längd och frekvens varierar stort mellan individer. Vissa migränattacker kan vara relativt lindriga, medan andra orsakar extrem smärta och är gravt handikappande. Vissa människor med migrän har mellan ett och sex anfall per år, medan andra kan ha många anfall i månaden, och ett anfall kan pågå allt från mindre än fyra timmar upp till flera dagar. Genomsnittsfrekvensen beräknas vara omkring ett anfall i månaden med en varaktighet på i genomsnitt 24 timmar (Dahlöf et al., 2003). Micieli, omnämnd i Dahlöf och Solomon (1998), har dock uppskattat att mer än hälften av migränattackerna genomlids av enbart 20 procent av de drabbade. Vid beräkning av enskilda sjukdomars svårighetsgrad har svår migrän (3-4 anfall i månaden) enligt Dahlöf et al. rankats bland dem som har den absolut största handikappgraden, likställd med tillstånd som demens och aktiv psykos.

Huvudvärken upplevs av de flesta personer med migrän som det mest handikappande med ett anfall. På en tiogradig smärtskala (0 = *ingen smärta*, 10 = *outhärdlig smärta*) uppger huvudparten av migrändrabbade en siffra mellan 8 och 10 (Dahlöf et al., 2003). Det är inte klarlagt vad som orsakar smärtan, men man vet att en spänning och/eller sträckning i hjärnhinnornas blodkärl är associerad med svår huvudvärk, liksom att just dessa blodkärl har

rikligt med smärtfibrer. Enligt Dahlöf et al. blir migränhuvudvärken också värre av förhöjt tryck i kärlen, som kan vara en följd av exempelvis fysisk aktivitet, hostningar och framåtböjande av huvudet. Sömn kan påskynda av klingandet av attacken.

Vad orsakar och utlöser migrän?

Det finns ett starkt ärftligt inslag i migränsjukdomen. Risken för att ett barn ska utveckla migrän om båda föräldrarna är drabbade är omkring 70 procent. Om bara ena föräldern har sjukdomen är risken omkring 45 procent. Enligt Dahlöf et al. (2003) ger tvillingstudier stöd åt både genetiska och miljörelaterade faktorer. När det gäller migränens patofysiologi har vetenskapen länge debatterat huruvida migrän har vaskulära eller neurogena orsaker. Den *neurovaskulära* hypotesen är dominerande idag, med uppfattningen att migränanfallet startar i det centrala nervsystemet (neurogen orsak), och därefter påverkar hjärnans och hjärnhinnornas blodkärl som blir onormalt smärtekänsliga (vaskulär orsak). Migrän tycks alltså vara en sjukdom med en rubbning i hjärnans nervfunktioner, vilket skapar reaktioner i flera av kroppens organsystem, bland annat i hjärnans blodkärl. Vissa signalsubstanser, exempelvis serotonin och dopamin, tros också vara inblandade i migränsjukdomen. Man talar även om en signal från hjärnstammen som skulle kunna vara ansvarig för att starta ett migränanfall, och många migränläkemedel har just hjärnstammen som målorgan (Dahlöf et al, 2003). Personer med migrän upplever dock att det enskilda anfallet utlöses av vissa specifika faktorer, varav de vanligaste är hormoner (för kvinnor), oregelbundna vanor, födoämnen, sinnesintryck som exempelvis starkt solljus och höga ljud, vädret samt fysisk och psykisk anspänning (Stenström, 2000).

Konsekvenser av migrän

Konsekvenser vid anfall

De svårigheter och det lidande som människor med migrän upplever under själva attackerna är uppenbara. Förmågan att fungera normalt, och till exempel kunna arbeta eller utföra någon annan aktivitet under ett svårare migränanfall, är kraftigt eller helt nedsatt. Anfallen kan orsaka problem inom såväl arbetsliv som familjeliv och sociala relationer, i synnerhet för en individ som är svårt drabbad av sjukdomen och har omkring 3-4 anfall eller fler i månaden (Dahlöf & Solomon, 1998).

Konsekvenser mellan anfall

En migränattack orsakar stora restriktioner i stunden med sin förmåga att helt eller delvis handikappa den drabbade. Det tycks emellertid finnas negativa effekter som hos personer med migrän sträcker sig långt utanför det faktiska anfallet. Sjukdomen kan på lång sikt orsaka genomgripande emotionella förändringar hos den drabbade, som exempelvis depression (Kolotylo & Broome, 2000; Siniatchkin, Riabus & Hasenbring, 1999) och ångestsjukdomar (Siniatchkin et al., 1999). Enligt Osterhaus och Townsend, omnämnda i Passchier, Mourik, McKenna, van den Berg & Erdman (2001), har människor med migrän en funktionsförmåga och upplevd hälsostatus jämförbar med den hos patienter med artrit och diabetes, men sämre socialt fungerande, mer smärta och sämre mental hälsa jämfört med samma patientgrupper. Enligt Dahlöf och Solomon (1998) kan en förväntansoro utvecklas hos individen på grund av oförutsägbarheten hos sjukdomen. Personer med migrän kan inte sällan identifiera vissa stimuli som kan leda till migränanfall, eller i efterhand förstå varför hon/han fick en attack vid en viss tidpunkt. Andra anfall beror på kända faktorer som står utanför individens kontroll. Många attacker kommer dock utan förvarning och utan synbar förklaring, vilket ökar osäkerhetsfaktorn för individen och kan få stora konsekvenser. Migränsjukdomens oförutsägbara väsen och höga handikappgrad har av Dahlöf och Dimenäs, liksom av Solomon och Price (Dahlöf & Solomon, 1998) föreslagits särskilja migränen från andra smärttillstånd och vara orsaken till de stora svårigheter personer med migrän möter i kampen för ett ”normalt” familjeliv.

Återhämtning mellan anfall

Dahlöf et al. (2003) har undersökt migrändrabbades återhämtning mellan anfall. Resultatet visade att 43 procent - mindre än hälften - återhämtade sig ”helt” mellan anfallen. Lika många (43 procent) återhämtade sig ”mer eller mindre” mellan sina attacker, och 9 procent återhämtade sig ”inte alls” (inget svar från 4 procent). Detta resultat överensstämmer enligt Dahlöf et al. med en tidigare rapport om nedsatt subjektivt välbefinnande hos personer med migrän mellan migränattacker, där det framgår att människor med migrän lider av sin migrän inte enbart under anfall utan även under huvudvärksfria perioder mellan anfallen (Dahlöf & Solomon, 1998). Den mer eller mindre konstanta oro inför nästa attack som många personer med migrän lever med kan, enligt Dahlöf och Solomon, bli ett kroniskt handikapp utöver själva sjukdomen. Det leder bland annat till ett undvikande av faktorer som tidigare har kopplats till utlösande av ett anfall.

Undvikande strategier

Migränsjukdomen kan alltså resultera i undvikande, passiva copingstrategier (metoder för att hantera orsaker till obehagliga upplevelser). Dessa kan försämra arbets- och familjelivet genom att individen med migrän undviker faktorer som skulle kunna starta ett anfall, såsom höga ljud, emotionell påfrestning och vissa aktiviteter, och gör livsval (yrkesval, val att bilda familj) baserade på sjukdomen (Dahlöf et al., 2003). Användandet av undvikande strategier, såsom oro, tillbakadragande och vila har kopplats samman med högre huvudvärksintensitet och lägre livskvalitet hos personer med migrän i studien av Passchier et al. (2001). Enligt forskning av Edmeads et al. (Dahlöf & Solomon, 1998) leder migränen och rädslan för anfall till att den drabbade förändrar sitt beteende enligt sjukdomens ”krav”. Resultatet blir ett flitigt subtraherande av aktiviteter och umgänge, liksom ett konstant riskbedömande och säkerhetsbeteende för att i möjligaste mån undvika migränattacker. Kolotylo och Broome (2000) menar dock att personer med migräns primära copingstrategi, undvikande av aktiviteter, snarare är adaptiv och aktiv än passiv eftersom migränanfall ofta förvärras av aktivitet och snabbare kan avslutas under sömn.

Migrän och livskvalitet

Enligt studien av Siniatchkin et al. (1999) tycks upplevd livskvalitet hos personer med migrän påverkas av anfallsfrekvens och anfallens längd/varaktighet. I en undersökning vid Migränklinik-Göteborg (Dahlöf et al, 2003) framkom dock att effektiv behandling kunde reducera antalet dagar med migrän och antalet dagar med sjukfrånvaro per månad utan att detta gav en signifikant ökning av subjektivt välbefinnande mellan attackerna. Även Kolotylo och Broome (2000) fann i sin studie att människor med migrän påverkas negativt av sin sjukdom mellan attacker. I samma studie fann författarna också att den primära copingstrategin hos personer med migrän var, som här tidigare nämnts, undvikande av aktiviteter, vilket i sig leder till just ett avsmalnat liv och lägre livskvalitet. Enligt Passchier et al. (2001) har den passiva copingstrategin ”oroande” (*worrying*, min övers.) en särskilt stark koppling till lägre livskvalitet hos migrändrabbade.

Forskningen indikerar således att anfallsfrekvens inte är en helt avgörande faktor för personer med migräns upplevda livskvalitet, och att det därmed kan finnas anledning att titta närmare på migränsjukdomens konsekvenser ur ett vidare perspektiv än enbart faktorer som anfallsfrekvens och handikappgrad. Hur påverkas personer med migräns liv i övrigt av sjukdomen?

För att undersöka hur migrän påverkar en representativ grupp av 423 personer med migrän i Sverige fick deltagarna i en studie i Göteborg besvara frågor dels om värderingar i livet, dels i vilken grad migränen påverkade deras möjlighet att nå dessa värderingar (Dahlöf et al., 2003). Resultatet visade att migränsjukdomens konsekvenser var markanta. Migränen hindrade individen från att leva det liv hon/han önskade, såväl när det gäller arbetsliv som fritid och familjeliv. Framför allt familjeförhållanden påverkades mycket negativt på grund av migrän, samtidigt som just familjelivet rankades som det högst värderade i studien. Att sköta sitt arbete värderades också mycket högt, och påverkades svårt av migränen. Nästan en tredjedel av deltagarna i studien uppgav dessutom att migränen inverkat negativt på deras ekonomi. I Dahlöf et al. (2003) nämns också studier från USA, Kanada och Storbritannien, vilka alla pekar i samma riktning: Personer med migrän upplever en starkt negativ inverkan av sjukdomen på familjeförhållanden, arbetssituationen och sociala relationer. Studier som dessa kring effekten av migrän på familjeliv och sociala relationer är dock fortfarande få.

Behandling av migrän

Akut och förebyggande behandling

Migrän behandlas framför allt med läkemedel. Dagens anfallskuperande mediciner, inte minst de så kallade triptanerna, är ofta effektiva för att minska svårighetsgraden av varje enskilt anfall. Möjlighet till profylaktisk (förebyggande) behandling med läkemedel finns också vid svårare migrän (Dahlöf et al., 2003). Utöver läkemedel kan behandling av migrän bestå av bland annat kartläggning av utlösande faktorer, avslappningsövningar, sjukgymnastik, massage och akupunktur. Klinisk kontrollerad dokumentation om effektivitet av dessa behandlingsformer saknas fortfarande i alltför hög grad, men vissa (såsom akupunktur) har visat lovande resultat i enstaka studier (Dahlöf et al., 2003).

Varför psykologisk behandling vid migrän?

Trots en definition av migrän (se detta arbete under rubriken "Vad är migrän?") i vilken symtomfrihet mellan attacker framhålls, har det alltså framkommit att konsekvenserna av sjukdomen inte enbart kan begränsas till själva anfallen. Forskningsresultat talar för att migrän orsakar omfattande lidande, förhindrar arbete och fritidsaktiviteter, påverkar socialt liv och familjesituation, minskar livskvaliteten och påverkar privatekonomin. Forskning indikerar också att psykologiska faktorer i respons på migrän har betydelse för drabbades livskvalitet. Den tidigare nämnda studien av Siniatchkin et al. (1999) pekar på att psykologiska faktorer (och inte enbart kliniska) är av stor betydelse för utvecklande av svår eller kronisk migrän.

Migränsjukdomens konsekvenser i form av ökad förekomst av depression, liksom urholkningen av livskvalitet inom många områden till synes beroende på undvikande i symtomlindringens tjänst, motiverar en psykologisk behandling vid migrän.

Kognitiv beteendeterapi och migrän

Mot bakgrund av forskning om migränsjukdomens genomslagskraft i de drabbades liv, och de ekonomiska, sociala och personliga konsekvenserna av detta, kan det vara betydelsefullt att titta närmare på möjligheter att öka livskvaliteten hos migrändrabbade. Forskning har föreslagit kognitiv beteendeterapi (KBT) som psykologisk behandling vid migrän. Kognitiv beteendeterapi har i studie av Morley, Eccleston & Williams visat sig ha en positiv effekt på anfallsfrekvensen hos personer med migrän, samt på livskvaliteten hos patienter med annan smärtproblematik än migrän (Vos & Passchier, 2003). Passchier et al. (2001) föreslår i sin studie kognitiv beteendeterapi för huvudvärkspatienter, inklusive personer med migrän. Författarna menar att en minskning av huvudvärksrelaterad oro skulle kunna förbättra såväl huvudvärk som livskvalitet hos drabbade. KBT har vid behandling av migrän (Stenström, 2000) även framgångsrikt använts i kombination med biofeedback, i avsikt att lära patienten stresshantering, avspänning och att andas rätt.

ACT som behandlingsalternativ

Inom KBT har även acceptansbaserade metoder, såsom Acceptance and Commitment Therapy (ACT), utvärderats med lovande resultat vid annan smärtproblematik än migrän (Ahlqvist & Claesson, 2002). Den grundläggande tanken i ACT är att hjälpa individer som fastnat i ett beteende som handlar om att undvika symptom att i stället röra sig mot beteenden som för dem i riktning mot sådant de värderar (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Individer med kronisk smärta tenderar att låta symptomreducerande beteenden ta överhanden inom många viktiga livsdimensioner. De tycks fastna i beteendemönster som framför allt handlar om att reducera, undvika och påverka symptom. Individen försöker undkomma eventuellt framtida obehag genom att undvika de situationer eller aktiviteter som tidigare uppfattats vara kopplade till det plågsamma. Dessa undvikande strategier upprätthålls genom negativ förstärkning. Individer med kronisk smärta ger frivilligt upp en del av sin livskvalitet för att vinna symptomlättnad, och enligt Dahl, Wilson och Nilsson (opublicerat manuskript) har de också ofta en lägre livskvalitet. Resultatet blir att individen, förutom sin smärtproblematik, också tvingas hantera konsekvenser av sitt beteende i form av lägre livskvalitet och – inte minst – de negativa tankar och känslor som kan bli följden. Att medvetet förändra just tankar

och känslor ses i ACT som mer eller mindre omöjligt och inte heller eftersträvansvärt (Hayes et al., 1999).

Den ACT-behandling som kan vara aktuell för personer med migrän är densamma som den som använts vid kronisk smärta (Ahlqvist & Claesson, 2002) och epilepsi (Lundgren, 2004). En sådan behandling skulle sträva mot att utveckla individens möjligheter att röra sig i värderade riktningar och därmed leda till en högre livskvalitet. Acceptansen i Acceptance and Commitment Therapy (Hayes et al., 1999) avser paradoxalt nog att nå förändring genom att ge upp alla försök att påverka eller förändra tankar och känslor och i stället vara villig att erfara alla mentala upplevelser. Åtagandet (*commitment*) i ACT refererar till att besluta sig för att handla i enlighet med sina värderingar, trots obehag. Initialt kartläggs individens värderingar inom olika områden i livet samt i vilken utsträckning de efterlevs. Därefter utforskas de strategier individen hittills tillämpat i avsikt att påverka de hinder som upplevs blockera vägen till det värderade livet. Syftet är att uppmärksamma individens fruktlösa försök att lösa sina problem, och att introducera föreställningen att kontroll är problemet. Kognitiv kontroll fungerar enligt ACT inom många områden i livet, men mer sällan på inre upplevelser, och att låta vara och släppa taget introduceras som ett alternativ. Genom övningar och metaforer försöker man sedan skapa nya möjligheter för individen att förhålla sig till sina upplevelser. Det finns inom ACT sex grundläggande delar vilka bör finnas med i varje session. Dessa är defusion, acceptans, kontakt med nuet, självet som kontext, värderingar och åtagande.

Den första dimensionen i ACT handlar om att skapa ett avstånd mellan en individ och dennes mentala upplevelser. Denna så kallade *defusion* innebär att se tankar och känslor för vad de är, inte för vad de säger att de är. Ett exempel från en individ med migrän skulle kunna vara att han eller hon vill åka på fler utflykter tillsammans med sin familj, men att det upplevs som omöjligt på grund av migränen. Genom övningar i defusion ges individen möjlighet att se vad sådana uttalanden har för funktion. I det här fallet kan det vara individens rädsla för anfall samt alla uttalanden om att inte kunna gå mot värderade livsdimensioner på grund av migränen som leder till undvikande, snarare än själva migränen. I ACT kallas detta för rent och smutsigt obehag (Hayes et al., 1999). Rent obehag skulle i det här fallet vara migränanfall. Smutsigt obehag skulle vara alla negativa tankar, känslor och beteenden associerade med anfall som påverkar undvikandebeteenden. Smutsigt obehag innebär att individen agerar på grund av tanken på anfall, snarare än på själva anfallet.

Den andra delen i ACT, *acceptans*, handlar om att acceptera det som är oundvikligt eller omöjligt att förändra. Tankar och känslor betraktas inom ACT som upplevelser utanför viljemässig kontroll, och alla försök att påverka dessa anses minska livskvaliteten. Individen lägger sin energi på att försöka kontrollera sina inre upplevelser i stället för att leva det liv hon eller han önskar. En individ med migrän skulle uppmuntras att kartlägga de strategier han eller hon använder för att påverka ("bli av med") negativa känslor, tankar eller själva migränsjukdomen. Begreppet *kreativ hopplöshet* innebär att individen ser att de flesta strategier inte fungerar och dessutom leder till minskad livskvalitet. Acceptans handlar om att vara villig att uppleva obehagliga tankar, känslor och anfall för att kunna leva ett önskat liv i stället för ett liv präglad av undvikande och försök till kontroll.

Kontakt med nuet är den tredje dimensionen i ACT, och handlar om att lära individen att se skillnaden mellan verkligheten just nu och tankar och känslor. Människans förmåga att "leva i huvudet" och vara någon annanstans än här och nu blir ofta ett hinder för att leva önskat liv. En individ kan tendera att bära med sig negativa tankar och känslor från förflutna erfarenheter eller ångest för framtida händelser in i nuet och agera som om dessa var aktuella här och nu. Övningar i *mindfulness* (medveten närvaro, min övers.) används för att visa att tankar och känslor är produkter av tidigare eller imaginära framtida erfarenheter. För en person med migrän skulle kontakt med nuet kunna hjälpa honom eller henne att se skillnaden mellan ett pågående anfall här och nu, och rädsla för att uppleva ett anfall. Kontakt med nuet kan hjälpa individen att se tankar och känslor för vad de verkligen är, och inte vad de säger att de är.

Inom den fjärde delen i ACT ifrågasätts självuppfattningen genom guidad meditation. Syftet är att visa hur merparten av våra upplevelser är föränderliga medan vi har ett konstant medvetande. Vi kan bara hålla fast i denna konstant, medan alla våra känslor, tankar, upplevelser och kroppssensationer är i ständig förändring. Detta förhållningssätt kallas för *självet som kontext*, och för en individ med migrän skulle det kunna innebära att han eller hon inte är migränsjukdomen eller anfallen. En sjukdom är en del av kroppen som är i konstant rörelse. För det mesta fungerar kroppen bra och ibland har den anfall. Individen får en möjlighet att skapa distans mellan sig själv och sjukdomen.

Värderingar är den femte delen i ACT, och handlar om tio livsdimensioner som anses vara viktiga för de flesta människor. Dessa är: arbete, utbildning och personlig utveckling, fysisk hälsa, psykiskt välbefinnande/andlighet, vänner och socialt umgänge, föräldraskap, fritid,

familj (föräldrar och syskon), intima relationer (kärleksrelationer) samt samhällsengagemang/medborgarskap. Livsdimensionerna samlas i en så kallad *livskompass* (Bilaga A), i vilken individen får skriva ned vad han eller hon vill uppnå inom varje område samt gradera på en skala mellan ett och tio hur viktigt varje område är. Beskrivningarna kallas i terapin härefter för *värderade riktningar* eller *intentioner*. Ett av de viktigaste målen i ACT är att hjälpa individer att ta steg mot värderade riktningar snarare än i riktningar frammanade av rädsla och undvikande. För individen med migrän skulle denna del i ACT-modellen kunna bestå i att först få beskriva innehållet i de tio dimensionerna, följt av en bedömning av hur viktig varje dimension är och i vilken utsträckning han eller hon har arbetat mot dessa intentioner. Detta skrivs ned i livskompassen. Om individen exempelvis har en intention i dimensionen ”fritid” att gå långa promenader, får han eller hon sedan bedöma i vilken utsträckning de senaste två veckornas aktiviteter har fört henne eller honom närmare denna intention. Anledningarna till varför individen inte har gått i värderade riktningen skrivs ned som hinder i livskompassen. Individen med migrän nämner troligen sin sjukdom som hinder för att leva ett önskat liv, och skulle kunna säga att hon eller han måste bli av med sina anfall innan livet kan börja. Att leva ett önskat liv innebär enligt ACT att ta steg i riktning mot intentioner och vara villig att uppleva obehag som dyker upp som hinder.

Den sjätte och sista delen i ACT handlar om ett *åtagande* (commitment) om att röra sig i värderade riktningar. För individen med migrän skulle det kunna innebära han eller hon efter att ha levt ett skyddat liv styrt av undvikande av anfall nu identifierat det värderade liv han eller hon vill röra sig mot. Erfarenheten säger att anfällen inte är helt under hans eller hennes kontroll trots undvikande av riskfaktorer. Individen ser att utöver anfällen har han eller hon även gått miste om livserfarenheter och upplevelser, och bestämmer sig för att ta risken för anfall i avsikt att leva närmare det liv han eller hon önskar. Individen beskriver sina åtaganden inom flera dimensioner, exempelvis att gå ut med hunden, vara aktiv tillsammans med familjen och träffa sina vänner.

ACT och smärtproblematik

Hayes et al. (1999) har visat att smärtan blir lättare att stå ut med när individen använder sig av acceptans snarare än kontroll för att hantera sin upplevelse. Kabat-Zinn, omnämnd i Ahlqvist och Claesson (2002), har visat att kroniska smärtpatienter förbättrades signifikant avseende kroppsuppfattning, momentan smärta, undvikande av aktiviteter, emotionella störningar, ångest och depression vid behandling med mindfulness-meditation jämfört med en

kontrollgrupp som fick traditionell behandling. En svensk studie (Dahl, Wilson & Nilsson, opublicerat manuskript) har kunnat visa att en korttidsbehandling (fyra samtal) med ACT av individer som bedömts ligga i riskzonen för långvarig nedsatt funktion på grund av smärta gav en stor effekt vid en jämförelse med traditionell medicinsk behandling. ACT har visat sig vara effektiv i behandling av individer med smärtproblematik, men ingen litteratur om ACT vid behandling av migrän finns tillgänglig. Om migränsjukdomen, som tidigare indikerat (se detta arbete s. 11), på grund av sin oförutsägbarhet och höga handikappgrad verkligen skiljer sig från annan smärtproblematik finns det anledning att inte ta för givet att ACT vid migrän ska ge samma resultat som acceptansbehandling av annan smärta.

ACT och migrän

En sjukdom med kvaliteter liknande dem som migrän uppvisar har dock behandlats med ACT med lovande resultat. Lundgren (2004) har i en randomiserad kontrollerad studie av epilepsi bland annat visat att en korttidsbehandling (tre sessioner) med ACT gav ett signifikant bättre resultat på anfallsindex (anfallsfrekvens multiplicerat med varaktighet), undvikande av aktiviteter, livskvalitet och fungerande (*functioning*, min övers.) i jämförelse med en kontrollgrupp som erhöll behandling med uppmärksamhetskontroll (*attention control*, min övers.). Effekten ökade vid uppföljningen. Epilepsi och migrän delar de karaktäristiska som tidigare har nämnts kan anses skilja migrän från vissa övriga smärttillstånd (oförutsägbarhet och hög handikappgrad). De delar dessutom en karaktär av attackvis förekommande episoder som i viss mån kan anas i förväg samt påverkan på och från nervsystemet.

Sammanfattningsvis är såväl KBT som ACT effektiva behandlingar för individer med smärtproblematik. Dessutom finns det indikationer på att ACT även kan vara effektivt som behandling för en kronisk, oförutsägbar och svårt handikappande sjukdom som epilepsi. Forskningsresultat gällande behandling av migrän med ACT saknas. Därför är det av intresse att undersöka effekten av ACT på individer med migrän. Det har också visats att korttidsbehandling med ACT har positiv effekt på såväl smärtpatienter som epileptiker. Eftersom det följaktligen finns anledning att anta att en korttidsbehandling kan ge effekt även på individer med migrän, är en korttidsbehandling av ekonomiska och tidsmässiga skäl motiverad att pröva även med denna patientgrupp.

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie var att utforska möjliga effekter av en korttidsbehandling med ACT av personer med migrän. Detta gjordes genom att genomföra två fallstudier med personer med sedan lång tid diagnostiserad migrän. För att utvärdera eventuella effekter av behandlingen användes intervju, för- och eftermätning med dagbok samt förmätning, eftermätning och uppföljning av två psykometriska formulär. En förväntad effekt på deltagarnas livskvalitet ledde till följande frågeställningar:

1. Förändras deltagarnas livskvalitet, mätt med frågeformulär, från förmätning till eftermätning och uppföljning?
2. Förändras deltagarnas rapportering av kroppsliga symptom och emotionella upplevelser i dagboksformulär från förmätning under behandlingsperioden till eftermätning vid uppföljningen?
3. Förändras deltagarnas rapportering av differens mellan önskat liv och nuvarande liv som mätt i frågeformulär från förmätning till eftermätning och uppföljning?
4. Hur ser deltagarnas kvalitativa upplevelser av behandlingen ut som de framkommer i intervju?

METOD

Design

Baserat på migränsjukdomens komplexa natur och frånvaron av tidigare forskning på ACT och migrän valdes en explorativ arbetsform till denna studie. Studien var upplagd som två fallstudier med för- och eftermätning samt uppföljning. Valet av fallstudier baserades på (1) möjligheten att prova en behandlingsmetod (ACT) som individualterapi inom en ny patientgrupp, (2) möjligheten att fånga subjektiva upplevelser som på grund av migränsjukdomens komplexitet riskerar att förbigås i experimentella studier, (3) möjligheten att skapa hypoteser och idéer kring behandling av migrän med ACT och (4) möjligheten att erhålla relativt stor mängd individuell data trots begränsad tid och små resurser. Behandlingen bestod av fyra individuella sessioner, varav session ett och fyra varade 1½ timme, medan session två och tre varade 1 timme. Sessionerna genomfördes med ett ungefärligt mellanrum på 1 vecka. En inledande intervju samt förmätning av frågeformulär gjordes cirka 1 vecka innan första behandlingstillfället, eftermätning av frågeformulär genomfördes i slutet av session fyra, och uppföljning av frågeformulär samt eftermätning av dagbok cirka 1½ månad därefter. Data analyserades på två olika sätt:

Analys 1. För att undersöka möjliga effekter av behandlingen gjordes en jämförelse mellan förmätning och eftermätning av dagbok, och förmätning, eftermätning och uppföljning av formulär för varje deltagare.

Analys 2. För att få en uppfattning om deltagarnas kvalitativa upplevelse av behandlingen analyserades data från en avslutande intervju.

Deltagare

Deltagarna rekryterades via Svenska Migrärförbundet. För att inkluderas i studien krävdes att deltagarna (a) hade en flerårig (minst fem år) migrändiagnos som kunde bekräftas av diagnostiseringsformulär, (b) hade haft minst två migränanfall i månaden under de senaste tre månaderna, (c) hade möjlighet att delta under den period då behandlingen ägde rum samt vid uppföljningstillfället och (d) inte kände mig (behandlaren) eller handledaren för terapin sedan tidigare. De två deltagare som kallades till första intervjun uppfyllde båda samtliga dessa kriterier, med förbehållet från båda två att eventuella migränanfall kunde tvinga dem att boka om sessioner. Båda deltagarna fullföljde behandlingen med vissa ombokningar.

Deltagarna var båda kvinnor i medelåldern med mångårig och svår migränproblematik. De var båda sjukskrivna på grund av sin sjukdom och hade båda läkarkontakt. Deltagare 1 hade utöver sin migrän även en annan smärtdiagnos. Deltagare 1 åt följande mediciner: SelokenZOC (profylaktisk), Zomig (anfallskuperande) och Zoloft (antidepressiv). Deltagare 2 åt Anervan (anfallskuperande), Treo comp (värkmedicin), Neurontin (epilepsimedicin) och Primperan (mot illamående).

Instrument

Ett frågeformulär användes för att verifiera deltagarnas migrändiagnos. Mätinstrumenten för förmätning, eftermätning och uppföljning av behandlingen utgjordes av två självskattningsformulär och en dagbok. En halvstrukturerad intervju genomfördes vid uppföljningstillfället. Validitetsproblem gjorde att ett av formulären, Valued Life Questionnaire (VLQ), inte blev aktuellt som utvärderingsinstrument. Det återstående formuläret, Quality of Life Inventory (QOLI), liksom dagboken och den avslutande intervjun beskrivs nedan. Dagboksformuläret och intervjumallen återfinns som bilagor (Bilaga B respektive C). Information som framkom i den avslutande intervjun användes som ett komplement till QOLI och dagboken, samt som utvärdering av övriga upplevelser av behandlingen.

Huvudvärksformulär

Det frågeformulär för diagnostisering av huvudvärk, *Huvudvärk – frågeformulär för huvudvärk*, som användes är konstruerat av Ekbom (1976) och diagnostiserar migrän enligt två olika samlingar kriterier; Vahlquist-Bille respektive Waters. Formuläret består av 83 frågor. Dessa behandlar sjukdomshistoriens längd, huvudvärkens frekvens, duration, dygnsvariation, lokalisation, karaktär och associerade symtom, intensitet, patientens reaktion på huvudvärken, försymtom till huvudvärken, hereditet, utlösande faktorer, medicinering, tidigare läkarvård för värken samt för kvinnliga patienter frågor som gäller huvudvärkens relation till menstruation och graviditet, samt eventuellt användande av p-piller. Formuläret har visat tveksam validitet och reliabilitet enligt Waters kriterier, medan Vahlquist-Billes kriterier anses tillämpliga vid diagnostisering av kronisk huvudvärk. Formuläret ska enligt Ekbom (1976) dock användas som ett komplement till en utförlig intervju av patienten. Frågeformuläret har ersatts av nya klassifikationer (Dahlöf et al, 2003). I syfte att dokumentera deltagarnas sedan länge fastställda migrändiagnos användes av tillgänglighetsskäl dock Ekboms formulär. En av deltagarna diagnostiserades med migrän enligt både Vahlquist-Bille och Waters' kriterier. Den andra deltagaren diagnostiserades med migrän enligt Waters, men på grund av en alltför hög anfallsfrekvens (dagliga anfall) erhöll hon inte diagnosen enligt Vahlquist-Billes kriterier. Resultatet på detta formulär i kombination med intervju visade att båda deltagarna lider av svår migrän.

QOLI

QOLI är ett självskattningsformulär konstruerat av Frisch, Cornell, Villanueva och Retzlaff (1992). Formuläret mäter subjektiv livskvalitet (Paunović & Öst, 2004) och baseras på individens värdering av livskvalitet, definierad som dennes bedömning av huruvida hans eller hennes mål, önskingar och behov är uppfyllda. Individens tillfredsställelse med ett visst område i livet vägs mot dess betydelse (hur viktigt området är), innan det får bidra till bedömningen av livskvaliteten i stort. QOLI består av 16 uppgifter, vilka mäter individens självuppskattade livskvalitet inom 16 olika livsområden. Varje uppgift innehåller dels en bedömning av hur viktigt livsområdet är för personen, på en skala från 0 (*inte viktigt*) till 2 (*mycket viktigt*), dels en bedömning av hur nöjd individen är med denna dimension, på en skala från minus 3 (*mycket missnöjd*) till plus 3 (*mycket nöjd*). Den totala livskvaliteten räknas ut genom att först multiplicera skattningarna av värdering respektive tillfredsställelse för varje livsområde. Därefter räknas medelvärdet ut på samtliga dimensioner med annan produkt än 0. Livsområden som av individen bedöms vara oviktiga tas bort. QOLI har visat goda

psykometriska egenskaper i empiriska studier (Frisch, Cornell, Villanueva & Retzlaff, 1992; Paunović & Öst, 2004) och anses av Strupp, omnämnd i Frisch et al. (1992), komplettera symptomorienterade mätningar av psykologiskt fungerande.

Dagboksformulär

Deltagarna fick fylla i en dagbok (Bilaga B) varje dag under behandlingen (förmätning), samt under en vecka vid uppföljningen (eftermätning), vilket resulterade i 29 respektive 30 dagars bokförda skattningar kring dagligt mående. I dagboken skattade deltagarna i vilken utsträckning på en skala från 0 (*inte alls*) till 3 (*mycket*) de upplevt ett antal somatiska och psykiska symptom, positiva och negativa emotioner, positiva och negativa erfarenheter samt hur nöjda de var med sin dag och i vilken utsträckning de ägnat sig åt sådant de värderar högt. En öppen fråga avseende händelser som påverkat deltagaren starkt under dagen var inkluderad. Dagboken konstruerades av behandlaren/författaren tillsammans med handledaren Lars-Gunnar Lundh utifrån befintligt dagboksformulär (Diary Questionnaire) framarbetat av Lars-Gunnar Lundh och Margareta Simonsson-Sarnecki (Lundh & Simonsson-Sarnecki, 2001). Från de ursprungliga 75 frågorna i detta formulär valdes 31 frågor att inkluderas i dagboksformuläret till föreliggande studie. Frågorna valdes utifrån bedömd relevans för behandlingen och för individer med migrän. Tre frågor relaterade till migrän och ACT-behandling lades till. Syftet med dagboken var att fånga förändring över tid samt subjektiva upplevelser mellan migränanfall på ett flertal dimensioner.

Intervjuer

Syftet med den inledande intervjun var urvalskontroll, kontaktskapande och kortare anamnestagning. Avsikten med den andra, avslutande intervjun (Bilaga C) var att få återkoppling från deltagarna på behandlingen. Denna intervju var semistrukturerad på så sätt att på förhand bestämda frågor ställdes och sedan följdes upp med följdfrågor beroende på deltagarnas svar. Intervjun spelades in på video, och svaren antecknades senare ordagrant. Vissa svar återfinns som citat i resultatdelen.

Etik

I den inledande och avslutande intervjun diskuterades sekretessfrågor med deltagarna. Frågorna behandlade tystnadsplikt, sekretess mot handledare, deltagarnas rätt att avsluta behandlingen, behandlingens omfattning, uppsatsens spridning, deltagarnas anonymitet i uppsatsen samt behandlingsmaterialets förvaring. I den avslutande intervjun fick deltagarna ta

ställning till i vilken omfattning personliga uppgifter skulle finnas med i den slutgiltiga uppsatsen. Författaren har tagit del av APA's (American Psychological Association) etiska principer (Shaughnessy, Zechmeister & Zechmeister, 2003), och behandlingen har genomförts i enlighet med dessa.

Procedur

Studien genomfördes under fyra veckor i psykoterapimottagningens lokaler på Lunds universitet. I direkt anslutning till den inledande intervjun fick deltagarna fylla i frågeformuläret för huvudvärk samt QOLI. Deltagarna informerades om att syftet med huvudvärksformuläret var att bekräfta deras migrändiagnos, och att det andra formuläret liksom dagboken skulle användas till utvärderingen. Deltagarna fick också material och instruktioner för ifyllande av dagbok under de 22 respektive 23 dagar som behandlingen pågick. Intentionen var att behandlingen skulle se likadan ut för båda deltagarna. Individuella skillnader gjorde att enskilda sessioner inte såg exakt likadana ut, men innehållet i behandlingen som helhet var likadant för båda deltagarna. Intentionen var också att det skulle gå cirka en vecka mellan behandlingstillfällena, men beroende på deltagarnas sjukdom förflöt olika lång tid (mellan fyra och tio dagar) mellan sessionerna. Samtliga sessioner spelades in med videokamera. I omedelbar anslutning till den fjärde och sista sessionen fick deltagarna fylla i QOLI, samt lämna in de ifyllda dagboksformulären. Sex veckor senare genomfördes en semistrukturerad intervju med deltagarna, varefter de återigen fick fylla i QOLI. Därefter följde en veckas eftermätning av dagbok, vilka sedan skickades per post till mig.

Behandlare

Jag som behandlare, tillika författare av detta arbete, har, utöver psykologutbildningen med tre terminers erfarenhet av kognitiv psykoterapibehandling, deltagit i en kortare utbildning i ACT samt har egen erfarenhet av meditation och mindfulnessövningar. Behandlingen genomfördes under handledning av psykolog Lasse Kohnke, som utöver viss utbildning i ACT även använder kognitiv beteendeterapi i sin yrkesutövning samt fungerar som handledare i kognitiv terapi för psykologstudenter vid Lunds universitet.

Behandlingen

De fyra sessionerna med Acceptance and Commitment Therapy baserades på de behandlingsmodeller som använts för kronisk smärta (Ahlqvist & Claesson, 2002) och epilepsi (Lundgren, 2004), samt boken Acceptance and Commitment Therapy (Hayes et al.,

1999). Modellerna modifierades för att passa ett upplägg med fyra individuella sessioner. Syftet med sessionerna var att stödja deltagarnas steg i värderade riktningar för att öka handlingsfriheten och komma närmare deltagarnas värderade, önskade liv. En summarisk presentation av innehållet i ACT-behandlingen vid migrän följer nedan (se boken av Hayes et al. för en utförlig genomgång av varje moment i behandlingen).

Session 1

Målet med den första sessionen var, utöver att mycket kortfattat presentera ACT, att (1) introducera kontakt med nuet genom en övning i mindfulness, (2) producera en livskompass (se Bilaga A) baserad på deltagarens värderingar och intentioner, (3) uppmärksamma skillnader mellan det liv deltagaren önskar och det liv hon faktiskt lever, (4) kartlägga de symptom eller problem som deltagaren presenterar som hinder för att gå i värderade riktningar, (5) kartlägga de strategier deltagaren använt för att ta bort dessa hinder och (6) utforska deltagarens erfarenhet av hur dessa strategier har fungerat (kreativ hopplöshet).

1) *Kontakt med nuet*

Sessionen började med en kortare övning i mindfulness, utförd med slutna ögon och under instruktion av behandlaren. Syftet med övningen var att uppmärksamma här och nu samt mentala upplevelser som dyker upp.

2) *Livskompass*

Tillsammans med behandlaren gjorde deltagaren en livskompass med samtliga tio dimensioner. Intentioner (önskat innehåll) i dimensionerna skrevs ned, liksom en värdering på en skala mellan 1 och 10 för varje dimension. Blå färg fick representera intentionerna i livskompassen.

3) *Diskrepans mellan värderat liv och nuvarande liv*

En värdering på en skala mellan 1 och 10 gjordes avseende i vilken utsträckning deltagaren handlat i linje med sina intentioner de senaste två veckorna. Skillnaden mellan denna värdering och den förra räknades ut och skrevs ned i kompassen, vilket gav skillnaden mellan det liv/beteende deltagaren har och det liv/beteende hon önskar och värderar. Orange färg representade diskrepansen i livskompassen.

4) *Hinder*

Anledningar till varför deltagaren inte handlar i linje med sina intentioner skrevs ned som hinder i livskompassen, tydligt placerade mellan en streckgubbe (individen) i mitten och en yttre cirkel med de tio livsdimensionerna. I de allra flesta fall rapporterades ”migrän” utgöra hinder. Orange färg fick representera dessa hinder i livskompassen. Hindren formulerades också i meningar, exempelvis ”Jag skulle vilja arbeta, men jag har migrän”. Dessa skrevs ned på ett separat papper.

5) *Strategier*

Deltagarens strategier för att påverka, förändra och ta bort hinder för att komma närmare sitt värderade liv skrevs ned på ytterligare ett separat papper. Dessa bedömdes sedan efter sin effektivitet på kort respektive lång sikt. Det kortsiktiga resultatet refererade till den omedelbara effekten av en strategi, exempelvis symptomlättnad, medan det långsiktiga resultatet refererade till huruvida strategin hade hjälpt deltagaren att komma närmare sitt värderade liv. Syftet med övningen var att uppmärksamma deltagaren på att kontrollstrategier och strategier av undvikande natur som bäst har en kortsiktig effekt, men att de faktiskt kan föra henne längre bort från önskat liv.

6) *Kreativ hopplöshet*

Deltagaren ombads att dra egna slutsatser avseende de strategier hon använder, samt deras effekt på kort och lång sikt. Slutsatsen att strategierna inte för henne närmare det hon vill fylla sitt liv med resulterade i kreativ hopplöshet. Behandlaren förtydligade att det är strategierna som är hopplösa, inte deltagaren. Sessionen avslutades med en fråga till deltagaren om hon skulle kunna vara villig att ha de identifierade hindren om det betydde att hon kom närmare sitt värderade liv. ACT-metaforen ”Choose between two gifts” (Hayes et al., 1999) illustrerade denna poäng. Behandlaren uttryckte att målet med behandlingen var att hjälpa deltagaren att ta steg i värderade riktningar.

Session 2

Syftet med den andra sessionen var att (1) introducera en övning i mindfulness med visualisering/exponering, (2) repetera och förtydliga nödvändiga moment från session ett och introducera ett nytt språkbruk kring intentioner och hinder, (3) presentera metaforer som ett led i tydliggörande, (4) uppmärksamma deltagaren på skillnaden mellan rent och smutsigt obehag och (5) introducera hemuppgift.

1) *Exponering*

Sessionen började med en övning i mindfulness, liksom i första sessionen. Deltagaren ombads att lägga märke till tanke- och känslolnnehåll, men att låta det vara precis så som det presenterade sig i medvetandet. Deltagaren ombads sedan att visualisera innehållet i livskompassen med dess intentioner och hinder. Visualiseringen fokuserade därefter på hindren, och deltagaren uppmanades att ge dem färg, form och att lägga märke till eventuellt känslolnnehåll samt vad hon gjorde med dem. Syftet var att utvidga begreppet ”hinder”, finna känslor och tankar som fungerar som hinder samt lägga märke till huruvida deltagaren kunde distansera sig från dem.

2) *Repetition och förtydligande*

På grund av omfånget av den första sessionen upprepades nödvändiga delar, med fokus på kreativ hopplöshet. Ett språkbruk som spontant börjat växa fram redan under den första sessionen etablerades, då upptagenhet med hinder omnämndes att ”vara i det orange” medan strävan efter eller sysselsättning med intentioner omnämndes att ”vara ute i det blå”.

3) *Metaforer*

Metaforer som användes som instrument i tydliggörandet var ”Man in the hole”, ”Bubble in the road” och ”Swamp” (Hayes et al., 1999). Syftet var att ge deltagaren möjlighet att skapa en egen förståelse för begreppet kreativ hopplöshet och betydelsen av att välja livskvalitet framför momentan symtomlättnad.

4) *Rent och smutsigt obehag*

Behandlaren illustrerade med hjälp av deltagarens strategier hur försök till kontroll av hinder har lett till fler problem och lägre livskvalitet än att bara uppleva hindren som de är. Att ”bråka” med hinder (i betydelsen att försöka ta bort dem) benämndes ”smutsigt obehag”, medan att uppleva själva hindret (exempelvis migrän) benämndes ”rent obehag”. Deltagaren uppmanades att lägga märke till när hon bråkade med sina hinder, och vad det resulterade i. Syftet var att uppmärksamma deltagaren på att upptagenhet med hinder som ändå inte kan påverkas kostar livskvalitet, och att valet kanske står mellan fokus på hinder eller fokus på livet. Rent och smutsigt obehag illustrerades också med skillnaden mellan beteende baserat på en migränattack (rent obehag) och beteende baserat på rädsla för anfall (smutsigt obehag).

5) *Hemuppgift*

En stående hemuppgift introducerades, bestående av val av någon eller några intentioner att sträva mot under tiden fram till följande sessioner. Syftet var att exponera deltagaren för de hinder som kunde dyka upp.

Session 3

Syftet med den tredje sessionen var att (1) i mindfulness-övning träna villighet, (2) uppmärksamma deltagaren på ytterligare hinder som delas av alla människor, (3) uppmärksamma deltagaren på vad som styr hennes val; det hon vill eller det hon fruktar, (4) ytterligare illustrera villighet och användandet av kontroll för att påverka tankar och känslor och (5) låta deltagaren göra ett åtagande att gå i en viss riktning.

1) *Villighet*

Genom en övning i mindfulness tränades villighet att "låta vara" och att inte försöka kontrollera de tankar, känslor och signaler från kroppen som dyker upp under övningen. Ett varsamt och närvarande förhållningssätt eftersträvades.

2) *Universella hinder*

Genom övningen "What is your secret?" (Hayes et al., 1999) uppmärksammades deltagaren på att vi människor delar en gemensam hemlighet som fungerar som hinder, nämligen att det är något fel på oss och att vi måste åtgärda bristen innan vi kan börja leva. De sätt som deltagaren använt för att dölja denna hemlighet, vilka beteenden det resulterat i samt huruvida dessa beteenden varit i linje med värderade riktningar undersöktes.

3) *Önskan eller fruktan*

Genom övningen "Kick your buts" (Hayes et al., 1999) illustrerades hur utbytet av ordet "men" i exempelvis den tidigare nedskrivna meningen "Jag skulle vilja arbeta, men jag har migrän" till ordet "och" ger en annan mening och funktion. Syftet var att visa hur meningarna illustrerar vad deltagaren vill och vad hon fruktar. Är det önskan eller rädsla som styr hennes livsval?

4) *Villighet och kontroll*

Genom metaforen "Two scales" (Hayes et al., 1999) illustrerades begreppet "villighet", och hur endast villighet kan skapa flexibilitet kring tankar och känslor. Hur medveten kontroll av

känslor och upplevelser är en omöjlighet illustrerades med hjälp av uppmaning till deltagaren att börja gråta på kommando. Genom metaforen ”Tug-of-war with a monster” (se Hayes) illustrerades också hur försök till kontroll (smutsigt obehag) adderar till problem, och hur ett alternativ kan vara att släppa taget.

5) Åtagande

Deltagaren uppmanades till ett åtagande att röra sig i värderade riktningar, och fick specificera i vilken riktning och på vilket sätt hon skulle gå, samt hur hon skulle hantera uppkomna hinder.

Session 4

Syftet med den fjärde sessionen var att repetera och summera de olika komponenterna i behandlingen. Erfarenheter av försök att gå i värderade riktningar uppmärksammades, och begreppet kreativ hopplöshet vid kontroll- och undvikandestrategier upprepades, liksom kostnaden för dessa strategier. Sessionen började med en mindfulness-övning med villighetsträning och avslutades med ett åtagande att röra sig i värderade riktningar.

Normgrupper för QOLI och dagboksformulär

QOLI

Normgruppen för QOLI bestod av ett slumpmässigt urval av 100 individer (45 män och 55 kvinnor) i åldern 18 till 60 år, bosatta i Stockholm (Paunović & Öst, 2004). För att inkluderas i studien krävdes att individerna inte hade någon nuvarande eller tidigare ångeststörning, ingen affektiv eller psykotisk sjukdom, inget missbruk och ingen pågående psykologisk eller medicinsk behandling för psykisk sjukdom. Dessutom krävdes att individerna skulle förstå och tala svenska flytande. Resultatet av skattningarna i QOLI för normgruppen användes som normvärden i denna studie. Z-värden för varje deltagare beräknades genom att subtrahera deltagarens värde med normgruppens värde och dividera skillnaden med normgruppens standardavvikelse.

Dagboksformulär

Normgruppen för dagboksformuläret bestod av ett slumpmässigt urval av 100 kvinnor i åldern 25 till 50 år, bosatta i Stockholm. Det enda förbehållet i urvalet var att individerna skulle förstå och tala svenska flytande. Studien i vilken urvalet gjordes (Lundh & Simonsson-Sarnecki, 2001) var en del av Health and Quality of Life (HQL)-projektet, vilket pågick

mellan 1995 och 1998. Dagboksformuläret (Diary Questionnaire) fylldes i varje dag under 8 veckors tid. Resultatet av dagboksskattningarna för normgruppen användes som normvärden för att utvärdera resultatet i denna studie. Z-värden för varje deltagare beräknades på motsvarande sätt som för skattningarna i QOLI.

RESULTAT

Alla data presenteras i tabeller, diagram och löpande text. Inga statistiska analyser har gjorts. Resultatredovisningen är indelad utifrån de två sätt jag valt att analysera data på.

Frågeställning 1 och 2 besvaras under analys 1, medan frågeställning 4 besvaras under analys 2. Frågeställning 3 kan ej besvaras på grund av bortfall av frågeformulär.

Analys 1: För- och eftermätning samt uppföljning

QOLI

För att undersöka om det skett någon förändring för deltagarna på livskvalitetsformuläret jämfördes förmätning med eftermätning och uppföljning. Jämförelsen gjordes för varje livsområde i QOLI och för varje deltagare. Förmätningen bestod av skattningar av varje område före start av behandlingen. Eftermätningen och uppföljningen bestod på samma sätt av skattningar uppmätta vid behandlingens slut respektive vid uppföljningstillfället. För att bedöma deltagarnas skattningar på de olika områdena gjordes en jämförelse mellan deltagarnas och normgruppens skattningar på varje område. Resultaten presenteras i tabell 1 (deltagare 1) respektive 2 (deltagare 2). För att ytterligare åskådliggöra förändringar i deltagarnas skattningar och samtidigt jämföra dessa med normgruppen, räknades z-poäng ut för deltagarnas tre skattningar på samtliga dimensioner. Normgruppens skattningar får då värdet noll. Resultaten presenteras i figur 1 (deltagare 1) respektive figur 2 (deltagare 2). Den totala livskvaliteten vid de tre mättillfällena presenteras i figur 3 för båda deltagarna.

Deltagare 1

Tabell 1 (se nästföljande sida) visar skattningar av deltagare 1 för varje livsområde vid för- och eftermätning samt uppföljning, liksom normgruppens skattningar. I tabellen framgår att vid eftermätningstillfället är 9 av 16 livsdimensioners skattningar lägre jämfört med vid förmätningstillfället, medan två är högre. Vid uppföljningstillfället är dock hälften av livsområdenas skattningar högre jämfört med förmätningstillfället, och en majoritet (12 av 16) av livsområdenas skattningar är högre än vid eftermätningstillfället.

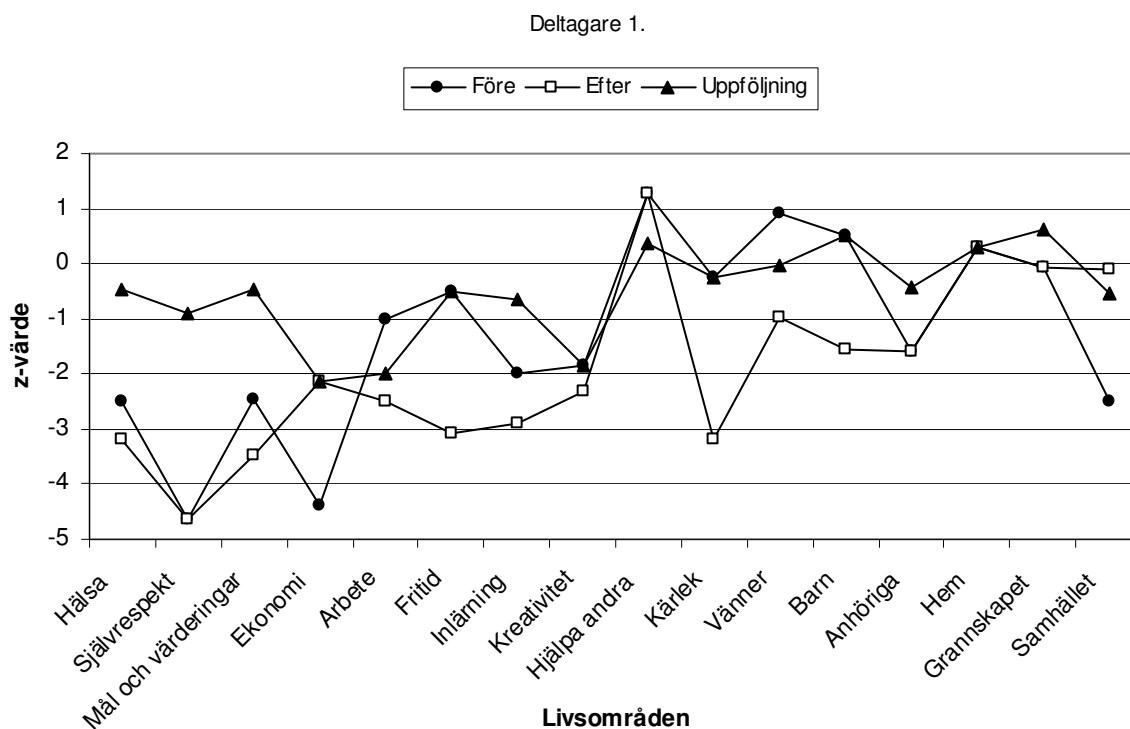
Tabell 1.

Deltagare 1. Skattningar av livskvalitet inom olika områden före och efter behandling och vid uppföljning, samt medelvärden och standardavvikelser för normgruppen.

Livsområde	Före	Efter	Uppföljning	Norm <i>M (SD)</i>
Hälsa	-4,00	-6,00	2,00	3,38 (2,94)
Självrespekt	-4,00	-4,00	2,00	3,45 (1,61)
Mål och värderingar	-2,00	-4,00	2,00	2,94 (2,00)
Ekonomi	-6,00	-2,00	-2,00	1,75 (1,77)
Arbete	1,00	-2,00	-1,00	3,08 (2,05)
Fritid	2,00	-4,00	2,00	3,19 (2,34)
Inläring	-2,00	-4,00	1,00	2,43 (2,22)
Kreativitet	-1,00	-2,00	-1,00	2,74 (2,04)
Hjälpa andra	4,00	4,00	2,00	1,15 (2,26)
Kärlek	4,00	-2,00	4,00	4,51 (2,05)
Vänner	6,00	2,00	4,00	4,09 (2,11)
Barn	4,00	-2,00	4,00	2,49 (2,88)
Anhöriga	-1,00	-1,00	2,00	3,06 (2,55)
Hem	4,00	4,00	4,00	3,13 (2,88)
Grannskapet	2,00	2,00	4,00	2,23 (2,87)
Samhället	-4,00	2,00	1,00	2,38 (2,54)

Figur 1 (se nästföljande sida) visar deltagare 1:s skattningar på samtliga livsområden i z-poäng. Normgruppen har värdet noll. Figuren visar att deltagarens skattningar vid samtliga tre mättillfällen är lägre än normvärdet på en majoritet av de 16 livsområdena. Den visar också att skattningarna vid förmätningstillfället generellt sett är något högre än vid eftermätningstillfället, och att skattningarna vid uppföljningstillfället i snitt ligger högst. Figuren visar också att de livsområden där deltagare 1 rapporterade lägst livskvalitet vid förmätningen är hälsa, självrespekt, mål och värderingar, ekonomi, inläring och samhället. Av dessa skattas hälsa, mål och värderingar och inläring något lägre, och ekonomi och samhället högre, vid eftermätningen. För samtliga av dessa livsområden, utom ekonomi, har skattningarna normaliserats vid uppföljningstillfället, i den meningen att deltagarens

skattningar nu ligger inom en standardavvikelse från normvärdet. Det kan också noteras att vid uppföljningen är det bara tre skattningar som ligger lägre än en standardavvikelse från normvärdet: ekonomi, arbete och kreativitet.



Figur 1. Deltagare 1:s z-värden på de olika livsområdena före och efter behandling, samt vid uppföljning.

Deltagare 2

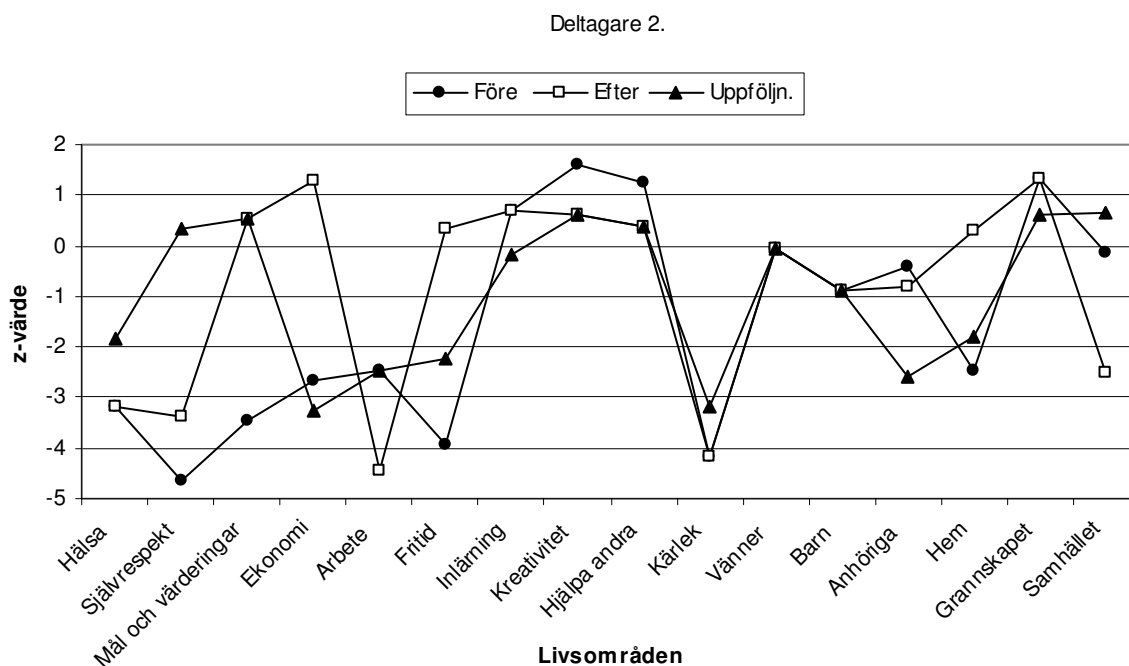
Tabell 2 (se nästföljande sida) visar skattningar av deltagare 2 för varje livsområde vid för- och eftermätning samt uppföljning, liksom normgruppens skattningar. I tabellen framgår att vid eftermätningstillfället är skattningarna av fem livsområden högre än vid förämätningstillfället, och lika många skattningar är lägre. Vid uppföljningstillfället är skattningarna av sju livsområden högre jämfört med förämätningstillfället, medan sex skattningar är lägre.

Tabell 2.

Deltagare 2. Skattningar av livskvalitet inom olika områden före och efter behandling och vid uppföljning, samt medelvärden och standardavvikelser för normgruppen.

Livsområde	Före	Efter	Uppföljning	Norm <i>M (SD)</i>
Hälsa	-6,00	-6,00	-2,00	3,38 (2,94)
Självrespekt	-4,00	-2,00	4,00	3,45 (1,61)
Mål och värderingar	-4,00	4,00	4,00	2,94 (2,00)
Ekonomi	-3,00	4,00	-4,00	1,75 (1,77)
Arbete	-2,00	-6,00	-2,00	3,08 (2,05)
Fritid	-6,00	4,00	-2,00	3,19 (2,34)
Inläring	4,00	4,00	2,00	2,43 (2,22)
Kreativitet	6,00	4,00	4,00	2,74 (2,04)
Hjälpa andra	4,00	2,00	2,00	1,15 (2,26)
Kärlek	-4,00	-4,00	-2,00	4,51 (2,05)
Vänner	4,00	4,00	4,00	4,09 (2,11)
Barn	0,00	0,00	0,00	2,49 (2,88)
Anhöriga	2,00	1,00	-1,00	3,06 (2,55)
Hem	-4,00	4,00	-2,00	3,13 (2,88)
Grannskapet	6,00	6,00	4,00	2,23 (2,87)
Samhället	2,00	-4,00	4,00	2,38 (2,54)

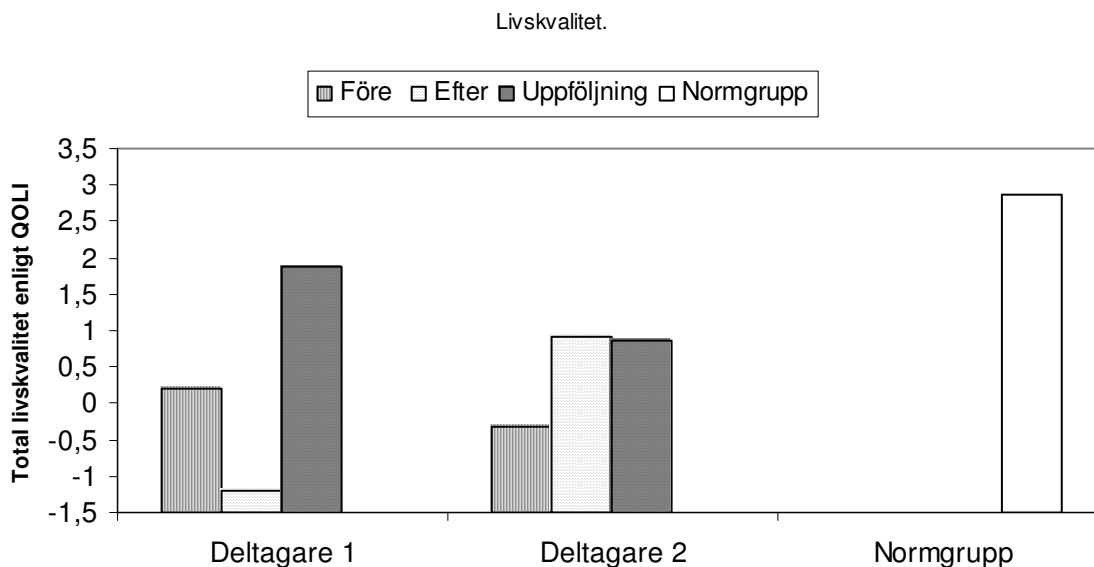
Figur 2 (se nästföljande sida) visar deltagare 2:s skattningar av samtliga livsområden i z-poäng. Normgruppen har värdet noll. Figuren visar att deltagarens skattningar är lägre än normvärdet på 10, 8 respektive 11 av de 16 livsområdena vid förmätning, eftermätning respektive uppföljning. Figuren visar också att de livsområden som deltagare 2 skattar lägst vid förmätningen är hälsa, självrespekt, mål och värderingar, ekonomi, arbete, fritid, kärlek och hem. Av dessa skattas alla utom hälsa, arbete och kärlek högre vid eftermätningen, och vid uppföljningen skattar deltagaren alla utom ekonomi, arbete och kärlek högre jämfört med vid förmätningen. Värt att notera är de stora ökningarna från förmätning till eftermätning i skattningar av självrespekt (från z-värde -4,63 till z-värde 0,34) och mål och värderingar (från z-värde -3,47 till z-värde 0,53).



Figur 2. Z-värden på de olika livsområdena före och efter behandling, samt vid uppföljning.

Total livskvalitet

För att ytterligare undersöka eventuella förändringar beräknades medelvärdet av skattningarna på samtliga livsområden som av deltagarna skattats som viktiga, vilket gav den totala livskvaliteten. Deltagare 1 skattade samtliga 16 dimensioner som viktiga. För deltagare 2 beräknades medelvärdet på 15 dimensioner, då en skattades som oviktig och togs bort. Deltagarnas medelvärden jämfördes sedan med normgruppens. Resultaten presenteras i Figur 3 (se nästföljande sida). Figuren visar att den totala livskvaliteten för båda deltagarna ligger under normgruppens totala livskvalitet vid samtliga skattningstillfällen. Livskvaliteten för deltagare 1 ligger lägst vid eftermätningen och högst vid uppföljningen, medan livskvaliteten för deltagare 2 ligger lägst vid förmätningen och högst vid eftermätning och uppföljning.



Figur 3. Förändringar av total livskvalitet för deltagare 1 och deltagare 2 samt total livskvalitet för normgrupp.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis pekar resultaten av för- och eftermätning samt uppföljning av QOLI mot att båda deltagarna upplever en lägre livskvalitet i jämförelse med en normgrupp. Detta framkommer för båda deltagarna både i den totala livskvaliteten och särskilt tydligt i skattningar av livsområden som hälsa, självrespekt, mål och värderingar och ekonomi. En lägre total livskvalitet jämfört med normgruppen kvarstår efter behandling för båda deltagarna. Såväl den totala livskvaliteten som flera enskilda livsområden har emellertid förbättrats jämfört med förmätningen. Särskilt tydlig är den högre skattade livskvaliteten från förmätning till uppföljning för båda deltagarna inom livsområdena hälsa, självrespekt och mål och värderingar.

Dagboksformulär

För att undersöka om det skett någon förändring i deltagarnas skattningar i dagboksformuläret jämfördes de genomsnittliga skattningarna under behandlingsperioden (vilket för enkelhetens skull fortsättningsvis kallas "förmätningen") med de genomsnittliga skattningarna under eftermätningen. Jämförelsen gjordes för varje item i dagboken och för varje deltagare. Förmätningen beräknades genom att medelvärdet räknades ut för de dagliga skattningarna av varje item under förmätningsperioden (behandlingsperioden). Eftermätningen beräknades på samma sätt för skattningarna under eftermätningsperioden (efter uppföljningen). En

jämförelse gjordes också mellan deltagarnas och en normgrupps skattningar på varje item med tillgängligt normgruppsvärde. Resultaten presenteras i tabell 3 (deltagare 1) respektive tabell 4 (deltagare 2). För att tydliggöra en eventuell förändring i deltagarnas skattningar och en eventuell differens mellan deltagarnas och normgruppens skattningar, beräknades z-värden för relevanta items före och efter behandling. Normgruppen får då värdet noll. Resultatet presenteras i Figur 4 (deltagare 1) respektive Figur 5 (deltagare 2). Resultat på dagboksfrågorna 3, 4 och 5 (se Bilaga B) presenteras i löpande text under egen rubrik.

Deltagare 1

Tabell 3 (se nästföljande sida) visar medelvärde av dagliga skattningar för varje dagboksitem före respektive efter behandling, samt medelvärde och standardavvikelse för normgruppens skattningar. Tabellen visar att deltagarens samtliga skattningar av somatiska besvär och negativ affekt (tabellens första hälft) vid förmätningen är högre än normgruppens skattningar. Skattningen av migrän är högre än förväntat hos en individ med migrän, då migrändrabbade som grupp beräknas ha en genomsnittsfrekvens av ett anfall i månaden (se teoridelen i detta arbete). Trots att normgrupp saknas för skattning av migrän i dagboksformuläret kan därför konstateras att deltagarens skattning är högre än en klinisk migrängrupp, och därmed också högre än en normgrupps förväntade skattning. Deltagarens skattningar av positiva upplevelser (tabellens andra hälft) är lägre än normgruppens i sju fall, och högre än normgruppens i fem fall. Skattningen av upplevelse av besvikelser (tabellens andra hälft) är högre än hos normgruppen. Dessa skillnader är dock betydligt mindre än skillnaderna i symptomskattningar.

Samtliga skattningar med ett undantag ("öm i musklerna") av symptom har minskat från förmätning till eftermätning. Skattningar av migrän har minskat från förmätning till eftermätning. Skattningar av items som indikerar positiva upplevelser och erfarenheter har alla, med undantag av tre stycken, ökat från förmätning till eftermätning. Skattningar av de två items som indikerar negativa upplevelser har minskat.

Tabell 3.

Deltagare 1. Genomsnittliga skattningar av somatiska besvär, negativ affekt och positiva och negativa upplevelser per dag under mätperioderna före och efter behandling, jämfört med motsvarande genomsnittliga skattningar per dag för normgruppen under en 8-veckorsperiod.

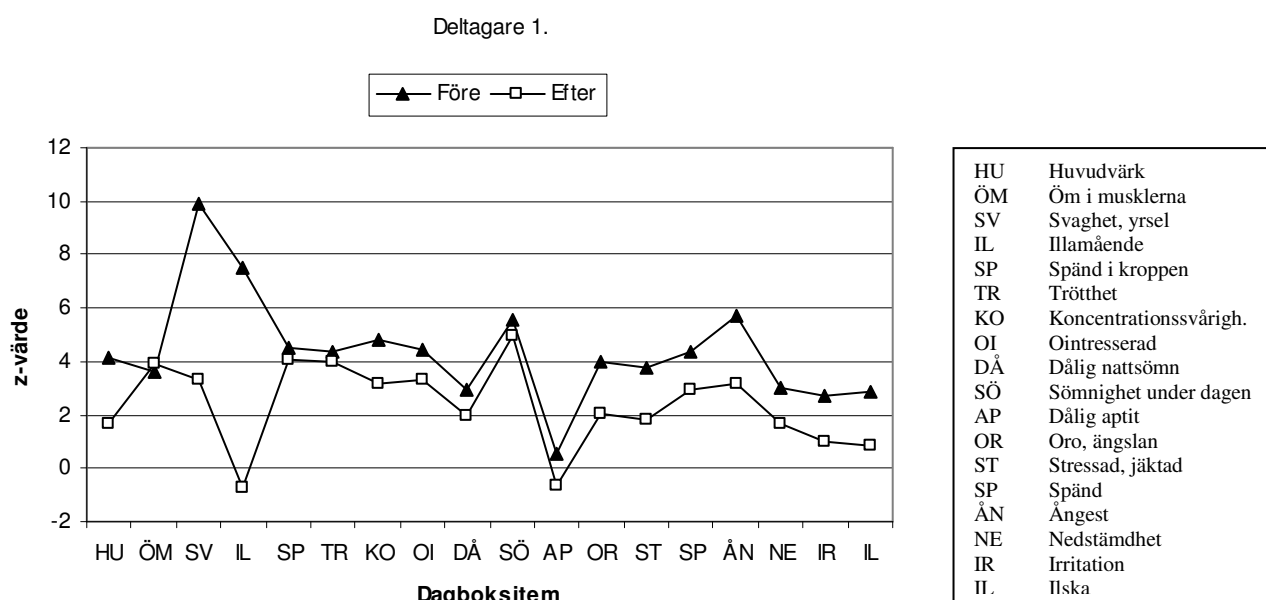
Item	Före (M)	Efter (M)	Norm M (SD)
Huvudvärk	1,33	0,71	0,30 (0,25)
Migrän	1,38	0,43	Ingen uppgift
Öm i musklerna	1,87	2,00	0,31 (0,43)
Svaghet, yrsel	1,90	0,71	0,12 (0,18)
Illamående	1,48	0,00	0,13 (0,18)
Spänd i kroppen	2,04	1,86	0,25 (0,40)
Trötthet, bristande energi	2,30	2,14	0,54 (0,40)
Koncentrationssvårigheter	2,22	1,57	0,33 (0,39)
Ointresserad, oengagerad	1,83	1,43	0,24 (0,36)
Dålig sömn under natten	1,48	1,14	0,42 (0,36)
Sömnighet under dagen	2,35	2,14	0,51 (0,33)
Dålig aptit	0,29	0,00	0,15 (0,24)
Oro, ångslan	1,91	1,14	0,32 (0,40)
Känsla av att vara stressad, jäktad	1,87	1,14	0,44 (0,38)
Känsla av att vara spänd	2,00	1,43	0,25 (0,40)
Ångest	1,96	1,14	0,14 (0,32)
Nedstämdhet, ”deppighet”	1,35	0,86	0,26 (0,36)
Irritation	1,26	0,71	0,39 (0,32)
Ilska	0,96	0,43	0,22 (0,26)
Negativa upplevelser	1,22	1,14	Ingen uppgift
Positiva upplevelser	1,35	1,29	Ingen uppgift
Besvikelser, misslyckanden	1,09	0,86	0,24 (0,31)
Känslor av glädje	1,04	1,14	1,43 (0,60)
Upplevelser av trygghet, lugn	0,78	1,00	1,39 (0,62)
Arbetslust, energi	0,44	0,57	1,13 (0,50)
Lärt mig nya saker, fått nya insikter	0,96	0,86	0,79 (0,52)
Trevligt umgänge med andra	1,22	1,29	1,59 (0,53)

Forts. s. 37

Tabell 3 (forts.).

Motionerat, tränat	0,96	1,43	0,53 (0,44)
Njutit av musik, teater, dans	0,70	0,86	0,56 (0,50)
Bra och givande samtal	1,35	1,57	1,33 (0,53)
Njutit av naturen eller vädret	0,87	1,29	0,93 (0,55)
Njutit av god mat	1,30	1,14	1,24 (0,51)
Kärleksfulla känslor	1,04	1,00	1,30 (0,74)
Avspänning, avkoppling	1,00	1,00	1,17 (0,61)

För att ytterligare åskådliggöra förändringar i deltagarnas skattningar, och samtidigt tydliggöra den stora differensen mellan deltagarens och normgruppens skattningar av somatiska besvär och negativ affekt, beräknades deltagarens z-värden för samtliga dessa items vid förmätning respektive eftermätning. Resultaten presenteras i Figur 4. Z-värde för skattning av migrän kunde inte beräknas och är ej inkluderad i figuren. Normgruppen har värdet noll. Figuren visar lägre symptomskattningar vid eftermätningen jämfört med förmätningen. Särskilt noterbart är de stora minskningarna i skattade besvär av svaghet/yrsel (från z-värde 9,89 till z-värde 3,28) och illamående (från z-värde 7,5 till z-värde -0,72). Även vid eftermätningen har dock deltagaren högre symptomskattningar än normgruppen, med undantag av skattningar av illamående och dålig aptit.



Figur 4. Z-värden på olika symptomskattningar och skattningar av negativ affekt före och efter behandling.

Deltagare 2

Tabell 4 visar medelvärdet av dagliga skattningar för varje dagboksitem före respektive efter behandling, samt medelvärde och standardavvikelse för normgruppens skattningar. Tabellen visar att deltagarens samtliga symptomskattningar med ett undantag ("huvudvärk") är högre än normgruppens skattningar vid förmätningen. Deltagaren särskiljer "migrän" från "huvudvärk", och eftersom hon endast lider av migrän återfinns nollskattningar av "huvudvärk" i tabellen. Skattningen av migrän är, liksom hos deltagare 1, högre än förväntat hos en individ med migrän. Deltagarens skattningar av positiva upplevelser är, med ett undantag ("njutit av naturen eller vädret"), lägre än normgruppens i samtliga fall. Skattningen av upplevelse av besvikelser är högre än hos normgruppen. Liksom hos deltagare 1 är dock skillnaderna mellan deltagarens och normgruppens skattningar av positiva upplevelser och besvikelse betydligt mindre än skillnaden i symptomskattningar. Symptomskattningar har ökat på elva items och minskat på sex items från förmätning till eftermätning. Skattningarna av migrän har ökat från förmätning till eftermätning. Skattningar som indikerar positiva upplevelser och erfarenheter har minskat på sju items och ökat på sex items från förmätning till eftermätning, medan de två items som indikerar negativa upplevelser har ökat.

Tabell 4.

Deltagare 2. Genomsnittliga skattningar av somatiska besvär, negativ affekt och positiva och negativa upplevelser per dag under mätperioderna före och efter behandling, jämfört med motsvarande genomsnittliga skattningar per dag för normgruppen under en 8-veckorsperiod.

Item	Före (M)	Efter (M)	Norm M (SD)
Huvudvärk	0,00	0,00	0,30 (0,25)
Migrän	1,55	1,86	Ingen uppgift
Öm i musklerna	1,32	2,00	0,31 (0,43)
Svaghet, yrsel	1,50	1,14	0,12 (0,18)
Illamående	1,36	0,71	0,13 (0,18)
Spänd i kroppen	2,82	2,86	0,25 (0,40)
Trötthet, bristande energi	2,77	2,57	0,54 (0,40)
Koncentrationssvårigheter	1,23	1,71	0,33 (0,39)
Ointresserad, oengagerad	1,32	1,57	0,24 (0,36)
Dålig sömn under natten	2,50	2,29	0,42 (0,36)

Forts. s. 39

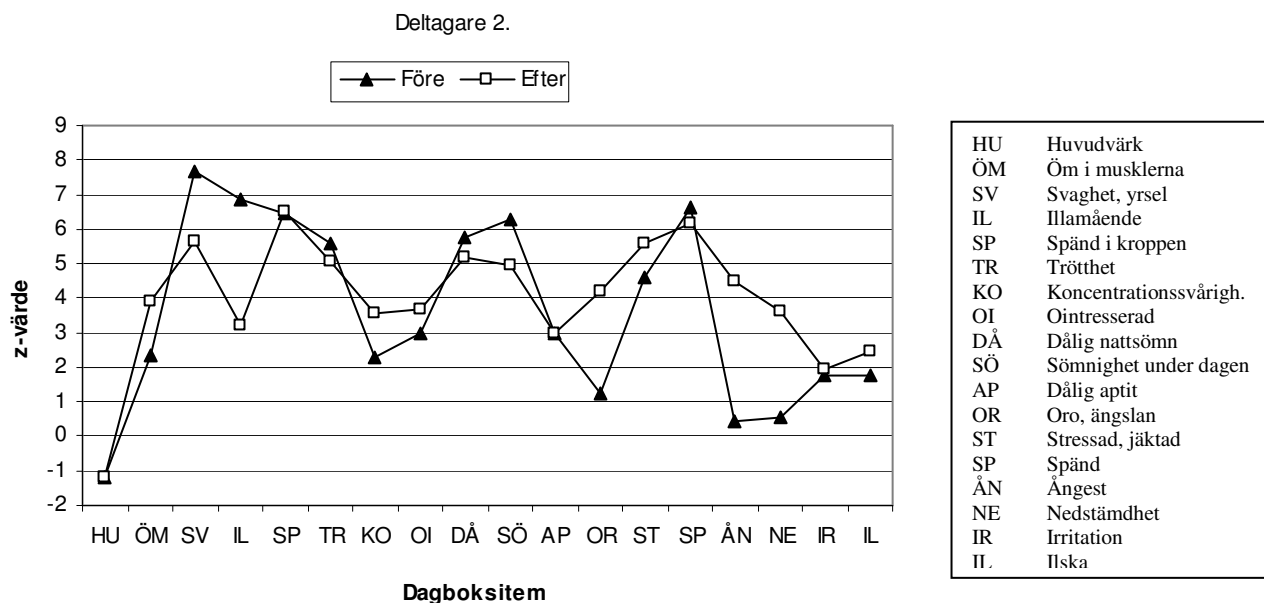
Tabell 4 (forts.).

Sömnighet under dagen	2,59	2,14	0,51 (0,33)
Dålig aptit	0,86	0,86	0,15 (0,24)
Oro, ängslan	0,82	2,00	0,32 (0,40)
Känsla av att vara stressad, jäktad	2,18	2,57	0,44 (0,38)
Känsla av att vara spänd	2,91	2,71	0,25 (0,40)
Ångest	0,27	1,57	0,14 (0,32)
Nedstämdhet, ”deppighet”	0,46	1,57	0,26 (0,36)
Irritation	0,96	1,00	0,39 (0,32)
Ilska	0,68	0,86	0,22 (0,26)
Negativa upplevelser	1,00	1,71	Ingen uppgift
Positiva upplevelser	1,32	1,00	Ingen uppgift
Besvikelser, misslyckanden	0,55	1,57	0,24 (0,31)
Känslor av glädje	0,96	0,87	1,43 (0,60)
Upplevelser av trygghet, lugn	1,00	0,87	1,39 (0,62)
Arbetslust, energi	0,68	0,71	1,13 (0,50)
Lärt mig nya saker, fått nya insikter	0,68	0,71	0,79 (0,52)
Trevligt umgänge med andra	0,82	0,57	1,59 (0,53)
Motionerat, tränat	0,50	0,29	0,53 (0,44)
Njutit av musik, teater, dans	0,41	0,71	0,56 (0,50)
Bra och givande samtal	1,10	1,00	1,33 (0,53)
Njutit av naturen eller vädret	1,27	0,71	0,93 (0,55)
Njutit av god mat	0,91	1,14	1,24 (0,51)
Kärleksfulla känslor	0,55	0,86	1,30 (0,74)
Avspänning, avkoppling	0,55	0,71	1,17 (0,61)

För att tydliggöra den stora differensen mellan deltagarens och normgruppens skattningar av somatiska besvär och negativ affekt, och samtidigt åskådliggöra förändringar i deltagarens skattningar beräknades, liksom för deltagare 1, deltagare 2:s z-värden för samtliga dessa items före respektive efter behandling. Resultaten presenteras i Figur 5 (se nästföljande sida). Z-värde för skattning av migrän kunde inte beräknas och är ej inkluderad i figuren.

Normgruppen har värdet noll. Figuren visar vissa minskade symptomskattningar, framför allt av svaghet/yrsel och illamående. Även vid eftermätningen skattar deltagaren dock betydligt

högre än normgruppen på dessa symptom. Dessutom finns det vissa symptom där deltagaren skattar högre besvär vid eftermätningen än vid förmätningen. Detta gäller framför allt oro, ångest och nedstämdhet.



Figur 5. Z-värden på olika symptomskattningar och skattningar av negativ affekt före och efter behandling.

Övriga frågor i dagboksformuläret

Den öppna frågan i dagboksformuläret (fråga tre) rörande viktiga händelser under dagen har en låg svarsfrekvens och uppvisar inga tydliga korrelationer till övriga svar. Ett medelvärde räknades ut för de dagliga skattningarna på fråga fyra ("Hur nöjd är Du med Din dag?") respektive fråga fem ("I vilken grad har Du idag ägnat Dig åt sådant Du värderar högt?") för de båda deltagarna före respektive efter behandling. Resultatet visar att skattningarna av deltagare 1 är lägre på båda frågorna vid förmätningen (1,22 respektive 1,26) jämfört med eftermätningen (2,00 respektive 1,57). På samma sätt är skattningarna av deltagare 2 lägre på båda frågorna vid förmätningen (0,96 respektive 1,10) jämfört med eftermätningen (1,00 respektive 1,14). Förändringen från förmätning till eftermätning är dock marginell.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis pekar resultatet från för- och eftermätning av dagboksformuläret mot att båda deltagarna upplever en betydligt större mängd somatiska besvär jämfört med en normgrupp. De tycks också ha mer frekventa migränanfall än vad som från

migränsforskningen rapporteras vara en genomsnittlig anfallsfrekvens. Deltagarna tycks dock skilja sig endast marginellt från normgruppen i skattningar av positiva och negativa upplevelser. Båda deltagarna rapporterar minskade skattningar av svaghet/yrsel och illamående. Skattningarna av migrän har minskat för deltagare 1 och ökat för deltagare 2 från förmätning till eftermätning, medan ingen av deltagarna uppvisar mer än en marginell skillnad från förmätning till eftermätning i skattning av hur nöjda de är med sin dag respektive i vilken grad de under dagen har ägnat sig åt sådant de värderar högt.

Analys 2: Intervju

Deltagarnas svar under den avslutande intervjun analyserades under tre huvudrubriker efter frågornas innehåll. Dessa var dagsläge, effekter av behandlingen och synpunkter på behandlingen. Presentationen följer denna indelning.

Deltagare 1

Dagsläge

Deltagaren upplever att migränen varit ”bättre” sedan ett par veckor. Hon uppger att den kan ”gå i perioder”, och att hon kan vara mer eller mindre besvärsfri några veckor ibland.

Deltagaren tycker att vardagen fungerar ganska bra just nu. Hon anser sig ha blivit allt bättre på att prioritera och att inte göra ”allting”. Att prioritera bort saker handlar för deltagaren också om att prioritera sådant som är roligt, som att lära sig nya saker och träffa andra människor. Deltagaren försöker medvetet förändra sin inställning till upplevda krav. Hon menar att saker får vänta. ”Är jag sjuk så är jag.” Hon vet att det kommer bättre dagar, och tanken på dessa hjälper henne igenom de dåliga.

Effekter av behandlingen

Deltagaren uppger att hon från behandlingen tagit med sig en viss acceptans, en förmåga att låta det vara precis som det är just nu. Detta menar hon att hon använder ”hela tiden”, framför allt i samband med migränanfall. Deltagaren menar att det hjälper henne att inte lägga ytterligare börda i form av dåligt samvete eller tankar på allt hon ”borde” och ”måste” ovanpå bördan av själva migränen. Deltagaren uppger också att hon efter behandlingen prioriterar sig själv och sina vänner i högre grad än tidigare. Det hon minns tydligast från behandlingen är mindfulnesssträningen i början av varje session och hur väl livskompassen illustrerade vad som är viktigt i livet. I vardagen tar deltagaren också med sig upplevelsen av att ha valmöjligheter, och att aktivt välja sådant som är roligt. Med detta följer enligt deltagaren

konsekvenser, som att behöva vila extra på dagen för att kunna göra det roliga på kvällen. Deltagaren menar vidare att livskvaliteten ”nog har förbättrats lite”, framför allt under bättre perioder som hon tycker sig ta tillvara på ett bra sätt. När hon är som sämst anser hon sig inte leva ett värdigt liv. Deltagaren uppger sig ha försökt att förändra sitt tankeinnehåll mot mer ”accepterande och lugn”. När det gäller relationer till andra människor säger sig deltagaren försöka att inte bry sig så mycket om vad andra människor tycker. Hon har exempelvis kunnat avsäga sig aktiviteter tillsammans med andra trots en upplevd förväntan från dem om hennes medverkan. Att kunna acceptera sakernas tillstånd (i det här fallet ett migränanfall) upplever hon som en styrka som har växt fram gradvis över tid. Behandlingen med ACT menar deltagaren har hjälpt en del i denna riktning. Dock genomfördes behandlingen under en riktigt dålig period med mycket täta migränanfall och extrem trötthet, vilket enligt deltagaren försvårade tillägnet av innehållet. Deltagaren uppger att hon är osäker på om hon i behandlingen uppnått det hon hoppats på, men menar att ”något har det ändå gett”.

Synpunkter på behandlingen

Deltagaren säger sig ha en upplevelse av våra träffar som ”mycket bra; både givande och intressant och trevligt”. Det bästa med behandlingen menar hon var att hon fick möjligheten att prova på den, och det sämsta var att den genomfördes under en så dålig period för hennes del. Hon hade önskat att behandlingen genomfördes under en längre tidsperiod. När det gäller rekommendation av denna behandlingsform till andra personer med migrän menar deltagaren att hon vet för lite om behandlingen för att uttala sig om huruvida den kan hjälpa andra. Aspekter i behandlingen som handlar om att se över hela sin livssituation och kanske få upp ögonen för saker som behöver förändras tror hon kan vara en hjälp. Om hon själv fick utarbeta en behandlingsplan för migrän drabbade skulle den innehålla kunskap om sjukdomen och om mediciner, avspänningsövningar, samtalsgrupper med andra personer med migrän och eventuellt livskompassen från ACT i syfte att få en konkret bild av vad som är viktigt och åt vilket håll man ska gå. Deltagaren tycker att dagboksformulären var väldigt utförliga och relevanta. Hennes sammanfattande intryck av behandlingen är neutralt.

Sammanfattningsvis tycks behandlingen med ACT enligt intervjun med deltagare 1 ha varit för kort och olyckligt placerad tidsmässigt. Deltagaren tycks ha tillägnat sig delar av behandlingen, framför allt ”att låta vara” (acceptans) och att ”planera roliga saker” (värderingar). Deltagaren är osäker på om behandlingen i sin helhet kan rekommenderas till andra personer med migrän, men tror att vissa aspekter av den skulle kunna vara användbara.

Deltagare 2

Dagsläge

Deltagaren uppger att migränen varit ”bättre” sedan några veckor. Hon har migrän varannan dag i stället för varje dag. Hon har kunnat ”hoppa mer till det blå”. (Uttrycket syftar på deltagarens önskade innehåll i livsdimensionerna, som i livskompassen illustrerades med blå färg.) Hon uppger också att hon efter behandlingen inte fokuserar lika mycket på migränen. Hon lägger märke till att andra ”fokuserar väldigt mycket på sjukdomen och pratar om den och håller på”. Deltagaren uppger också att hon ”känner av stress” väldigt mycket, och att hon gärna vill ordna med nödvändiga ”måsten” innan hon ger sig ut i ”det blå”. Hon vill också gärna ta igen förlorad tid efter dåliga dagar och komma ikapp med sysslor och göromål. Hon uppger att hon mår dåligt av att inte hinna, och att stressen sätter sig i kroppen.

Effekter av behandlingen

Deltagaren säger sig ha tagit med sig livskompassen och dess olika dimensioner från behandlingen. Hon menar också att hon har fått ett språk för beteenden: ”det blå och det orange”, som hon har med sig. (Uttrycket ”orange” syftar på att hindren i livskompassen illustrerades med orange färg.) Det hjälper henne att tänka så att hon inte ”fastnar i migränen”. Hon menar att hon gör värderade saker trots migrän, medan hon ser att andra går in i sin sjukdom. Hon tycker dock att det är svårt att ”komma ut i det blå” utan dåligt samvete. Behandlingen har enligt deltagaren gett henne mer struktur på tankarna, så att hon kan observera sitt beteende och de val hon gör. När hon exempelvis söker mycket läkarkontakt kan hon tänka ”Nu är det för mycket orange”! Hon försöker planera in något roligt minst en gång i veckan. Det tydligaste minnet från behandlingen är livskompassen, som enligt deltagaren konkretiserar både positiva och negativa aspekter av livssituationen. Uttrycket ”det blå” tycker deltagaren är mycket användbart. Deltagaren uppger att hon i vardagen blivit mer medveten om att det är hennes ansvar att ta in mer ”roliga, blå saker”, och att det är ett måste för att känna livskvalitet. Hon menar att ”man kan inte leva bara i det orange” och sysselsätta sig med att bli av med sjukdomen, utan ”jag får lov att unna mig det blå utan dåligt samvete”. Deltagaren upplever sig mer medveten om sin livssituation efter behandlingen. Hon säger följande:

Det är som en vägg mellan det orange och det blå, utan någon dörr emellan, och innan ville jag gärna ut i det blå genom väggen som var migränen. Jag ville ta bort väggen, det vill säga migränen. Nu känns det som om väggen blivit så låg att jag kan gå över den.

När jag har migrän är jag tvungen att vistas i det orange, och när jag mår bättre kan jag ta steget in i den blå världen, ut i det blå. Jag har mer rörelsefrihet mellan de två världarna.

Deltagaren säger sig också ha kommit något närmare acceptans i sitt känsloliv, då hon kan välja att inte alltid ta strid om det ändå inte gagnar henne, utan i stället låta det vara. Hon har också kunnat släppa lite på den kontroll det innebär att själv utföra alla sysslor, och ibland lämna över till någon annan. Hon menar att hon har uppnått det hon önskade av behandlingen, men att hon vill ha mer.

Synpunkter på behandlingen

Deltagaren säger sig ha upplevt våra träffar ”mycket positivt”. Hon tycker sig ha fått ett professionellt och närvarande bemötande. Hon tycker att det sämsta med behandlingen var att den innehöll för få sessioner. Hon tycker också att den borde vara mer specifikt anpassad för migränpatienter, med exempelvis stresshantering som ytterligare en aspekt. Deltagaren uttrycker önskemål om en session för återkoppling (en så kallad ”boostersession”), då det annars är lätt att glömma. Det bästa med behandlingen tycker hon var det konkreta inslaget, att vi arbetade med papper, penna och olika färger. Hon tycker att livskompassen var mycket tydlig med sina olika färger och ”yttre och inre ringar”. Hon uttrycker också en önskan om färdighetsträning parallellt med ACT-sessionerna, i vilken stresshantering och mindfulnessövningar skulle kunna ingå. Mer tydliga och krävande hemuppgifter mellan sessionerna hade enligt deltagaren också varit önskvärt. Deltagaren skulle kunna rekommendera denna typ av behandling till andra personer med migrän och till smärtpatienter, om den förlängs och kompletteras med färdighetsträning. Om hon själv skulle skapa en behandling för människor drabbade av migrän skulle den utföras av ett smärteam med läkare, sjukgymnast, psykolog, tandläkare och alternativbehandlare. Behandling med ACT skulle enligt deltagaren kunna erbjuda en hjälp med att inte fastna i sjukdomen, utan kunna ”gå in i olika rum och se den utifrån; att något mer kunna välja var man vill befinna sig, i vilket rum”. Deltagaren säger vidare att ”När man har migrän kan man ändå tänka blå tankar”. Deltagaren tycker att frågeformulären var konkreta och relevanta, och att de anknöt till behandlingen. Hennes helhetsintryck av behandlingen är mycket positivt.

Sammanfattningsvis tycks behandlingen med ACT enligt intervjun med deltagare 2 ha varit givande men för kort. Deltagaren tycks ha tillägnat sig delar av behandlingen, framför allt

rörelse ”ut i det blå” (värderingar), att ”befinna sig i olika rum” (självet som kontext) och att ”göra saker trots migrän” (acceptans). Deltagaren uttrycker också en stark stresskänslighet och en svårighet att gå i värderade riktningar utan att få dåligt samvete för sådant hon ”borde” göra i stället. Deltagaren understryker också vikten av färdighetsträning i en behandling av migrän- och smärtpatienter. Deltagaren har ett mycket positivt helhetsintryck av behandlingen.

DISKUSSION

Syftet med denna studie var att undersöka möjliga effekter av en korttidsbehandling av personer med migrän med ACT. Resultaten visar vissa förändringar i riktning mot ökad livskvalitet och minskade symptomskattningar. Nedan diskuteras dessa förändringar med samtidig utgångspunkt i de besvarade frågeställningarna: (1) förändring av livskvalitet, (2) förändring av dagboksskattningar och (3) kvalitativ upplevelse av behandlingen. Därefter diskuteras resultaten i relation till den presenterade teorin. Avslutningsvis diskuteras studiens begränsningar och implikationer.

Frågeställningar

Deltagare 1

Deltagare 1 uppvisar en ökning av livskvalitet som mätt i livskvalitetsformulär och en minskning av olika symptom som mätt i dagbok, medan hon i sin kvalitativa bedömning av behandlingseffekt uttrycker en viss tveksamhet. Möjligen är det så att deltagaren vid uppföljningstillfället inte är säker på om hon kan tillskriva behandlingen sitt bättre mående. Under intervjun påpekar deltagaren att hon kan uppleva spontana bättre och sämre perioder, och att hon vid uppföljningen befinner sig i en ”bättre” period. Värt att notera är också att deltagare 1 vid eftermätningen skattade en lägre total livskvalitet än vid förmätning och uppföljning, vilket indikerar att hon omedelbart efter behandlingen inte upplevde någon generell förbättring av livskvalitet. Då deltagare 1 enligt såväl egen utsago som behandlarens observationer närvarade vid flera sessioner under pågående migränanfall och/eller extrem trötthet kan också ifrågasättas i vilken grad hon haft möjlighet att tillgodogöra sig innehållet i behandlingen. I den avslutande intervjun kommenterar deltagaren också att det sämsta med behandlingen varit att den genomfördes under en för henne så besvärlig period, och hon påpekade även under behandlingens gång att hon vid olika tillfällen inte kände sig helt närvarande på grund av migränanfall eller trötthet. Den tveksamhet inför behandlingens effekt som deltagare 1 ger uttryck för skulle alltså kunna bero på dels en i tid olyckligt placerad

”dålig” period som ger utslag i eftermätningen och i intervjun, dels på en svårighet att under behandlingsperioden tillgodogöra sig innehållet i behandlingen. Kanske är deltagarens ökade livskvalitet vid uppföljningstillfället ett uttryck för en ”bra period”, men möjligheten finns också att innehållet i behandlingen på grund av deltagarens dåliga mående inte kunde ”falla på plats” hos deltagaren förrän en tid efter behandlingens avslutande.

Deltagare 2

Även deltagare 2 uppvisar en ökning av livskvalitet som mätt i formulär, medan symptomskattningar i dagboken har såväl minskat som ökat. Deltagare 2 uttrycker i intervjun en stor tillfredsställelse med behandlingen, även om hon samtidigt har förslag på förbättringar. Liksom för deltagare 1 tycks deltagare 2:s behållning av behandlingen framför allt bestå i en förändring i inställning till sin sjukdom, och en tydligare bild av sina värderingar. Den stora ökningen av skattningar av hälsa, självrespekt och mål och värderingar indikerar detta, liksom rapporteringen i intervjun. Den upplevelse av förändringar som framkommer i intervju med deltagare 2 motsvaras dock inte helt av förändringar av skattningar i formulären. Deltagaren skattar bland annat förekomsten av migrän högre efter behandlingen, men uttrycker i intervjun att migränen är ”bättre”. En förklaring till detta skulle kunna vara att deltagaren har en större acceptans (som uttryckt i intervju) för sin sjukdom, och därmed inte upplever den som lika belastande. Enligt Hayes et al. (1999) blir obehag lättare att stå ut med när individen använder sig av acceptans snarare än kontroll för att hantera upplevelsen.

Sammanfattning

Båda deltagarna uppvisar en förändring i positiv riktning av skattningar på hälsa, självrespekt, mål och värderingar samt svaghet/yrsel och illamående, vilket indikerar att dessa livsområden och symptom har påverkats under behandlingen. Det är oklart vad dessa förändringar beror på, men båda deltagarna rapporterar i intervjun även en ökad acceptans och större medvetenhet om värderingar, vilket pekar mot betydelsen av dessa ACT-begrepp för åtminstone vissa viktiga livsområden. Framför allt tycks det alltså vara deltagarens inställning till sin sjukdom och sina värderingar som har förändrats i positiv riktning. I studien saknas dock psykometriska formulär för att utvärdera förändringar i termer av acceptans och värderingar.

Deltagarnas rapportering i intervjun om ökade val av aktiviteter i värderad riktning speglas inte av ökade skattningar på dagbokens fråga 5 ("I vilken utsträckning har Du idag ägnat Dig åt sådant Du värderar högt?"), vilket kunde förväntas. Kanske är skillnaden mellan rapportering i intervju och formulär en indikation på att formuläret är för grovt för att fånga en sådan förändring (den mäts trots allt enbart av en fråga), vilket förstärker intrycket av att ett formulär anpassat för att mäta sådana förändringar hade varit fördelaktigt att inkludera i studien. Troligen kan dock den högre livskvaliteten som mätt i QOLI antas spegla den högre aktiviteten i värderad riktning som rapporterad i intervju. Vad minskningen av deltagarnas skattningar av illamående och svaghet/yrsel beror på är oklart, men skulle möjligen kunna bero på en kombination av minskning av migrän (för deltagare 1) eller upplevelse av minskade besvär från migrän (för deltagare 2) och ökning av acceptans.

Teoretisk anknytning

Före behandling

Deltagarnas resultat vid förmätningen är i linje med vad som kunde förväntas. Passchier et al. (2001) och Kolotylo och Broome (2000) har tidigare rapporterat om lägre livskvalitet hos personer med migrän, och även de två deltagarna i denna studie har en lägre livskvalitet än en normgrupp. I studier av Dahlöf et al. (2003) har visats hur migränsjukdomen påverkar olika livsområden, och även i denna studie framkommer att migrän påverkar deltagarna mycket negativt på många olika områden i livet, såsom arbete, ekonomi och relationer. Vad som dessutom framgår i föreliggande studie är att områden som hälsa, självrespekt och mål och värderingar är starkt påverkade, och att deltagarna upplever ett mycket större antal somatiska symptom och negativa affekter jämfört med en normgrupp. Sämre upplevd hälsostatus, mer smärta och sämre mental status är enligt Osterhaus och Townsend att förvänta hos individer med migrän (Passchier et al., 2001), vilket även denna studie visar. Enligt Dahlöf & Solomon (1998) lider personer med migrän av sin sjukdom i hög grad även mellan attacker, mycket beroende på en utvecklad förväntansoro. Eftersom deltagarna i denna studie har så högfrekventa migränattacker gavs aldrig någon chans att genom dagboken mäta välbefinnande mellan anfall. Dock framkom under behandlingen att deltagarna i möjligaste mån försökte undvika sedan tidigare kända migränframkallande omständigheter, och att de tidvis var sysselsatta med att försöka förutse och förhindra anfall, vilket kan ses som tydliga tecken på en förväntansoro. Huruvida denna oro påverkade deltagarna negativt mellan anfall framkom alltså inte i dagboksskattningar, även om tendenser mot att övriga symptomskattningar var höga även under någon enstaka migränfri dag kunde anas.

Emellertid tycktes båda deltagarna i förvånansvärt hög grad (som uppskattat under behandlingen) försöka ”göra det bästa” av migränfria dagar, vilket kan ses som ett uttryck för försök att medvetet minska de negativa effekterna av migrän mellan anfall.

Efter behandling

Även resultaten vid uppföljningstillfället ligger i linje med förväntningar om förändringar i skattning av livskvalitet (Ahlqvist & Claesson, 2002; Lundgren, 2004). Båda deltagarna skattar en högre total livskvalitet vid uppföljningen jämfört med vid förmätningen. Den låga skattningen av deltagare 1 vid eftermätningen var dock inte förväntad, och orsaken till den är oklar (se detta arbete under rubriken ”Frågeställningar” för en diskussion). Tidigare forskning kring smärta (Ahlqvist & Claesson, 2002) och epilepsi (Lundgren, 2004) har visat en minskning av symptomskattningar, vilket även denna studie i begränsad utsträckning kan göra. Resultatet är något oklart eftersom endast en av deltagarna visar en minskning av skattade symptom, inklusive migrän.

Anmärkningsvärt är att båda deltagarna skattar en högre livskvalitet vid uppföljningen, trots att endast en deltagare skattar en minskning av migrän. Att skattningar av migrän har ökat samtidigt med skattningar av hälsa och total livskvalitet indikerar att närvaro eller frånvaro av migrän inte är avgörande för upplevelse av tillfredsställelse med hälsan eller för livskvalitet. Enligt Dahlöf et al. (2003), Kolotylo och Broome (2000) och Passchier et al. (2001) är inte heller anfallsfrekvens den avgörande orsaken till migrän-drabbades upplevda livskvalitet. När det gäller deltagarna i denna studie tycks en uppmätt ökad anfallsfrekvens samexistera med en ökad livskvalitet hos deltagare 2, medan deltagare 1 skattar en något minskad anfallsfrekvens och en ökad livskvalitet. Båda deltagarna har emellertid en *upplevelse* (som framkommer i intervju) av att migränen ”blivit bättre”. Kanske är det så att individens *inställning* till migränsjukdomen och migränanfallen har större betydelse för livskvaliteten än den faktiska anfallsfrekvensen.

Om studien hade innehållit en skattning av migrän även vid eftermätningen hade sambanden mellan anfallsfrekvens och livskvalitet kunnat bli tydligare, liksom om ett psykometriskt mått på acceptans hade inkluderats. Att deltagare 1 i dagboken skattar färre symptomminskningar utöver migrän jämfört med deltagare 2, men i intervjun uttrycker sig mer positivt om behandlingens effekt, indikerar att dagboksformuläret möjligen inte lyckas fånga alla nyanser i de förändringar som deltagarna genomgått. Det visar också att minskade symptom inte är

avgörande för deltagarens upplevelse av positivt behandlingsresultat. Även detta indikerar att studien hade gynnats av att inkludera fler och mer anpassade formulär.

Studiens begränsningar

Under behandling

Behandlarens relativa oerfarenhet av psykologisk behandling med ACT kan ha påverkat studiens resultat negativt. Dock kan tillgången till handledning under behandlingsperioden i någon mån ha kompenserat för denna oerfarenhet, även om också terapihandledarens erfarenhet av behandling med ACT var något begränsad. Utöver detta försvårade deltagarnas mycket svåra form av migrän behandlingen av tre olika anledningar: (a) oregelbunden kontakt, (b) sjuknärvaro och (c) rent och smutsigt obehag.

Oregelbunden kontakt

På grund av migränanfall ändrades flera av de överenskomna tiderna under behandlingens gång, vilket gjorde att den tid som förflöt mellan sessionerna blev något oregelbunden och dessutom olika för de båda deltagarna. Detta påverkade dock troligen inte behandlingsinnehållet eller processen i någon högre grad.

Sjuknärvaro

Båda deltagarna, och framför allt deltagare 1, hade en hög sjuknärvaro. Eftersom behandlingsprogrammet var mycket kort och intensivt kan detta ha påverkat deltagarnas förmåga och möjlighet att ta till sig innehållet i behandlingen, vilket också uttrycktes av deltagare 1 i intervjun. Motivationen och viljan att delta i studien som sjuknärvaron delvis vittnar om, kan dock ha uppvägt en del av dessa negativa effekter.

Rent och smutsigt obehag

För att kunna arbeta med acceptans/villighet i behandlingen behövdes att deltagarna, utöver ”rent obehag” (migrän) också rapporterade ”smutsigt obehag” (exempelvis oro för anfall) som hinder för att kunna gå i värderade riktningar. På grund av deltagarnas täta migränanfall kom rapporterade hinder dock att mestadels bestå av rent obehag (migrän), vilket till viss del försvårade arbetet kring värderingar och villighet. Behandlingsarbetet kring acceptans/villighet kom därför att handla dels om acceptans av sjukdomen och dess inskränkande kvaliteter, i syfte att minska strategier som handlar om att försöka förändra det som inte går

att förändra, dels om villighet att under migrärfria dagar våga riskera anfall i syfte att röra sig i värderade riktningar.

Intern validitet

Inga slutsatser om kausala samband kan dras eftersom min design bestod av fallstudier, och studien var explorativ i sin form. De förändringar som uppmätts från för- till eftermätning och uppföljning kan bero på behandlingen, men de kan också bero på en mängd andra orsaker. Sådana hot mot den interna validiteten i studien skulle kunna vara historia, mognad, statistisk regression och testning (Shaughnessy et al., 2003). *Historia* handlar om en brist av kontroll över utomstående variabler som kan påverka deltagarna, och gör det omöjligt att dra några slutsatser om kausala samband. Detta är en typisk nackdel med fallstudier. I denna studie skulle det kunna handla om att deltagarna själva sökte information och kunskap om behandling av personer med migrän eller själva initierade en annan typ av behandling, exempelvis meditation, under behandlingen med ACT. *Mognad* skulle i detta fall kunna handla om exempelvis årstidsvariation, då behandlingen genomfördes under sommaren och uppföljningen under hösten. En stor andel av personer med migrän påverkas på olika sätt under olika årstider (Stenström, 2000). *Statistisk regression* kan i denna studie handla om att migränen och de upplevda svårigheterna till en följd av den kan tänkas fluktuera över tid för deltagarna, och att de innan behandlingen upplevde en tillfällig nedgång, och efter behandlingen en tillfällig uppgång eller normalisering. Deltagare 1 ger uttryck för en möjlig sådan effekt. *Testning* skulle i denna studie främst kunna handla om social önskvärdhet. Deltagarna var införstådda med att resultaten av behandlingen skulle utgöra en del av mitt examensarbete, vilket kan ha påverkat resultaten på eftermätning och uppföljning, samt rapporteringen i intervjun, i positiv riktning. Ytterligare ett hot mot en studies inre validitet är forskarens engagemang och förväntningar (Shaughnessy et al., 2003). I det här fallet har samma person konstruerat behandlingen, genomfört den och utvärderat resultatet vilket kan innebära oproportionerliga fördelaktiga tolkningar av resultatet. Analysen av resultat i QOLI skulle också kunnat bli mer tillförlitlig om en normgrupp bestående av enbart kvinnor (och inte som här, av både kvinnor och män) hade använts.

Extern validitet

Eftersom populationen som deltagarna tillhör (personer med migrän) är heterogen, det vill säga att individer med migrän kan antas skilja sig åt på en mängd variabler, är resultatens externa validitet låg. Resultaten kan inte generaliseras till andra personer och grupper. De två

deltagarna rekryterades från Svenska Migrärförbundet. Det är möjligt att en representativ klinisk grupp av personer med migrän skulle ha en annorlunda sjukdomsbild och förhålla sig till behandlingen på ett annat sätt än personer som valt att engagera sig i förbundet. Att deltagarnas resultat i flera avseenden är likartade kan anses ge visst stöd åt den externa validiteten. Deltagarnas problematik är dock, som vi sett, relativt likartad i både typ och svårighetsgrad men kan fortfarande antas skilja sig i flera avseenden (inte minst anfallsfrekvens och handikappgrad) från en population. Att en av deltagarna har en smärtdiagnos utöver migrän är ytterligare en faktor som kan anses skilja henne från en klinisk population av personer med migrän. Dubbeldiagnosen hos deltagare 1 adderar också till svårigheten att tolka resultaten. Tidigare studier har indikerat (se teoridelen i detta arbete) att behandling med ACT är effektiv vid exempelvis epilepsi och smärtproblematik. Frågan uppkommer om resultatet för deltagare 1 i föreliggande studie beror på att behandlingen påverkat migränsjukdomen eller smärtsyndromet, eller möjligen båda sjukdomarna? De kvalitativa delarna av resultatet pekar mot att det som framför allt påverkats av behandlingen är deltagarens *inställning* till sin situation, och därmed också livskvaliteten. Om så är fallet är distinktionen mellan vilken sjukdom som påverkats mindre viktig. I framtida forskning är det dock av vikt att i urvalskriterierna exkludera alla former av dubbeldiagnoser för att undvika denna form av validitetsproblem.

Slutsats

Slutsatsen av denna studie är att möjliga effekter av behandling med ACT har påvisats. Efter behandlingen skattade båda deltagarna en ökad total livskvalitet, de upplevde att de i högre grad använde sig av acceptans i förhållande till sin sjukdom och de uppgav att de hade en annorlunda inställning till och medvetenhet om sina livsvärderingar. Skattningar av migrän hade minskat, men långt ifrån normaliserats, för en deltagare och ökat för den andra. Ökningen av livskvalitet är i linje med tidigare forskning om exempelvis personer med epilepsi (Lundgren, 2004), medan resultaten av migränskattningarna inte entydigt följer denna linje. Några slutsatser kan inte dras om huruvida det är behandlingen som resulterat i förändringarna. Framtida forskning, i form av en kontrollerad behandlingsstudie, behövs för att kunna dra slutsatser om effekt av behandlingen. Exempelvis skulle en *single-case* ($N=1$) experimentell design (Shaughnessy et al., 2003) kunna användas. I en sådan studie skulle det vara fördelaktigt om instrument som anpassats för att utvärdera förändringar som uppstår genom behandling med ACT inkluderades. Ett sådant instrument är Bull's-eye (Lundgren, 2004) som håller på att arbetas fram i en svensk version. Instrument som mäter acceptans

skulle också vara relevant att inkludera i framtida studier, i syfte att bland annat utvärdera huruvida acceptans är mer avgörande än minskning av anfallsfrekvens för ökad livskvalitet hos personer med migrän. För att minska risken för statistisk regression skulle en framtida studie också kunna genomföras under en längre tid, med längre för- och eftermätning. Dessutom skulle det vara fördelaktigt att inkludera ett moment av färdighetsträning i en sådan behandling, i syfte att möjliggöra ytterligare träning i mindfulness och villighet.

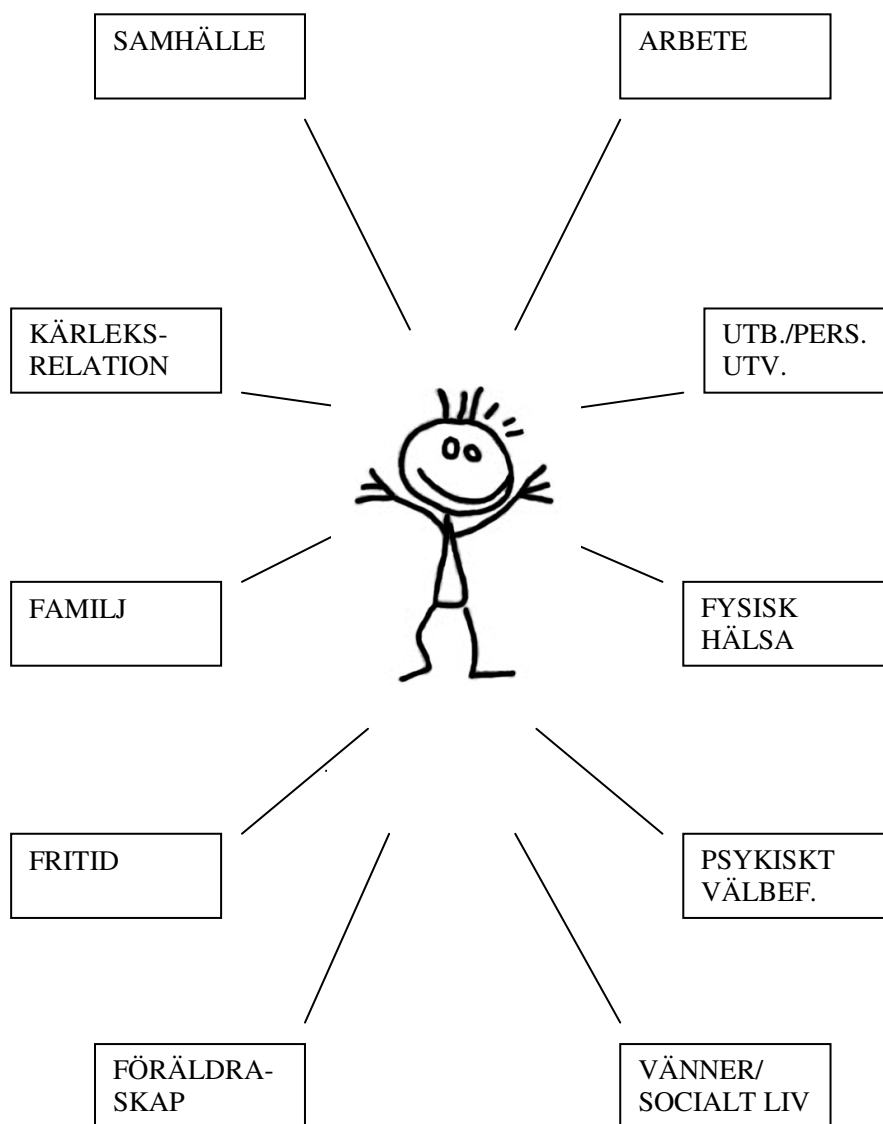
Resultatet av denna studie indikerar bland annat att migrän, som inledningsvis påpekades, är en komplex sjukdom. Huruvida den skiljer sig från andra smärt- och sjukdomstillstånd när det gäller behandling av ACT är oklart, men vissa omständigheter, såsom hög handikappgrad, höga symptomskattningar och svårigheter med vissa komponenter i behandlingen, pekar mot att så kan vara fallet. Deltagarna i studien kan emellertid inte anses vara representativa för populationen personer med migrän, vilket gör det svårt att dra några slutsatser. Med tanke på den höga prevalensen av migrän bland befolkningen, sjukdomens höga handikappnivå och avsaknaden av forskning på acceptansbaserad behandling av migrän är det avslutningsvis min förhoppning att denna studie, med alla sina begränsningar, på något sätt ska inspirera till ytterligare forskning i ämnet.

REFERENSLISTA

- Ahlqvist, J., & Claesson, A. (2002). Acceptance and Commitment Therapy vid korttidsbehandling av personer sjukskrivna för stress- eller smärtsymtom: en randomiserad kontrollerad studie. *Psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet.*
- Dahl, J., Wilson, K. G., & Nilsson, A. (opublicerat manuskript). *Acceptance and Commitment Therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms.*
- Dahlöf, C. G. H., Linde, M., & Linton-Dahlöf, P. (2003). *Migrän – kliniska aspekter*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlöf, C., & Schenkenmanis, U. (1992). *Migrän – vad är det?* Stockholm: Carlsson.
- Dahlöf, C. G. H., & Solomon, G. D. (1998). The burden of migraine to the individual sufferer: a review. *European Journal of Neurology*, 5, 525-533.
- Ekbom, K. (1976). Ett frågeformulär vid diagnos av kronisk huvudvärk. *Forskning och praktik (Sandoz)*, 8, 113-120.
- Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retslaff, P. J. (1992). Clinical validation of the Quality of Life Inventory: A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 1, 92-101.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy – an experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Kolotylo, C. J., & Broome, M. E. (2000). Exploration of migraine pain, disability, depressive symptomatology, and coping: a pilot study. *Health Care for Women International*, 21, 203-218.

- Lundgren, T. (2004). A development and evaluation of an integrative health model in the treatment of epilepsy: Two randomized controlled trials investigating the effects of a short-term ACT intervention, Yoga and attention control therapy in India and South Africa. *Psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet.*
- Lundh, L-G., & Simonsson-Sarnecki, M. (2001). Alexithymia, Emotion, and Somatic Complaints. *Journal of Personality, 69*, 483-510.
- Passchier, J., Mourik, J. C., McKenna, S. P., van den Berg, M., & Erdman, R. A. M. (2001). Evaluation of the Dutch version of the migraine quality of life instrument (MSQOL) and its application in headache coping. *Blackwell Science Ltd Cephalalgia, 21*, 823-829.
- Paunović, N., & Öst, L-G. (2004). Clinical validation of the Swedish version of the Quality of Life Inventory in crime victims with posttraumatic stress disorder and a nonclinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 15-21.
- Sacks, O. (1998). *Migrän*. Stockholm: Bromberg.
- Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B., & Zechmeister, J. S. (2003). *Research Methods in Psychology* (6th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Siniatchkin, M., Riabus, M., & Hasenbring M. (1999). Coping styles of headache sufferers. *Cephalalgia, 19*, 165-173.
- Stenström, Å. (2000). *Mindre migrän – mera liv*. Växjö: Grafiska Punkten.
- Vos, J. & Passchier, J. (2003). Reduced impact of migraine in everyday life: An observational study in the Dutch Society of Headache patients. *Headache, 43*, 645-650.

Bilaga A: Livskompassen.



Livskompassen. Figuren skapas med fördel på ett stort blädderblock. Under varje kategori antecknas intentioner. Vid varje linje antecknas hinder. Vid varje kategori antecknas skattningar av betydelsefullhet (1-10) och i vilken grad individen handlat i enlighet med intentioner (1-10). Att hindren uppfattas befinna sig mellan individen och dennes värderade riktningar blir tydligt i figuren. För att ytterligare förstärka de olika variablerna kan olika färger användas till intentionerna respektive hindren.

Bilaga B: Dagboksformulär.**DAG** _____

Datum: _____

Namn: _____

1. Har Du upplevt något av nedanstående det senaste dygnet, och hur mycket har Du i så fall besvärats av det?

	Inte alls	Något	Ganska mkt	Mycket
<i>Huvudvärk</i>	0	1	2	3
<i>Migrän</i>	0	1	2	3
<i>Öm i musklerna</i>	0	1	2	3
<i>Svaghet, yrsel</i>	0	1	2	3
<i>Illamående</i>	0	1	2	3
<i>Spänd i kroppen</i>	0	1	2	3
<i>Trötthet, bristande energi</i>	0	1	2	3
<i>Koncentrationssvårigheter</i>	0	1	2	3
<i>Ointresserad, oengagerad</i>	0	1	2	3
<i>Dålig sömn under natten</i>	0	1	2	3
<i>Sömnighet under dagen</i>	0	1	2	3
<i>Dålig aptit</i>	0	1	2	3
<i>Oro, ångslan</i>	0	1	2	3
<i>Känsla av att vara stressad, jäktad</i>	0	1	2	3
<i>Känsla av att vara spänd</i>	0	1	2	3
<i>Ångest</i>	0	1	2	3
<i>Nedstämdhet, "deppighet"</i>	0	1	2	3
<i>Irritation</i>	0	1	2	3
<i>Illska</i>	0	1	2	3

2. I vilken utsträckning har Du varit med om nedanstående under det senaste dygnet?

	Inte alls	Något	Ganska mkt	Mycket
<i>Negativa upplevelser</i>	0	1	2	3
<i>Positiva upplevelser</i>	0	1	2	3
<i>Besvikelser, misslyckanden</i>	0	1	2	3
<i>Känslor av glädje</i>	0	1	2	3
<i>Upplevelser av trygghet, lugn</i>	0	1	2	3
<i>Arbetslust, energi</i>	0	1	2	3
<i>Lärt mig nya saker, fått nya insikter</i>	0	1	2	3
<i>Trevligt umgänge med andra</i>	0	1	2	3
<i>Motionerat, tränat</i>	0	1	2	3
<i>Njutit av musik, film, teater, dans</i>	0	1	2	3
<i>Bra och givande samtal</i>	0	1	2	3
<i>Njutit av naturen eller vädret</i>	0	1	2	3
<i>Njutit av god mat</i>	0	1	2	3
<i>Kärleksfulla känslor</i>	0	1	2	3
<i>Avspänning, avkoppling</i>	0	1	2	3

Bilaga B (forts.)

3. Har det hänt något som påverkat Dig starkt idag? I så fall vad?

	Inte alls	Något	Ganska	Mycket
4. Hur nöjd är Du med Din dag?	0	1	2	3
5. I vilken utsträckning har Du idag ägnat Dig åt sådant Du värderar högt?	0	1	2	3

Bilaga C: Intervju vid uppföljning

Frågor om dagsläget

- Hur mår du idag?
- Hur har senaste veckorna varit?
- Hur tycker du att vardagen fungerar? Hur ser det ut för dig?

Frågor om effekter av behandlingen

- Har du tagit med dig något från våra träffar? I så fall vad?
- Har det vi arbetat med förändrat något för dig? I så fall vad och på vilket sätt?
- Vad minns du tydligast från det vi arbetat med?
- Använder du något i din vardag som du lärt dig här? I så fall vad?
- Hur ser du på din upplevda livskvalitet? Har den synen förändrats på något sätt under eller efter vårt arbete tillsammans?
- Har dina tankar och/eller ditt känsloliv eller ditt sätt att hantera och uppleva dessa förändrats på något sätt? I så fall hur?
- Har dina relationer till andra människor förändrats på något sätt? I så fall hur?
- Uppnådde du det du hade hoppats med ditt arbete här?

Frågor om synpunkter på behandlingen

- Hur upplevde du våra träffar?
- Vad var bäst respektive sämst?
- Finns det något du skulle vilja ändra på?
- Hade våra träffar kunnat se ut på något annat sätt för att underlätta för dig eller göra det vi arbetat med mer lättåtkomligt för dig?
- Skulle du vilja rekommendera en sådan här behandling till andra personer med migrän? Varför/varför inte?

Bilaga C (forts.)

- Om du skulle utarbeta en behandlingsplan för att öka personer med migräns livskvalitet, vad skulle den innehålla?
- Skulle en sådan här behandling kunna vara en del i en sådan behandlingsplan? Hur? Vad har den att erbjuda?
- Vad tyckte du om formulären och dagböckerna?
- Är ditt bestående intryck av den här behandlingen positivt, negativt eller neutralt?