

**Forskningsöversikt över Acceptance and Commitment
Therapy (ACT) och dess tillämpning på vanligt
förekommande besvär för personer som rehabiliteras
inom Syn-, hörsel- och dövverksamheten**

Verksamhet: Hørselenheten vuxna
Syn-, hörsel och dövverksamheten och
Forsknings- och utvecklingsenheten
Habilitering & Hjälpmedel, Region Skåne

Enhetschef: Pernilla Ekberg Lennartsson
FoU-chef: Pernille Holck

Projektansvariga: Kurator Catherine Höij
catherine.hojj@skane.se
Forsknings- och utvecklingsledare
Stine Thorsted
kristine.thorsted@skane.se

Utgivning: Februari 2014

ISBN: 978-91-7261-272-3

Layout: Ulla Götesson

FoU-enheten strävar efter att publicera rapporter av hög kvalitet i ett kortfattat format. Syftet är att öka tillgängligheten och användningen av den kunskap som utvecklats inom vår förvaltning. Det finns alltid möjlighet att kontakta oss på FoU-enheten för att få ytterligare information.

Läs mer på vår hemsida www.skane.se/habilitering/fou

© Habilitering & Hjälpmedel, Region Skåne

Sammanfattning

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) är en ny vetenskapligt baserad psykoterapeutisk modell som tillsammans med MindfulnessBaserad StressReduktion (MBSR), MindfulnessBaserad Kognitiv Terapi (MBCT) och Dialektisk Beteendeterapi (DBT) betecknas som en del av "tredje vågens KBT" (kognitiv beteendeterapi). Syftet med föreliggande arbete är att undersöka om ACT har behandlingseffekter på de psykosociala besvär som kan uppstå till följd av syn- och/eller hörselnedsättning, tinnitus, ljudkänslighet, blindhet och/eller dövhet. Sex RCT-studier och två systematiska litteraturstudier ingår i den föreliggande översikten. Resultaten visar att ACT har effekt på sömnsvårigheter, trötthet, ångest, depression, livskvalitet, generellt fungerande, smärta och tinnitus. Skillnaderna mot resultat från jämförbara terapeutiska modeller, framförallt KBT, är dock inte stora. Vissa studier indikerar att ACT är effektivare än KBT avseende den kliniska svårighetsgraden av ångest, beteendeaktivering och acceptans. Resultaten av kognitiv terapi på lång sikt (1,5 år) tyder på att denna metod är något överlägsen ACT avseende depressionssymtom, generellt fungerande och livskvalitet. Internetbaserad ACT och internetbaserad KBT visade sig ha effekt på ångest och tinnitus. Trots likvärdiga resultat mellan KBT och ACT upplevde deltagarna i en av studierna större nöjdhet med ACT än med KBT. Det kommer att diskuteras vilka målgrupper inom verksamheten som speciellt kan ha nytta av ACT varefter ACT kommer att provas inom verksamheten.

Innehållsförteckning

Förord	5
Bakgrund	6
Syfte	7
Metod	7
Steg 1 - Första avgränsningen	7
Steg 2 - Elektroniska sökkombinationer	8
Steg 3 - Manuell sortering enligt inklusions- och exklusionskriterier	8
Dokumentation av sökningsprocessen	9
Kvalitetsgranskning.....	11
Kvalitetsbedömning av artiklar	11
Resultat	12
Studiernas design.....	12
Deltagare	13
Interventionsmetoder.....	13
Resultatsammanställning.....	13
Slutsatser	15
Diskussion	16
Implementering	17
Referenser	18
Bilaga 1	21
Bilaga 2	22
Bilaga 3	23
Bilaga 4	27

Förord

Habiliterings- och hjälpmedelsdivisionens vision är att stärka ett gott liv utifrån egna val. Vi ska med professionella insatser göra livet mera möjligt för barn, ungdomar och vuxna med varaktig funktionsnedsättning. I samarbetet mellan Forsknings- och utvecklingsenheten och verksamheterna sker en ständig granskning av rådande metoder och utprovning av nya metoder för att kontinuerligt kunna förbättra kvaliteten i de olika habiliteringsinsatserna.

Forsknings- och utvecklingsenheten har ansvar för att driva och utveckla kunskap utifrån det kunskapsbehov som finns inom divisionen genom att utveckla ny kunskap inom habiliterings- och hjälpmedelsområdet, sprida kunskap om funktionsnedsättning, skapa en kultur av kritiskt och vetenskapligt tänkande samt att stimulera och stödja systematisk kunskaps- och kompetensutveckling.

FoU-rapporterna utgår från en frågeställning från praktiken, som relateras till aktuell forskning samt professionell erfarenhet och som leder vidare till en studie på vetenskaplig grund. En viktig del i arbetena är att visa hur resultaten kan användas och kommuniceras i verksamheten för att på så sätt bidra till kunskapsutvecklingen.

Arbetet med en FoU-rapport medför att det kritiska tänkandet utvecklas. Den praktiska erfarenheten värderas gentemot generell kunskap/forskning och förståelsen för praktiken växer. Meningen är att varje enskild FoU-rapport ska bidra till att verksamheten vilar på bästa tillgängliga kunskap inom områdena habilitering, rehabilitering och hjälpmedel.

Psykolog Ulrika Dehlyrd inom SHD-verksamheten sökte och fick FoU-medel till ett arbete om Acceptance Commitment Therapy, men avslutade strax därefter sitt arbete inom verksamheten. Dåvarande enhetschef på Hörselenheten Vuxen i Malmö Göran Steen var mån om att projektet fullföljdes och kurator och mindfulnessinstruktör Catherine Höij tog tillsammans med FoU-ledare Stine Thorsted på sig uppgiften. Verksamhetschef Helén Holmström har stöttat arbetet genom hela processen.

Malmö i februari 2014

Pernille Holck

Leg logoped, dr med vet

Chef för Forsknings- och utvecklingsenheten Habilitering & Hjälpmedel

Bakgrund

ACT (Acceptance and Commitment Therapy) är en vetenskapligt baserad psyko-terapeutisk modell som tillsammans med MindfulnessBaserad StressReduktion (MBSR), MindfulnessBaserad Kognitiv Terapi (MBCT) och Dialektisk Beteende-Terapi (DBT) betecknas som en del av ”tredje vågens KBT” (kognitiv beteende-terapi)¹. Tredje vågens KBT uppstod under 90-talet och implicerade filosofiska och existentiella frågor med bl.a. österländsk filosofi, dialektik och lingvistik och karakteriseras av acceptansfokuserade behandlingar där orsakerna till psykiskt illabefinnande förklaras med personens ”kamp för att undvika obehagliga och oönskade inre upplevelser, tankar och känslor” (Kåver, 2006:37). ACT grundar sig, utöver KBT, på Relational Frame Theory (RFT). RFT framhäver att smärta och lidande är en del av livet samt att de strategier vi använder oss av för att lösa problem som uppstår i livet i själva verket kan förvärra bekymren (Hayes, 2007). Enligt RFT kan sättet som vi verbalt relaterar oss till olika stimuli vara en källa till psykiskt lidande (McHugh, 2011). Snarare än att lindra de smärtor som personen känner, är syftet med ACT att förändra personens förhållningssätt till sina problem och ge livet en annan riktning.

Trots gemensamma utgångspunkter för KBT och ACT, med bl.a. fokus på personens tankar, finns det skillnader. Medan KBT avser att granska tankar för att sedan kunna avfärda dem, syftar ACT snarare till att uppmärksamma tankar för vad de är (bara tankar) och inte för vad de utger sig för att vara (Association for Contextual Behavioral Science, 2013-10-30). Emfasen för KBT är symptomreducering, medan ACT har ett bredare mål som handlar om psykologisk flexibilitet och livsvärderingar (Arch, Eifert, Davies, Plumb Vilaradaga, Rose & Craske, 2012). Inom ACT nämns kognitiv defusion - att särskilja tankar, ord och formuleringar från de känsloreaktioner dessa tidigare kopplats till. Defusionen syftar till att desarmera känslorna och deras påverkan på en persons livsval utifrån dennes grundläggande värderingar (Psykologiguident, 2013-10-30).

Det terapeutiska arbetet inom ACT kan kategoriseras i tre delar: *medveten närvaro*, *acceptans* och *grundläggande värderingar*. Arbetet i sig består av sex nyckelprocesser enligt ”hexaflex-modellen” med *acceptans*, *kognitiv defusion*, *medveten närvaro* (mindfulness), *det kontextuella jaget*, *(livs)värderingar* och *beteendeaktivering*. Då man inom ACT anser att psykopatologi beror på erfarenhetsmässigt undvikande, arbetar man under terapin på att förändra personens erfarenheter genom exempelvis nya beteenden och därmed nya erfarenheter, vilket underlättar acceptans (McHugh, 2011).

Inom ACT dras en tydlig skiljelinje mellan smärta och lidande, där smärta i livet är något vi behöver acceptera för att kunna komma vidare. Med acceptera menas inte att ge upp eller resignera, utan snarare att vara aktiv och engagerad i nuets alla delar (Hayes, 2007). Genom kognitiv defusion får personen distans till sina tankar.

¹ Kortfattat kan man säga att under den första utvecklingsfasen av KBT fokuserades behandlingen på brukarens beteende, utan att brukarens tankar och emotionella upplevelser gavs mycket utrymme. Under den andra utvecklingsfasen av KBT hamnade brukarens tankar alltmer i fokus, då behandlingen till stor del handlade om utmanande av dysfunktionella föreställningar. Under andra vågens KBT länkades den *kognitiva terapin* ihop med *beteendeterapin* till *Kognitiv BeteendeTerapi* (KBT) (Kåver, 2006:37).

Målet - att skapa en insikt om att tankar bara är tankar, inga absoluta sanningar, och att upptäcka erfarenheter och upplevelser utan att bli alldeles uppfylld av eller fäst vid dem - gör att man blir mer medveten om det kontextuella jaget. Att undersöka sina livsvärderingar är en nyckelkomponent inom ACT, och det utgör en grund och förutsättning för förändrade beteendemönster som stämmer bättre överens med den egna bilden av det liv man verkligen vill leva (McHugh, 2011). I en svår livssituation kanske man intalar sig själv att man först måste komma till rätta med smärtan, innan man kan börja leva på allvar. Inom ACT försöker man göra det omvända (Hayes, 2007).

Enligt APA:s (American Psychological Association) lista över terapier med vetenskapligt stöd (EST: Empirically Supported Therapies) är det vetenskapliga stödet för effekten av ACT vid behandling av långvarig smärta starkt och för ACT vid behandling av depression och ångest måttligt (Society of Clinical Psychology – American Psychological Association, 2013-10-30).

Syn-, hörsel- och dövverksamheten (SHD-verksamheten) har de senaste åren i begränsad skala börjat erbjuda kognitiv beteendeterapi, KBT, till brukare som behöver det som en del i sin rehabilitering. Catherine Höijs och Marie-Louise Grahns FoU-arbeten *Utvärdering av MindfulnessBaserad StressReduktion (MBSR) vid besvär av tinnitus* (FoU-rapport 13/2012) och *Mindfulness vid besvär av tinnitus* (FoU-rapport 5/2010) väckte nyfikenhet på begreppet acceptans och på hur det psykoterapeutiskt kan tillämpas för personer med funktionsnedsättning. Positiva erfarenheter inom verksamheten med både KBT och mindfulness ledde till beslutet att göra föreliggande forskningsöversikt över ACT och dess presumtiva effekter för Syn-, hörsel och dövverksamhetens brukare.

Syfte

Syftet är att göra en forskningsöversikt över ACT. Frågeställningen är om ACT har behandlingseffekter på de psykosociala besvär som kan uppstå till följd av funktionsnedsättningar som finns representerade bland SHD-verksamhetens brukare.

Metod

Metoden är en forskningsöversikt där litteratur inom ett område systematiskt genomgås. PsycINFO och PubMed i portalen Summon (Lunds Universitets sökverktyg för vetenskapliga artiklar, tidskrifter och böcker under 2012, numera LUBsearch) användes. PsycINFO är en databas som samlar forskningsresultat inom psykologi, social-, beteende- och hälsovetenskap (Lunds Universitet, 2012a). PubMed innefattar biomedicinsk litteratur med ämnesord som patologi, internmedicin, kirurgi, omvårdnad, psykiatri, veterinärmedicin, biokemi och folkhälsa (Lunds Universitet, 2012b). I sökningen i de två databaserna har elektroniska och manuella sökmetoder använts. Metoderna har valts utifrån materialets storlek. Den elektroniska sökningen har fördelen att den på ett enkelt sätt kan minska ett stort material för vidare genomgång. I den manuella sorteringen kan en noggrann genomgång av artikeln säkra att inget relevant material faller bort.

Steg 1 - Första avgränsningen

I sorteringens första steg söktes vetenskapliga artiklar utifrån det primära sökordet Acceptance Commitment Therapy. I den fortsatta texten kommer förkortningen

ACT att användas, men i samtliga sökningar har hela namnet på metoden använts eftersom ACT är ett vanligt förekommande ord på engelska och skulle leda till felaktiga sökträffar. I PsycINFO genomfördes sökningen med ACT som *nyckelbegrepp*, vilket innebär att ordet kan förekomma i titel, indextermer eller nyckelord. I PubMed söktes artiklar med ACT i *titeln*. Endast vetenskapliga *tidskriftsartiklar* skrivna på *engelska* och publicerade 2007-2012 inkluderades i båda databaserna.

Steg 2 - Elektroniska sökkombinationer

För att passa SHD-verksamhetens uppdrag och målgrupper kombinerades huvudsökordet Acceptance Commitment Therapy försöksvis med de funktionsnedsättningar som finns representerade inom verksamheten (t.ex. deafness, visual och hearing impairment). Detta gav i PsycINFO ett mycket begränsat sökresultat. Istället kombinerades sökordet Acceptance Commitment Therapy, i både PsycINFO och PubMed, med vanligt förekommande besvär och psykosociala konsekvenser samt mål inom Syn-, hörsel och dövverksamheten. Detta gav ett betydligt större utfall. Följande typiska besvär/psykosociala konsekvenser av att leva med funktionsnedsättningarna valdes ut: *stress, ångest, depression* och *sömnsvårigheter*. Målen för insatserna på Syn-, hörsel- och dövverksamheten berör ofta aspekter av *delaktighet, självständighet, livskvalitet* och *hälsa*, vilka också valdes ut.

Steg 3 - Manuell sortering enligt inklusions- och exklusionskriterier

I steg 3 tillämpades följande inklusionskriterier:

- kronisk somatisk funktionsnedsättning som överensstämmer med någon vanligt förekommande funktionsnedsättning inom SHD-verksamheten.

Exklusionskriterierna var:

- pilot- och fallstudier
- svår psykiatrisk problematik
- beroendeproblematik
- faktorer som leder till förändring vid insatser med ACT.

För att avgöra om artiklarna låg innanför eller utanför exklusionskriterierna lästes antingen abstracten eller artiklarna i fulltext. Artikelsorteringen avslutades med att alla dubletter togs bort.

Dokumentation av sökningsprocessen

Sökningen i *PsycINFO* med det antal artikelträffar som steg 1-3 resulterade i redovisas i Tabell 1 nedan.

Tabell 1. Sökningsresultat i PsycINFO (2012-10-24)

Sökord	Antal artikelträffar efter steg 1	Antal artikelträffar efter steg 2	Antal artikelträffar efter steg 3
ACT	195		
ACT + Depression		15	1
ACT + Anxiety		21	1
ACT + Stress		9	0
ACT + Sleep		0	0
ACT + Participation		0	0
ACT + Independence		0	0
ACT + Life quality		5	0
ACT + Health		19	0
Totalt	195	69	2

Första avgränsningen av artikelträffar i PsychINFO (steg 1) resulterade i 195 artikelträffar. Artiklarna lästes i sin helhet och sorterades efter inklusions- och exklusionskriterier. Den slutliga gallringen resulterade i *två* artiklar.

Sökningen i *PubMed* med det antal artikelträffar som steg 1-3 resulterade i redovisas i Tabell 2 nedan.

Tabell 2. Sökning i PubMed (2013-01-16)

Söktermer	Antal artikelträffar efter steg 1	Antal artikelträffar efter steg 2	Steg 3	
			Antal artikelträffar efter läsning av abstract	Antal artikelträffar efter läsning av artiklarna
ACT	59		14 (9)²	6
ACT + Depression		3		
ACT + Anxiety		5		
ACT + Stress		0		
ACT + Sleep		0		
ACT + Participation		0		
ACT + Independence		0		
ACT + Life quality		0		
ACT + Health		2		
Antal		10		
Totalt	59	▶	14 (9)	6

Första avgränsningen av artikelträffar i PubMed (steg 1) resulterade i 59 artikelträffar. Antalet artikelträffar efter sökning i steg 2 visade på ett otillräckligt sökningsresultat, varför sökningsresultat från steg 1 bibehölls under den fortsatta sökningsprocessen i steg 3. 45 av de 59 artiklarna från steg 1 sorterades bort efter genomläsning av artiklarnas abstract (del 1 av steg 3). Efter läsning av artiklarna i fulltext kunde ytterligare åtta artiklar gallras bort utifrån relevans och/eller det faktum att dubletter redan fanns från sökningen i PsycINFO.

Sökningarna i PsycINFO och PubMed resulterade sammantaget i *åtta* artiklar som bedömdes relevanta utifrån föreliggande forskningsöversikts syfte.

² Parentesen anger antalet utan dubletterna som förekommer gentemot sökningen i PsycInfo.

Kvalitetsgranskning

En SBU-rapport (2006) om smärta ställer upp kvalitetskriterier för RCT-studier utifrån följande data: storleken på interventionsgruppen, storleken på kontrollgruppen, tiden för uppföljning, bortfallet, noggrannheten i beskrivningen av intervention och deltagare samt valida och reproducerbara utfallsmått (Bilaga 1). När det gäller systematiska litteraturstudier används Hearn's, Feuers, Higgins och Sheldons (1999) (refererad i Forsberg & Wengström, 2009:32) beskrivning av kvalitetskriterier (Bilaga 2).

I denna forskningsöversikt extraheras data från artiklarna utifrån ovanstående kriterier. Kriterierna används även för att granska artiklarnas kvalitet.

Kvalitetsbedömning av artiklarna

Med utgångspunkt från de tidigare nämnda kvalitetskriterierna bedömdes de ingående artiklarna. Arch m.fl. (2012), Forman, Shaw, Goetter, Herbert, Park och Yuen (2012) och Wetherell m.fl. (2011) har i enlighet med SBU:s (2006) kriterier ett stort antal deltagare i interventions- och kontrollgrupperna medan Bohlmeijer, Fledderus, Rokx och Pieterse (2011), Hesser m.fl. (2012) och Westin m.fl. (2011) har ett relativt litet antal deltagare. Studierna av Arch m.fl. (2012), Forman m.fl. (2012), Hesser m.fl. (2012) och Westin m.fl. (2011) följer, i enlighet med SBU:s kriterier, upp resultaten efter minst ett år. Samtliga studier har goda beskrivningar av interventionerna och deltagarna (Bilaga 3 och 4).

Det kan konstateras att Arch m.fl. (2012) har ett stort bortfall i båda sina interventioner (ACT och KT). I Formans m.fl. (2011) studie finns också ett stort bortfall i båda interventionerna (ACT och KT). I studierna utförda av Bohlmeijer m. fl. (2011), Hesser m.fl (2012) och Wetherell m.fl. (2011) är bortfallet litet i alla grupperna (ACT, KBT respektive kontrollgrupp). Westins m.fl. (2011) studie har ett litet bortfall under ACT:s tre uppföljningstillfällen, likaså på den första och andra uppföljningen av Tinnitus Retraining Therapy (TRT). På den tredje uppföljningen av TRT är bortfallet stort.

Validitet innebär mätinstrumentens förmåga att mäta det som ska mätas (Forsberg & Wengström, 2009:61). *Intern validitet* definieras som tillförlitligheten för en undersöknings resultat eller i vilken utsträckning man kan konkludera att den oberoende variabeln har påverkat den beroende variabeln (ibid: 107). Hög intern validitet uppnås genom att undvika systematiska fel medelst slumpmässig fördelning t.ex. genom att ha ett litet och icke-systematiskt bortfall eller objektiv bedömning av skillnader i effekter eller genom att ha lika grupper från början. Bland de sex RCT-studier som ingår i denna forskningsöversikt finns, i enlighet med metoden för RCT-studier, en slumpmässig fördelning mellan kontroll- eller jämförande grupp och interventionsgrupp. Generellt sett är grupperna som jämförs i studierna relativt lika sociodemografiskt. Dock kan det noteras att i Wetherells m.fl. (2011) studie har en relativt större andel av deltagarna i ACT-gruppen än i KBT-gruppen (39 % respektive 17 %) en depression.

Extern validitet innebär att man i studien använt sig av ett slumpmässigt förfarande och ett urval som är representativt för befolkningen så att resultaten kan generaliseras. Den externa validiteten diskuteras i samtliga studier. Hesser m.fl. (2012) och Arch m.fl. (2012) noterar i sina studier att utbildningsnivån bland deltagarna i stu-

dierna är högre än hos den genomsnittliga befolkningen. Bohlmeijer m.fl (2011) och Forman m.fl. (2012) har en relativt stor andel kvinnor i sina undersökningar. I Westins m.fl. (2011) studie har de flesta deltagarna i båda interventionsgrupperna (ACT, TRT) tinnitus grad II. Många har dessutom hörselnedsättning, vilket begränsar studiens möjlighet att generaliseras till tinnituspatienter.

Reproducerbara utfallsmått innebär att det finns överensstämmelse mellan mätningar med samma mätinstrument vid olika tillfällen. Studiens reproducerbarhet bedöms i alla RCT-studierna. Arch m.fl. (2012), Bohlmeijer m.fl. (2011), Forman m.fl. (2012), Hesser m.fl. (2012) och Wetherell m.fl. (2011) dokumenterar att de använder instrument med hög reliabilitet, dvs. de har en hög grad av överensstämmelse mellan mätningar gjorda med samma instrument vid olika tillfällen (Forsberg & Wengström, 2009:61). Fem av de sex instrument som Westin m.fl. (2012) använder i sin studie har hög reliabilitet³ (THI, ISI, QOLI, HADS, TAQ) och ett har acceptabel reliabilitet (CGI-1).

En sammantagen bedömning av denna forskningsöversikts artiklar är att de sex RCT-studierna enligt SBU:s kriterier har ett medelhögt bevisvärde och uppfyller kraven för kvalitetskriterier. Forskningsöversiktens systematiska litteraturstudie (Montgomery, Kim och Franklin, 2011) och metaanalys (Powers, Vörding och Emmelkamp, 2009) uppfyller också uppsatta kvalitetskriterier för systematiska litteraturstudier (Forsberg & Wengström, 2009).

En samlad bedömning av evidensstyrkan för effekterna av ACT kan inte ges eftersom en del av studierna fokuserar på att jämföra ACT med andra interventioner och att målen för interventionerna skiljer sig mellan studierna.

Resultat

Studiernas design

De åtta för denna forskningsöversikt utvalda artiklarna kan delas in i två grupper. Sex av artiklarna är randomiserade kontrollerade undersökningar, RCT, och två är systematiska litteraturstudier. (För närmare beskrivning av artiklarna, se bilaga 3 och 4.) Samtliga sex RCT-studier inbegriper uppföljning, varav fyra av studierna följs upp efter ett år eller mer (Arch m.fl., 2012; Forman m. fl., 2011; Hesser m.fl., 2012; Westin m.fl., 2011).

Fem av de sex RCT-studierna jämför ACT med en annan intervention. De andra interventionerna är KBT (Arch m. fl., 2012; Wetherell m.fl., 2011), internetbaserad KBT (Hesser m.fl., 2012) eller KT⁴ (Forman m. fl., 2012) och TRT (Westin m.fl., 2012). Tre av studierna använder kontrollgrupp (Bohlmeijer m.fl., 2011; Hesser m.fl., 2012; Westin m.fl., 2012).

³ Reliabiliteten kan mätas med test-retest-metoden, split half-metoden eller Cronbachs Alpha. För alla metoder bedöms koefficienten utifrån intervallet 0-1, där 1 anger högst reliabilitet. Man eftersträvar en koefficient över 0,70 (Forsberg & Wengström, 2009: 113).

⁴ Kognitiv terapi (KT) är en relativt kort terapeutisk behandling som baseras på uppfattningen att det vi tänker påverkar vårt psykiska mående. Kognitiv terapi fokuserar på nuets tankar, beteende och kommunikation framför tidigare upplevelser och är orienterad mot problemlösning (Medterms, 2013).

Forskningsöversikterna (Montgomery m.fl., 2011; Powers m.fl., 2009) inkluderar artiklar som jämför personer som erhållit ACT med personer i en kontrollgrupp (väntelista till behandling), personer som mottagit sedvanliga behandlingar (KBT, KT), personer som fått fortsatt Metadonbehandling, multidisciplinär behandling med Amitriptyline, stödjande terapi eller endast utbildning. (För fördjupad information om interventionernas innehåll hänvisas till bilaga 3).

Deltagare

I de sex RCT-studierna varierade antalet deltagare mellan 64 och 132 personer med en medelålder på 27, 38, 49, 49 och 51 år respektive en åldersspridning från 18 till 89 år. Andelen kvinnor i dessa sex RCT var mellan 43 och 82 %. Det samlade antalet deltagare var 2 888. (För ytterligare beskrivning av deltagarna se bilaga 4).

Interventionsmetoder

Interventionerna med ACT hade som mål att hos deltagarna minska upplevelsemässigt undvikande och att öka den psykologiska flexibiliteten för att främja värdebaserade beteendeförändringar. Behandlingsprogrammen varierade mellan åtta och tolv sessioner, oftast en session per vecka, och innehöll psykoutbildning, utveckling av hanteringsstrategier, beteendeövningar (främst exponeringsövningar), träning i icke-värderande acceptans av inre sinnesupplevelser (bl.a. genom övningar i mindfulness) samt förtydligande av deltagarnas livsvärderingar. Utbildningsnivån på ACT-instruktörerna varierade från handledda psykologstudenter på masternivå till psykologer som var doktorander eller hade doktorerat.

De jämförande interventionerna med kognitiv terapi hade som mål att förändra innehållet i deltagarnas mentala processer, t.ex. genom att förändra den negativa uppmärksamheten på samt tankarna och värderingarna kring tinnitus. Dessa förändringar förväntades leda till symtomreducering med t.ex. minskat känslöpådrag. Behandlingsprogrammen varierade även här mellan åtta och tolv sessioner, oftast en session per vecka, och innehöll psykoutbildning, utveckling av hanteringsstrategier, beteendeövningar (främst exponeringsövningar) och i ett fall avspänningsövningar.

Den TRT som ACT jämfördes med i Westins m.fl. (2012) studie bestod av ett besök på 2,5 timme på en öron-, näs- och halsklinik. Deltagarna fick träffa en specialistläkare och audionom för dels medicinsk undersökning, innefattande anamnes avseende tinnitus, ljudkänslighet och hörselnedsättning, dels information och rådgivning enligt den neurofysiologiska tinnitusmodellen samt ljudstimulering med hjälp av ljudstimuleringsapparat under minst 6 timmar/dag under 18 månader. Det ingick sedan en uppföljning med specialistläkaren per telefon under 30 minuter.

Resultatsammanställning

Arch m.fl. (2012), som jämfört ACT och KBT för personer med olika ångestillstånd, kommer fram till att KBT och ACT är metoder som båda visar förbättringar på olika mått avseende ångest, livskvalitet och acceptansgrad samt ger en minskning av undvikandebeteenden. Skillnader i resultat mellan de två metoderna är inte stora, men vid uppföljning efter sex månader redovisar ACT ett något bättre utfall på den kliniska svårighetsgraden av ångest. Vid tolv månaders uppföljning visar ACT på en något större minskning av upplevelseinriktat undvikandebeteenden och en något större ökning av acceptansgrad än KBT. KBT företer däremot ett bättre resultat än ACT i mätningar av livskvalitet (Arch m.fl., 2012).

Bohlmeijer m.fl. (2011) testar behandling med ACT på personer som nyligen fått lätt eller måttlig depression. Studien rapporterar att deltagarna direkt efter ACT samt fem månader efter ACT uppmätt en reducerad depression. ACT visar sig även ge betydande reduktion av ångest och trötthet.

Enligt Forman m.fl. (2012) är KT och ACT på kort sikt lika effektiva. Båda redovisar förbättringar avseende depression, ångest och generellt fungerande. På lång sikt däremot tyder resultaten på att KT är något lite överlägsen ACT avseende depressionssymtom, generellt fungerande och livskvalitet. Författarna för en diskussion om att KT kan vara enklare att lära och tillämpa för deltagarna.

Hesser m.fl. (2012) ger belägg för att internetbaserad ACT (i-ACT) och internetbaserad KBT (i-KBT) har effekt på besvär av tinnitus. Båda behandlingsformerna visar sig vara effektiva mot ångest. I-ACT har också signifikant effekt på depression och stress. Vid uppföljningen ett år efter interventionen finns bestående effekter av i-ACT och i-KBT. Författarna slår fast att ACT har samma goda effekter som KBT vid psykologisk behandling av tinnitus, och i vissa avseenden bedöms ACT kunna ge större bestående effekter på symtomen. En felkälla som kan ha bidragit till de positiva resultaten är att deltagarna rekryterats från ett socialt forum med hög chatt-aktivitet varför det psykosociala stödet av denna aktivitet kan ha påverkat resultatet.

Montgomery m.fl. (2011) undersöker i en systematisk litteraturöversikt ACT:s effekter på fysisk och psykisk ohälsa. Studier som undersöker ACT:s effekt på ångesttillstånd visar att behandlingen har en signifikant effekt. Effekter dokumenteras också på depression, men författarna kommer fram till att bevisvärdet för dessa studier är lågt. Inom området fysisk hälsa visar studier på kronisk smärta varierande resultat och bevisvärdet för studierna är lågt. Författarna konkluderar att för personer med ångesttillstånd, depression, psykos, tvångssyndrom, epilepsi och diabetes är ACT en lovande insats.

Powers m.fl. (2009) kommer i sin systematiska litteraturöversikt fram till att ACT är verksamt inom flera psykiska problemområden, exempelvis stress och oro. Hittills finns dock inga resultat som tyder på att ACT skulle vara effektivare än etablerade behandlingsalternativ som KT och KBT.

Enligt Westin m.fl. (2012) ger ACT betydande effekt på besvär av tinnitus som t.ex. sömnsvårigheter. Denna effekt framträder framför allt vid uppföljningen sex månader efter att behandlingen påbörjats. ACT visar sig även ha effekt på oro, men här är effekten störst direkt efter behandlingen. I mitten av insatsen med ACT (efter fem veckor) korrelerar behandlingseffekten på besvär av tinnitus positivt med förändringen av deltagarnas acceptansgrad. Enligt artikeln visar ACT, jämfört med TRT, bättre behandlingseffekt på tinnitusbesvären. Effekten visar sig redan efter sex månader och kvarstår efter 18 månader. En signifikant större andel av dem som fick ACT uppvisade en förbättring jämfört med dem som fick TRT (54 % respektive 20 %) efter sex månader (Westin m.fl., 2012).

Wetherell m.fl. (2011) jämför behandlingar med ACT och KBT. Deras forskning visar att ACT minskar besvärsggraden av smärta, depression och smärtrelaterad ångest, men undersökningen presenterar inga signifikanta skillnader i graden av förbättring mellan de jämförda behandlingsformerna. Deltagare i KBT-gruppen säger sig före behandlingen ha högre tilltro till denna än deltagarna i ACT-gruppen. Däremot anger de som erhållit ACT-behandling en signifikant högre grad av nöjdhet med behandlingen efter att den slutförts.

Slutsatser

ACT har goda effekter på de psykosociala besvär som kan uppstå till följd av funktionsnedsättningar som finns representerade bland SHD-verksamhetens brukare. Forskningen som studerat ACT:s effekter på sömnsvårigheter, trötthet, ångest, depression, livskvalitet, generellt fungerande, smärta och tinnitus visar på positiva resultat (Arch m.fl., 2012; Bohlmeijer m.fl., 2011; Hesser m.fl., 2012; Forman m.fl., 2012; Montgomery m.fl., 2011; Powers m.fl., 2012; Westin m. fl., 2012, Wetherell m.fl., 2012).

Skillnaderna mellan resultaten från jämförda terapeutiska modeller, framförallt KBT, är inte stora. I vissa studier är de obefintliga (Powers m. fl., 2009; Wetherell m.fl., 2011; Hesser m.fl., 2012). Andra studier betonar att ACT är effektivare än KBT avseende den kliniska svårighetsgraden av ångest, på undvikandebeteenden och acceptans. KBT visar sig ha bättre effekt än ACT i relation till livskvalitet (Arch m.fl., 2012). I jämförelse med KT kommer Forman m.fl. (2012) fram till att KT:s resultat efter 1,5 år är något bättre än ACT:s resultat avseende depressionssymtom, generellt fungerande och livskvalitet. Sekundära källor lyfter fram att ACT lämpar sig bättre för behandlingsresistenta patientgrupper (Forman m.fl., 2012:808), t.ex. personer med återkommande depressioner.

Två av de sex RCT-studierna bygger på gruppbaseade interventioner (Bohlmeijer m.fl., 2011; Wetherell m.fl., 2011). De visar båda att ACT har effekt på depression och Wetherell m.fl. (2011) visar att ACT har effekt på ångest. Två av artiklarna undersöker internetbaserade ACT-behandlingar (Arch m. fl., 2012; Hesser m.fl., 2012), där såväl i-ACT som i-KBT visar sig effektiva vid både ångest och tinnitus.

Diskussion

De interventioner som jämförts med ACT, nämligen KBT, mindfulness och TRT, erbjuds redan till brukargrupper inom SHD-verksamheten. Även interventioner med inslag av ACT förekommer. En reservation gällande TRT-metoden som den beskrivs i Westins m.fl. (2012) artikel måste dock göras. I Westins m.fl. (2012) artikel framgår att den insats, som erbjuds enligt Jastreboff och Hazells modell (2004), inte liknar SHD:s tillämpning av modellen⁵ och som metoden framställs i artikeln kan det ifrågasättas om den följer de interventionsprinciper som beskrivs av Jastreboff och Hazell (2004). Huvudbeståndsdelarna utgörs enligt dem av rådgivning till patienten kring ljudterapi. De anser att uppföljande kontakter är nödvändiga för ett lyckat utfall, och att det utan dessa kontakter kan uppstå problem. Uppföljningssamtalen kan ske via telefon, men fysiska möten är att föredra (Jastreboff & Hazell, 2004:144).

De sammanlagda resultaten i forskningsöversikten tyder på att ACT kan vara användbar i arbetet med de av SHD-verksamhetens brukare vilka som en följd av sina funktionsnedsättningar har sömnsvårigheter, ångest eller depression. Det är samtidigt viktigt att diskutera hur och när ACT kan komplettera de redan befintliga insatserna med KBT, TRT och mindfulness. Det skulle kunna vara intressant att i framtiden pröva och jämföra utfallet av KBT respektive ACT för SHD-verksamhetens specifika målgrupper.

Med smärre anpassningar och justeringar kan ACT tillämpas för alla verksamhetens målgrupper; exempelvis kan kommunikationsmetoden behöva anpassas med teckenspråk, med språktolkar och med talsyntes vid eventuella internetbaserade insatser. Insatsen kan lämpligen erbjudas i syfte att minska beteenden av *undvikande* och *bortträngning*. ACT:s fokus på acceptans kommer troligen särskilt att vara av värde för de brukare som har kommit en bit i rehabiliteringsprocessen, som har levt en period med sin funktionsnedsättning och där förbättringar av funktionsnedsättningen inte är att förvänta. Det är viktigt att fortsätta resonera om vilka målgrupper som främst kan gagnas av ACT.

Enligt resultaten skiljer sig inte de positiva effekterna av ACT åt mellan studierna som bygger på individuella insatser, gruppinsatser eller internetbaserade insatser. Ur effektiviseringsperspektiv kan detta resultat tala för att prova ACT i grupp och/eller att erbjuda ACT som en del av en satsning på internetbaserade insatser och så kallad e-learning.

⁵ Interventionen med TRT innebar i studien endast *ett* besök hos specialistläkare och audionom på en öron-, näs- och halsklinik. Under detta besök som varade 2,5 timme genomfördes medicinsk undersökning avseende anamnes på tinnitus, ljudkänslighet och hörselnedsättning. Samtidigt gavs information och rådgivning enligt neurofysiologiska tinnitusmodellen och ljudstimulering sattes igång med hjälp av ljudstimuleringsapparat som skulle vara aktiv under minst 6 timmar per dag under de kommande 18 månaderna. Uppföljning skedde per *telefon* under 30 minuter med specialistläkaren (Westin m.fl. 2112). Detta kan jämföras med den rehabilitering med TRT inom SHD-verksamheten som innebär att brukaren använder ljudstimuleringsapparater sex-åtta timmar dagligen parallellt med regelbunden audionomkontakt för kunskap, handledning och rådgivning under i genomsnitt ett och ett halvt år. Ofta ingår, i varierande omfattning och utifrån olika behov, även kontakt med kurator eller psykolog (FoU-rapport 4/2009:7).

Implementering

Forskningsöversiktens resultat kommer att användas internt inom SHD-verksamheten. Diskussioner kommer att föras om vilka målgrupper som kan ha nytta av ACT och om ACT kan komplettera eller ersätta redan existerande behandlingsalternativ. I första hand planeras materialet att presenteras för medarbetare inom verksamheten med steg-1 kompetens i KBT.

Resurser och kompetenser kommer att ses över för att kunna bedöma huruvida ACT kan komplettera existerande behandlingsalternativ och om ACT kan introduceras för brukare genom internet (i-ACT). Behoven hos målgrupper inom SHD-verksamheten kommer att ses över och ACT kommer i första hand att prövas som en intervention för en mindre målgrupp inom verksamheten.

Referenser

Arch, J.J., Eifert, G.H., Davies, C., Plumb Vilaradaga, J.C., Rose, R.D. & Craske, M.G. (2012). [Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy \(CBT\) versus acceptance and commitment therapy \(ACT\) for mixed anxiety disorders.](#) *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 80, 5, 750-765.

Bohlmeijer, E.T., Fledderus, M., Rokx, T.A.J.J. & Pieterse, M.E. (2011). [Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial.](#) *Behaviour Research and Therapy*, 49, 1, 62-67.

Craske, M.G. *Cognitive-behavioural treatment of anxiety disorders*. Opublicerat manus.

Eifert, G. H. & Försyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: a practioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance and values-based behavior strategies*. New York: Guilford Press.

FoU-rapport 13/2012. *Utvärdering av MindfulnessBaserad StressReduktion (MBSR) vid besvär av tinnitus*. Av Grahn, M-L. & Höij, C. FoU-enheten, Habilitering & Hjälpmedel, Region Skåne.

FoU-rapport 5/2010. *Mindfulness vid besvär av tinnitus*. Av Höij, C. & Grahn, M-L. FoU-enheten, Habilitering & Hjälpmedel, Region Skåne.

FoU-rapport 4/2009. Av Grahn, M-L. & Josefsson, B. *Tinnitus Retraining Therapy - en effektiv metod vid tinnitusrehabilitering. En utvärdering av TRT-metoden vid Hörsel- och dövenheten i Lund*. FoU-enheten, Habilitering & Hjälpmedel, Region Skåne.

[Forman, E.M.](#), [Shaw, J.A.](#), [Goetter, E.M.](#), [Herbert, J.D.](#), [Park, J.A.](#) & [Yuen, E.K.](#) (2012). Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing acceptance and commitment therapy and standard cognitive behavior therapy for anxiety and depression. *Behavior Therapy*, 43, 4, 801-811.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2009). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Hayes, S.C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: modell, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44. 1-25.

Hayes, S. C. (2007). *Sluta grubbla börja leva*. Stockholm: Natur & Kultur.

Hearn, J., Feuer, D., Higginson, I.J. & Sheldon, T. (1999). Systematic Reviews- *Palliative Medicine*, 13, 75-80.

[Hesser, H.](#), [Gustafsson, T.](#), [Lundén, C.](#), [Henrikson, O.](#), [Fattahi, K.](#), [Johnsson, E.](#), [Zetterqvist Westin, V.](#), [Carlbring, P.](#), [Mäki-Torkko, E.](#), [Kaldo, V.](#) & [Andersson, G.](#) (2012). A randomized controlled trial of Internet-delivered cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy in the treatment of tinnitus. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 80, 4, 649-661.

Jastreboff, P. J. & Hazell, J. (2004). *Tinnitus Retraining Therapy: Implementing the neurophysiological model*. Cambridge: Cambridge University Press.

Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling - en introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur & Kultur.

McHugh, L. (2011). A new approach in psychotherapy: ACT (acceptance and commitment therapy). *The World Journal of Biological Psychiatry*, 12 (S1), 76-79.

[Montgomery, K.L.](#), [Kim, J.S.](#) & [Franklin, C.](#) (2011). Acceptance and commitment therapy for psychological and physiological illnesses: a systematic review for social workers. *Health and Social Work*, 36, 3, 169-81.

[Powers, M.B.](#), Zum Vörde Sive [Vörding, M.B.](#) & [Emmelkamp, P.M.G.](#) (2009). Acceptance and commitment therapy: a meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 2, 73-80.

SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) (2006). *Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm.

Vowles, K.E., Wetherell, J.L. & Sorrell, J. T. (2009). Targeting acceptance, mindfulness och values-based intervention. *Cognitive Behaviour Practice*. 16, 49-58.

[Westin, V.Z.](#), [Schulin, M.](#), [Hesser, H.](#), [Karlsson, M.](#), [Noe, R.Z.](#), [Olofsson, U.](#), [Stalby, M.](#), [Wisung, G.](#) & [Andersson, G.](#) (2011). Acceptance and commitment therapy versus tinnitus retraining therapy in the treatment of tinnitus: a randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 11, 737-747.

Wetherell, J.L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J.T., Stoddard, J.A., Petkus, A.J., Solomon, B.C., Lehman, D.H., Liu, L., Lang, A.J. & Atkinson, J.H. (2011). [A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain](#). *Pain*, 152, 9, 2098-2107.

Hemsidor

Society of Clinical Psychology - American Psychological Association, Division 12, <http://www.div12.org/PsychologicalTreatments/treatments.html>
Uppgift hämtad: 2013-10-30

Medterms (2013). <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=31748>
Uppgift hämtas: 2013-09-26

Psykologiguiden,(2013).

<http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?Lookup=defusion>

Uppgift hämtad: 2013-10-30

Association for Contextual Behavioral Science (ACBS), (2013)

http://contextualscience.org/cognitive_defusion_deliteralization

Cognitive Defusion (Deliteralization) Uppgift hämtad: 2013-10-30

Lunds Universitet, (2012-10-01a) *Information om PsycINFO*

<http://www.lub.lu.se/en/search/new-search-system/databases-a-to-z.html>.

Uppgift hämtad: 2012-10-24

Lunds Universitet, (2012-10-01b) *Information om PubMed*

<http://www.lub.lu.se/en/search/new-search-system/databases-a-to-z.html>

Uppgift hämtad: 2012-10-24

Kvalitetskriterier för RCT-studier

Högt bevisvärde:

1. Stort antal patienter/försökspersoner (ca 50)
2. Stor kontrollgrupp (ca 50)
3. Uppföljning 12 månader
4. Bortfall < 20 % under studietiden
God beskrivning av interventionen, vad som görs, god beskrivning av vem/vilka som gör interventionen, god beskrivning av hur man gör interventionen
6. God beskrivning av försökspersoner/patienter, tydliga inklusions- och exklusionskriterier
7. Valida och reproducerbara utfallsmått

Lågt bevisvärde:

8. Litet antal patienter/försökspersoner (≤ 25)
9. Liten kontrollgrupp (≤ 25)
10. Uppföljning högst 6 månader
11. Bortfall ≥ 30 % under studietiden
12. Bristfällig beskrivning av interventionen, vad som görs, bristfällig beskrivning av vem/ vilka som gör interventionen, bristfällig beskrivning av hur man gör interventionen
13. Bristfällig beskrivning av försökspersoner/patienter, otydliga inklusions- och exklusionskriterier
14. Ej säkert valida och reproducerbara utfallsmått

Medelhögt bevisvärde:

Uppfyller vare sig kriterierna för högt eller lågt bevisvärde (SBU, 2006)

Kvalitetskriterier för en systematisk litteraturstudie

1. En klar och tydlig frågeställning
2. Sökstrategi för att identifiera alla relevanta publicerade och icke-publicerade studier; tydliga inklusions- och exklusionskriterier som bestämmer val av studier
3. Presentation av varje vald studies metodval och resultat
4. Presentation av alla exkluderade studier och motivering till att de valts bort
5. Genomförande av analys och metaanalys om det finns passande studier
6. Redovisning i form av en rapport där alla centrala delar beskrivs (syfte, frågor, metod, resultat, analys, konklusion och diskussion)

Hearn, Feuer, Higginson & Sheldon (1999)

Uppgifter om RCT-studierna

Referens	Interventionernas innehåll		Mål med interventionen	Instruktörer	Mätinstrument	Land
Arch J.J., Eifert G.H., Davies C., Plumb Vilardaga J.C., Rose R.D. och Craske M.G. (2012)	<p>Innehåll KBT: 12 sessioner à en timme en gång i veckan enligt Craskes (2005).</p> <p>Session 1: Bedömning, självobservation och psykoedukation.</p> <p>Session 2-4: Kognitiv omstrukturering (genom tester av hypotes, självobservation, andningsövningar).</p> <p>Session 5-11: Exponering (interoceptiv, in-vivo/i naturlig miljö och imaginär).</p> <p>Session 12: Återfallsprevention.</p>	<p>Innehåll ACT: 12 sessioner à en timme en gång i veckan enligt Eifert & Forsyths (2005).</p> <p>Session 1: Psykoedukation, erfarenhetsträning/upplevelsebase-rad träning och samtal om acceptans (vs kontrollera ångest), kreativ hopplöshet, undersöka huruvida ansträngningarna för att hantera och kontrollera ångesten hittills fungerat framgångsrikt utifrån livsmålen och värdebaserat beteende.</p> <p>Session 2-3: Fördjupning kring kreativ hopplöshet och acceptans.</p> <p>Session 4-5: Mindfulness, acceptans, träning i kognitiv defusion/ decentrering¹.</p> <p>Session 6-11: Finslipning av acceptans, mindfulness, tankeobjektivitet samt undersökande och förtydligande av värderingar (med mål att öka beredvilligheten till värdebaserade beteenden).</p> <p>Session 12: Granskning av verktygen hittills och hur undersökande och förtydligande av värderingar (med mål att öka beredvilligheten till värdebaserade beteenden).</p> <p>Session 12: Granskning av verktygen hittills och hur fortsättning kan ske. fortsättning kan ske.</p>	Minskad depression, ångest och trötthet samt minskat alkoholmissbruk; ökad acceptansgrad.	39 kliniska psykologer och doktorand-studerande.	Mätning av: <u>ångest</u> : Clinical severity rating (CSR), Anxiety Sensitivity Index, Penn State Worry Questionnaire, Fear Questionnaire (avoidance), <u>livskvalitet</u> : QOLI samt <u>acceptansgrad och upplevelseinriktat undvikande</u> : AAQ.	USA

¹ Kognitiv defusion = Flexibel distansering från subjektiva föreställningar och andra strategier för att öka psykologisk flexibilitet och möjliggöra beteende i överensstämmelse med personliga värden (Arch m.fl, 2012).

Referens	Interventionernas innehåll		Mål med interventionen	Instruktörer	Mätinstrument	Land
Bohlmeijer, E.T., Fiedderus M., Rokx T.A.J.J. och Pieterse M.E. (2011)	<p>Innehåll ACT: Åtta sessioner à två timmar en gång i veckan med totalt sex behandlingsdelar enligt protokoll av Hayes m.fl. (2006).</p> <p>Gruppbaserad behandling med i genomsnitt sju deltagare/grupp. Träning i: beredvillighet att uppleva negativa känslor och tankar, kognitiv defusion, medveten närvaro, självobservation, värderingar, medvetet beteende². Session 1: Information om ACT och undersökande av patienternas livsmål. Session 2-3: Reflektioner över undvikande- och kontrollbeteenden samt dess långvariga effekter. Session 4-6: Medveten närvaro utan undvikande och kontroll. Träning i kognitiv defusion/decentrering och observerande självet. Session 7-8: Medvetandegöra och aktivt följa egna värderingar.</p>		Minskad depression, ångest och trötthet samt minskat alkoholmissbruk; ökad acceptansgrad.	14 leg. psykologer.	Mätning av <u>depression</u> : CES-D, <u>ångest</u> : HADS-A, <u>trötthet</u> : CIS samt <u>alkoholmissbruk acceptans</u> : AAQ-II.	Holland
Forman E.M. , Shaw J.A. , Goetter E.M. , Herbert J.D. , Park J.A. och Yuen E.K. (2012)	<p>Innehåll ACT: Genomsnittligt antal sessioner: 18. Ej manual för varje tillfälle utan generell ACT-behandling som är specifik för diagnosen.</p> <p>Innehåll: Psykoedukation, färdigheter i coping, exponering, acceptansträning, mindfulnesssträning, förtydligande av personliga värderingar, utveckla beredvillighet att uppleva inre lidande för att kunna leva enligt sina värderingar.</p>	<p>Innehåll KT: Genomsnittligt antal sessioner: 16. Ej manual för varje tillfälle utan en generell KT-behandling som är specifik för diagnosen.</p> <p>Innehåll: Psykoedukation, färdigheter i coping, exponering samt diskussioner kring automatiska tankar, självbild, schema, tankefallor och kognitiv omstrukturering.</p>	Minskade depressionssymtom och upplevelseinriktade undvikanden samt ökad livskvalitet, ökade psykologiska funktioner, ökad grad av medveten närvaro och acceptans.	28 doktorander	Mätning av <u>depression</u> : BDI, BAI, OQ, <u>livskvalitet</u> : QOLI, <u>medveten närvaro</u> : KIMS, <u>beteendeaktivering och acceptansgrad</u> : AAQ samt <u>funktion</u> : GAF, CGI	USA

² Att sätta upp mål i överensstämmelse med egna värderingar och utföra handlingar utifrån dessa.

Referens	Interventionernas innehåll		Mål med interventionen	Instruktörer	Mätinstrument	Land
Hesser H. , Gustafsson T. , Lundén C. , Henrikson O. , Fattahi K. , Johnsson E. , Zetterqvist Westin V. , Carlbring P. , Mäki-Torkko E. , Kaldo V. och Andersson G. (2012)	<p>Innehåll i ACT: åtta Internetanpassade moduler (1 gg/v) baserade på strukturerade behandlingsmanualen för ACT vid ångest av Eifert och Forsyth (2005). Modulerna innehöll information, övningar och hemuppgifter. Självhjälpsmanualerna bestod av övningar och hemuppgifter för förändringsprocesser avseende värderingar och beteenden. Övningarna kretsar kring medveten närvaro och kognitiv defusion/ decentrering samt övningar som främjar viljan att uppleva tinnitus och som syftar till att identifiera personliga värderingar och mål.</p>	<p>Innehåll iKBT: Internetanpassat behandlingsprogram baserat på Kaldo och Andersson (2004) med tillämpad avslappning, distraktionsteknikträning, föreställningsträning och kognitiv omstrukturering.</p>	<p>Minskade tinnitusbesvär samt minskade depressions-, stress- och ångestsymtom samt ökad livskvalitet.</p>	<p>En leg. psykolog och sex psykologmaster studenter.</p>	<p>Mätning av besvärsggraden av tinnitus: THI, sömn: ISI, depression och ångest: HADS, livskvalitet: QOLI och stress: PSS.</p>	<p>Sverige</p>

Referens	Interventionernas innehåll		Mål med interventionen	Instruktörer	Mätinstrument	Land
Westin V.Z. , Schulin M. , Hesser H. , Karlsson M. , Noe R.Z. , Olofsson U. , Stalby M. , Wisung G. och Andersson G. (2011)	ACT: 10 veckovisa 60 minuters individuella sessioner baserade på strukturerade behandlingsmanualen för ACT vid ångest av Eifert och Forsyth (2005). Träning i acceptans och mindfulness (att icke-värderande närma sig ljudet av tinnitus och de reaktioner det väcker). Och att arbeta med värderingar och livsmål, förändra tinnitusrelaterade beteendemönster samt psykoedukation avseende tinnitus. Även upplevelsebaserade övningar och metaforer användes kontinuerligt.	TRT: 150 min. individuellt besök hos audiolog på öron-, näs- och halsklinik för medicinsk undersökning, anamnes på tinnitus, ljudkänslighet och hörselnedsättning, behandlingsjustering samt information och rådgivning enligt neurofysiologiska tinnitusmodellen och ljudstimulering med hjälp av ljudstimuleringsapparat under 8 h/dag under 18 månader. 30 min. telefonuppföljning med audiologen.	Minskad besvärsgrad av tinnitus, minskad depression och ångest samt ökad livskvalitet och acceptansgrad av tinnitus.	ACT: Två leg. psykologer som handledde de sex behandlande psykologmasterstuderande. TRT: En audiolog.	Mätning av: <u>besvärsgraden av tinnitus:</u> THI, <u>sömn:</u> ISI, <u>depression och ångest:</u> HADS, <u>livskvalitet:</u> QOLI, <u>patientens upplevelse av förbättring:</u> CGI-I, <u>acceptansgraden av tinnitus:</u> TAQ (för deltagare som mottog ACT-behandling och för deltagare i kontrollgruppen).	Sverige
Wetherell J.L., Afari N., Rutledge T., Sorrell J.T., Stoddard J.A., Petkus A.J., Solomon B.C., Lehman D.H., Liu L., Lang A.J. och Atkinson J.H. (2011)	ACT: Protokoll baserade på opublicerat material som används i Vowles, Wetherells och Sorells (2009) studie. 8 veckovisa gruppssessioner à 90 min. Identifiering av värdesatta livsmål och situationsanpassade beteenden gentemot de mål som stödjer dessa värden. Förändra patientens förväntningar från att ta bort smärtan (jmf med tinnitus) till att leva med smärtan.	KBT: Protokoll baserade på opublicerat material som används i Vowles, Wetherells och Sorells (2009) studie. 8 veckovisa gruppssessioner à 90 min. Patienten tränar strategier att hantera smärtan (ökad kunskap om smärtpåverkan och strategier för att hitta balans mellan aktivitet och vila), öka lustfyllda aktiviteter, progressiv muskulär avslappning, att utmana tankar, kommunikation med hälsopersonal och problemlösningsträning	Minskad smärta, smärtgrad och ångest. Ökad fysisk aktivitet och livskvalitet.	Tre leg. psykologer.	Mätning av: <u>smärtpåverkan:</u> BPI interference, <u>smärtgrad:</u> BPI severity, MPI, <u>ångest:</u> BDI-II och PASS, <u>fysisk aktivitet:</u> MPEI, <u>livskvalitet:</u> SF12, <u>nöjdhet med behandlingen:</u> CSQ, <u>smärthantering:</u> CPAQ-R, SOPA samt <u>deltagarförväntningar:</u> eget utformat formulär.	USA

Bilaga 4

Referens	Intervention(er)	Design	Deltagarantal (n) och karakteristik	Urval och bortfall
Arch, J.J., Eifert G.H., Davies. C., Plumb Vilardaga J.C., Rose R.D. och Craske, M.G. (2012)	ACT och KBT	RCT Effektmätning före och efter behandlingen samt efter sex och tolv månaders behandling.	128 vuxna personer med minst 1 DSM-IV ångeststörning. ACT: n=57, KBT: n=71 52 % kvinnor. Medelålder 38 år.	Rekrytering: Annonsering i broschyrer, och tidningar samt remisser. Urval: Deltagarna med låg dos av psykofarmaka eller helt utan användning. Exklusion: personer som mottagit andra former av terapi sedan sex månader, personer med missbruk, en rad allvarliga fysiska sjukdomar eller skador, depression, psykos eller graviditet. Bortfall: 43 av de 128 fullföljde inte de tolv terapisesessionerna. 32 % i gruppen som fick KBT och 35 % i gruppen som fick ACT-behandlingar.
Bohlmeijer, E.T., Fledderus, M., Rokx T.A.J.J. och Pieterse, M.E. (2011)	ACT	RCT Effektmätning före, direkt efter och fem månader efter behandlingen.	93 vuxna personer. 49 som fick intervention och 44 som ingick i kontrollgrupp. 82 % kvinnor. Medelålder 49 år.	Rekrytering: Annonsering i tidningar, affischer och förfrågan från psykologer på sju psykiatriska kliniker. Urval: Exklusion: svåra psykiatriska problem, genomgick redan behandling på psykiatriska institutioner, startade för mindre än tre månader sedan behandling med psykofarmaka, inte upplevde depressiva symptom, personer som missade två eller flera av behandlingarna. Bortfall: 14 % på mätning efter intervention, 19 % på uppföljning efter fem månader. I kontrollgruppen var det 5 respektive 7 %.
Forman, E.M., Shaw, J.A., Goetter, E.M., Herbert J.D., Park, J.A. och Yuen, E.K. (2012)	KT och ACT	RCT Effektmätning före och direkt efter och efter 1,5 år.	132 studenter i hälsovetenskap ACT: n=69 KT: n=63 Medelålder 27 år. 80 % kvinnor.	Rekrytering: studenter i vårdvetenskap via Studenthälsan. Urval: minimum - måttlig ångest eller depression, ej psykos. Bortfall: ACT: 28 %, KT: 33 % på båda uppföljningarna.

Referens	Intervention(er)	Design	Deltagarantal (n) och karakteristik	Urval och bortfall
Hesser, H., Gustafsson, T., Lundén, C., Henrikson O., Fattahi, K., Johnsson, E., Zetterqvist Westin, V., Carlbring, P., Mäki-Torkko, E., Kaldo, V. och Andersson, G. (2012)	Internetbaserad KBT (iKBT) och internetbaserad ACT (iACT)	RCT Internetbaserad effektmätning åtta veckor, tre och tolv månader efter avslutad behandling.	99 vuxna ACT: n=35. KBT: n= 32 Kontrollgrupp: n=32 43 % av samlade antalet deltagare var kvinnor. Medelålder 49 år.	Rekrytering: Annonsering i medier och på internet. Urval: som haft måttliga till svåra (≥ 38 THI) besvär av tinnitus i > 6 månader. Endast läs- och skrivkunniga personer som kunde avsätta ≥ 2 h /v och som hade tillgång till Internet. Exklusion: Personer som redan fått eller nu genomgick tinnitusrehabilitering eller hade svår medicinsk eller psykiatrisk problematik. Bortfall: CBT: 6 % direkt efter intervention och vid ett års uppföljning. ACT: 6 % direkt efter intervention och 11 % vid ett års uppföljning. Inget bortfall i kontrollgrupp.
Montgomery, K.L., Kim, J.S., och Franklin, C. (2011)	ACT och medicinska behandlingar och psykoterapeutiska behandlingar som KT, KBT	Systematisk litteraturgranskning	29 studier med sammantaget 1 341 deltagare. 16 RCT-studier, nio studier med före- och efter-mätningar utan kontrollgrupp, fyra quasi-experimentella studier	
Powers, M.B., Zum Vörde Sive Vörding, M.B. och Emmelkamp, P.M.G. (2009)	ACT och fortsatt pågående behandling, KBT, KT, mental smärtkontroll m.fl.	Metaanalytisk litteraturgranskning	18 RCT-studier med i allt 917 deltagare.	

Referens	Intervention(er)	Design	Deltagarantal (n) och karakteristik	Urval och bortfall
Westin, V.Z., Schulin, M., Hesser, H., Karlsson, M., Noe, R.Z., Olofsson, U., Stalby, M., Wisung, G. och Andersson, G. (2011)	ACT och TRT	RCT Mätning före behandling samt uppföljning efter sex och 18 månader.	64 personer ACT: n=22 TRT: n=20 Kontrollgrupp: n=22 47 % kvinnor. Medelålder 51 år.	Rekrytering: via tre audiologenheter och genom annonsering i tidningar under 17 månader. Urval: hörande vuxna personer med tinnitus som sitt huvudsakliga problem under ≥ 6 månader med THI på ≥ 30 . Exklusion: Personer i behov av akut medicinsk konsultation eller med svåra psykiatriska diagnoser eller som erhållit psykologisk eller ljudbaserad tinnitusbehandling tidigare exkluderades. Bortfall: ACT: 5 % direkt efter behandling, 6 månader efter behandling samt 18 månader efter behandling. TRT T=10 % efter behandling, 15 % efter sex månaders uppföljning och 30 % efter 18 månaders uppföljning.
Wetherell J.L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J.T., Stoddard, J.A., Petkus, A.J., Solomon, B.C., Lehman, D.H., Liu, L., Lang, A.J. och Atkinson, J.H. (2011)	ACT och KBT	RCT Mätning före, direkt efter och sex månader efter avslutad behandling.	114 personer ACT: n=57 KBT: n=57 Åldersspridning 18-89 år. 51 % kvinnor.	Rekrytering: Via primärvården, annonsering i tidningar, stödgrupper för personer med smärta, andra studier och remisser. Urval: Inklusion: vuxna med > 6 månaders godartad kronisk smärta med grad och påverkan på VAS > 5/10. Exklusion: Personer med tidigare psykos, mani, missbruk eller redan pågående annan behandling exkluderades. Bortfall: ACT: 14 %. KBT: 12 %