

Klimakteriebesvär:

# Förväntan, vänligt bemötande, lugn och ro och beröring lindrar – inte akupunktur

Tvärtemot vad som rapporterats kan akupunktur inte sägas vara mer verksamt vid klimakteriebesvär än placebo (»nära placebo«). I två studier från Linköping lindrade kontrollmetoden besvären i lika hög grad som den aktiva behandlingen. Förklaringen ligger sannolikt i faktorer som sammanhänger med själva behandlingssituationen, inte med nålarna i sig. Slutsatsen är att rekommendationen av akupunktur vid klimakteriebesvär inte stöds av de resultat som erhållits, varken i Linköping eller på annat håll.



**MARGARETA SANDBERG**  
med dr, leg sjukgymnast,  
smärt- och rehabiliterings-  
centrum, Universitetssjuk-  
huset, Linköping  
[margareta.sandberg@lio.se](mailto:margareta.sandberg@lio.se)

I två olika randomiserade, kontrollerade studier från Linköping rapporteras om mycket goda effekter av akupunktur på klimakteriebesvär [1, 2]. Med stöd av dessa studier rekommenderar författarna därför akupunktur som en alternativ behandlingsform vid klimakteriebesvär. Resultaten av undersökningarna är emellertid långt mer intressanta och spännande än vad som tydligt framgår av artiklarna, fast från ett annat perspektiv. Det visade sig nämligen att kontrollmetoden lindrade besvären i lika hög grad och under lika lång tid som elektroakupunkturen (EA) (Figur 1), alltså den

typ av akupunktur som testades. Detta belyses i en artikel från 2002 [3], baserad på samma studiepopulation som en av artiklarna ovan [2].

**Svårt med placebokontrollen**

I akupunkturstudier är det problematiskt att åstadkomma en trovärdig placebokontroll. Det är viktigt att denna har lika stor psykologisk inverkan som den riktiga akupunkturen, vilket innebär att nålar bör användas, men utan att de medför mer än en ytterst minimal fysiologisk stimulering [4]. I de båda klimakteriestudierna [1-3] användes en enkel procedur där mycket små, tunna nålar fästes an mot huden extremt ytligt i allra yttersta nålspetsen, och utanför de klassiska akupunkturpunkterna, som användes i EA-gruppen. Infästningen i huden var så ytlig att en del nålar ramlade av genast och en del under behandlingstidens

gång. Resterande nålar hängde löst kvar längs med huden, utan ytterligare manipulering (Figur 2). Endast undantagsvis gav proceduren upphov till någon sensation över huvud taget. Denna placebokontroll var möjlig att genomföra eftersom kvinnorna låg på sidan med filt och kuddar omkring sig och därför inte kunde se nålarna [3]. Situationen inbjöd till ett unikt tillfälle att åstadkomma en bra placebokontroll till EA. För att vara helt korrekt bör den benämnas »nära-placebokontroll«, eftersom en minimal sensorisk stimulering inte går att undvika.

Kvinnorna som ingick i de båda studierna var informerade om att två olika typer av akupunktur skulle jämföras, en med och en utan elstimulering, vilket innebar att kvinnorna i bägge grupperna hade en förväntan på aktiv akupunkturbehandling. »Akupunktörens« förhållningssätt gentemot kvinnorna i dessa studier var sådant som under normalt kliniskt arbete används vid behandling av patienter med långvarig smärta, dvs vänligt, tryggt och empatiskt. Enligt överenskommelse med kvinnorna diskuterades däremot inte själva behandlingen eller dess effekt.

**Förutsättning för tolkning av studierna**

En tydlig och korrekt metodbeskrivning enligt ovan är en absolut förutsättning för att förstå och rätt kunna tolka resultaten av klimakteriestudierna. EA visade



Figur 1. Elektroakupunktur, 2 Hz frekvens, gavs till försökspersonerna som ordinarie behandling.



Figur 2. I »nära placebo«-gruppen fästes fina nålar extremt ytligt i huden, och utanför de klassiska akupunkturpunkterna.

FOTO: BENGT ARNE IGNELL

sig ha signifikant god effekt på klimakteriebesvärerna – men det hade även kontrollproceduren. De längs huden mycket löst hängande mininålarna lindrade besvärerna lika mycket. Författarna [1, 2] tolkar resultaten som att akupunktur har god effekt på klimakteriebesvär. Detta måste dock vara en feltolkning, eller missuppfattning, av resultaten. Kontrollgruppen fick ingen akupunktur utan den utgjorde en »nära-placebokontroll« och det som undersöktes var effekt av EA. Eftersom ingen skillnad förelåg mellan EA och kontrollgruppen, kan EA inte anses ha specifik effekt på klimakteriebesvär. Däremot noterades i slutet av den 12 veckor långa behandlingsperioden en positiv effekt på momentant stämningsläge i EA-gruppen, vilket inte var fallet i kontrollgruppen, och det kan tolkas som en effekt av EA [3].

### Andra symtomområden

I icke-kontrollerade studier för drygt tio år sedan rapporterades mycket goda resultat av akupunktur vid tinnitus [5] och uppseendeväckande goda effekter vid strokerehabilitering [6]. Akupunkturbehandlingarna i dessa studier utfördes av intresserade och engagerade »akupunktörer«. Strokestudien upprepades senare i två kontrollerade multicenterstudier, där »akupunktörerna« var noggrant instruerade till enhetlig behandlingsstrategi och neutralt förhållningssätt för att i möjligaste mån undanröja påverkans effekter från behandlaren. Inga specifika effekter kunde då påvisas av EA. Som kontroller användes en subkutan nål i varje extremitet [7] respektive »subliminal« elektrisk stimulering (ej kännbar) med ytelektroder [8]. I studien från 1998 [7] kunde inte heller några skillnader påvisas mellan den grupp strokepatienter som fick subkutana nålstick och en grupp patienter som inte fick någon nålbehandling alls. Inte heller kunde specifik effekt på tinnitus av manuell akupunktur påvisas i en kontrollerad studie – i denna studie utgjordes placebokontrollen av »subliminal« elektrisk stimulering (några sekunders svag stimulering, därefter ingen alls) via ytelektroder [9]. Utifrån sina resultat drog författarna slutsatsen att EA respektive manuell akupunktur inte hade specifik effekt på tillstånden ifråga, och insatserna rekommenderades följaktligen inte som alternativ behandling vid dessa tillstånd.

### Hur kan de likartade effekterna förklaras?

Åter till klimakteriestudierna – hur kan placebokontroll, bestående av löst utmed huden hängande små mininålar, och kraftig EA resultera i lika hög grad av signifikanta effekter på både subjektiva och objektiva mätvariabler på kvin-

## Betydelsen av beröring är väl känd och kan säkerligen ha en stor betydelse vid en mängd olika typer av kroppsterapier.

nor med klimakteriebesvär? Svaret är att effekterna sannolikt utlöses av faktorer som sammanhänger med själva behandlingssituationen, inte av nålarna i sig. Sådana sk kontextfaktorer och kontexteffekter finns väl beskrivna i litteraturen [10-13]. Exempel på sådana faktorer är förväntan och tro på att en behandling hjälper, stress- och ångestreduktion, avslappning samt inläring. Regelbunden avslappning (1-2 gånger/vecka i 3 månader) i enskilt rum på ett universitetssjukhus, omstoppad med filt och kuddar av en vänlig, trygg och empatisk terapeut, kan väl tänkas bidra till reducering av stress och oro och leda till sänkt sympatikustonus och därmed indirekt till en positiv påverkan på flusher och andra besvär hos postmenopausala kvinnor.

Betydelsen av beröring är väl känd och kan säkerligen ha en stor betydelse vid en mängd olika typer av kroppsterapier [14]. Appliceringen av tolv nålar utspridda över hela kroppen på en patient, oavsett djup i vävnaden, innebär en ansenlig mängd handpåläggning och beröring från »akupunktörens« händer. Senare års forskning indikerar att en viss typ av beröringsnerv kan utlösa lugnande effekter genom en relation till limbiska systemet [15]. Den sociala interaktionen med upprepad och vänlig kontakt med terapeuten anses också leda till psykofysiologiska effekter såsom avslappning, lugn och ro, sänkt sympatikustonus och minskat stressvar [14]. En del kontextaspekter diskuteras i författarens avhandling [16]. Neurobiologiska mekanismer bakom placeboeffekter finns beskrivna i artiklar från senare år [17-19].

### Det professionella mötets betydelse

Klimakteriestudierna, och andra studier med liknande starka placebo svar, eller ospecifika effekter, visar hur oerhört viktigt det professionella »mötet« med patienten är för ett bra behandlingsresultat. Det mötet kan vid vissa tillstånd till och med vara viktigare än den specifika teknik vi använder [10]. Detta kallas läkekonst och är ingalunda någon ny kunskap. I det kliniska arbetet ska ospecifika effekter i en seriös behandlings-

situation naturligtvis tas tillvara för att locka fram patientens starka inneboende krafter till självläkning, så långt det är möjligt.

Likaväl som placeboeffekter erkänns och accepteras som någonting värdefullt och positivt i det kliniska arbetet måste vi se, acceptera och korrekt dokumentera den positiva effekten av det goda »mötet« med våra forskningspatienter i vetenskapliga studier, och som resulterar i uttalade placeboeffekter.

Forskningens uppgift gentemot kliniken är att tillhandahålla forskningsresultat, negativa som positiva, som är menade att ligga till grund för bedömning av evidens för eller emot en behandlingsmetod. Rekommendationen av akupunktur [1, 2] vid klimakteriebesvär stöds inte av de resultat som har erhållits, varken i Linköping eller någon annanstans.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Artikelförfattaren har utfört akupunktur- och kontrollbehandlingarna i de nämnda studierna från Linköping.

### Referenser

- Wyon Y, Lindgren R, Lundeberg T, Hammar M. Effects of acupuncture on climacteric vasomotor symptoms, quality of life, and urinary excretion of neuropeptides among postmenopausal women. *Menopause* 1995;2:3-12.
- Wyon Y, Wijma K, Nedstrand E, Hammar M. A comparison of acupuncture and oral estradiol treatment of vasomotor symptoms in postmenopausal women. *Climacteric* 2004;7:153-64.
- Sandberg M, Wijma K, Wyon Y, Nedstrand E, Hammar M. Effects of electro-acupuncture on psychological distress in postmenopausal women. *Compl Ther Med* 2002;10:161-9.
- Johansson K, Lindgren I, Widner H, Wiklund I, Johansson B. Can sensory stimulation improve the functional outcome in stroke patients? *Neurology* 1993;43:2189-92.
- Gosman-Hedström G, Claesson L, Klingenshierna U, Carlsson J, Olausson B, Frizell M, et al. Effects of treatment on daily life activities and quality of life. *Stroke* 1998;29:2100-8.
- Johansson B, Haker E, von Arbin M, Britton M, Langstrom G, Terent A, et al. Acupuncture and transcutaneous nerve stimulation in stroke rehabilitation: a randomized, controlled trial. *Stroke* 2001;32:707-13.
- Richardson P. Placebos: Their effectiveness and mode of action. In: Broome A, editor. *Health psychology*. London, UK: Chapman & Hall; 1995:35. p. 51.
- Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Thomas H. The role of expectations in the placebo effect and in the delivery of health care: a systematic review. *Health Technol Assess* 1999;3:1-96.
- Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2001;357:757-62.
- Benedetti F, Pollo A, Lopiano L, Lanotte M, Vighetti S, Rainero I. Conscious expectation and unconscious conditioning in analgesic, motor, and hormonal placebo/nocebo responses. *J Neurosci* 2003;23:4315-23.



I Läkartidningens elektroniska arkiv  
<http://tarkiv.lakartidningen.se>  
 är artikeln kompletterad med fullständig referenslista