



UPPSALA  
UNIVERSITET

**Institutionen för psykologi**  
Psykologexamensuppsats, 30 p  
Höstterminen 2009

# En strukturerad preventiv intervention baserad på "Acceptance and Commitment Therapy" för ungdomar med psykisk ohälsa

- *pilottestning av en manualiserad ACT-gruppbehandling*

Anna Högfeldt & Thora Magnusdottir

Handledare: Ata Ghaderi

Examinator: Mats Fredriksson

Tack!

Alla fantastiska elever som har medverkat i studien. Ni har lärt oss mycket!

Ata Ghaderi för all din hjälp och uppmuntran, ditt stora lugn och det noggranna arbetet du har lagt ner på den här uppsatsen

Mikael Brönnegård, som med energi och aldrig sinande positivitet bidrog till att denna studie kunde genomföras.

Louise Hayes, för lånet av manualen och hjälp under projektets gång.

Maria, du har varit till en oerhört stor hjälp. Dina elever kan skatta sig lyckliga över en så engagerad och kompetent skolsköterska.

Rektor och övrig personal på skolan som möjliggjorde detta projekt. Tack för ert vänliga bemötande och lånet av tid och lokaler.

Daniel, Adela, Anita, Magnus och Grimur för att ni läste igenom och gav konstruktiv feedback på uppsatsen.

Nära och kära för stöd och tålamod under den här tiden.

## Innehållsförteckning

INLEDNING	5
Psykisk ohälsa hos ungdomar	5
Stress hos ungdomar	6
Varför är det viktigt med preventiva insatser för ungdomar?	7
Skolans roll i förebyggandet av ungdomars psykiska ohälsa	9
Vilka preventiva insatser görs i skolan?	10
Acceptance and Commitment Therapy (ACT)	11
Sammanfattning	17
Syfte	17
Hypoteser	18
METOD	18
Design	18
Deltagare	19
Procedur	21
Material	24
Databearbetning	28
Etiska problem och överväganden	29
RESULTAT	30
Effekt av intervention	30
Effekt av närvaro	32
Kursutvärdering	32
Kontrollfråga	32
DISKUSSION	33
Resultatdiskussion	33
Studiens resultat jämfört med tidigare resultat	36

Metoddiskussion	37
Design	39
Generella begränsningar	41
Sammanfattning och förslag till framtida forskning	41
REFERENSER	43
BILAGOR	48
Information till rektor	48
Information till vårdnadshavare	50
Information till elev	53
Utvärdering	54

# En strukturerad preventiv intervention baserad på "Acceptance and Commitment Therapy" för ungdomar med psykisk ohälsa

- *pilottestning av en manualiserad ACT-gruppbehandling*

## Sammanfattning

Att hitta preventiva metoder för att motverka ungdomars psykiska ohälsa är ett angeläget forskningsområde, både sett till mänskligt lidande för individen och ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Föreliggande kontrollerade studie, som är randomiserad stratifierat för kön avsåg undersöka om en gruppbaserad ACT-intervention ( $n=15$ ) kunde vara statistiskt signifikant mer effektiv än sedvanligt omhändertagande ( $n=17$ ) av ungdomar med eller i riskzonen för psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa operationaliserades i termer av ångest, depression, stress, upplevd global livskvalitet, allmän psykisk hälsa, psykologisk flexibilitet, beteendemässigt och emotionellt undvikande, samt medveten närvaro. Resultatet visar att interventionen hade starka positiva effekter på stress, upplevd global livskvalitet och medveten närvaro, samt måttliga effekter på allmän psykisk hälsa, och svaga effekter på depression, ångest, psykologisk flexibilitet, beteendemässigt och emotionellt undvikande. P.g.a. det låga antalet deltagare och otillräcklig statistisk power uppnåddes statistisk säkerställda skillnader ( $<0,05$ ) endast på två mått (stress och medveten närvaro). Vidare forskning bör undersöka effekterna över en längre tidsperiod, samt replikera studien i ett större format.

*Nyckelord:* psykisk ohälsa, högstadiet, ungdomar, ACT, skola & prevention.

# En strukturerad preventiv intervention baserad på "Acceptance and Commitment Therapy" för ungdomar med psykisk ohälsa

## *Psykisk ohälsa hos ungdomar*

Enligt en utredning gjord av Statens Offentliga Utredningar (SOU 2006:77), har det under de senaste 10-20 åren kommit in rapporter om att det har blivit allt vanligare med psykisk ohälsa bland ungdomar. Statens Folkhälsoinstitut (2008) definierar begreppet "psykisk ohälsa" som tillstånd som 1) har psykisk karaktär, 2) är relativt vanliga, samt 3) ökar risken för allvarlig sjuklighet, exempelvis risken för kliniska depressioner, eller död i förtid. Sveriges kommuner och landsting (2009) definierar begreppet psykisk ohälsa genom att säga att det täcker både psykiska besvär och psykisk sjukdom.

Psykisk ohälsa är, efter hjärt- och kärlsjukdomar, den främsta folksjukdomen i samhället idag enligt världshälsoorganisationen (WHO). Enligt beräkningar kommer psykisk ohälsa att vara det främsta folkhälsoproblemet inom några år (SOU 2006:77). Tidigare befolkningsstudier visar att den psykiska ohälsan har ökat sedan 1990-talet, framförallt hos den yngre populationen (Forsell & Dalman, 2004; Socialstyrelsen, 2009; Statens folkhälsoinstitut, 2005). Åren 1988–1989 uppgav nio procent av kvinnorna och fyra procent av männen (i åldern 16 till 24 år) att de hade psykiska besvär såsom oro, ångest eller ängslan, sexton år senare (2005) hade det tredubblats till 30 procent av kvinnorna och 14 procent av männen (Socialstyrelsen, 2009). Även förbrukningen av psykofarmaka och konsumtionen av psykiatrisk vård har ökat (Forsell & Dalman, 2004). Andelen ungdomar som läggs in för psykiatrisk sjukhusvård har fördubblats sedan 1997, det har däremot inte skett en förändring hos vuxna under samma period. Ökningen är större bland unga kvinnor än bland unga män (Socialstyrelsen, 2009). En vanlig invändning mot inrapporterade fakta är att ökningen kan bero på en attitydförändring, d.v.s. att dagens ungdomar är mer benägna att rapportera psykisk ohälsa, bl.a. som en följd av att samhället numera talar mer öppet om psykiska problem. Det finns dock inga vetenskapliga belägg för att ungdomar rapporterar in falska eller överdrivna symtom, eller att de skulle bejaka symtom på psykisk ohälsa (Forsell & Dalman, 2004).

De mest förekommande problemen hos ungdomar har varit nedstämdhet, oro, sömnsvårigheter och värk, men man ser även ökning i frekvensen av suicid/suicidförsök och sjukhusvård för depression och ångest (SOU 2006:77). Enligt flera studier, som Socialstyrelsen har sammanfattat i sin folkhälsorapport (2009), är oro, ängslan och ångest ofta

förknippade med andra hälsobesvär. Övervägande del av dem som rapporterar ovanstående symtom uppger att de också känner sig nedstämda. Nästan hälften av dem uppger att de har sömnbesvär och värk i nack- och skulderregionen. Självordsförsöken har ökat bland ungdomar, framförallt i sena tonåren. I en nationell studie gjord 2007 uppgav 20 procent av kvinnorna och 13 procent av männen att de haft självmordstankar i åldern 16-29. Bland dessa har sex procent av kvinnorna och fyra procent av männen någon gång försökt begå självmord. Bland ungdomar som studerar har 28 procent av kvinnorna och åtta procent av männen uppgett att de har psykiska besvär. Siffror ifrån internationella studier anger självmord som den tredje vanligaste dödsorsaken bland unga, och en markant ökad prevalens av tillstånd som depression, ångest och drogberoende (Evans, 2005).

Det finns olika teorier om bakgrunden till ökningen av psykisk ohälsa hos unga. En av dessa teorier är att möjligheterna till etablering i vuxenlivet har försämrats under 90-talet, det har blivit svårare att få både arbete och bostad (Forsell & Dalmans, 2004). Inträdet på arbetsmarknaden sker allt senare och ungdomstiden är förlängd. Många unga studerar allt längre och barnafödandet blir allt mer uppskjutet (Forsell & Dalmans, 2004). Samhället har även blivit allt mer individualiserat, vilket innebär att människor prioriterar sina egna mål i livet framför t.ex. tradition, religion och nationen eller gruppens intressen. World Value Survey är en internationell undersökning som undersöker utvecklingen av människors värderingar i olika nationer. Enligt deras undersökningar är Sverige den nation i världen som fäster störst vikt vid individuellt självförverkligande likaså det land som har sekulära-rationella värderingar i störst utsträckning, d.v.s. befolkningen präglas av en stark tro på den enskildes förmåga att fatta egna, rationella beslut (Inglehart & Welzel, 2005). Studier har visat ett visst stöd för att individualiseringen kan ha bidragit till ökningen av psykiska besvär (Socialstyrelsen, 2009).

### *Stress hos ungdomar*

Psykisk ohälsa och stress är tätt sammankopplade. Eysenck menar att stress både är en konsekvens av psykisk ohälsa och en bidragande faktor vid utvecklandet av psykisk ohälsa (Eysenck, 2000). Begreppet stress delas ofta in i tre grupper, beroende på hur det definieras: man talar om vardaglig stress, psykologisk stress och medicinsk stress. Den vardagliga definitionen av stress (d.v.s. det som man i allmänhet betraktar som stress) är flertydig; att känna sig ansträngd, att inte hinna med, att vara frustrerad, att vara orolig och att ha svårt att somna på grund av stress (Almén, 2007, SOU 2006:77). Huvudvärk och magvärk är

kroppsliga symtom som tolkas vara konsekvenser av den vardagliga stressen. Psykologisk stress definieras vanligen som att en individ upplever att de påfrestningar hon eller han utsätts för är större än den egna förmågan att hantera påfrestningen (SOU 2006:77). Individens sinnesstämning och värdering av påfrestningen är avgörande för hur denne kommer att uppleva situationen. Den upplevda påfrestningen behöver inte ske i realtid: den kan redan ha skett, eller kan ligga i framtiden (SOU 2006:77). De medicinska definitionerna av stress fokuserar mer på de mätbara kroppsliga och mentala konsekvenser som uppstår då en individ utsätts för långvarig påfrestning under hög intensitet.

Stressrelaterade symtom är vanligare bland flickor än bland pojkar, men ökningen av stressrelaterade problem har varit jämt fördelat mellan könen (SOU 2006:77). Tjugotre procent av eleverna i årskurs 7-9 och 31 procent av gymnasieeleverna uppger att de alltid eller oftast känner sig stressade i skolan (Sveriges kommuner och landsting, 2009).

#### *Varför är det viktigt med preventiva insatser för ungdomar?*

Enligt Evans (2005) är ungdomsåren en kritisk utvecklingsperiod ur aspekten psykisk hälsa, då signifikanta förändringar sker och befästs i hjärnans utveckling, hormonsystem, känsloliv, kognitioner, beteendemönster och interpersonella relationer. Han menar att ungdomars psykiska ohälsa är särskilt alarmerande ur den synpunkten att den kan verka som grogrund för mer cementerad psykisk ohälsa i vuxenåldern, eftersom de flesta kroniska psykiska sjukdomar, liksom en rad ohälsosamma vanor, grundläggs just i tonåren (Evans, 2005).

Skolverket, Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut gav 2004 ut rapporten ”Tänk långsiktigt! En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa”, där man konstaterade att det fanns stora samhällsekonomiska vinster att göra på att förebygga psykisk ohälsa genom tidiga generella insatser. Man menar här att man kan göra betydande besparingar om barn och ungdomars psykiska ohälsa kan förebyggas, inte bara långsiktigt, utan även på bara några års sikt: som exempel tar man upp kostnader för selektiva insatser som t.ex. LVU- och HVB-hem (Skolverket, Socialstyrelsen & Statens Folkhälsoinstitut, 2004). Varje ung människa som hamnar i utanförskap kostar samhället mellan 10-15 miljoner kronor enligt uträkning som nationalekonomer har gjort. Man menar att tidiga insatser kan bryta en negativ utveckling och med tiden minska de kostsamma akuta åtgärderna (Skolverket, 2009).



Sammanfattningsvis: det torde vara viktigt med preventiva insatser för de ungdomar som befinner sig i riskzonen för att utveckla mer djupgående psykiska problem, både vad gäller att motarbeta mänskligt lidande för individen och ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Ungdomen är, givet den neurobiologiska och beteendemässiga plasticitet som denna övergångsperiod karaktäriseras av, troligtvis den optimala tiden för prevention och behandling av psykisk ohälsa och för att främja hälsosamma beteenden (Evans, 2005). Att hitta effektiva metoder för att förebygga ungas psykiska ohälsa anser uppsatsförfattarna därmed vara ett angeläget forskningsområde.

### *Preventiva insatser – vad säger forskningen?*

Enligt Statens folkhälsoinstitut rapport (2005) går endast en mycket liten del av hälso- och sjukvårdskostnaderna till förebyggande insatser mot ohälsa. Statens folkhälsoinstitut förespråkar preventiva insatser, då ”en stor fördel med insatser som riktas till relativt små grupper är att de kräver mindre resurser” (Statens folkhälsoinstitut, 2009).

Preventiva insatser, d.v.s. riktade åtgärder, kan implementeras på tre nivåer; generella, selektiva samt indikerade nivåer (FoU 2005:1, 2005). Generella insatser riktar sig till hela grupper av individer (t.ex. en skolklass) och insatsen ser likadan ut för samtliga deltagare. Selektiva insatser är insatser som specifikt riktar sig till individer som bedöms vara i riskzonen för att utveckla psykiska eller sociala problem, som far illa eller som behöver särskilt stöd. exempelvis insatser från Barn- och ungdomspsykiatri och från Socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Indikerade insatser riktas till dem där problemen redan är etablerade. Enligt Forsknings- och utvecklingsenheten behövs alla typer av prevention: ”Att enbart satsa på universell prevention är lika olyckligt som att endast prioritera indikerad prevention. Kommuner behöver inte ett preventionsprogram, de behöver preventiva insatser på alla nivåer” (FoU 2005:1, 2005, s.17).

En metaanalys av preventionsstudier för barn- och ungdomar med varierad psykologisk och psykosocial problematik visar att det finns ett flertal effektiva insatser att tillgå i primärvården (Durlak & Wells, 1997), men att dessa inte når ut på tillräcklig bred front. Enligt Williams, O’Connor, Eder och Whitlock (2009) visar studier att majoriteten av milt deprimerade ungdomar inte får någon som helst behandling. Ovanstående forskning ger implikationer för screening på massnivå, för att kunna upptäcka deprimerade ungdomar, och öka andelen som

kan erbjudas lämpliga insatser på en tidig nivå (Williams et al., 2009), d.v.s. i en selektiv preventiv åtgärd.

En liknande analys återfinns i statens offentliga utredning från 2006 (SOU 2006:77) där man skriver att Barn- och ungdomspsykiatrin, samt den psykiatriska öppenvården, i enlighet med riksdagens beslut, framförallt används till allvarliga, etablerade tillstånd. Utredaren menar att övriga vårdgivare ägnar mer tid åt behandling av mindre allvarliga tillstånd än åt att erbjuda förebyggande insatser med dokumenterad effekt, och att detta är problematiskt. Det tycks finnas ett glapp mellan allvarlig och lindrig psykisk problematik, och ett underskott på selektiva insatser.

Statens folkhälsoinstitut skriver att det naturliga förloppet, alltså människans förmåga att anpassa sig och spontanförbättras från tillstånd, talar för att det i första hand är lämpligt att erbjuda breda grupper (minst 20-30 procent) insatser. Vidare betonar man att insatserna ska syfta till att utveckla barn och ungdomars kompetenser, då det ofta är en fördel att främja utveckling av skyddsfaktorer snarare än att eliminera riskfaktorer i miljön (Statens folkhälsoinstitut, 2009).

Vid sidan av ovanstående argument för en mångfald preventionstyper, finns ett annat faktum, som benämns som den ”preventiva paradoxen”: att på samhällsnivå är små insatser för många ofta mer effektiva än stora insatser för några få. För att riktade insatser ska vara effektiva, måste det finnas en markant skillnad mellan riskgruppen och övriga. Detta gäller i alla åldersgrupper, men särskilt för barn och ungdomar (Rose, 1992). När det gäller de effekter som preventionsprogrammen avser så visar däremot forskningen att de selektiva programmen ger större effekter än de generella, vilket kan anses logiskt, eftersom förutsättningen att minska problemen är större hos dem med etablerade problem (SOU 2005:25).

#### *Skolans roll i förebyggandet av ungdomars psykiska ohälsa*

Enligt Skollagen (1985:1100) är Skolhälsovårdens uppgift bl.a. att utveckla, bevara och förbättra elevernas psykiska hälsa. Enligt en finsk studie av elever i årskurs 8 och 9, förklarade förhållanden i skolan 15-20 procent av variationen i elevernas psykiska välbefinnande. Andra studier har visat att utformningen av skolan har en väsentlig betydelse för barn och ungas psykiska välbefinnande (Statens folkhälsoinstitut, 2009).

Skolan beskrivs som den viktigaste instansen för upptäckt och behandling av barn- och ungdomars psykiska svårigheter. Mellan 70 och 80 procent av de barn och ungdomar som erhåller behandling av något slag, gör detta via skolan (Burns et. al, 1995). Skolan erbjuder en unik möjlighet för upptäckt av alarmerande beteenden och psykologiska svårigheter, och man kan sätta in resurser redan vid tidiga tecken på psykiska problem (Evans, 2005).

Enligt Statens folkhälsoinstitut (2009) ska förebyggande insatser i skolan i första hand vara av generell karaktär (d.v.s. riktas till alla elever), eftersom att det ofta är svårt att förutsäga vilka elever som på sikt kommer att utveckla betydande psykiska problem. Högmark och Wedin (2009) hänvisar i sin tur till metaanalyser av skolans preventionsåtgärder, vilka ger effektstorlekar på 0.41 för indikerade interventioner, 0.26 för selekterade och 0.09 för generella. Man menar dock att samtliga nivåer är nödvändiga.

Enligt Statens offentliga utredning om ungdomars psykiska ohälsa (2006:77) anser majoriteten av de intervjuade ungdomarna att skolan är den främsta stressframkallande faktorn. Skolstressen beror framförallt på att för mycket skolarbete sker i hemmet, enligt ungdomarna. Riksföreningen för skolsjuksköterskor (2007) menar att den ökade psykiska ohälsan i skolan idag tyder på att skolan idag inte lyckas möta alla de krav som samhället ställer på unga människor.

#### *Vilka preventiva insatser görs i skolan?*

De generella insatser som faktiskt görs för barn och ungdomar i skolan saknar i stort forskning. Gemensamt för de preventiva insatser som har visat på positiva effekter är bl.a. att de förutom undervisning och diskussioner innehåller färdighetsträning. De preventiva insatserna mot psykisk ohälsa som görs för barn- och ungdomar, riktar sig framförallt till barn och ungdomar med beteendeproblem, eller så handlar de om att förhindra och förebygga alkohol- och drogmissbruk (Högmark & Wedin, 2006).

En preventiv insats som görs i många skolor idag är gruppinterventionen DISA (Depression In Swedish Adolescents). Syftet med DISA är att förebygga depressiva symtom hos tonårsflickor i skolan. Enligt Treutigers studie förblev flickorna som fick DISA-interventionen symtomfria. Kontrollgruppen fick subsyndromala symtom efter tolv månader (Treutiger, 2006). Utöver ovanstående examensuppsats, som är skriven av DISA:s

huvudsakliga förespråkare i Sverige, så finner uppsatsförfattarna inga andra studier av DISA, vilket indikerar bristfälligt forskningsstöd.

Enligt Socialstyrelsens (2009) rapport där man har sammanställt metoder som används i skolan för att förebygga psykisk ohälsa hos barn- och ungdomar, använder två tredjedelar av alla skolor program som de själva har utarbetat. Bland övriga preventiva program nämns SET (Social Emotionell Träning), som har syftet att förebygga psykisk ohälsa genom att stärka färdigheter individuellt och i grupp, som det mest använda. SET har även mynnat ut i skolämnet Livskunskap, som ofta finns integrerat på både grundskole- och gymnasienivå. Lite mer än var tredje skola i denna rapport (120 av 347 svarande skolor) angav någon form av kunskapsbehov: man eftersökte såväl generella kunskaper om barns psykiska hälsa som om metoder inom dessa områden.

Större delen av skolhälsovårdens personal arbetar systematiskt och strukturerat med att samla in uppgifter från eleverna om deras psykiska hälsa. Detta sker vanligtvis genom samtal med eleverna och insamlande av uppgifter från annan skolpersonal. Även här framkommer ett stort intresse för mer kunskap och rekommendationer om hur skolhälsovården bäst kan samarbeta med andra insatser i samband med psykisk ohälsa hos elever. Då det framkommer psykisk ohälsa hos eleverna, är samarbetet mellan olika instanser stort, men mindre organiserat och det förekommer många spridda program och metoder (Socialstyrelsen, 2009).

#### *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*

En systematisk forskningsöversikt visar starkt vetenskapliga stöd för att kognitiv beteendeterapeutiska metoder (KBT) har förebyggande effekt på riskgrupper av barn och ungdomar (Merry, Hetrick, McDowell & Bir, 2004). På senare tid har förmågan att acceptera smärta och obehag lyfts fram som en viktig komponent för att minska psykisk ohälsa. Enligt Biglan, Hayes och Pistorello (2008) har empirisk forskning under de senaste tio åren visat att människor tenderar att undvika obehagliga tankar och känslor, samt att man genom detta bidrar till ett brett spektrum av psykologiska och beteendemässiga problem genom generell undvikande och ökad rigiditet. En beteendeterapeutisk inriktning med fokus på detta är ACT, Acceptance and Commitment Therapy.

ACT är en form av KBT, där acceptans är ett av huvudinslagen. Med ACT vill man skapa beteendeförändringar genom att minska den makt språk och kognitioner har över människan.

ACT brukar metaforer, paradoxer och upplevelsebaserade övningar för att individen ska se kopplingen mellan denne och tankarna (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). ACT grundar sig på Relational Frame Theory (RFT), en beteendeanalytisk teori om språk och kognitioner (Törneke, 2004).

### *Relational Frame Theory*

Relational Frame Theory (RFT) utgår ifrån radikal-behaviorismen, d.v.s. idén att psykologiska händelser, såsom tankar, känslor och beteenden, kan förklaras och påverkas av manipulerbara betingelser i deras kontext (Törneke, 2005). En detaljerad beskrivning av RFT finns i Hayes, Barnes-Holmes & Roche (2001). I relation till uppsatsens huvudfråga och interventionen ämnar författarna enbart förklara vad relationsinramning är sett från ett RFT-perspektiv. Relationsinramning är ett beteende, som innebär att ge ett stimulus sin mening utifrån de kopplingar (relationer) man gör mellan det och andra stimuli. Det är i grunden ett operant beteende, dock med en del andra karaktäristika än vad som kännetecknar operanta beteenden i övrigt. Ansatsen här är att gå in på vad det har för effekter på mänskligt beteende, och vad det ger för praktiska implikationer i ett terapeutiskt arbete.

RFT-teoretiker har sett en tendens att människor lever i en verbalt konstruerad värld, samtidigt som de inte märker den roll som den verbala konstruktionen har på deras upplevelser. Denna dominans är inte utan kostnad: verbalt reglerade beteenden tenderar att vara mindre flexibla och mindre modifierbara, samt ibland mindre effektiva än beteenden som är formade av erfarenheter. På grund av kognitiv fusion blir *våra tankar om oro*, inte bara oron i sig, något som vi vill undvika. Ansträngningar för att utelämna tankar väcker i själva verket tankarna, och förstärker deras betydelse. Även om vår verbala förmåga är grundläggande för vår förmåga att styra världen runt omkring oss, blir det kontraproduktivt om man använder samma förmåga för att försöka styra inre upplevelser (Biglan et al, 2008). RFT förklarar hur språket möjliggör en ständig kontakt med smärtsamma tankar och känslor, och hur detta ligger till grund för mänskligt lidande. Teorin förklarar också vår rädsla och oro för sådant vi själva inte har upplevt och för sådant som ligger i framtiden, och varför vi kopplar vissa stimuli till egenskaper som inte kan förklaras med respondent/operant betingning, eller för den delen modellinlärning. Samma processer leder till att vi försöker att undvika både yttre händelser och inre händelser (tankar, minnen etc.) (Hayes et al. 1999).

Den huvudsakliga praktiska implikationen av RFT är *exponering*, detta för att klienten ska komma i kontakt med de faktiska egenskaperna som ett stimuli är kopplat till, istället för de godtyckliga relationerna som individen själv har skapat och låter sig styras av. Stimuli får på så sätt en ny funktion för klienten (Ghaderi 2009-01-21). Andra implikationer är kognitiv defusion, d.v.s. att minska språkets inflytande över individen, då det leder till undvikanden och begränsat handlingsutrymme. Verbala konstruktioner bör dock tillämpas på de områden där de tvärtom är pragmatiska: ett viktigt sådant område är möjligheten att formulera och låta sig styras av långsiktiga och övergripande mål (Törneke, 2005). Sammantaget tänker man sig att dessa två komponenter i kombination leder till att de verbala konstruktioner som är hindrande för klienten tappar en del av sin dominans, och att klienten kan komma i kontakt med faktiska konsekvenser som istället kan styra fungerande handling (Törneke, 2005). Även om det än så länge bara är ACT som har en uttalad bas i teorin, så inlemmar traditionell KBT dessa komponenter mer och mer (Ghaderi 2009-01-21).

#### *Acceptance and Commitment Therapy*

I ACT-baserade interventioner använder man acceptansstrategier och exponering som medel för att skapa en större flexibilitet. Enligt ACT-perspektivet så är ett begränsat och oflexibelt beteenderegister ett av klientens största problem (Hayes, Masuda & May, 2003). Genom att lära sig ha utrymme för plågsamma tankar och känslor (istället för att hela tiden bekämpa dessa kognitivt), och samtidigt engagera sig i aktiviteter som upplevs som meningsfulla, ökar livskvaliteten och funktionsnivån. Målet med ACT är att förmå personer att handla utifrån sina värderingar trots negativa känslor, tankar och minnen (Hayes et al., 1999). För en ökad acceptans av dessa inre händelser krävs att man utvecklar sin förmåga till medveten närvaro, d.v.s. att man lär sig att uppmärksamma inre händelser utan att försöka påverka eller undvika dem (Hayes & Greco, 2008).

Man talar vanligtvis om sex processer, som alla syftar till att skapa psykologisk flexibilitet, vilket definieras som förmågan till medveten närvaro i nuet och förmågan att förändra eller vidmakthålla beteenden som leder i värderad riktning. Processerna relaterar till och interagerar med varandra i hög grad (Fletcher & Hayes, 2005). De beskrivs kort här:

*Acceptans.* Alternativet till undvikande är acceptans, enligt ACT. I ACT arbetar man med att acceptera inre upplevelser (känslor, tankar, minnen o.s.v.) för att kunna välja ett för situationen funktionellt beteende istället för att reagera utifrån negativt förstärkt undvikande (Hayes et al., 1999) .

*Medveten närvaro.* Medveten närvaro innebär att aktivt observera verkligheten, både yttre och inre upplevelser och tankar (Hayes & Smith, 2005). Språket används som ett verktyg för att observera och beskriva händelser. Målet är att klienten ska uppleva världen mer direkt så att dennes beteende blir mer konsekvent i linje med de egna värderingarna (Biglan et al, 2008).

*Värderingar.* Utan värderingar/värden tenderar människor med dysfunktionella beteendemönster att styra sitt handlande utifrån negativt förstärkt undvikande. Därför är det av vikt att hjälpa klienten att hitta och leva enligt dennes valda värderingar (Fletcher & Hayes, 2005, Hayes et al., 1999). Enligt Hayes et al (1999) har individens förmåga att se och följa en värderad riktning blivit nedsatt på grund av (verbalt) regelstyrda beteenden och undvikanden.

*Självvet som kontext.* Enligt Biglan et al (2008) finns det tre aspekter av självvet: Det *konceptualiserade självvet* involverar tendenserna att tillskriva karaktäristika till sig själv. *Självvet som en process* involverar pågående erfarenheter och medvetenheten om dem, vilken i hög grad påverkar beteende. *Självvet som en observerare*, - terapeuten använder övningar för att hjälpa individen att här uppleva att självvet är en ”säker plats”, där både oönskade och önskade erfarenheter kan upplevas. Terapeuten försöker här få klienten att uppleva att dessa känslor, tankar och självattribut är något som händer personen och inte egna karaktäristika som man måste kontrollera, d.v.s., man *är* inte sina inre upplevelser (Biglan et al, 2008).

*Åtagande/handling.* Åtaganden görs för att individen ska förflytta sig i sin värderade riktning. Även om värderingarna/värdena aldrig kan ”uppnås” fullt ut, vill man få klienten att arbeta mot korta konkreta, medelstora och långsiktiga mål i linje med dessa. Om klienten t.ex. har intimitet som värdering, kan ett åtagande linje med detta vara att uttrycka känslor till andra närstående som partner och familj (Fletcher & Hayes, 2005).

*Kognitiv defusion.* Kognitiv defusion används för att ändra icke önskvärda funktioner av tankar och privata händelser, snarare än att ändra deras form eller frekvens. Man vill därmed

minska den negativa påverkan tankarna och känslorna har på individen genom att ändra förhållningssättet till dem. Genom olika tekniker försöker man bryta ner språkets bokstavliga mening, för att istället inrikta uppmärksamheten på fenomenen i sig själva, t.ex. smärta (Biglan et al, 2008, Fletcher & Hayes, 2005, Hayes et al, 1999).

För att få till stånd ovanstående processer finns ett antal tekniker att tillgå. ACT-terapeuter använder sig av medveten närvaroövningar, som innefattar andningsövningar och att fokusera på yttre och inre upplevelser i stunden, detta för att kunna se mer distanserat på sina tankar och minska stresspåverkan (Hayes & Smith, 2005). Erfarenhetsbaserade övningar används hellre än kognitiva metoder, då vår erfarenhet har ett större värde och är lättare att minnas än det verbala språket, när vi vill åstadkomma beteendeförändringar (Hayes et al, 1999).

Metaforer och paradoxer är välanvända komponenter inom ACT, bl.a. för att visa klienten att bokstavligt språk ibland är användbart och ibland inte. Man vill få klienten att sluta kämpa mot den negativa problematiken, samtidigt som man anser att det är viktigt att klienten har upptäckt vilken kamp de för (Hayes et al, 1999). Terapeuten kan visa klienten hur paradoxala dennes tidigare strategier ofta har varit, d.v.s. hur strategierna vidmakthåller problembeteenden (Hayes, Masuda & De May, 2003). Vidare används erfarenhetsbaserade övningar för att hjälpa klienten att få kontakt med sina svåra tankar, känslor, minnen, och fysiska känslor, där klienten får uppleva ovanstående i en tryggare och annorlunda miljö och då förhoppningsvis kunna förändra sin syn på dem (Hayes et al, 1999). En annan viktig beståndsdel i ACT är att hjälpa klienten att upptäcka sina värderingar och att agera i enlighet med dessa (Wilson & Murell, 2003).

### *Användningsområden*

I en nyligen gjord metaanalys av ACT-studier, tar man upp ett flertal studier som visat att ACT har en positiv effekt på personer med psykisk ohälsa eller psykiatriska störningar. Man har funnit forskningsstöd för att ACT är en effektiv metod, framförallt vid etablerade tillstånd som ångest, depression, kronisk smärta, beroende, epilepsi, diabetes, självskadebeteende, tvångssyndrom. Man menar dock att det krävs bättre kontrollerade studier med större sample, för att kunna dra slutsatsen att ACT är överlägsen andra metoder (Pull, 2009).

RCT-studier med preventivt syfte har gjorts med gott utfall bl.a. på kronisk smärta (Dahl, Wilson & Nilsson, 2004), på ungdomar med riskabelt sexuellt beteende (Metzler, Biglan,



Noell, Arv & Ochs, 2000) och på återinsjuknande hos patienter med psykosproblematik (Bach & Hayes, 2002).

Utvecklingspotentialen för ACT som preventiv metod betonas av Biglan et al (2008), givet dess fokus på hantering av svårigheter och att leva ett aktivt och meningsfullt liv, som i regel konkurrerar bort ohälsosamma vanor och ger individen verktyg att betrakta och hantera olika svårigheter som viktiga steg i livet istället för oöverstigliga hinder.

#### *Acceptance and Commitment Therapy för barn- och ungdomar*

Även om effekten av ACT har utvärderats och belagts i ett stort antal studier, finns det endast ett fåtal tidigare studier på ACT interventioner för barn- ungdomar (Wicksell, 2009). Livheim (2004) genomförde en svensk studie på 230 gymnasieungdomar och påvisade statistiskt signifikanta förbättringar gällande funktion i elevernas problemområden, samt signifikanta minskningar av ångest. En oberoende tvåårsuppföljning av Jakobsson och Wellin (2006) visade att dessa resultat höll i sig. Wicksell (2009) publicerade nyligen en doktorsavhandling som visade på signifikanta effekter av ACT på barn och ungdomar med smärtproblematik. Hayes, Boyds och Sewells (2009) studier på ungdomar med depression, visade på signifikant minskad depressionsgrad och ökad psykologisk flexibilitet, och gav implikationer för fortsatt forskning på ACT som tidig intervention för ungdomar. I samband med detta forskningsprojekt utvecklade Hayes en manual (2008) att användas för ACT-intervention i gruppformat med ungdomar, vilken även kom att användas i föreliggande studie.

Greco och Eifert (2004) argumenterar för att barn och ungdomar skulle vara särskilt lämpade för ACT. De menar att vuxenblivandet ger tillfälle för att lära sig psykologisk flexibilitet och att leva efter sina värderingar (Greco & Eifert, 2004), då denna period präglas av förändringar och övergångar. Barn och ungdomar har inte haft lika lång tid på sig att fastna i sina kognitiva mönster som vuxna (Greco, Blackledge, Coyne & Enreheich, 2005). Dessutom menar Hayes och Greco (2008) att ACT är särskilt tillräddlig som intervention för barn- och ungdomar, eftersom den baserar sig på upplevelsebaserade övningar och metaforer, vilket är relativt vanliga undervisningsformer för åldersgruppen. Man har därtill sett att ett av de största problemen hos ungdomar är påverkan från andra jämnåriga, då ungdomar har många tankar kring om de passar in, vad andra tänker o.s.v. Övningar i att acceptera obehagliga tankar och känslor kan minska den negativa påverkan dessa tankar och känslor annars får på ungdomarna (Biglan et al., 2008).

### *Sammanfattning*

Den psykiska ohälsan hos ungdomar ökar i jämförelse med andra åldersgrupper. Ungdomar rapporterar nedstämdhet, oro, sömnsvårigheter och värk, och man ser också ökning i frekvensen av suicid/suicidförsök och sjukhusvård för depression och ångest. Även stressproblematik är vanligt förekommande.

Att hitta preventiva metoder för att motverka ungdomars psykiska hälsa är viktigt, både sett till mänskligt lidande för individen och ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Det finns belägg för att riktade preventiva studier är effektiva, samtidigt som de inte genomförs på tillräckligt bred front i Sverige. Skolan har ett ansvar att främja elevernas hälsa, och ses också som en lämplig bas för preventiva insatser, då ett stort antal individer i riskzonen kan nås.

En systematisk forskningsöversikt visar starkt vetenskapligt stöd för att kognitiv beteendeterapeutiska metoder har förebyggande effekt på riskgrupper av barn och ungdomar (Merry et al., 2004). En variant av KBT är ACT, som grundar sig på RFT, beteendeanalytisk teori om språk och kognitioner, och som har acceptans som ett av huvudinslagen. Man har funnit lovande forskningsresultat av metoden, men det finns endast ett fåtal tidigare studier på ACT-interventioner för barn och ungdomar.

### *Syfte*

Syftet med föreliggande studie är att i en pilotstudie utvärdera effekten av en ACT-baserad gruppintervention, anpassad för ungdomar, gällande stress och psykisk ohälsa.

Studiens huvudfråga är: *I vilken utsträckning minskar en tidig ACT-intervention på åtta tillfällen à två timmar graden av psykisk ohälsa hos ungdomar (i termer av ångest, depression, stress, upplevd global livskvalitet, allmän psykisk hälsa, psykologisk flexibilitet, beteendemässigt och emotionellt undvikande samt medveten närvaro), jämfört med en kontrollgrupp som får sedvanligt omhändertagande (d.v.s. får den behandling som erbjuds av skolhälsovården)?*

Andra frågeställningar som studien ämnar belysa är i vilken grad interventionen leder till ökad psykologisk flexibilitet, minskat beteendemässigt och emotionellt undvikande och ökad

förmåga till medveten närvaro, samt hur stor effekt graden av deltagande i kursen har på utfallet.

Föreliggande studie ligger till grund för en större studie som eventuellt ska bedrivas på doktorandnivå under våren 2010, om man kan observera tendenser som tyder på att interventionen bör utvärderas i större skala.

### *Hypoteser*

Studiens hypotes är att en ACT-baserad intervention är mer effektiv än sedvanligt omhändertagande av ungdomar med eller i riskzonen för psykisk ohälsa. Detta förväntas yttra sig såtillvida att ungdomarna i interventionsgruppen, efter avslutad behandling, har förbättrat sina resultat på följande variabler, i förhållande till kontrollgruppen:

- Ångest
- Depression
- Stress
- Upplevd global livskvalitet
- Allmän psykisk hälsa
- Psykologisk flexibilitet
- Beteendemässigt och emotionellt undvikande
- Medveten närvaro

## Metod

### *Design*

Föreliggande studie är en randomiserad (stratifierat för kön) behandlingsstudie med ”mixed” design (split-plot); en gruppjämförelse med för- och eftermätning.

Oberoende variabel 1 (mellangruppsvariabel): Grupp med två betingelser; interventionsgrupp respektive kontrollgrupp som erhåller sedvanligt omhändertagande (skolhälsovården).

Oberoende variabel 2 (inomgruppsvariabel): Tid (för- respektive eftermätningar).

Beroendevariabler: Psykisk ohälsa, operationaliserad i termer av ångest, depression, stress, upplevd global livskvalitet och allmän psykisk hälsa (för mätmetoder, se Material, nedan).

Övriga relevanta variabler som undersöks är operationaliserade i instrumenten som avser att mäta kliniskt relevanta processer som psykologisk flexibilitet och närvaro i nuet: förmåga att acceptera och agera trots obehagliga känslor, och förmåga att aktivt uppmärksamma inre och yttre upplevelser, variabler som enligt ACT främjar psykisk hälsa (Fletcher & Hayes, 2005).

### *Deltagare*

För studien rekryterades 32 elever från årskurs 8 och 9 från en högstadieskola i Stockholm. Sammanlagt var det 18 deltagare från årskurs 9 och 14 deltagare från årskurs 8.

### *Urval och rekrytering av skola*

Den initiala idén var att välja skola med omsorg för att representera högstadieelevgruppen i stort, och därmed ta hänsyn till skolans profil, storlek, lärartäthet, socioekonomisk spridning, etc. Skolöverläkare Mikael Brönnegård hade uppgiften att välja ut en representativ skola för studien, och förmedla kontakten till författarna som själva tog kontakt med skolledningen.

Den högstadieskola som förmedlades är belägen strax väst om Stockholms innerstad, har en kommunal organisationsform och omfattar årskurs 6-9, med sammanlagt 628 elever. Fakta om skolan, med snittvärdet för Sveriges grundskolor inom parentes: Sju lärare per 100 elever (åtta), 86 % behöriga lärare (85 %), 100 % av eleverna uppnår gymnasiebehörighet (89 %), genomsnittligt meritvärde för årskurs 9 är 266 (218) enligt Stockholms stad (1999).

### *Urval av elever*

Fyra åttondeklasser och sex niondeklasser valdes ut av skolsköterskan som lämpliga för interventionen. Sammanlagt 247 elever fyllde i ett screeningsformulär som administrerades av författarna i klassrummet på skoltid. För att inkluderas skulle eleverna skatta över den 80:e percentilen av populationens norm på skalor som mäter emotionella, beteendemässiga eller relationsbaserade problem, stress, ångest eller depressivitet. Cut-off nivån på instrumenten är därmed justerade från 90:e percentilen till över 80:e för att identifiera ungdomar som är i klar riskzon och inte bara de som har uttalade problem. Då god populationsdata och normer för den relevanta populationen saknades, användes fördelningen hos samplet på 247 elever för att estimerade dessa cut-off värden.

Eleverna tillfrågades redan i screeningformuläret om intresse för deltagande i studien, - det sammanlagda antalet som kryssade i ja-rutan på denna fråga var 81. De elever som kunde

tänka sig att delta, och även skattade över den 80:e percentilen, kallades till ett individuellt samtal (sammanlagt 49 st.).

Elever som hade pågående behandling för psykologiska eller psykiatriska problem, samt elever som låg i riskzonen för suicid, eller som visat tecken på allvarlig psykiatrisk problematik enligt skolvårdens bedömning exkluderades från studien. Skolsköterskan lade ner ett stort jobb på att se över listan med framscreenade ungdomar, och stryka de personer som omfattades av ovanstående, vilket var fem personer.

Av de framscreenade 49 ungdomarna som anmält intresse för deltagande, var det tolv stycken som tackade nej till deltagande antingen vid telefonkallelsen eller under det individuella mötet.

Sammanlagt 32 elever kom att delta i studien. Femton elever ingick i interventionsgruppen, varav nio flickor och sex pojkar. Sjutton elever ingick i kontrollgruppen varav fjorton flickor och tre pojkar. För att få möjlighet till en tillräckligt stor interventionspojkgupp, valdes att slumpa fler pojkar till interventionsgruppen än till kontrollgruppen.

*Tabell 1. Frekvenstabell över antal deltagare i varje betingelse och årskurs*

	Intervention	Kontroll	Totalt
Årskurs 8	4	10	14
Årskurs 9	11	7	18
Totalt	15	17	32

*Tabell 2. Frekvenstabell över antal deltagare i varje betingelse och kön*

	Intervention	Kontroll	Totalt
Flickor	9	14	23
Pojkar	6	3	9
Totalt	15	17	32

### *Bortfall*

Två flickor i interventionsgruppen valde att avbryta sitt deltagande i studien. Den ena avbröt efter att ha missat de två första träffarna, och den andra flickan valde att avbryta sitt deltagande efter fyra träffar då hon inte ansåg sig ha tid. Även två pojkar ur interventionsgruppen valde att avbryta sitt deltagande, den ene kom aldrig till första träffen, och den andre avbröt efter att ha uteblivit på den andra träffen, med motiveringen att kursens upplägg inte passade honom. En pojke i kontrollgruppen uteslöts från studien då han inte kom på avtalad tid vid upprepade tillfällen. En annan pojke och en flicka i kontrollgruppen genomförde inte på eftermätningen. Sammanlagt föreligger därmed sju bortfall (22 %) i studien, fyra i interventionsgruppen och tre i kontrollgruppen.

### *Powerberäkning*

Givet frågeställningen i denna studie är enbart måttliga effekter intressanta vid gruppjämförelser. För måttliga effekter (Cohens  $d = 0.5$ ) och riktad hypotes, skulle det krävas minst 60 elever i varje betingelse för att nå en power på 0.86.

Den aktuella studien är dock en pilotstudie som syftar till att undersöka interventionens potential för vidare planering av en större RCT. Fokus ligger därmed på studie av effekterna och inte på statistiskt signifikanta skillnader. Av tidsmässiga och praktiska skäl var deltagarantalet begränsat till elva respektive fjorton elever per betingelse, vilket för upptäckt av statistiskt signifikanta måttliga effekter (Cohens  $d = 0.5$ ) endast ger en power på 0.29.

### *Procedur*

#### *Förberedande arbete*

Under vårterminen 2009 deltog författarna i en ACT-baserad gruppledd utbildning med Fredrik Livheim som kursledare. Parallellt med detta översatte de Louise Hayes manual till svenska, samt höll en grupp om fem deltagare i juni 2009, med syftet att bekanta sig med manualen samt kontrollera dess praktiska genomförbarhet.

Information om studien delgavs per telefon och skriftligen via e-post till rektorn och skolsköterskan (se bilaga 1). Efter att rektorn givit sitt godkännande till studiens genomförande på skolan, träffades författarna och skolsköterskan och planerade tillsammans bl.a. logistik och schema. Urvalet av klasser till studien gjordes av skolsköterskan.

### *Samtycke*

Då deltagarna var minderåriga krävdes samtycke från deras vårdnadshavare. I samråd med rektorn på skolan skickades ett informationsbrev om studien ut till vårdnadshavare ca en vecka innan screeningen, tillsammans med en blankett för informerat samtycke (se bilaga 2). Dessa återsändes till uppsatsskrivarna under de nästkommande veckorna.

### *Screening*

Eleverna screenades under två dagar (v. 43), efter att författarna hade tagit kontakt med klassernas respektive klassföreståndare och kommit överens om lämplig tidpunkt i schemat för att genomföra screeningen. Författarna gav en kort standardiserad information och eleverna fyllde därefter i formuläret, vilket sammanlagt tog 15-20 minuter. Efter de första klasserna uppdagades att ett av formulären innehöll ett särskilt svårt ord, vilket därefter förklarades redan från början. Lärarnärvaron skilde sig åt i de olika klasserna, ca hälften av lärarna valde att lämna klassrummet under ifyllandet. Av schematekniska skäl kunde endast en testledare delta vid screeningen i två av klasserna.

### *Rekrytering och förmätning*

Elever vars svar på frågeformulären indikerade risk för psykisk ohälsa, och som hade kryssat i ja-rutan för intresse för att delta, kallades till ett individuellt samtal med någon av uppsatsskrivarna. Dessa individuella samtal genomfördes under v.45, med en tidsåtgång på ca 20-30 min. Om ungdomarna bedömdes som lämpliga, vilket samtliga utom en gjorde, tillfrågades de om deltagande i studien. Ungdomarna som tackade ja fick skriftlig kursinformation (se bilaga 3) med sig hem. Förmätningen gjordes i slutet av detta möte.

Därefter randomiserades de aktuella ungdomarna till kontrollgrupp respektive intervention. Randomiseringsförfarandet innebar att varannan person utifrån en i förväg bestämd och opåverkbar lista hamnade i interventionsgruppen, och varannan i kontrollgruppen. P.g.a. det låga antalet pojkar i studien, slumpades en större andel pojkar till interventionsgruppen (två mer än till kontrollgruppen). Två elever som inte kunde delta p.g.a. fritidsaktiviteter som krockade med kurstimmar förlades till kontrollgruppen. Vid start fanns därmed femton deltagare i interventionsgruppen, och sju i kontrollgruppen. Ur den förstnämnda bildades två interventionsgrupper om sex-nio personer: en pojkgrupp på sex deltagare och en flickgrupp på nio deltagare.

### *Kursen*

Interventionsgruppen tog del av ACT-baserad gruppintervention vid åtta tillfällen à 1-2 h under sex sammanhängande veckor. För interventionsflickgruppen disponerades kurstillfällena så att man sågs 1g/v, förutom under tredje och femte veckan, då man sågs vid två olika tillfällen. Interventionspojkguppen sågs istället 1g/vecka, men hade vid två tillfällen dubbelsession (tredje och femte kurstillfället). Träffarna var schemalagda i anslutning till skoldagen, så tidigt som möjligt efter dagens sista lektion. Båda kursledarna deltog vid samtliga träffar.

De som ingick i kontrollgruppen fick sedvanlig behandling (Treatment as usual, förkortas härmed som TAU), d.v.s. öppen skolhälsovårdsbehandling.

### *Kursupplägg*

Samtliga kurstillfällen följde en liknande agenda: genomgång av hemuppgift och diskussion kring förra veckans tema. Efter detta påbörjades dagens tema, som innefattade metaforer, rollspel och oftast två bild- och formövningar samt diskussioner. I slutet av träffen fick deltagarna en ny hemuppgift baserad på sessionens innehåll.

### *Närvaron på kursen*

Majoriteten av deltagarna missade ett eller flera kurstillfällen. Inför varje träff fick deltagarna en påminnelse per sms om kursen. Vid frånvaro blev man uppmanad att komma en kvart tidigare till nästkommande träff, och fick då en snabbgenomgång av det missade temat. I tabellen nedan åskådliggörs antalet träffar som varje deltagare har varit närvarande vid.

Tabell 3. *Frekvenstabell över hur många deltagare i interventionsgruppen (exkl. bortfall) som närvarade vid respektive träff*

Träff (nr)	Antal flickor	Antal pojkar	Totalt
1	5	3	8
2	4	3	7
3	6	2	8
4	4	2	6
5	6	3	9
6	5	3	8
7	4	3	7
8	7	4	11



### *Eftermätningen*

Efter avslutad intervention genomfördes eftermätningen, vilken var identiskt med förmätningen. För interventionsgruppen blev detta under den sista gruppträffen, TAU-gruppen kallades till testledarnas rum under samma vecka för att fylla i formuläret.

Ett anonymt kursutvärderingsformulär innehållande kvalitativa frågor delades ut under sista kurstillfället (se bilaga 4), för att få en uppfattning om elevernas subjektiva upplevelse av kursinnehållet och dess eventuella effekter.

### *Material*

#### *Gruppinterventionsmanual*

Manualen som användes i studien heter "Acceptance and Commitment theory: Experiential adolescent group" och är utformad av Louise Hayes och Julie Rowse (2008). Denna gruppledarmanual har pilottestats på ungdomar med depression och utvärderats med relativt goda resultat. Vid slutet av interventionen hade ungdomarna signifikant lägre depressionsgrad och större psykologisk flexibilitet (Hayes, Boyd & Sewell, 2009). Interventionen ges vid åtta tillfällen under ca 1,5 timme. Manualen är anpassad för åldern 13-18 år. Grupperna ska enligt manualen vara indelade efter kön med upp till 8 deltagare. I interventionen ingår olika metaforer, rollspel, bild och formövningar samt hemuppgifter. Hemuppgifterna består av 1-2 sidor långa illustrationer med korta uppgifter att fundera över fram tills nästa träff. Kursledarna har vid två tillfällen (träff två och fem) kompletterat sessionerna andra övningar än de som ingår i manualen. Vid ett tillfälle var det en metaforövning i kontroll av tänkandet, vid det andra tillfället var det en medveten närvaroövning (Livheim, 2008) i syfte att ge deltagarna en större förståelse för temat den träffen.

#### *Screeninginstrument*

Följande batteri av självskattningsformulär användes för att identifiera elever med psykisk ohälsa:

*Styrkor och svagheter (efter engelskans "The Strengths and Difficulties Questionnaire", SDQ S11-16):* Då det parallellt med föreliggande studie genomfördes en nationell kartläggning av den psykiska ohälsan hos barn och ungdomar i Sverige (av Statistiska Centralbyrån) valdes i samråd med skolöverläkare Mikael Brönnegård att samköra

screeningen och då använda samma mätinstrument som den nationella kartläggningen (med ett tillägg av två extra skalor i de klasser som var föremål för screeningen). Detta var i syfte av att avdramatisera screeningen för eleverna. SDQ matchade föreliggande studie såtillvida att det avser fånga upp elever med olika typer av psykisk ohälsa.

SDQ som självskattningsformulär bygger på två andra etablerade och internationellt väl spridda instrument, ”Rutters Questionnaire” och ”Child Behavior Checklist”. Formuläret består av 25 frågor gällande fem olika områden: hyperaktivitet/koncentrationsproblem, beteendeproblem, kamratrelationsproblem, emotionella symptom samt några frågor om ungdomens sociala styrkor. Samtliga frågor i formuläret grundar sig på begrepp formulerade i ”Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders” (DSM-IV) och ICD-10:s klassifikation av barnpsykiatri (Socialstyrelsen, 2009). Exempel på frågor i SDQ S11-16 är: ”*Jag är rastlös. Jag kan inte vara stilla länge*” och ”*Jag är ofta ledsen, nedstämd eller gråtfärdig*”. Skalan innehåller tre svarsalternativ: stämmer inte, stämmer delvis och stämmer helt. Instrumentets psykometriska egenskaper – reliabilitet och validitet – har granskats i stora internationella studier men också i svenska studier (Socialstyrelsen, 2009), och det uppvisar god intern samstämmighet, Cronbachs  $\alpha = 0,71$  (Svedin & Priebe, 2008). Enligt Vostanis (2006) är SDQ väletablerat och ett bra instrument att använda för att mäta den psykiska ohälsan hos barn och ungdomar. Det är både lätt att fylla i och det finns bevis för dess psykometriska kvaliteter över olika kulturer.

*Upplevd stress (efter engelskans ”Perceived Stress Scale”, PSS):* PSS användes i syfte av att mäta deltagarnas upplevelse av stress, både för att rekrytera deltagare och för att undersöka om det fanns någon skillnad mellan gruppernas upplevda stress före och efter genomförda interventioner. PSS är ett självskattningsinstrument framtaget i syfte att skatta individens upplevelse av stress under den senaste månaden. Den teoretiska utgångspunkten är Lazarus transaktionella modell (Eskin & Parr, 1996). Essensen i modellen är att något kan betecknas som en stressor om individen upplever det som hotande och bedömer sig ha otillräckliga resurser för att hantera situationen. Den svenska versionen består av 14 frågor där svaren ges på en 5-gradig Likertliknande skala där 0 = *aldrig* och 4 = *mycket ofta*. ”*Hur ofta har du under den senaste månaden känt att du inte haft kontroll över de viktiga faktorerna i ditt liv?*” och ”*Hur ofta har du under den senaste månaden tagit itu med dagliga förtret på ett tillfredsställande sätt?*” är exempel på frågor i PSS. Möjliga poäng är 0 – 56 och ett högt värde indikerar hög grad av upplevd stress. I normgruppen som användes vid den svenska

valideringen (Eskin & Parr, 1996) var  $M = 24,4$  och  $SD = 8,0$ . Den interna samstämmigheten beräknades vara 0.82 med Cronbachs  $\alpha$  (Eskin & Parr, 1996).

*Allmän psykisk hälsa (efter engelskans General Health Questionnaire, GHQ-12):* För att fånga upp elever med allmän psykisk ohälsa användes instrumentet GHQ, som utvecklades av Goldberg år 1972 för att identifiera förändringar i den mentala hälsan de senaste veckorna (Walker & Farrell, 2003). GHQ är ett psykometriskt instrument som används för att mäta psykisk ohälsa på befolkningsnivå (Gao, Luo, Thumboo, Fones, Li & Cheung, 2004). GHQ-12 är kortvarianten av GHQ, det ursprungliga instrumentet bestod av 60 frågor. GHQ-12 är avsett att mäta psykiatriska problem i befolkningen såsom oro, ångest, depression och social dysfunktion (Gao et al., 2004). GHQ-12 finns översatt till ett flertal språk och är en väl beprövad skala vars validitet och reliabilitet noga har utvärderats. GHQ-12 frågorna består av tolv påståenden om hur respondenterna klarat av bl.a. koncentration, beslutsfattande och problemlösning de senaste veckorna. Exempel på frågor är: ”har Du de senaste veckorna kunnat koncentrera Dig på allt Du gjort?” och ”har Du de senaste veckorna kunnat ta itu med Dina problem?” Skalan innehåller fyra svarsalternativ: *bättre än vanligt (=0)*, *som vanligt (=1)*, *sämre än vanligt (=2)* och *mycket sämre än vanlig (=3)*. Maxpoäng är 36 och ju högre poäng man får desto högre psykiska ohälsa (Gao et al., 2004). Instrumentet visar god reliabilitet, Cronbachs  $\alpha = 0,81$  (Politi, Piccinelli & Wilkinson, 1994).

#### *Formulär till för- och eftermätning*

Följande batteri av självskattningsformulär användes för att identifiera skillnader innan och efter kursen:

*Livskvalitet (efter engelskans ”Satisfaction with Life Scale”, SWLS):* Detta instrument valdes för att kunna se om interventionen hade någon påverkan på deltagarnas uppfattning om sin livskvalitet. SWLS avser mäta subjektivt upplevd global livskvalitet. Individen får svara på fem påståenden där den får jämföra sin nuvarande situation i relation med hur man skulle vilja att livet såg ut (ex ”Jag är tillfreds med mitt liv”) genom att skatta påståendena på en sjugradig skala från 1=*stämmer mycket dåligt* till 7=*stämmer mycket bra*. Instrumentet har uppvisat god test-retest reliabilitet (0.82) samt en hög intern samstämmighet (Cronbachs  $\alpha = 0.87$ ). Skalan korrelerar positivt med andra mått på subjektivt upplevd livskvalitet, och uppvisar hög begrepps- och kriterievaliditet (Pavot & Diener, 1993).

*Medveten närvaro (efter engelskans "Mindful Attention Awareness Scale" MAAS):* MAAS valdes för att mäta om gruppinterventionen påverkade deltagarnas förmåga att vara i nuet, och för att se om denna förmåga medierade andra utfall. Instrumentet syftar till att mäta en generell tendens till att vara uppmärksam och medveten om vardagliga skeenden och känslor i nuet (Brown & Ryan, 2003). MAAS mäter detta indirekt, genom ställningstagande till påståenden om tendensen att vara mentalt *frånvarande* eller ouppmärksam på detta. Brown och Ryan (2003) undersökte instrumentets psykometriska egenskaper och fann det internt konsistent med Cronbachs  $\alpha = 0.82$ , samt att instrumentet korrelerade positivt med faktorer som öppenhet till upplevelse, emotionell intelligens och välmående, samt negativt korrelerat med grubblerier och social ångslighet. Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer och Toney (2006) fann att instrumentet hade en god intern konsistens med en Cronbachs  $\alpha = 0.86$ , samt att det korrelerade positivt med faktorer som öppenhet för upplevelser och även medkänsla för sig själv, samt negativa korrelationer med faktorer som tanke bortträngning, dissociation samt upplevelsemässigt undvikande. Exempel på frågor från MAAS är: "Jag kan reagera med en känsla och inte bli medveten om det förrän en stund efteråt" och "Jag glömmmer bort en persons namn nästan på en gång efter att jag har fått höra det för första gången". Skattning sker enligt en sexgradig skala från 1= *Nästan alltid* till 6= *Nästan aldrig*. Instrumentet består av 15 påståenden, maxpoäng är 90, ju högre skattad poäng innebär desto högre självskattad mindfulness.

*Depression, ångest och stress (efter engelskans "Depression, Anxiety and Stress Scale" DAS S):* För att se om det har uppstått någon förändring vad gällde deltagarnas upplevda depression, ångest och stress valdes instrumentet DAS S, ett självskattningsinstrument med 21 frågor. I texten anges dessa variabler endast som depression och ångest då vi har ett annat mått som mäter enbart stress. Testet har tre delskalor som kommer utan inbördes ordning, alla frågor besvarades med hjälp av en fyrgradig Likertliknande skala. Höga resultat indikerar mycket depression, ångest och stress beroende på delskalan. Reliabiliteten för de tre skalorna här anses vara bra, och test- återtest värden är också goda med Cronbachs  $\alpha = 0.71$  för depression, 0.79 för ångest och 0.81 för stress (Brown et al., 1997). Ångestskalan i DAS S korrelerar 0.81 med Beck Anxiety Inventory (BAI), och depressionsskalan i DAS S korrelerar 0.74 med Beck Depression Scale (BDI), (Livheim, 2004).

*Acceptans (efter engelskans "Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth" AFQ-Y):* För att mäta deltagarnas förmåga att acceptera sina oönskade tankar och känslor samtidigt

som de fortsätter att gå i sin värderade riktning valdes måttet AFQ för ungdomar. AFQ avser fånga upp studiens beroendevariabler psykologisk flexibilitet och beteendemässigt och emotionellt undvikande, vilka i texten ibland kommer att beskrivas med samlingsnamnet acceptans. AFQ-Y är ett självrapporteringsinstrument med 17 items, som avser mäta barn- och ungdomars nivåer av upplevelsemässigt undvikande (Hayes, 2009). Frågorna har modellerats fram ur AAQ, och modifierats för att ligga på en adekvat nivå för barn- och ungdomar. Exempel på items i AFQ-Y är ”Jag trycker undan tankar och känslor som jag inte tycker om”, ”De dåliga saker jag tänker om mig själv måste vara sanna”, ”Det går sämre för mig i skolan då jag har tankar som gör mig ledsen”. Skattningen sker på en 5-gradig Likertskala där 0 = *aldrig* och 4 = *mycket ofta*. Höga poäng indikerar större psykologisk inflexibilitet. Instrumentet har utvärderats och den inre samstämmigheten beräknades vara 0,90 till 0,93 beräknat med Cronbachs *a*. Vidare fann man att AFQ-Y korrelerade positivt med mätningar av internaliserade symtom och externaliserade beteendesymtom, och negativt med livskvalitet. Begreppsvaliditeten stöddes även av negativa korrelationer med mätningar av mindfulness och acceptans ( $r = -0.44$  till  $-0.53$ ) och positiva korrelationer med mätningar av tankebortträngning ( $r = .55$ ) (Hayes, 2009).

Följande två instrument ingick också i för- och eftermätningen:

*Upplevd stress (PSS)*: Se tidigare beskrivning under screeninginstrument.

*Allmän psykisk hälsa (GHQ-12)*: Se tidigare beskrivning under screeninginstrument.

### *Databearbetning*

Samtliga mätvariabler sammanfattades med hjälp av exploratorisk analys för att kontrollera medelvärden, frekvens, spridning och standardavvikelser. För att kontrollera normalfördelningen och upptäcka outliers användes Box-plot. Ett extremvärde kunde på så sätt identifieras.

Data från nio deltagares (totalt 13 saknade värden) svarsformulär bearbetades innan analys, då de angett inget eller mer än ett svarsalternativ på vissa items. Enstaka saknade värden ersattes då med deltagarens itemsmedelvärde. Om deltagaren hade angett mer än ett svarsalternativ (genom att ringa in/kryssa i två svarsalternativ alt. kryssa mittemellan två svarsalternativ) valdes att använda dessa båda svarsalternativens medelvärde. En deltagare fick helt uteslutas ur analysen på måttet SWLS, då personen hade lämnat denna sida blank i formuläret.

Bearbetad data beräknades huvudsakligen med split-plot-ANOVA (2 x 2 ANOVA med faktorerna grupp och tid) för varje instrument och skala. För att upptäcka ev. samband mellan resultatet på mätinstrument och antalet närvarotimmar, gjordes korrelationsanalyser. För att se om det fanns skillnader mellan interventions- och kontrollgruppen vid förmätningen genomfördes oberoende t-test. Då det fanns skillnader mellan deltagarnas medelvärden vid förmätningen genomfördes en ANCOVA för att kontrollera gruppeffekter.

Samtliga beräkningar var av formen fullföljaranalyser, d.v.s. endast data från dem som fullföljt studien användes ( $n=25$ ).

### *Etiska problem och överväganden*

Övergripande etiska överväganden gjordes i enlighet med forskningsetiska principer (Vetenskapsrådet, 2002). Elevvärden vid den utvalda skolan informerades om och tog ställning till studien.

Eftersom det rörde en grupp med uttalad psykisk problematik kommer kontrollgruppen att erbjudas behandling efter avslutad studie, i den mån detta är praktiskt genomförbart schematekniskt och av andra gruppleddare än författarna (kontrollgruppen informerades om dessa premisser).

Ytterligare överväganden gällde frågan om hur interventionen skulle benämnas för deltagarna. För att minimera risken för stigmatisering annonserades interventionen som hantering av stressrelaterad problematik, vilket torde uppfattas som mindre stigmatiserande - med tanke på att psykisk ohälsa och stress följs nära åt så borde målgruppen ändå omfattas i hög grad. Risken var stor att deltagarna även skulle känna sig utpekade om behandlingen skedde på skoltid. Ett försök till en lösning på detta var att förlägga kursen utanför skoltid, men i direkt anslutning till schemalagd undervisning.

En annan etisk fråga är att det finns risk för smittoeffekter av negativa beteenden då man sammanför utagerande barn (Dodge, Diddion & Landsford, 2006). För att undvika detta var avsikten att ta hänsyn till svaren på Hyperaktivitetsskalan i SDQ, och tillse att deltagare med utagerandeproblematik fördelades jämnt mellan interventionsgrupperna). När det i slutändan blev färre grupper än beräknat så var detta tyvärr inte möjligt.

## Resultat

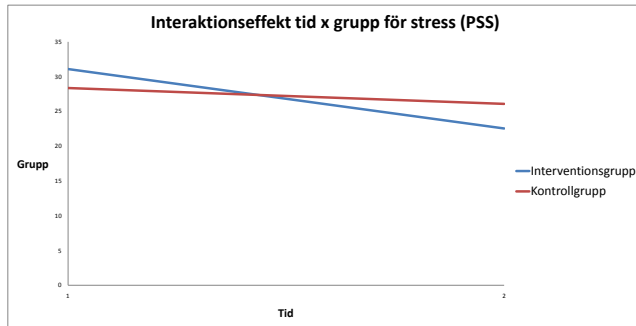
Statistiska analyser med oberoende t-test genomfördes för att se skillnader mellan interventions- och kontrollgruppen vid förmätningen, vilket visade på gruppskillnader avseende fyra variabler (se tabell 4). Kontrollgruppen hade högre medelvärden för livskvalitet ( $t(df=23)=2.222$   $p=0.036$  Cohens  $d=-0.931$ ). Interventionsgruppen hade högre medelvärden på skalorna depression och ångest ( $t(df=23)=2.665$   $p=0.014$  Cohens  $d=1.074$ ), acceptans ( $t(df=23)=2.483$   $p=0.020$  Cohens  $d=1.015$ ) och allmän psykisk ohälsa ( $t(df=23)=3.465$   $p=0.002$  Cohens  $d=1.399$ ). På de två resterande skalorna framkom inga signifikanta skillnader mellan grupperna (stress och medveten närvaro).

### *Effekt av intervention*

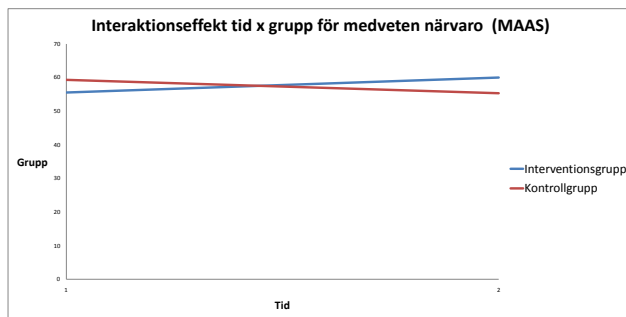
För att undersöka interaktionerna mellan interventions- och kontrollgruppen genomfördes beräkning med split-plot ANOVA (se tabell 4). Den statistiska analysen visade på två signifikanta interaktioner av [grupp] x [tid] skalorna upplevd stress och medveten närvaro (se figur 1 och 2). Interaktionseffekterna för de resterande skalorna var inte signifikanta, d.v.s. livskvalitet, depression, ångest, acceptans och allmän psykisk hälsa.

*Tabell 4. Inverventions- respektive kontrollgruppens medelvärde, standardavvikelse och analys av interaktion (Split-Plot ANOVA) med relaterad effektstorlek och statistisk power*

	Förmätning		Eftermätning		F	P	Partiell eta <sup>2</sup>	Power
	Interv. grupp N=11	Kontr. grupp N=14	Interv. grupp N=11	Kontr. grupp N=14				
PSS	31.09	28.36	22.55	26.07	8.316	.008	.266	.789
Stress	(3.9)	(5.68)	(7.59)	(6.96)				
MAAS	55.55	59.29	60.00	55.31	5.299	.031	.187	.597
Medv. närvaro	(10.05)	(12.03)	(8.82)	(11.33)				
SWLS	20.36	23.69	22.27	23.31	2.922	.101	.177	.373
Livskvalitet	(2.58)	(5.09)	(3.35)	(5.89)				
DAS S	26.00	16.36	24.64	17.07	0.825	.373	.035	.140
Depr/Ångest	(8.96)	(9.00)	(10.27)	(8.65)				
AFQ-Y	29.36	20.36	25.36	19.29	0.778	.387	.033	.135
Acceptans	(7.88)	(7.88)	(12.31)	(7.76)				
GHQ-12	17.73	11.50	14.09	11.29	3.056	.094	.117	.388
Psykisk hälsa	(4.38)	(4.519)	(6.35)	(3.79)				



Figur 1. Interaktion av [grupp] x [tid] för stress.



Figur 2. Interaktion av [grupp] x [tid] för medveten närvaro.

Interaktionseffekten av [grupp] x [tid] beräknades med partiell eta i kvadrat ( $\eta^2$ ). Stress, medveten närvaro och livskvalité hade alla starka effektstorlekar ( $\eta^2 \leq .12$ ). Allmän psykisk hälsa hade en måttlig effektstorlek ( $\eta^2 \leq .05$ ). Depression och ångestskalan och acceptansskalan hade emellertid svaga effektstorlekar ( $\eta^2 \leq .02$ ).

För att undersöka gruppeffekten vid eftermätningen genomfördes en ANCOVA som visade att det fanns signifikanta gruppeffekter på måtten stress ( $F(df=1,25) = 7.18, p=0.014, \eta^2 = .25$ ) och medveten närvaro ( $F(df=1,25) = 4.34, p=0.049, \eta^2 = .17$ ).



### *Effekt av närvaro*

För att undersöka sambandet mellan graden av deltagande på kursen och utfallet genomfördes korrelationsanalyser (Pearsons korrelationskoefficient, se tabell 5). Utfallet av interventionen mätt med livskvalitet och DAS S som mäter depression och ångest uppvisade en signifikant korrelation med antalet gruppträffar. De deltagare som hade deltagit i högre utsträckning på kursen hade en högre upplevd livskvalitet och de upplevde mindre depression, ångest och stress efter avslutad intervention.

Tabell 5. *Korrelation mellan närvaro och utfall för interventionsgruppen*

	Närvaro	p
PSS	-.41	.216
MAAS	.12	.722
SWLS	.64	.034*
DAS S	-.62	.042*
AFQ	-.56	.073
GHQ	-.29	.395

\*p<0,05,

### *Kursutvärdering*

Majoriteten av deltagarna på kursen gav uteslutande positiv feedback på kursutvärderingen (se bilaga 4). Hälften av deltagarna ansåg att kursen hade varit mycket värdefull och hälften (6 resp. 5) ansåg att den hade varit ganska mycket värdefull. Samtliga deltagare svarade att de skulle rekommendera en vän att gå kursen.

### *Kontrollfråga*

Kontrollgruppen fick fylla i en fråga på om hur mycket det hade hört om kursen.

Svarsalternativen var: väldigt mycket, mycket, lite och väldigt lite. Den stora majoriteten hade hört lite (sju personer) eller väldigt lite (sex personer). En deltagare svarade att denne hade hört mycket. Deltagarens resultat uppvisar dock inte någon överensstämmelse med interventionsgruppens eftermätningsvärden, varpå man kan dra slutsatsen att någon spridningseffekt inte har förekommit.

Kontrollgruppen blev erbjuden sedvanligt omhändertagande av elevvården. Sammanlagt fick sju av fjorton deltagare mellan två och fem stödsamtal med skolsköterskan.

## Diskussion

Syftet med studien var att undersöka effekten av en ACT-baserad gruppintervention, anpassad för ungdomar, gällande stress och psykisk ohälsa. Studiens huvudfråga var: i vilken utsträckning minskar en tidig ACT-intervention på åtta tillfällen à två timmar graden av psykisk ohälsa hos ungdomar, jämfört med en kontrollgrupp som får sedvanligt omhändertagande? Den ställda hypotesen var att en ACT-baserad intervention skulle vara effektivare än sedvanligt omhändertagande av ungdomar med viss eller i riskzonen för psykisk ohälsa, vilket skulle yttra sig i förbättringar på följande variabler: ångest, depression, stress, upplevd global livskvalitet, allmän psykisk hälsa, psykologisk flexibilitet, beteendemässigt och emotionellt undvikande och medveten närvaro, vilket mättes med sex olika mätinstrument. Resultaten för studien visar på signifikanta interaktionseffekter av [grupp] x [tid] på två beroendevariabler: stress och medveten närvaro. Förändringarna i de två grupperna över tid är signifikant olika. Interventionsgruppen skattade efter genomförd intervention lägre upplevd stress och högre upplevd medveten närvaro än kontrollgruppen. Interaktionseffekter av grupp] x [tid], dock ej signifikanta, sågs även på beroendevariablerna upplevd global livskvalité och på allmän psykisk hälsa. De två övriga skalorna, som avsåg mäta beroendevariablerna depression, ångest, psykologisk flexibilitet, beteendemässigt och emotionellt undvikande visade en svag effektstorlek. Analyserna av stress och medveten närvaro uppvisade trots det låga deltagandet stark respektive måttlig power. Antalet närvarotimmar på kursen korrelerade positivt med upplevd livskvalitet och negativt med depression, ångest och stress efter avslutad intervention. Kvalitativa mått visade att kursdeltagarna ansåg att kursen var värdefull.

### *Resultatdiskussion*

I större RCT-studier använder man vanligen ITT (Intent-to-treat)-analyser, vilket fokuserar på resultaten för samtliga deltagare i interventionen: en sådan analys hade inneburit att även inkludera de tidiga avhoppet i analysen. ITT-analyser säkrar att man inte exkluderar deltagares resultat på otillräcklig eller felaktig grund och ger en högre extern validitet. Fullföljaranalyser innefattar endast de deltagare som har fullföljt behandlingen. Detta ger en högre intern validitet men ger bristande generaliserbarhet. Då man utesluter vissa deltagare påverkar man även randomiseringsprinciperna, vilket även det begränsar generaliserbarheten. I föreliggande studie, som är en pilotstudie på en tidig nivå, valdes att göra fullföljaranalyser, då detta är en säkrare metod för att undersöka vilka effekter en behandling verkligen har,

vilket anses vara en risk med ITT-analyser (Whitney, 2001). Därmed användes resultatet endast från de 25 som fullföljde studien.

#### *Kvantitativa mått*

Resultatet av studien måste genomgående bedömas utifrån avsikten att upptäcka tendenser och effekter i en pilotstudie med lågt antal deltagare. Därav är effekter i sig mer betydelsefulla än signifikansnivå i tolkning av resultaten. Resultaten visar också att det är få statistiskt signifikanta skillnader mellan grupperna, men att effektstorlekarna generellt visar skillnader till interventionens fördel relativt kontrollgruppen. Effektstorlekarna är måttliga till starka ( $\eta^2 = .117 - .266$ ). Trots det låga antalet deltagare är effektstorlekarna signifikant säkerställda på två beroendevariabler, stress och medveten närvaro. Studiens resultat tyder alltså på att interventionen minskade nivåer av stress och allmän psykisk ohälsa, samt att den ökade nivåer av livskvalitet och medveten närvaro. Detta innebär att förbättringar har skett på hälften av studiens beroendevariabler: stress, upplevd global livskvalitet, allmän psykisk hälsa och medveten närvaro.

Korrelationsstudien visar inte på signifikanta korrelationer mellan antalet närvarotimmar och de skalor där man ser interaktionseffekt, d.v.s. stress och medveten närvaro. Deltagarna tycks ha förbättrat sig på dessa mått oberoende antalet gånger de har deltagit på kursen. Däremot syns en signifikant korrelation mellan antalet närvarotimmar och två skalor som inte visat på någon interaktionseffekt. Ett högt deltagande korrelerar med signifikant högre livskvalitet och mindre depression och ångest, vilket kan tolkas som att dessa variabler krävde närvaro i högre utsträckning för att ge effekt. Manualens sessioner bygger på varandra, och det blev genast svårt för deltagare som uteblivit från en session att förstå nästa session. För att underlätta detta erbjöds deltagarna som hade uteblivit från en träff att ta del av sammanfattande information (ca en kvart) innan nästa träff. Detta kunde givetvis inte ersätta deltagande på gruppträffarna, dock uppfattades det som nödvändigt för att ge deltagarna en rimlig chans att hänga med. Antalet närvarotimmar på kursen kan i sig eventuellt påverkas av andra faktorer, t.ex. att de som valt att inte utebli från flera träffar präglas av en svårare eller annorlunda problematik t.ex. sociala svårigheter. Någon form av analys av detta har inte gjorts, dock skulle detta kunna ge indikationer på eventuella brister interventionen har haft och specificera vilka målgrupp som interventionen lämpar sig för.

Interventionen hade en svag effekt på skalorna AFQ och DAS. En anledning till den uteblivna effekten på acceptansskalan (där variablerna psykologisk flexibilitet, samt beteendemässigt och emotionellt undvikande hämtades) kan vara att deltagarna är för unga för att ta in det abstrakta tänkandet kring acceptans, eller som Louise Hayes föreslår i sin rapport (2009), att det är en process som kräver längre tid än sex veckor. Acceptansen kan öka med tiden och resultatet kan visa sig längre fram (Jakobsson & Wellin, 2006). Depressionsskalan var den som korrelerade starkast med antalet närvaroträffar, då endast ett fåtal deltagare närvarade vid samtliga åtta träffar kan detta ha påverkat utfallet på måttet. Även korrelationen mellan acceptans och antalet närvarotimmar låg nära en signifikant nivå. En spekulering är att denna variabel var särskilt känslig för uteblivet deltagande på träffarna.

Interventionens syfte var att öka deltagarnas förmåga till att i framtiden kunna hantera vardaglig stress och andra psykiska påfrestningar. Eftermätningen gjordes dock i direkt anslutning till kursens sista session. Då studien i dagsläget ligger för nära i tiden har det ännu inte funnits möjlighet att genomföra en uppföljning, för att se om interventionen har en preventiv funktion för deltagarna. En systematisk forskningsöversikt visar att effektstorlekar av ACT-interventioner är lika stora eller större vid senare uppföljning jämfört med den första eftermätningen (Hayes et al., 2006), vilket förhoppningsvis är fallet även här.

#### *Kvalitativa mått*

Att deltagarna upplevde interventionen som mycket positiv är ett viktigt resultat av flera skäl. Tillfredsställelse med gruppträffarna kan stärka deltagarens motivation att delta, att tillämpa och vidmakthålla det de har lärt sig av kursen kursinnehållet. Att de känner sig tillfredsställda med kursen i så stor utsträckning, borde kunna bidra till att de minns och använder sig av kursinnehållet även i framtiden. De kvalitativa svaren i kursutvärderingen, ger dock skäl att ställa sig frågan om vilka de verksamma komponenterna egentligen har varit i interventionen. På frågan ”Vad tyckte du mest om med kursen?” nämnde många deltagare saker som inte var direkt sprungna ur kursinnehållet, utan saker som gemenskapen i gruppen, att man inte blev dömd och gruppledarna. Detta vittnar alla om indirekta kurskomponenter som kan ha bidragit till resultatet: det faktum att ungdomarna fick ett forum där de fick tala öppet om sina tankar och känslor med jämnåriga, och där de fick stor uppmärksamhet av två vuxna. En annan möjlig tolkning är att tillfredsställelsen, och ovan nämnda komponenter, inte är relaterade till utfallet, utan att det kort och gott innebär att deltagarna har haft trevligt på kursen. Att deltagarna har uppskattat en effektiv intervention är oavsett skälet något positivt, så tillvida

att det förhoppningsvis bidrar till att de bibehåller sina kunskaper, färdigheter och nya förhållningssätt till sig själv, andra och omgivningen i stort.

### *Bortfall*

Att det blev två bortfall ur interventionspojkggruppen av sex deltagare (33 procent) är mycket intressant i bedömningen av interventionen då den är menad att vända sig både till pojkar och till flickor. I vår, liksom i Hayes studie (2009), tenderade fler flickor än pojkar att delta i interventionen. Det var även två pojkar från kontrollgruppen som avbröt deltagandet i studien, vilket sammanlagt gör ett bortfall på fyra av nio pojkar (44 procent). Detta är en anmärkningsvärd skillnad från totalt tre bortfall av samtliga 23 ursprungliga kvinnliga deltagare i studien (13 procent). En spekulation är att risken för stigmatisering var mer överhängande för pojkarna. Bortfallen i interventionsgruppen kan också eventuellt härledas ur det faktum att det var ett mycket litet antal deltagare vilket gjorde att individerna hamnade i större fokus, vilket kan ha upplevts som negativt. Samtliga deltagare i interventionspojkggruppen kom från olika klasser, vilket kan ha bidragit till en känsla av att vara annorlunda sina jämnåriga och en minskad sammanhållning i gruppen.

### *Studiens resultat jämfört med tidigare resultat*

Resultaten från denna studie går inte helt linje med de enstaka tidigare ACT-studier som har gjorts för barn och ungdomar. Livheims studie (2004) på gymnasieungdomar ( $n=230$ ) i åldern 16-18 år, där ungdomarna fick ACT-intervention ( $n=116$ ) i helklass, uppvisade signifikanta minskningar av ångestnivå, samt signifikant bättre funktion inom det som eleverna rapporterat som sitt största problemområde (effektstorlekarna presenteras ej i rapporten). På ångestvariabeln sågs i föreliggande studie ingen interaktionseffekt, och den sistnämnda variabeln mättes inte. I tvåårsuppföljningen av samma ungdomar fanns tre signifikanta, dock små, interaktionseffekter [grupp] x [tid], där interventionsgruppen hade förbättrats mer än kontrollgruppen; psykologisk flexibilitet ( $F(2)=3.668$ ,  $p=.015$ ,  $\eta^2=.036$ ), kognitivt processande ( $F(2)=3.151$ ,  $p=.023$ ,  $\eta^2=.029$ ) och stress och ångest ( $F(2)=2.859$ ,  $p=.031$ ,  $\eta^2=.051$ ). De två sistnämnda effekterna är härledda ur samma mätinstrument, GHQ 12, där även denna studie fann en interaktionseffekt ( $\eta^2=.117$ ) av [grupp] x [tid], dock ej på signifikant nivå. Variabeln psykologisk flexibilitet ingår i acceptansspektrat, som i föreliggande studie avsågs fångas upp med AFQ Y. Det finns spekulationer (se ovan) i att effekten på just sådana variabler blir starkare med tiden, vilket kan förklara varför den i ovanstående studier visar sig först i tvåårsuppföljningen, och varför den inte uppvisade någon

effekt i den nyss genomförda studien. Föreliggande studie stämmer dock inte överens med Hayes, Boyds och Sewells studie (2009), där man undersökt deprimerade ungdomar både i öppenvårdspsykiatri (n=38) och på högstadiet (n=66), och jämfört dessa med resp. kontrollgrupp. Ungdomarna i deras studie är i samma åldersgrupp som ungdomarna i föreliggande studie, och behandlas med samma manual. I den öppenpsykiatriska betingelsen upptäcktes en interaktionseffekt [grupp] x [tid] på variabeln depression ( $d=.38$ ), en effekt som stärktes ytterligare vid en tremånadersuppföljning. För grupperna i skolbetingelsen var effektstorleken endast på  $d=0,13$ . I den aktuella studien hittades inga effekter på depressionsmättet. Ett förslag på varför detta var fallet, kan vara att kursen lanserades som en stresskurs, och ungdomarna som anmälde intresse för kursen var motiverade att arbeta med just detta, till skillnad från ovanstående studie, där deprimerade ungdomar var den specifika målgruppen.

### *Metoddiskussion*

#### *Urval*

Ett problem var det låga antalet deltagare till kursen, framförallt i interventionspojkggruppen. För att få ett större urval hade man kunnat justera cut-offvärdet något, förslagsvis till den 70:e percentilen av normalpopulationens norm. Ungdomar över denna lägre satta gräns hade förmodligen fortfarande kunnat klassificeras som den eftersökta målgruppen. Även Louise Hayes anger i sin utvärdering av sin gruppbehandling på skolan (2009), att antalet flickor långt överskred antalet pojkar. Hennes spekulation kring detta utfall, är att upplägget med bild- och formövningar tilltalar flickorna mer. I föreliggande studie var dock rekryteringen av manliga deltagare problematisk redan vid intervjukallelsen, innan information om kursens bild- och formupplägg hade delgivits. Man får dock ha i åtanke att psykisk ohälsa och stressproblem är mer utbrett hos flickor än hos pojkar i den aktuella åldersgruppen, vilket kan göra att behovet av interventionen helt enkelt var större hos flickorna.

Två faktorer som förmodligen hade stor bäring på urvalet var valet av screeninginstrument, och att interventionen lanserades som en stresskurs. Frågan är vilket antal deltagare med annan profil (psykisk ohälsa med betoning på annat än just stress), som *inte* fångades upp i och med denna lansering. Under screeningen ute i klasserna efterfrågade vissa elever öppet ett större utbud än just stresshantering, och även i de individuella samtalen framkom att en stor andel välkomnade att kursen tog sig an andra problem än just stress. Uppsatsförfattarnas

samlade intryck är att rädslan för stigmatiseringseffekter gjorde att det vidtogs åtgärder som begränsade urvalet, och att väsentliga delar av den eftersökta populationen förbisågs.

Att engagera en person som upplever stress i ytterligare en tidskrävande aktivitet faller lätt på sin egen orimlighet. I ett av screeningformulären hade en ungdom noterat, under nej-rutan vid frågan om intresse för deltagande: ”har inte tid”. Tyvärr innebar förmodligen det faktum att kursen låg utanför skoltid och innefattade hemuppgifter, att fler än en person ur den tänkta målgruppen inte fångades upp.

### *Mätinstrument*

Det finns få validerade mätinstrument gällande psykisk ohälsa som är anpassade för ungdomar. Några av mätinstrumenten (SDQ, GHQ och AFQ-Y) som användes i denna studie uppvisar god validitet för åldersgruppen, medan det i övriga fall är mer oklart. Användandet av för åldersgruppen icke beprövade mätinstrument kan ha påverkat reliabiliteten i mätningarna.

SDQ valdes ursprungligen eftersom studien var tänkt att ske i samband med den nationella kartläggningen av psykisk ohälsa bland barn- och ungdomar, där instrumentet används. Uppsatsförfattarna ställer sig undrande till varför man har valt just SDQ 11-16 för denna kartläggning, då det finns vissa brister i instrumentet. Det finns anledning att betvivla att det förmår fånga upp psykisk ohälsa som avsett, åtminstone i den äldre delen av den tilltänkta populationen. Frågorna är utformade med ett alltför förenklat språk, där de socialt önskvärda svaren är övertydliga för en tonåring. Detta kan vara del förklaring till golfeffekterna på resultaten i SDQ. I den svenska översättningen innehåller vissa frågor fler än en ett påstående som man ska ta ställning till med ett enda svar, vilket också flera ungdomar påpekade.

Under screeningen insåg uppsatsförfattarna att mätinstrumentet PSS innehöll ett vokabulär som inte var anpassat för ungdomar. Kontrasten mot nästa mätinstrument i screeningpaketet, SDQ 11-16, skrivet med ett språk som ska fungera för personer mellan 11-16 år, gjorde att testpaketet brast i enhetlighet, och eventuellt också i trovärdighet (face validity). I PSS är strävan efter kontroll och frånvaro av negativa känslor något positivt. Enligt ACT kan dock detsamma vara av negativ karaktär för individen. Kan det vara så att man med valet av PSS tappar en del individer som skulle vara intressanta för en ACT-intervention?

I slutet av screeningformuläret ställdes frågan om huruvida eleverna var intresserade av att vara med på kursen under hösten. Ett stort antal som valde att inte kryssa i intressefrågan förmodligen hade varit relevanta för kursdeltagande. En tanke är att det hade varit mer effektivt att först screena fram ungdomarna och därefter fråga dem om de vill delta, vilket dock hade varit betydligt mer tidskrävande och orimligt i den redan försenade rekryteringen.

### *Design*

Studien var en randomiserad (stratifierat för kön) kontrollerad studie vilket ökade den interna validiteten. Det har därmed gått att gardera sig mot vissa typer av hotkällor, såsom mognad och historia. Bortfall var givetvis ett stort potentiellt hot, särskilt med tanke på att det var en tidsomfattande behandling: och sju personer av 32 valde att avbryta deltagandet. Regression mot medelvärdet var ytterligare en hotkälla att ta hänsyn till. Andra statistiska effekter som kunde utgöra ett problem var golv- och takeffekter: detta har upptäckts i ett av screeninginstrumenten (SDQ), vilket påverkade urvalet. De rekryterade ungdomarna kvalade i huvudsak in på de båda andra måtten, vilket gjorde att viss problematik inte fångades upp. Det förelåg ett visst hot som innefattade kontamination mellan behandlingsgrupp och jämförelsegrupp: delvis motarbetades detta genom valet av en stor högstadieskola, och tystnadsplikt för eleverna. För att kontrollera om kontamination hade förekommit, lades en fråga till i eftermätningsformuläret för kontrollgruppen, där eleverna ombads skatta hur mycket de hade hört om stresskursen. Svaren på denna (majoriteten har hört ”lite” eller ”våldigt lite” om kursen, ”inget” fanns inte som alternativ) indikerar dock att detta inte har förekommit.

Studien är på pilotnivå, vilket innebär att intern validitet är primärt fokus, och generaliserbarheten av mindre vikt. Få exklusionskriterier gynnade samplers representativitet, dock var vissa demografiska fakta inte representativa för målgruppen. Den ursprungliga planen var att hämta samplet från en ”genomsnittlig” skola i detta avseende, men den skola som slutligen rekryterades ligger i ett mycket resursstarkt område, med en medelinkomst på 583 800 kr/år, jämfört med medelinkomst 239 712 kr/år för riket respektive 282 242 kr/år för hela Stockholm stad. 74,1 % har eftergymnasial utbildning, jämfört med 52,6 % för hela staden. Andra slående skillnader om man jämför med Stockholms stad är man har ett ohälsotal på 9,6 och endast 1,1 % arbetslösa, jämfört med 25,5 resp. 1,9 % för hela staden (SCB, 2009, USKAB, 2009). Tid och setting borde inte hota den externa validiteten, eftersom studien utfördes i skolans miljö och på skoltid.



P.g.a. tidsbristen förlades åtta sessioner på sex veckor, vilket kan ha påverkat deltagarnas möjligheter att tillgodogöra sig kursen optimalt. Detta val diskuterades via e-post med manualens upphovsmakare Louise Hayes, som själv hade varit föranledd att hålla en av sina kurser på sex veckor, och menar att en sådan komprimering endast är att rekommendera i nödfall, då de processer som kursen åsyftar kräver en längre bearbetningstid.

Manualens instruktioner upplevs som vagt utformade, och man ska enligt dess författare även förhålla sig ledigt till dem. Ofta nämns endast vilka insikter hos ungdomarna som en viss övning ska mynna ut i, med mycket få instruktioner till hur man ska gå tillväga för att åstadkomma detta. Detta förutsätter att man har en djup förståelse för vad ACT innebär, bl.a. för att kunna hålla flytande diskussioner där man uppmärksammar när ungdomarna gör utsagor som kan användas för att fördjupa sig i ACT-koncepten. Uppsatskrivarnas nyförvärvade kompetens inom metoden befaras vara otillräcklig för att kunna hålla kursen på ett optimalt sätt, och kan ha gjort att vissa ACT-koncept inte framgick tillräckligt för att ha en effekt på ungdomarna. Detta kan vara del av förklaringen till den uteblivna effekten på måttet AFQ (Acceptans). Att manualens instruktioner upplevs som diffusa, kan dessutom påverka möjligheterna att replikera studien.

Valet av bild- och formövningar som manualens kärnaktivitet kan diskuteras. Detta är enligt manualens upphovsmakare ett sätt att kringgå verbala konstruktioner, och ge ungdomarna en mer upplevelsebaserad förståelse av ACT-koncepten (Hayes, 2009). Enligt uppsatsförfattarnas mening var det genomgående svårt att hålla kursen på denna nivå, då det ofta krävdes förtydliganden och mer instruktioner, som tangerade att bli mer föreläsande än vad manualen avser. Slutsatsen kring materialvalet är att det snarare är metodens komponenter i sig (exponering, värderingsarbete, medveten närvaro, acceptans, och kognitiv defusion) och inte manualens upplägg som förklarar effekterna, d.v.s. det viktiga är *att* dessa komponenter förmedlas, och inte *hur*. Ett förslag på vidare forskning är att jämföra denna manual med ACT-baserade interventioner i andra utföranden.

I dataanalysens skede framkom att det saknades mätningar som hade kunnat bidra till medierings- och modereringsanalyser. En mätning halvvägs in i behandlingen hade kunnat ge värdefull information om eventuella processmått som haft interaktiv eller huvudeffekt på utfallet, exempelvis medveten närvaro och acceptans. För modereringseffekter hade det varit

av intresse att mäta faktorer innan interventionen påbörjades, exempelvis stöd hemifrån, betyg och sociabilitet.

### *Generella begränsningar*

Ett generellt problem i preventionsforskning liksom föreliggande studie, är att man behöver följa försökspersonerna en längre tid för att kunna uttala sig om huruvida en intervention har haft en preventiv effekt. Inom ramen för denna psykologexamensuppsats var detta inte möjligt. Att uppsatsförfattarna därtill kom igång sent med interventionen, och gjorde eftermätningen i direkt anslutning till dess avslutningssession, begränsar ytterligare det prediktiva värdet i data. Enligt en tvåårsuppföljning av en gruppbaserad ACT-intervention på högstadieungdomar (Jakobsson & Wellin, 2006), uppvisar interventionen en starkare effekt vid det senare mättillfället. Detta överensstämmer med den forskningsöversikt som visar att effektstorlekar av ACT-interventioner är lika stora eller större vid senare uppföljning jämfört med den direkta eftermätningen (Hayes et al., 2006). Hur fallet är med föreliggande studies försökspersoner återstår att se, såtillvida det är möjligt med en uppföljningsstudie i framtiden. Att förlägga en interventionsstudie till skolans värld är ur många aspekter opraktiskt, vilket Louise Hayes erfarit i sitt arbete (2009, s. 7-8):

”[...] however, at the school level there were real challenges at all levels of service delivery, from identifying students to participate, though to fitting the program into school timetables, [...]. Future work needs to attend these challenges of the school system so that early identifications and treatment are practical”.

Även uppsatsförfattarna upplevde processen som tungrodd, där alltifrån rekrytering av skola till screening och schemaläggning blev ett mödosamt arbete, i förhållande till den lilla studie som det var fråga om. Vidare var det genomgående problematiskt att få eleverna att göra hemuppgifter, då betygsgrundande ämnen prioriterades. På frågan ”Vad tyckte du inte om med kursen?” handlade de negativa kommentarerna nästan uteslutande om att den var förlagd på sena eftermiddagar, utanför skoltid. Om den här typen av selektiva insatser i gruppform ska kunna bedrivas effektivt, inom ramen för skolhälsovården, så krävs förmodligen att det implementeras inifrån på ett annat sätt. Ett förslag är att kursen ges på schemalagd skoltid, inom ramen för ett betygsgrundande ämne.

### *Sammanfattning och förslag till framtida forskning*

Föreliggande studie undersökte hur en strukturerad preventiv ACT-intervention kunde minska och förebygga psykisk ohälsa hos högstadieungdomar med viss psykisk ohälsa. Resultaten

visar att de ungdomar som har tagit del av interventionen har minskat sin stress och ökat sin förmåga till medveten närvaro på en signifikant nivå. På trendnivå ses förbättringar på andra mått, såsom allmän psykisk hälsa och subjektivt upplevd livskvalité. Vidare forskning på denna intervention förväntas dock ha ett större antal deltagare, för att kunna säkerställa effekterna statistiskt. Kvalitativa mått vittnar om att ungdomarna upplever sig ha haft nytta av kursen, och samtliga uppger att den var ”ganska” eller ”mycket” värdefull. Huruvida interventionen har haft den önskade preventiva effekten, är det för tidigt att uttala sig om. Eventuellt kan studien anses ha ett värde även som behandling av etablerade problem. Sammantaget ger denna pilotstudie goda belägg för att bedriva studien i ett större format.

Interventionen har, givet det låga antalet deltagare, visat sig vara effektiv på flertal aspekter av psykisk ohälsa hos ungdomarna. Samtidigt har det visat sig vara problematiskt att bedriva den här typen av selektiv insats i skolans värld, inte minst för att man inte når alla elever med behov. Detta leder till ett antal frågor som behöver utredas vidare: hur kan man bättre nå ut till populationen ungdomar i riskzonen för att utveckla psykisk ohälsa (svårigheterna att rekrytera pojkar indikerar att särskild åtanke behöver läggas där)? I vilket forum bör sådana preventiva insatser ges? Kan man verka inom skolans ramar, och hur ska man i så fall kunna implementera interventionen för minskad stigmatiseringsrisk och optimal praktisk genomförbarhet? Interventionsgrupperna kan i detta format endast omfatta ett mindre antal deltagare (6-8), kan metoden trots detta vara kostnadseffektiv? Är generella insatser trots allt att föredra framför selektiva om de bedrivs i skolan, och blir gruppinterventionen då lika effektiv för den eftersökta populationen?

Det vore också önskvärt att undersöka vilka komponenter som är verksamma i denna och liknande interventioner. Processforskning kan dels undersöka de olika teknikernas effektivitet (bild- och formuppgifter, diskussion, metaforer, rollspel och hemuppgifter), dels vilka ACT-komponenter (medveten närvaro, acceptans, kognitiv defusion, värderingar, åtagande/handling, självet som kontext) som är verksamma.

Då stora samhällsekonomiska vinster kan göras och mycket mänskligt lidande kan minskas om man hittar en effektiv preventiv intervention för ungdomar i riskzonen för att utveckla psykisk problematik, är det av vikt att på bred front forska vidare inom detta område. Forskningen bör omfatta både detektering av målgrupper inom åldersgruppen (i flera aspekter av det breda begreppet psykisk ohälsa) och preventiva metoder på samtliga nivåer.

## Referenser

- Almén, N. (2007). *Stress- och utmattningsproblem. Kognitiva och beteendeterapeutiska metoder*. Malmö: Holmbergs.
- Baer, R.A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*(1), 27-45.
- Blom, M. (2007). *Regionalt Vårdprogram- Stressrelaterad psykisk ohälsa*. Forum för kunskap och gemensam utveckling. Stockholms läns landsting. Hämtad 2009-10-19 på: [http://www.webbhotell.sll.se/PageFiles/6793/RV\\_Stressrelaterad\\_psykisk\\_ohalsa.pdf](http://www.webbhotell.sll.se/PageFiles/6793/RV_Stressrelaterad_psykisk_ohalsa.pdf)
- Biglan, A., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2008). Acceptance and Commitment: Implications for prevention science. *Society for Prevention Research, 9*, 139-152.
- Brown, K.W., & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 822-848.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., Korotitsch, W., & Barlow, D. H. (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 79-89.
- Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). The use of Acceptance and Commitment Therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(5), 1129-1139.
- Burns, B. J., Costello, E. J., Angold, A., Tweed, D., Stangl, D., Farmer, E. M., et al. (1995). Children's mental health service use across service sectors. *Health Affairs, 14*, 147-159.
- Campbell, A., Walker, A., & Farrell, G. (2003). Confirmatory factor analysis of the GhQ-12: can I see it again? *Australian and New Zealand journal of Psychiatry, 37*, 475-483.
- Dahl, J., Wilson, K. G., & Nilsson, A. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behavior Therapy, 35*, 785-802.
- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology, 25*(2), 115-152.
- Eskin, M., & Parr, D. (1996). *Introducing a Swedish version of an instrument measuring mental stress*. (Reports from the Department of Psychology, 813). Stockholms Universitet, Psykologiska institutionen.
- Evans, D.L., Foa, E.B., Gur, R.E., Hendin H., O'Brien, C.P., Seligman, M., et al. (2005). *Treating and preventing adolescent mental health disorders: what we know and what we don't know: a research agenda for improving the mental health of our youth*. New York: Oxford University Press.

- Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2005). Relational Frame Theory, Acceptance and Commitment Therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavioral Therapy*, 23(4), 315-336
- Forsell, Y., & Dalman, C. (2004). *Psykisk ohälsa hos unga*. Epidemiologiska enheten Centrum för folkhälsa. Stockholm.
- FoU 2005:1 (2005). *En grund för att växa: forskning om att förebygga beteendeproblem hos barn*. Hämtad 2009-12-01 på: <http://www.prevention.se/PDF/2005-1.pdf>
- Gao, F., Luo, N., Thumboo, J., Fones, C., Li, S.-C., & Cheung, Y.-B. (2004). Does the 12-item General Health Questionnaire contain multiple factors and do we need them? *Health and Quality of Life Outcomes*, 63(2).
- Greco, L.A., Blackledge, J.T., Coyne, L. W., & Enreheich, J. (2005). *Acceptance and mindfulness-based approaches for childhood anxiety disorders: Acceptance and Commitment Therapy as an Example*. New York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Greco, L.A., & Eifert, G.H. (2004). Treating parent-adolescent conflict: Is acceptance the missing link for an Integrative Family Therapy? *Cognitive and Behavioural Practice*, 11, 305-314.
- Greco, L., & Hayes, S. C. (2008). *Acceptance and mindfulness treatments for children and adolescents: A practitioner's guide*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Hayes, L., & Rowse, J. (2008). Acceptance and Commitment theory: Experiential adolescent group. Opublicerad gruppledarmanual. University of Ballarat.
- Hayes, L., Boyd, C., & Sewell, J. (2009). Acceptance and Commitment theory as depression treatment for adolescents. University of Ballarat.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1–25.
- Hayes, S. C., & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experimental Approach to Behavior Change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C., & Bach, P. (2002). The Use of Acceptance and Commitment Therapy to Prevent the Rehospitalization of Psychotic Patients: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 1129–1139

- Hayes, S. C., Masuda, A., & De Mey, H. (2003). Acceptance and Commitment Therapy and the third wave of behavior therapy. *Gedragstherapie* (Dutch Journal of Behavior Therapy), 2, 69-96.
- Högmark, M., & Wedin, H. (2006). *Prevention av psykisk ohälsa bland gymnasieungdomar genom Dialektisk färdighetsträning. En randomiserad kontrollerad studie baserad på DBT.* Opublicerad Psykologexamensuppsats, Uppsala universitet, Psykologiska institutionen.
- Inglehart, I., & Welzel, C. (2005). *Modernization, Cultural Change and Democracy.* New York: Cambridge University Press.
- Jakobsson, C., & Wellin, J. (2006). *ACT stress i skolan: En tvåårsuppföljning av interventionsbehandlingen.* Opublicerad Psykologexamensuppsats, Uppsala Universitet, Psykologiska institutionen.
- Livhem, F. (2004). *Acceptance and commitment therapy i skolan – att hantera stress: En randomiserad, kontrollerad studie.* Opublicerad psykologexamensuppsats, Uppsala universitet, Psykologiska institutionen.
- Livhem, F. (2008). *ACT - Att hantera stress och främja hälsa. Opublicerad gruppleddarmanual.* Forskningscentrum för ungdomars psykosociala hälsa. Maria Ungdom och Karolinska institutet.
- Lundemark, T., & Nilsson, C. (2006). *Tokig på jobbet, om psykisk hälsa och återhämtning.* Karlskrona: Printfabriken.
- Merry, S.N., Hetrick S., McDowell, H., & Bir, J. (2004). The effectiveness of psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *The Cochrane Database Syst Rev*, 1.
- Metzler, C. W., Biglan, A., Noell, J., Ary, D., & Ochs, L. (2000). A randomized controlled trial of a behavioral intervention to reduce high-risk sexual behavior among adolescents in STD clinics. *Behavior Therapy*, 31, 27-54.
- Malmberg, M., Rydell, A-M., & Smedje H.(2003). Validity of the Swedish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Swe). *Nord J Psychiatry*, 57, 357-363.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.
- Polit, P. L., Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (1994). Reliability, validity and factor structure of the 12-item General Health Questionnaire among young males in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 432-437
- Pull, C. (2009). Current empirical status of acceptance and commitment therapy. *Current Opinion in Psychiatry*, Volume 1(22), 55–60
- Riksföreningen för skolsjuksköterskor. (2007, 18 mars). *Synpunkter på (SOU 2006:77) Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder.* Hämtad 2009-10-01 på: [www.skolskoterskor.se/files/filer/Ungdomar\\_stress.doc](http://www.skolskoterskor.se/files/filer/Ungdomar_stress.doc)

- Rose, G. (1992). *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Skolverket, Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut. (2004:14). *Tänk långsiktigt! En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa*. (R 2004:14). Stockholm: Statens folkhälsoinstituts distributionstjänst.
- Skolverket. (2009). *Samverkan krävs för att nå utsatta barn*. Pressmeddelande 31 augusti 2009. Hämtad 2009-10-03 på <http://www.skolverket.se/sb/d/2573/a/16797>
- Socialstyrelsen. (2009). *Granskning av SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire*. Hämtad 2009-06-10 på [www.socialstyrelsen.se/NR/exeres/FDB6BEB2-937D-444A-AB67-3E96F157A9CD,frameless.htm?NRMODE=Published](http://www.socialstyrelsen.se/NR/exeres/FDB6BEB2-937D-444A-AB67-3E96F157A9CD,frameless.htm?NRMODE=Published)
- Socialstyrelsen 2009:126:71. *Folkhälsorapport 2009*. Västerås: Edita Västra Aros.
- Socialstyrelsen 2009:126:174. *Skolans metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos barn - En nationell inventering i grundskolor och gymnasieskolor*. Hämtad 2009-08-30 på [www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-174](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-174)
- Socialstyrelsen 2009:126:238. *Skolhälsovårdens metoder för att förebygga psykisk ohälsa - En nationell inventering*. Hämtad 2009-08-30 på <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-238>
- Statens folkhälsoinstitut. (2009). *Psykisk ohälsa – definition*. Hämtad från 2009-04-01 på [http://74.125.77.132/search?q=cache:gP49JTxxvAW4J:www.fhi.se/templates/Page\\_\\_\\_6036.aspx+%22psykisk+oh%C3%A4lsa%22+%2Bdefintiion&hl=sv&ct=clnk&cd=1&gl=se](http://74.125.77.132/search?q=cache:gP49JTxxvAW4J:www.fhi.se/templates/Page___6036.aspx+%22psykisk+oh%C3%A4lsa%22+%2Bdefintiion&hl=sv&ct=clnk&cd=1&gl=se)
- Statens folkhälsoinstitut. (2009). *Skola - insatser som främjar psykisk hälsa*. Hämtad 2009-04-22 på [www.fhi.se/sv/Handbocker/Uppslagsverk-barn-och-unga/Skola---insatser-som-framjar-psykisk-halsa/](http://www.fhi.se/sv/Handbocker/Uppslagsverk-barn-och-unga/Skola---insatser-som-framjar-psykisk-halsa/)
- Statens folkhälsoinstitut 2005:37. *Folkhälsopolitisk rapport 2005*. Sandviken: Sandvikens tryckeri.
- Statens offentliga utredningar 2006:77. *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder*. Stockholm: Edita Sverige AB.
- Stockholms Stads Utrednings- och Statistikkontor. (2009). *Områdesvis statistik för Äppelviken*. Hämtat 2009-12-05 på <http://www.usk.stockholm.se/tabellverktyg/tv.aspx?projekt=omradesfakta&omrade=>
- Sveriges kommuner och landsting. (2009). *Positionspapper: psykisk hälsa, barn och unga*. Stockholm: Ljungbergs tryckeri.
- Treutiger, B. (2006). *Utvärdering av effekten av programmet DISA (Depression in Swedish Adolescents) med syfte att förebygga depressiva symtom hos tonårsflickor*. Examensarbete. Karolinska Institutet, Institutionen för Kvinnors och Barns hälsa.

- Törneke, N. (2003). *Relational Frame Theory - En psykologisk teori om kognition och mänskligt språk*. Hämtat 2009-10-05 på [www.kognitiva.org/files/file.php?id=130](http://www.kognitiva.org/files/file.php?id=130)
- Törneke, N. (2004). Acceptance and Commitment Therapy (ACT). En behavioristisk psykoterapi. *Sokraten.*, 3, 14-19.
- Wicksell, R. (2009). *Exposure and Acceptance in Patients with Chronic Debilitating Pain - a Behavior Therapy Model to Improve Functioning and Quality of Life*. Stockholm: Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap.
- Williams, S. B., O'Connor, E. A., Eder, M., & Whitlock, E. P. (2009). Screening for Child and Adolescent Depression in Primary Care Settings: A Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force. *PEDIATRICS* 4(123), 716-735.
- Wilson, K. G., & Murrell, A. R. (2004). Values-Centered Interventions: Setting a Course for Behavioral Treatment. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. Linehan (Eds.) (2004). *The new behavior therapies: Expanding the cognitive behavioral tradition* (ss. 120-151). New York: Guilford Press.
- Whitney, J.D. (2001). Using intent-to-treat analysis in clinical studies. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 28, 267-269.



## Information till Rektor

### Forskningsprojekt på utvalda högstadieskolor i Stockholms stad med målsättningen att kartlägga ungdomars psykiska ohälsa med fokus på stress och stresshantering

Vi heter Anna Högfeldt och Thora Magnusdottir, och går sista året på Psykologprogrammet i Uppsala. Under nästa år ska det göras en studie där man testar en ny behandlingsmanual på ungdomar med lindrig psykisk problematik. ***Redan nu under höstterminen behöver vi göra en förstudie, där vi testar hur manualen fungerar, för att se om vi behöver redigera den inför den "rätta" studien i vår.*** Bakgrunden till studien är att man ser att psykisk ohälsa ökar bland barn- och ungdomar och att problem i unga år kan verka som grogrund för mer uttalad psykisk ohälsa i vuxen ålder. De vanligaste problemen hos ungdomar är nedstämdhet, oro, sömnsvårigheter och värk, men man ser även ökningarna i frekvensen av självmord och självmordsförsök samt sjukhusvård för depression och ångest.

Det är viktigt med förebyggande insatser för ungdomar som är i riskzonen att utveckla mer uttalade problem med psykisk ohälsa och den planerade studien ska testa om ACT (Acceptance and Commitment Therapy), en relativt ny inriktning inom beteendeterapier, kan vara en effektiv metod i detta avseende. Andra ACT-gruppbehandlingar har tidigare visat goda resultat hos ungdomar.

Fredrik Livheim, leg. psykolog, som bl.a. utbildar gruppleddare i ACT-kurser för ungdomar, är vår externa handledare i detta projekt. Vår handledare på Uppsala Universitet är Ata Ghaderi, docent i klinisk psykologi, leg. psykolog och leg. psykoterapeut. Studien kommer att granskas av etiska kommittén för godkännande och skolöverläkare Mikael Brönnegård har i samarbete med våra handledare arbetat med och godkänt projektplanen.

**Studietitel:** En strukturerad preventiv intervention baserad på "Acceptance and Commitment Therapy" för ungdomar med psykisk ohälsa

Ungdomarna ska vara mellan 14-16 år och gå på högstadieskolor i Stockholm stad. Vi samarbetar med skolhälsovården och skolöverläkare Mikael Brönnegård i rekryteringen av ungdomar till studien. För denna förstudie behövs ca 40 elever, varav hälften ingår i gruppen ACT-behandling och hälften i gruppen TAU (sedvanlig rutinbehandling) som innefattar 2 stödsamtal med skolsjuksköterskan på skolan. Proceduren för förstudien är snarlik den som kommer att ske höst.

I ett första steg screenas de deltagande ungdomarna fram genom att utvalda klasser i årskurs 8 och 9 får fylla i formuläret "Styrkor och svårigheter" (SDQ-Sverige), som även är det formulär som används vid den nationella kartläggningen av barns och ungdomars psykiska hälsa i höst. Vi kommer även att använda oss av formulären GHQ 12 (tolv frågor kring allmän psykisk hälsa) och PSS (fjorton frågor kring självuppfattad stress).

I steg två erbjuds de elever som har skattats över vissa värden ett individuellt bedömnings- och informationssamtal med skolsjuksköterskan på skolan. Vid mötet kommer en förmätning att ske då eleverna får fylla i flera andra mätinstrument avseende psykisk ohälsa. Efter detta

möte kontaktas vårdnadshavarna för ett medgivande att eleven kan ingå i studien. Då föräldrarna har godkänt deltagandet i studien lottas eleverna till en av de två grupperna. Ena gruppen får därefter ACT-behandling under åtta veckor och den andra gruppen får erbjudande om ytterligare två stödsamtal med skolsköterskan på skolan.

### **Sammanfattande fakta om studien:**

- Vi behöver alltså ca 40 ungdomar, i åldern 14-16 år, årskurs 8 och 9.
- Vi behöver vårdnadshavarens medgivande för elev att delta i studien.
- Vi träffar ungdomarna i grupp, 8-10 elever i varje grupp.
- Vi kommer att träffa ungdomarna under åtta veckor, 1 g/vecka under 1,5 timme.
- Träffarna sker i direkt anslutning till den schemalagda undervisningen på skolan.
- Vi har önskemål om att få tillgång till en bildsal på skolan om möjligt.
- Vi utgår från en ny behandlingsmanual som heter "Acceptance and commitment therapy: Experiential Adolescent group" utformad av Louise Hayes och Julie Rowse.
- Behandlingen bygger bl.a. på diskussioner kring ungdomarnas värderingar, att man har ett eget val, att vara närvarande i nuet och att acceptera sig själv.
- I behandlingen ingår det uppgifter då ungdomarna ska teckna och måla. De kommer även att få hemuppgifter.

Vi behöver komma igång med interventionen v 46 för att hinna inom tidsramarna. En rimlig tidplan är:

v. 43: Eleverna fyller i formulären.

v. 45: Eleverna kallas till individuella samtal med oss.

v. 43-44: Insamling av målsmans samtycke och randomisering till olika grupper.

v. 46-51: Intervention.

**Vi är mycket tacksamma för möjligheten att kunna genomföra denna studie på er skola.**

Med vänliga hälsningar,

Anna och Thora

Kontakta oss gärna om du har frågor angående studien:

Anna Högfeldt 0709 – 52 02 56

Thora Magnusdottir 0735 – 33 09 39

## Information till Vårdnadshavare

### **Projekt på Äppelviksskolan, åk 8 och 9: Forskningsstudie av stress och stresshantering, med en metod som kan lära ungdomar att förstå varför de blir stressade och får olika stressymptom, och vad de kan göra för att må bättre.**

Vi heter Anna Högfeldt och Thora Magnusdottir och går sista året på Psykologprogrammet i Uppsala. Till våren ska man göra en stor studie på högstadiet, där man testar en ny träningsmanual för stresshantering hos ungdomar. Redan nu i höst ska vi två göra en liten förstudie till detta projekt, - vi kommer därför att gå till alla klasserna i årskurs 8 och 9 på Äppelviksskolan och ge ut ett formulär på onsdag och torsdag 20-21/10. De som på detta formulär anmäler sitt intresse till att delta i studien och som visar sig vara lämpliga deltagare blir sedan erbjudna en plats på kursen.

De flesta ungdomar mår idag bra, men under de senaste åren har flera rapporter visat att stress och psykisk ohälsa (nedstämdhet, ångest m.m.) ökar bland barn- och ungdomar. Ökningen av stress och psykisk ohälsa är alarmerande eftersom det kan verka som grogrund för mer uttalad psykisk ohälsa i vuxenåldern. Detta är bakgrunden till att vi nu vill göra denna studie på ett antal högstadieskolor i Stockholms stad.

Ungdomstiden är en period med många psykiska påfrestningar och det ställs höga krav på ungdomarna från vänner, samhälle, skola och föräldrar. Samtidigt ökar valmöjligheterna, vilket skapar ytterligare stress. Vi tycker att det är viktigt med förebyggande insatser för ungdomar som är i riskzonen för att utveckla mer uttalade problem, och vill nu testa om ACT-metoden, vilket är en relativt ny inriktning inom de s.k. beteendeterapierna, kan vara en effektiv metod för våra ungdomar i förståelsen och hanteringen av stress.

Vi vill med denna studie och ACT-kurs ge ungdomarna en möjlighet att utveckla sig själva, genom att lära sig att hantera livets stress och svårigheter. Vi kommer att erbjuda kursen till ungdomar som genom ett förtest till själva studien har konstaterade stresssymptom, - *det är alltså ännu inte klart vilka elever som kommer att få ta del av kursen, och om just din ungdom kommer att vara ibland dessa.*

**I denna pilotstudie ingår totalt ca 40 elever, varav hälften får gå ACT-kursen och hälften får möjlighet till stödsamtal med skolsjuksköterskan. ACT-kursen kommer att hållas i skolans lokaler under 1,5 timme per tillfälle, i anslutning till schemalagd undervisning. Kursen pågår mellan v. 46 – 51.**

Kursen handlar om att utveckla förståelse för hur vi kan leva enligt våra egna värderingar och hantera motgångar i livet. Vi jobbar bl.a. med att lära ungdomarna att vara närvarande i nuet och att acceptera sig själva. I kursen ingår det många uppgifter då ungdomarna ska teckna och måla, de kommer även att få lättare hemuppgifter. Vi tror att detta kommer att vara en rolig, men också lärorik kurs för ungdomarna!

I projektet samarbetar vi med skolöverläkare Mikael Brönnegård och skollädaressen på Äppelviksskolan. Vår handledare på Uppsala Universitet är Ata Ghaderi, docent i klinisk psykologi, leg. psykolog och leg. psykoterapeut.

För att Ditt barn ska kunna vara med i studien behöver vi Ditt (Vårdnadshavarens) godkännande och samtycke. Om Du samtycker till att Ditt barn deltar i studien ber vi dig skriva under bifogad svarsblankett och skicka i bifogat svarskuvert, *så snart som möjligt!*

**Deltagandet i kursen är helt frivilligt och Ditt barn kan själv, eller om Du som vårdnadshavare beslutar att Ditt barn ska sluta på kursen, när som helst avbryta deltagandet utan att någon av Er behöver ange skäl till varför ni slutar medverka i studien.**

Med vänliga hälsningar,

***Anna och Thora***

Kontaktuppgifter till oss är:

Thora Magnusdottir: tele 073 5330939

Epost: [thoramagnusdottir@gmail.com](mailto:thoramagnusdottir@gmail.com)

Anna Högfeldt: tele 070 9520256

E-post: [annahogfeldt@yahoo.se](mailto:annahogfeldt@yahoo.se)

Skolöverläkare Mikael Brönnegård: tele 070 4633672

E-post: [mikael.bronnegard@utbildning.stockholm.se](mailto:mikael.bronnegard@utbildning.stockholm.se)

## **Blankett för samtycke av vårdnadshavare**

**Härmed godkänner jag och samtycker till att mitt barn ingår i den beskrivna ACT-studien, och eventuellt deltar i kursen, under HT-2009**

---

Barnets namn och klass

---

Vårdnadshavare (textat)

---

Ort och datum

---

Namnsteckning

## Information till Elev

### **Undersökning av en metod som kan hitta orsaker till stress och som kan lära dig att hantera känslor som kan orsakas av stress, som t ex oro, rädsla, huvudvärk och sömnproblem**

Hej,

Vi heter Thora Magnusdottir och Anna Högfeldt och går sista året på psykologutbildningen i Uppsala. Nu i höst påbörjar vi en kurs som handlar om att hantera stress och andra svårigheter i livet. Det finns många unga människor som inte mår bra idag. Det kan handla om problem i skolan, hemma, med kompisar och i olika relationer. Det kan handla om stress, oro, ensamhet, svårt att äta, sexualitet, dåligt självförtroende och mycket annat. Det är särskilt svårt att vara ung i dagens samhälle med alla krav och valmöjligheter. Man har ofta stora krav på sig själv och samtidigt som man hela tiden måste göra svåra val. Vi tycker att det är viktigt att alla ungdomar får möjlighet att utveckla sin egen förmåga att lösa livets alla utmaningar och svårigheter på ett sätt som passar en själv bäst.

Kursen bygger på en metod som kallas för ACT (Acceptance and Commitment Therapy) som kan lära oss hur vi kan göra för att leva våra liv på det sätt som vi själva vill. Hur vi kan lära oss att förstå varför vi reagerar som vi gör när vi blir stressade och mår dåligt. Vi kommer att tala om hur vårt medvetande fungerar och hur vi kan lära oss av våra erfarenheter. Vi tror och hoppas att du både kommer att ha roligt och att du kan lära dig en hel del som kan hjälpa dig nu och senare i livet.

En stor del av kursen ägnas åt att teckna och rita och åt diskussioner. Det handlar inte om bildlektioner, utan vi använder bild- och formövningarna som en hjälp för att förstå oss själva. Hur duktig man är på att uttrycka sig i bild och form spelar alltså ingen som helst roll. Det är helt upp till dig hur aktiv du vill vara under diskussionerna – man får prata så lite eller så mycket som man själv vill. Du får även med dig lättare övningar att göra hemma.

Du kommer att ingå i en grupp om högst 10 personer med tjejer/killar från åk 8 och åk 9.

Vi kommer att träffas på eftermiddagarna i skolan efter din schemalagda undervisning.

Varje träff tar ungefär 1 ½ timme och det blir åtta träffar under sex veckor.

Vi tror att du kommer att ha stor nytta av kursen, och ser fram emot att träffa dig!

**Deltagandet i kursen är helt frivilligt och du kan sluta när som helst under kursen utan att du behöver förklara varför du vill sluta.**

*Varmt välkommen till kursen!*

Anna och Thora

## UTVÄRDERING

Vi vill gärna veta vad du tyckte om kursen så svara så öppet och ärligt du kan.  
Du kommer att vara anonym.

Vad har du lärt dig på kursen?

.....  
.....  
.....

Hur har du haft användning av dina nya kunskaper utanför gruppen?

.....  
.....  
.....

Vad tyckte du bäst om med kursen?

.....  
.....  
.....  
.....

Vilken övning tycker du var bäst på kursen?

.....

Vad tyckte du inte om med kursen?

.....  
.....  
.....  
.....

Vad skulle du ändra på om du kunde?

.....  
.....  
.....

Skulle du rekommendera dina vänner att gå kursen?

.....

Hur värdefull tycker du att kursen har varit? (Ringa in ett svar)

mycket            ganska            något            lite            inte alls

Tack för din feedback! /Thora och Anna