



Institutionen för psykologi
Psykologexamensuppsats, 30 p
Höstterminen 2009

Prevention av ökad stress, psykisk ohälsa och riskbruk av alkohol baserad på Acceptance and Commitment Therapy

En randomiserad kontrollerad studie baserad på ACT

Ebba Biörklund & Håkan Wall

Handledare

JoAnne Dahl

Bitr. handledare

Fredrik Livheim

Examinator

Ann-Magret Rydell

Opponent

David Adler &
Erik Martinsson Mäkelä

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning	4
Introduktion	5
Prevalens	5
Samtidiga problem.	6
Orsaker till psykisk ohälsa	7
Fånga upp ungdomarna i tid.....	8
Hur ser behandling/preventiva insatser ut i gymnasieskolan?	9
Experiential Avoidance - Inre undvikande.....	12
Acceptance and Commitment Therapy (ACT)	13
Användningsområden samt forskningsstöd för ACT.....	17
Varför ACT för gymnasieungdomar?	18
Syfte	18
Frågeställning:	18
Metod	19
Deltagare	19
Urvalskriterier	19
Design.....	19
Oberoende variabler	20
Interventionsgruppen.....	20
Kontrollgruppen.	28
Beroende variabler	28
Alkoholkonsumtion, AUDIT.	29
Stress, PSS.....	29
Psykisk ohälsa, DASS.....	29
Acceptans och Psykologisk flexibilitet, AAQ-II.....	30
Psykologisk flexibilitet, AFQ-Y.	30
Medveten närvaro, MAAS.	31
Social funktion, YOQ.....	31
Social funktion, Mitt liv.	32
Procedur	32
Rekrytering av deltagare.	32
Samtycke.	32

Randomisering och förmätning.....	33
Kursmaterial.....	33
Kursledare.....	33
Eftermätning.....	33
Etiska överväganden.....	33
Statistisk analys.....	34
Resultat.....	35
Fullföljaranalys.....	36
ITT-analys.....	38
Diskussion.....	40
Resultatdiskussion.....	40
Metoddiskussion.....	42
Urval.....	42
Deltagare.....	43
Design.....	43
Procedur.....	43
Bortfall.....	43
Mätinstrument.....	44
Slutord och Framtida Forskning.....	44
Referenser.....	46
Bilagor.....	53

Sammanfattning

Studien genomfördes i syfte att undersöka om en relativt kort (6 × 2 timmars) ACT-intervention, jämfört med kontrollgrupp, hade någon effekt på psykisk ohälsa, alkoholbruk, stress, psykologisk flexibilitet, acceptans, medveten närvaro och social funktion. Tvåhundra gymnasieungdomar screenades för psykisk ohälsa och riskbruk av alkohol. I studien deltog sammanlagt 24 ungdomar. Trettioen ungdomar slumpades till betingelserna ACT-grupp och kontrollgrupp. Efter slumpning och bortfall på sju personer återstod en kontrollgrupp med elva ungdomar samt en interventionsgrupp med tretton ungdomar. Interventionsgruppen genomgick en sex veckors intervention medan kontrollgruppen erhöll ett informationsblad med kontaktuppgifter till öppen- och skolhälsovård.

För att beräkna skillnad i utfall mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp användes en split-plot-ANOVA. Resultatet visar på statistiskt signifikant interaktionseffekt för variabeln stress med stor effektstorlek (ITT-analys). Interaktionseffekterna för variablerna psykisk ohälsa, alkoholbruk, psykologisk flexibilitet och acceptans hade alla en liten till medelstor effektstorlek. Interaktionseffekterna för variablerna medveten närvaro och social funktion var obefintliga.

Nyckelord: Psykisk ohälsa, riskbruk av alkohol, ungdomar, ACT, skola & prevention.

Introduktion

Den psykiska ohälsan och alkoholkonsumtionen bland ungdomar i Sverige ökat sedan början av 1990-talet (Socialstyrelsen, 2009c). De ungdomar som söker hjälp för alkoholrelaterade och psykiska problem tenderar att på grund av dagens diagnossystem "hamna mellan stolarna" då behandling av dessa problemområden ofta sker separat, på olika instanser, eftersom ansvaret är uppdelat mellan hälso-, sjukvård och socialstyrelse (Socialstyrelsen, 2007). I socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård rekommenderas att de båda problemområdena bör behandlas samtidigt men det framkommer även att det i dagsläget saknas stöd för att någon speciell behandlingsmodell är att föredra (Socialstyrelsen, 2007). I föreliggande uppsats utvärderas en ACT-baserad preventionsbehandling för ungdomar som är i riskzonen att utveckla svårare psykiska problem och/eller missbruk av alkohol.

Prevalens

Den psykiska ohälsan bland unga har ökat och leder till stora kostnader för både individ och samhälle (Skolverket, Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut, 2004). Vanligt förekommande är att psykisk ohälsa och missbruk av alkohol eller andra droger förekommer samtidigt (Armstrong & Costello, 2002; Rohde, Lewinsohn & Seeley, 1996; Rowe, Liddle, Greenbaum & Henderson, 2004). Behovet av att utveckla fungerande metoder som förhindrar utvecklandet av missbruk och psykiska problem är stort (Socialstyrelsen, 2005).

Den självrapporterade psykiska ohälsan har ökat markant bland unga vuxna sedan början av 1990-talet. De unga kvinnorna rapporterar i betydligt högre grad än de unga männen ett nedsatt psykiskt välbefinnande, där var tredje ung kvinna och var sjunde ung man uppger att de lider av ångslan, oro, ångest eller sömnproblem (Socialstyrelsen, 2009c). Vidare rapporterar Socialstyrelsen (2009c) att 20 procent av kvinnorna och 13 procent av männen mellan 16-29 år uppger att de någon gång under livet haft självmordstankar.

Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar kan visa sig på flera olika sätt, dels som det subjektivt upplevda hos individen och dels som för andra observerbara beteenden (Skolverket, Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut, 2004). Flickor uppvisar generellt mer inåtvända problem som ångest, depression, självskadebeteende eller ätstörningar medan pojkar generellt har en utåtriktad problematik (Brodin, 2009).

Att den psykiska ohälsan är utbredd även internationellt bekräftas av EU:s ungdomsrapport 2009, drygt 2 miljoner unga i Europa lider av någon psykisk sjukdom och 9 procent av 18-åringarna är deprimerade (Commission of the European communities, 2009). Bland unga svenskar i åldersgruppen 15-24 år är självmord den vanligaste dödsorsaken (NSAP, 2007). Dessa siffror går igen även internationellt, drygt 7000 unga i Europa begår självmord varje år vilket gör detta till den näst vanligaste dödsorsaken bland unga efter trafikolyckor (Commission of the European communities, 2009; WHO, 2005). Vidare menar Neil och Christensen (2009) att ångest är ett av de vanligaste psykiska problemen bland barn och ungdomar med en prevalens på 4-25 procent. I en litteraturöversikt av Ljungdahl, Malmberg och Bremberg (2007) framkommer att lindriga psykiska besvär ökar risken för allvarlig psykisk sjukdom senare i livet och att självmordstankar, lindrig depression eller dystymi ökar risken för utvecklandet av allvarligare psykiska problem.

Den ökade självrapporterade psykiska ohälsan visar sig i den psykiatriska slutenvårdsstatistiken, de senaste 25 åren har antalet unga kvinnor som vårdas för förstämningssyndrom ökat åttafaldigt (SOU, 2006:77, 2006). Statistik för samma period visar att antalet unga mellan 18-24 år som haft kontakt med den psykiatriska öppenvården nästan fördubblats (SOU, 2006).

Även de unga vuxnas självrapporterade bruk av alkohol har ökat, alkoholkonsumtionen ligger sedan mitten av 2000-talet på en historiskt hög nivå, där gruppen unga vuxna har den högsta alkoholkonsumtionen i befolkningen (Socialstyrelsen, 2009c). Bland gymnasieungdomarna uppger varannan pojke att de intensivkonsumerar alkohol en gång i månaden eller oftare, bland flickorna var motsvarande andel 44 procent (CAN, 2009). Sett till övriga Europa är andelen unga i Sverige som konsumerat alkohol under det senaste året relativt låg (Commission of the European communities, 2009).

Samtidiga problem.

Enligt Rowe och medarbetare (2004) är sambandet mellan psykisk ohälsa och missbruk påtagligt, upp till hälften av de individer som uppfyller kriterierna för substansmissbruk uppfyller även kriterierna för minst en psykiatrisk diagnos. Sambandet går i båda riktningar, Armstrong och Costello (2002) visar att de psykiska problemen debuterar innan ungdomar börjar använda sig av alkohol eller andra droger. Brook, Brook, Zhang, Cohen och Whiteman (2002) visar på det omvända sambandet, att ett tidigt alkohol- eller drogbruk predicerar

utvecklandet av framförallt depression senare i livet. Befolkningsstudier visar att personer med alkohol- eller narkotikaproblem har en klart ökad risk att utveckla psykiska sjukdomar (Socialstyrelsen, 2009c). Rowe med flera (2004) menar vidare att de ungdomar som uppfyller kriterier för samtidig psykisk ohälsa och missbruk löper en hög risk att utveckla vidare problem i vuxen ålder samt att utvecklingen av behandlingsmodeller som adresserar både psykisk ohälsa och substansmissbruk är av högsta prioritet inom nuvarande forskning för/av drogbehandling. I dagsläget finns det ingen välbeprövad specifik behandling för personer med både missbruk och psykisk sjukdom inom svensk sjukvård (Socialstyrelsen, 2009c).

Orsaker till Psykisk ohälsa

En förklaring till den ökade psykiska ohälsan bland unga i Sverige är den förändring samhället genomgått de senaste 60-70 åren med ökad sekularisering och individualisering (Socialstyrelsen, 2009c). Svårigheten för unga att etablera sig på arbetsmarknaden och att få egen bostad anges som andra orsaker till den ökade psykiska ohälsan bland unga, detta blev särskilt tydligt i samband den ekonomiska krisen i början på 1990-talet (SOU, 2006). Särskilt problematiskt att etablera sig i samhället är det för ungdomar med skolmisslyckanden i bagaget (Socialstyrelsen, 2009c). Evans och medarbetare (2005) menar att dagens unga, i den rika delen av världen, etablerar sig senare i vuxenlivet och att denna utdragna ungdomsperiod ger upphov till en ökad psykisk ohälsa bland unga. Evans och medarbetare (2005) menar vidare att illegala droger blivit mer lättillgängliga samt att det finns fler potentiellt farliga miljöer för unga att vistas i nu än tidigare och att detta kan kopplas till den ökade psykiska ohälsan bland unga i västvärlden.

Långvarig stress kan även vara en orsak till psykisk ohälsa. Stress kan leda till flera maladaptiva beteenden som bl.a. drogberoende, rökning, riskfylld alkoholkonsumtion och hetsätning. Långvarig stress ökar risken markant för utmattningssyndrom, depression, sömnstörning och högt blodtryck (Arnsten, 2009). En majoritet av dagens ungdomar uppger att deras största orsak till stress är kopplad till skolprestationer (SOU, 2006; Socialstyrelsen, 2005). I en studie av Murber och Bru (2004) framkom signifikanta samband mellan skolrelaterad stress och psykosomatiska symptom, där de vanligaste symptomen var migrän, huvudvärk eller magont.

Fånga upp Ungdomarna i tid

Statens Folkhälsoinstitut (2008) menar att det är viktigt med universella insatser som når många ungdomar eftersom det är svårt att veta vilka ungdomar som kommer utveckla problem senare i livet, vidare menar Statens Folkhälsoinstitut (2008) att selektiva insatser behövs för de ungdomar som redan utvecklat problembeteenden.

Det finns ett flertal faktorer som påverkar om en individ utvecklar problembeteenden och psykisk ohälsa, dessa kallas risk- och skyddsfaktorer (Skolverket, Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut, 2004). Till riskfaktorerna hör bl.a. aggressivt beteende, bristande föräldratillsyn och antisocial vänskapskrets medan tydliga normer från föräldrar och skola, god anknytning till en positiv föräldrafigur, social kompetens, god problemlösningsförmåga och impuls kontroll är exempel på faktorer som fungerar skyddande för individen (FoU-rapport, 2005; FHI, 2008; Skolverket, Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut, 2004).

Förebyggande (preventiva) insatser kan riktas antingen mot att minska riskfaktorerna eller mot att stärka de skyddande faktorerna (Neil & Christensen, 2009). Det finns tre typer av preventiva insatser: universella, selektiva och indikerade. Universella insatser vänder sig till en hel population där syftet är att förebygga psykisk ohälsa, selektiva insatser riktas till barn och ungdomar som är i riskzonen att utveckla problem. Indikerade insatser vänder sig till barn med en uttalad problematik (Neil & Christensen, 2009). Det gemensamma för effektiva preventiva program är bl.a. att de har en tydlig teoretisk förankring runt risk- och skyddsfaktorer, bygger på kognitiv beteendeterapi (KBT), innehåller färdighetsträning, är frivilliga och har en tydlig målsättning (FoU-rapport, 2005).

De preventiva program som utvärderats syftar framför allt till att minska problembeteenden som kriminalitet, skolk, aggressivitet och störande beteende (FoU-rapport, 2005) I en metaanalys av preventionsprogram i skolan av Wilson, Lipsey och Derzon (2003) var den genomsnittliga effektstorleken (Cohen's d) .41 för indikerade preventionsprogram, .26 för selektiva preventionsprogram och .09 för universella preventionsprogram. Den låga genomsnittliga effektstorleken för de universella programmen förklaras av sk. golfeffekter (FoU-rapport, 2005). Neil och Christensen (2009) menar att indikerade och selektiva preventionsprogram tenderar att ge större effektstorlekar än universella preventionsprogram då det finns större utrymme för förbättring hos de barn och ungdomar som antingen har en utvecklad psykisk ohälsa eller är i risk att utveckla psykisk ohälsa.

Hur ser Behandling/preventiva Insatser ut i Gymnasieskolan?

En majoritet av de preventionsprogram i skolan som utvärderats ges till barn och ungdomar upp till 15 år (FoU-rapport, 2005). För gymnasieungdomar finns det få utvärderade preventionsprogram (FoU-rapport, 2005).

Skolhälsovården har i uppdrag att organisera och erbjuda förebyggande (*preventiva*) och hälsofrämjande insatser för barn och ungdomar (Socialstyrelsen, 2009a). Enligt Socialstyrelsen (2008) finns det ett stort intresse av kunskapsstöd kring psykisk ohälsa hos barn och ungdomar. Framförallt efterfrågas evidensbaserade program som förebygger och bemöter bl.a. depression, ätstörningar, utagerande beteende och drogmissbruk (Socialstyrelsen, 2009a).

För att upptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar använder sig skolhälsovården främst av regelbundna hälsosamtal eller hälsokontroller. Skolan använder sig även av frågeformulär och enkäter gällande välmående, trivsel, hemsituation, psykisk ohälsa och psykosomatik (Socialstyrelsen, 2009a). De program och preventiva åtgärder som används är framförallt kamratstödande, medlings- och konfliktklösande eller värdegrundsstärkande program och riktar sig främst mot kränkande behandling och normbrytande beteende (Socialstyrelsen, 2009b). Majoriteten av skolorna uppger att de, inom skolhälsovården, använder sig av eget utarbetade metoder för att motverka psykisk ohälsa, exempel på detta kan vara samtal eller möten med kurator, skolpsykolog eller skolsköterska, föräldrarverksamhet samt hänvisning till barn- och ungdomspsykiatri eller socialtjänsten. Utöver skolornas eget utarbetade program var Social Emotionell Träning (SET) det program som användes i störst utsträckning (Socialstyrelsen, 2009b). SET bygger på beteendeteori och syftar till att stärka de skyddande faktorerna både på individ- och gruppnivå (FoU-rapport, 2005). Programmet tränar ungdomarna i problemlösningstrategier, att känna igen och hantera känslor, att stå emot grupstryck, att säga nej och att hantera stress (FoU-rapport, 2005). En utvärdering av programmet visar på positiva effekter för psykisk hälsa (Kimber, Sandell & Bremberg, 2008).

Gällande preventionsarbete kring alkohol och droger i skolan är den metod som hittills använts upplysande undervisning kring alkohol, narkotika och tobak, sk. ANT-undervisning. Forskning visar dock att denna metod inte har några direkta effekter på elevers beteende utan

till och med kan vara skadlig för individen (Statens Folkhälsoinstitut, 2006, FoU-rapport, 2005).

För att förebygga stress och psykisk ohälsa bland högstadie- och gymnasieungdomar inom Stockholms stad används två KBT-baserade program, ACT och DISA (Utbildningsförvaltningen, 2009). ACT-programmet är av universell karaktär och riktar sig till alla ungdomar och syftar till att minska stress och psykisk ohälsa (Livheim, 2004). DISA riktar sig till flickor i riskzonen att utveckla depression (Treutiger, 2006). Utvärdering av programmen visar på att de ungdomar som deltagit i ACT-programmet (Livheim, 2004) sänkte sin ångestnivå och höjde sin livskvalitet. Utvärderingen av DISA visar att interventionsgruppen i mindre utsträckning utvecklade depression jämfört med kontrollgruppen (Treutiger, 2006). En tvåårsuppföljning av ACT-programmet visar att effekterna har bibehållits eller förstärkts (Jacobson & Wellin, 2006). Dessa resultat bör betraktas med försiktighet då studierna genomförts som examensuppsatser och ej granskats av oberoende forskare.

Enligt socialstyrelsen (2009b) finns det ett tydligt samband mellan skolans kunskapsmål och barn och ungdomars psykiska hälsa. Därav bör de program och strukturerade arbetssätt som skolan använder utvärderas och granskas. Skolhälsovården är även i behov av ny kunskap med vetenskapligt stöd för att upptäcka tidiga tecken på psykisk ohälsa hos barn och ungdomar (Socialstyrelsen, 2009b).

Endast ca en femtedel av samhällskostnaderna för barn och ungdomar med psykiska problem går till förebyggande verksamhet (Skolverket, Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut, 2004). Väl utformade generella insatser för att tidigt fånga upp barn och ungdomar som är i riskzonen för att utveckla psykiska problem kan bidra till ett minskat tryck på socialtjänst, hälso- och sjukvård samt minska individ- och samhällskostnaderna för den psykiska ohälsan på sikt (Skolverket, Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut, 2004). Utbildningsförvaltningen i Stockholms stad (2009) efterfrågar evidensbaserade preventiva program baserade på KBT som adresserar stress och psykisk ohälsa. Ett preventivt program som riktar sig till ungdomar i riskzonen att utveckla svårare psykiska problem och/eller alkoholmissbruk är således av största intresse att utvärdera.

Vad finns det för Integrerad behandling utanför skolan och hur ser den ut?

Historiskt sett är behandlingen av psykisk ohälsa och missbruk uppdelad på olika instanser med olika behandlingsmetoder beroende på problematik (Batten & Hayes, 2005). Detta leder till att patienter ofta enbart får hjälp med ett av sina problemområden eller måste genomgå två skilda behandlingar vid olika instanser (Batten & Hayes, 2005). Behandlingsstudier som riktar sig mot antingen missbruk eller psykisk ohälsa är väldokumenterade (SBU, 2001, Rapportnr: 156/1; 2004, Rapportnr: 166/1; 2005, Rapportnr: 171/1), det finns dock endast ett fåtal behandlingsstudier som adresserar en kombination av både missbruksproblematik och psykisk ohälsa publicerade.

Enligt granskning av olika behandlingsmodeller framkommer att majoriteten av de studier som finns bygger på antingen motiverande samtal (MI) eller kognitiv beteende terapi (KBT). I en del förekommer behandlingsmodellerna separat och i en del kombineras de i en integrerad modell (Caroll, 2004). KBT fokuserar på att lära ut nya strategier och färdigheter för att handskas med och minska problembeteenden och dysfunktionella tankemönster. Detta görs via psykoedukation, beteendexperiment, exponering och kognitiv omstrukturering. Då KBT används för att behandla missbruk läggs stort fokus på den funktionella analysen av alkoholbeteendet och implementering av alternativa beteenden. Fokus på behandling av psykisk ohälsa ligger främst på att förändra de dysfunktionella tankarna samt beteendeaktivering (Caroll, 2004). Motiverande samtal tycks vara en komponent som igår i många av de integrerade behandlingar som förekommer och används främst för att öka motivationen och följsamheten hos patienten. De studier som inkluderar MI för behandling av psykisk ohälsa och missbruk är främst mindre pilotstudier men indikerar ökat engagemang hos patienter. Resultat på dessa studier kan dock inte visa på att MI som intervention i sig leder till minskat missbruk eller färre psykiska problem (Caroll, 2004).

Nationell psykiatrisamordning och Socialstyrelsen genomförde mellan 2005 och 2007 ett projekt i syfte att kartlägga vårdbehoven för patienter med samtidig psykisk sjukdom och missbruk (Socialstyrelsen & Nationell psykiatrisamordning, 2007). Enligt denna rapport krävs det behandlings- och stödinsatser inom både landsting och kommun för att kunna tillgodose

denna målgrupps behov, vilka inte tycks vara tillräckliga i dagsläget (Socialstyrelsen & Nationell psykiatrisamordning, 2007).

Experiential Avoidance - Inre undvikande

Både psykisk ohälsa och missbruk kan ses som resultat av olika former av inre undvikande (känslomässigt- och kognitivt undvikande, eng. experiential avoidance; EA) (Batten & Hayes, 2005). Då *experiential avoidance* är svårt att direktöversätta till svenska använder uppsatsförfattarna hädanefter förkortningen EA. Stewart, Zvolenzky och Eifert (2002) visar att personer med hög ångestnivå och samtidig missbruksproblematik har en hög grad av EA, dessa personer tenderar att undvika ångest och andra obehagliga känslor samt att använda sig av bland annat alkohol som copingstrategi. Även Biglan, Hayes och Pistorelli (2008) menar att EA ligger till grund för utvecklandet av psykopatologi.

Experiential avoidance operationaliseras som ”när en person är ovillig att vara i kontakt med vissa privata upplevelser (t.ex. kroppsliga sensationer, känslor, tankar, minnen, bilder, beteendemässiga predispositioner) och tar steg för att förändra form eller frekvens av dessa upplevelser eller sammanhanget som orsakar dessa, trots att denna form av undvikande orsakar beteendemässig skada” (Hayes et al, 2004). Detta undvikande som syftar till att kontrollera oönskade tankar och känslor är associerat med en rad psykologiska och beteendemässiga problem. Undvikandet kan topografiskt se väldigt olika ut t.ex. missbruk, dra sig undan socialt eller att ägna sig åt sexuellt högriskbeteende men syftar till samma sak, att undvika obehag (Biglan et al., 2008). Longitudinella data visar att EA predicerar bland annat PTSD-symtom hos traumaoffer samt hur personer med kronisk smärta anpassar sig – där större acceptans av smärta var associerat med bl.a. lägre depression och högre psykosocial funktion (Batten & Hayes, 2005). EA är effektivt på kort sikt, negativt förstärkt, men bidrar på lång sikt med att förvärra problemen samt tar personen längre bort från ett vitalt liv. EA är den process som medierar förhållandet mellan stressfyllda händelser och psykopatologi (Biglan et al., 2008).

Inom forskning i både beteendeanalys och klinisk psykologi framkommer det att ansträngningar för att kontrollera oönskade tankar och känslor (EA), förefaller vara kopplat till en bred samling psykologiska och beteendemässiga problem. Interventioner som minskar EA och hjälper individer att identifiera, och ta konkret handling i riktning mot vad man

värderar som viktigt i livet är verksamt för att avhjälpa problem ett i bredare spektrum av problem i livet (Biglan et al., 2008).

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) .

Behandlingsmetoder som inriktar sig på att minska EA, öka acceptans samt fokusera på långsiktig positiv förstärkning har visat sig vara effektiva för en mängd olika problemområden (Biglan et al., 2008).

En av de terapiformer som är utvecklad för att minska graden av EA och öka livskvalitet är Acceptance and Commitment Therapy, ACT (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Teoretiskt är ACT förankrat i inlärningsteori och *Relational Frame Theory* (RFT) (Hayes et al., 1999). Enligt inlärningsteori skiljer man mellan kontingens- och regelstyrt beteende. Vid kontingensstyrt beteende sker inläringen i direkt kontakt med de situationella betingelserna medan regelstyrt beteende styrs av verbalt formulerade regler. Dessa regler är ofta funktionella, men i vissa sammanhang är de rigida och okänsliga för kontingenserna, vilket förhindrar nyinlärning. Inlärningsteori kan dock inte på ett tillfredsställande sätt förklara verbalt beteende, i detta sammanhang växte RFT fram som en teoretisk förklaringsmodell av mänskligt språk och kognition (Hayes et al., 1999).

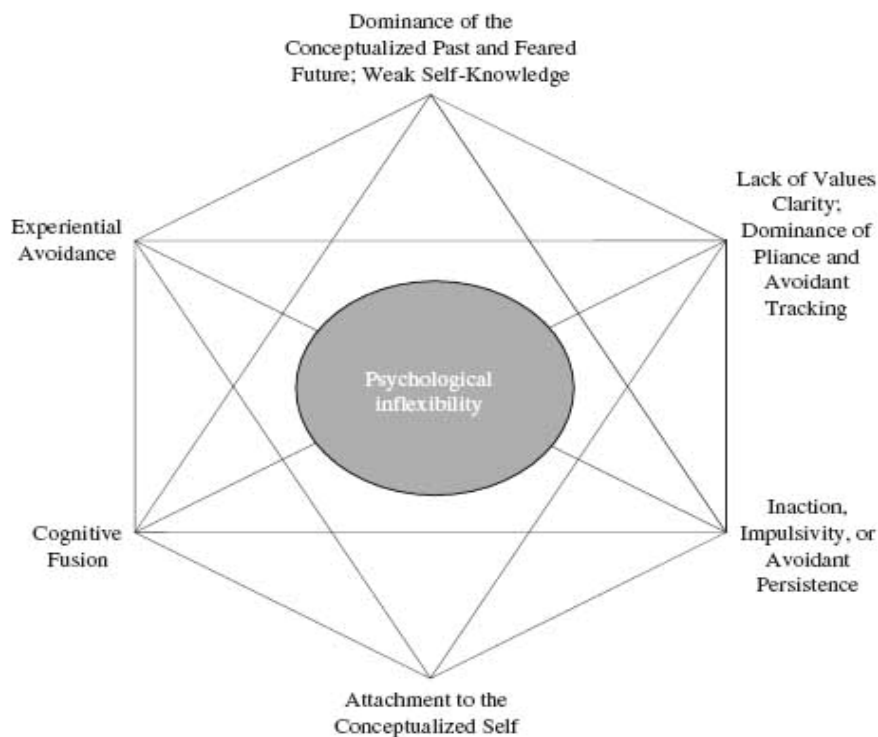
RFT syftar till att förklara hur språket påverkar vårt beteende och bygger på idén att inlärning relationsbaserad repondering begränsar mänskligt språk och kognition (Hayes et al., 1999). Människan, till skillnad från djuren, ger saker och ting en mening (relationsinramning, eng. relational framing), detta gör det möjligt för människan att värdera och jämföra samt lära sig nya saker utan att nödvändigtvis ha konkret erfarenhet av det själv (Hayes, 2005). Människan har med hjälp av språk och kognition lätt att skapa relationer mellan ting, känslor och tankar. Detta leder till att människan kan analysera, problemlösa och uppfinna nya ting (Hayes, 2005).

Grunden till psykisk ohälsa enligt ACT/RFT.

Enligt ACT/RFT ligger grunden för psykopatologi inom språket och kognition, språkliga processer bidrar till att skapa mänskligt lidande (Hayes, Louma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). Hayes och medarbetare menar att språkliga processer är både av godo och av ondo.

Språket möjliggör bl.a. kommunikation, hjälper oss att planera vår framtid, att uppfinna tekniska hjälpmedel som underlättar vår existens, samtidigt kan språket användas för att komma i kontakt med tidigare trauman eller en framtid som inte ter sig så ljus. Via transformation av stimulusfunktion har dock människan möjlighet att godtyckligt associera verbala händelser och stimuli detta kan leda till generalisering av rädsla eller ångest till ting eller händelser man ej erfarit eller varit i kontakt med, t.ex. inadekvat oro inför framtiden (Hayes et al., 1999). Hayes menar att denna förmåga ligger till grund för utvecklandet av psykopatologi (Hayes, 2005).

Enligt ACT kan språk och kognition bidra till att människan fastnar i rigida verbala regler (eng. cognitive fusion), blir upptagen i tankar kring dåtid eller framtid (eng. lack of contact with the present moment), saknar värderad riktning (eng. lack of values clarity), undviker att handla i enlighet med det man värderar (eng. inaction, impulsivity, or avoidant persistence), blir känslomässigt och kognitivt undvikande (eng. experiential avoidance) eller likställer sig själv med sina tankar och känslor (eng. attachment to the conceptualized self) (Hayes et al., 2006).



Figur 1. Modell över ACT-komponenter

ACT som intervention.

De olika grundprocesserna inom ACT syftar till att luckra upp språkliga processer och hjälpa personer att leva ett vitalt liv. De sex grundprocesserna är kognitiv frikoppling, acceptans, medveten närvaro, jaget som sammanhang, värden och handling. Målet med en ACT-intervention är att skapa en större psykologisk flexibilitet samt att fokusera på positiva psykologiska färdigheter istället för att undvika psykopatologi (Hayes et al, 2006). Något som delvis skiljer ACT från mer traditionell KBT och därför gör den särskilt lämplig som preventiv behandlingsinsats är att metoden grundar sig på breda modeller samt hur man kan leva på ett mer effektivt och funktionellt sätt snarare är att fokusera på att eliminera patologi per se. En konsekvens av att individen lever ett mer funktionellt liv tycks vara en minskning av självrapporterade psykiska symtom (Biglan et al., 2008). Nedan följer en kort beskrivning av de olika processerna och hur dessa kan kopplas till psykisk ohälsa och riskbruk av alkohol.

Kognitiv frikoppling.

Tekniker som används inom denna process syftar till att förändra sättet en individ förhåller sig samt relaterar till sina tankar (Hayes et al., 2006). Oönskade tankar och känslor dyker ständigt upp p.g.a. vår inlärningshistoria. Målet inom ACT är att se tankarna för vad det är inte för vad de säger att de är, detta görs via en mängd olika tekniker. Ett sätt är att förhålla sig till en tanke är på ett mer distanserat sätt är att se tanken enbart som en tanke; "jag har en tanke som säger att jag har så mycket ångest att jag inte kan gå till skolan" istället för att förhålla sig till en tanke som om den vore sann; "jag har så mycket ångest så jag kan inte gå till skolan". Tanken på hur plågsamt det kan vara att befinna sig i skolan när man har ångest kan blir så övertygande att det leder till undvikandebeteende. På detta sätt kan en person som ser sina tankar som sanningar begränsa sig inom även andra områden, t.ex. fritidsaktiviteter, umgänge eller arbete.

Acceptans.

Acceptans används bl.a. som teknik för att minska EA (Hayes et al, 2006). Acceptans syftar till att lära patienter överge dysfunktionella tankemönster samt acceptera de tankar, känslor eller händelser i det förflutna som inte går att kontrollera eller påverka (Hayes et al, 1999). Exempel på övning i acceptans kan vara att, i en trygg miljö, tillåta sig att känna de obehagliga känslor som man så länge försökt att kontrollera, förtränga eller kämpa emot. En

annan övning är att skriva upp alla de strategier man använt sig av för att försöka kontrollera obehagliga tankar eller känslor samt hur detta fungerat på kort och lång sikt; "För att slippa känna ångest och oro slutade jag gå till skolan, började äta medicin, drack alkohol o.s.v.". Dessa strategier är sällan effektiva på lång sikt utan ofta olika uttryck av EA som tar individen längre ifrån ett vitalt liv. Alternativet till dessa strategier är villighet (acceptans) att ha och känna ångest och oro.

Medveten närvaro.

Medveten närvaro används för att patienter skall lära sig att se på tankar, känslor och företeelser mer objektivt utan att döma eller värdera. Syftet med medveten närvaro är att via objektivt beskrivande förhindra att falla för impulser eller se tankar som sanningar och därmed den psykologiska flexibiliteten (Hayes et al, 2006). En övning i medveten närvaro kan innebära att man beskriver ett föremål eller en känsla enbart utifrån dess faktiska egenskaper, utan att döma eller värdera. Övning i medveten närvaro kan hjälpa individer att komma i kontakt med vad som verkligen är viktigt i ens liv.

Jaget som sammanhang.

Motsatsen till att se sig själv som sammanhang är att likställa sig med sina tankar, erfarenheter och känslor. Med hjälp av språket har människan lätt att skapa regler som man tolkar bokstavligt; "jag är en ångestfylld person" eller "jag kan inte slappna av på en fest om jag inte dricker alkohol". Tankar som är värderande och kopplade till självbilden kan bli oerhört destruktiva och leda till undvikande beteende (Hayes, 2005). Att se på jaget som sammanhang innebär att man intar en roll som "observerade jag". Detta observerade jag är någon man varit hela livet, samtidigt som tankar, känslor och kroppsliga förnimmelser har passerat. Genom övning i medveten närvaro och kognitiv frikoppling kan man lära sig att se jaget som sammanhang istället för jaget som innehåll.

Värden.

Värden är hur en individ vill vara mot sig själv eller andra inom olika domäner (arbete/utbildning, fritid, relationer och hälsa) i livet samt vad man tycker är viktigt inom respektive domän. Genom att specificera sina värden, t.ex. "jag vill vara en ärlig och empatisk vän", "jag vill ta hand om min fysiska hälsa" eller "jag vill arbeta med saker som gör att jag ständigt utvecklas", kan man skapa delmål som hjälper individen att leva i enlighet med sina

värden. Dessa värden fungerar som naturliga positiva förstärkare för individen och ökar motivationen att ändra eller utöka sitt beteende.

Handling.

Handling innebär att man tar steg i sin värderade riktning, för att göra detta måste man skapa delmål som går i enlighet med sin värderade riktning. Eventuella hinder som ligger i vägen måste också iaktas. Ångest, stress eller negativa tankar kan vara faktorer som ses som hinder för att ta steg i sin värderade riktning; "jag kan inte gå och fika med min vän för jag är stressad" eller "jag kan inte gå och träna för jag är ful, folk kommer skratta åt mig". Med hjälp av övning i acceptans, kognitiv frikoppling och medveten närvaro kan individer lära sig att göra det som är viktigt i ens liv trots de hinder som ligger emellan.

Användningsområden samt Forskningsstöd för ACT.

ACT har testats som behandlingsmetod inom en mängd olika problemområden, de studier som hittills genomförts för att utvärdera ACT som terapimetod visar i majoritet goda resultat. ACT har visat sig vara lika bra och i vissa fall bättre än andra välbeprövade terapimetoder (Hayes, 2005). Randomiserade kontrollerade studier har visat att ACT är en effektiv behandlingsmetod för bl.a. depression, ångest och långvarig kronisk smärta (Powers, Zum Vörde Sive Vörding & Emmelkamp, 2008).

I en metaanalys av Hayes et al. (2006) summeras resultaten av 21 randomiserade kontrollerade studier med ACT-interventioner. Dessa studier omfattar ett brett spektrum av problem t.ex. drogmisbruk, kronisk smärta, ångest, depression, att hantera psykosymtom, rökning, arbetsrelaterad stress, utmattningsdepression, självskadande beteenden, tvångssyndrom och epilepsi. De genomsnittliga effektstorlekarna vid eftermätning var (Cohen's d) .66, (N=704) och vid uppföljning d .65 (N=580).

ACT har även använts med framgång för en rad problem som kan drabba ungdomar. Vetenskapligt stöd för ACT-interventioner med ungdomar innefattar ungdomar i riskzonen för att falla ut ur skolsystemet, behandling för tonårsflickor med sexuellt högriskbeteende samt tonårsflickor med anorexi (Greco & Hayes, 2008).

Wicksell, Melin, Lekander och Olsson (2009) har utvärderat ACT jämfört med multidisciplinär behandling för behandling av ungdomar med kronisk smärta. Resultatet visar

att ACT-gruppen sänkte sin upplevda smärta samt angav högre funktionsnivå i relation till smärtan jämfört med gruppen som fick multidisciplinär behandling (Wicksell et al., 2009).

Varför ACT för gymnasieungdomar?

Interventioner som lär ut acceptans av negativa tankar och känslor samt lär individer att leva efter sina värderade riktningar kan förhindra en mängd olika typer av psykiskt lidande (Biglan et al., 2008). Ungdomar påverkas i hög grad av varandra, en av de vanligaste riskfaktorerna till problembeteende bland ungdomar är negativt gruppträck (Biglan et al., 2008). Oro för social acceptans är hög och skulle kunna motverkas via ACT-baserade program som hjälper ungdomar att definiera sina värderade riktningar, lär ut acceptans samt arbetar med kognitiv defusion (Biglan et al., 2008).

Syfte

Den samlade bilden tyder på att psykisk ohälsa och alkoholbruk bland ungdomar idag är relativt hög samt att det efterfrågas vetenskapligt förankrade metoder för att förhindra samt behandla utvecklandet av psykisk sjukdom. Vårt syfte är att undersöka vilka effekter en manualbaserad, sex gånger två timmars, universell preventiv insats baserad på ACT har på psykisk ohälsa, stress, alkoholbruk, social funktion, acceptans, psykologisk flexibilitet och medveten närvaro jämfört med en kontrollgrupp.

Frågeställning:

Vilken effekt har en sex gånger två timmars ATC-intervention jämfört med en kontrollgrupp med avseende på:

- Psykisk ohälsa
- Stress
- Alkoholbruk
- Psykologisk flexibilitet
- Acceptans
- Medveten närvaro
- Social funktion

Metod

Deltagare

Deltagare till studien rekryterades via en kommunal gymnasieskola. Elva klasser i årskurs 1-3 informerades om studiens syfte och upplägg och fick därefter, på frivillig basis, fylla i ett kort screeningformulär (se bilaga 1). I detta formulär fick ungdomarna ange om de ville bli kontaktade för att få mer information om studien. De ungdomar som uppgett intresse kontaktades sedan via telefon och fick utförlig information om studien och erbjöds deltagande. Informationsmaterial och medgivandeblanketter skickades ut. De ungdomar som returnerat medgivandeblanketten slumpades sedan till interventionsgrupp eller kontrollgrupp. Samtliga ungdomar erhöll två biobiljetter var, en biobiljett för varje tillfälle de fyllde i mätformulär. Sammanlagt deltog 24 elever i studien. Interventionsgruppen bestod av 13 ungdomar, 2 pojkar och 11 flickor, och kontrollgruppen bestod av 11 ungdomar där samtliga var flickor.

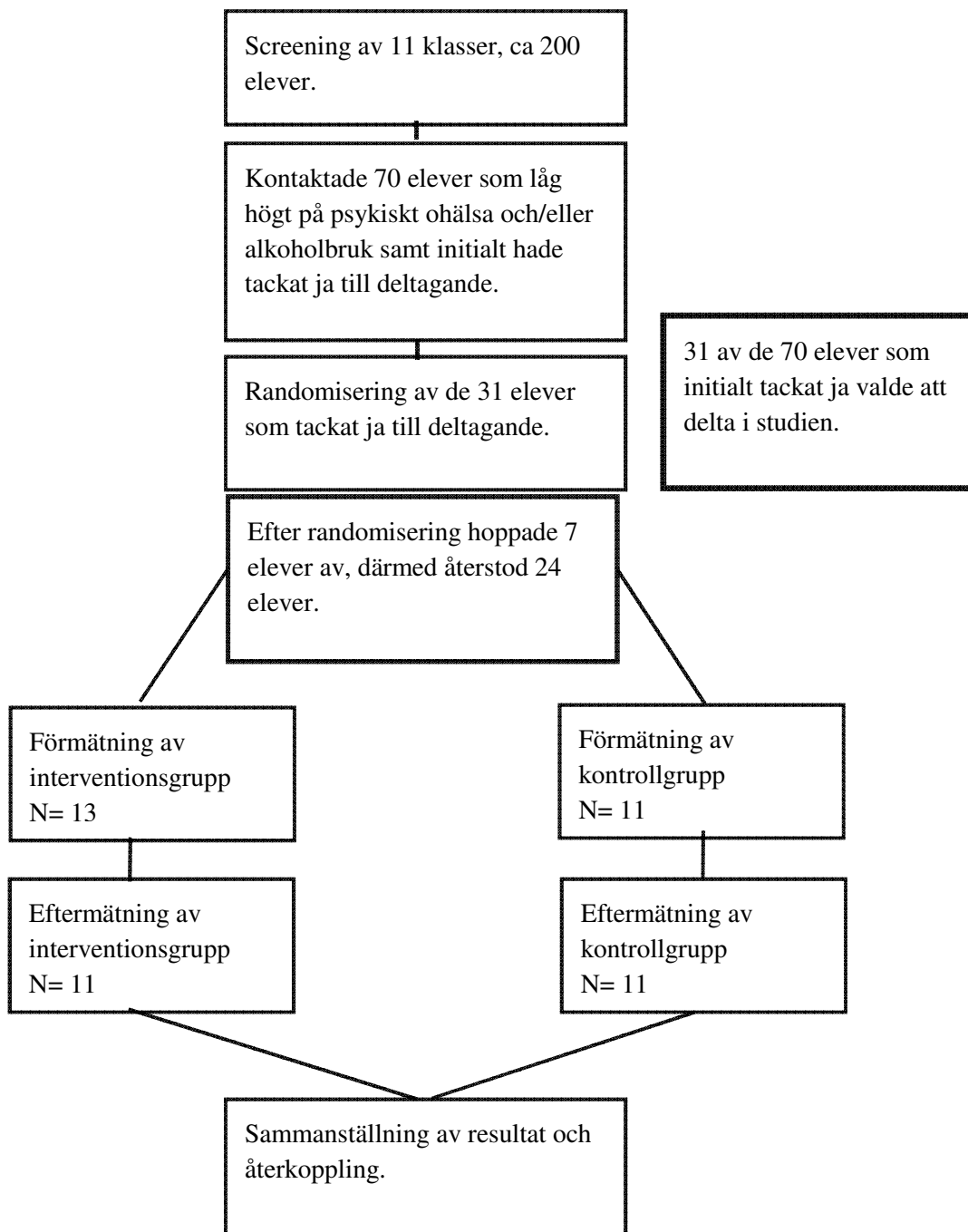
Urvalskriterier

De ungdomar som upplevde att de hade problem samt var intresserade inkluderades i studien. Inga formella inklusionskriterier fanns.

De ungdomar med en uttalad beroendeproblematik eller som led av allvarliga psykiska problem (t.ex. suicidalitet eller ätstörning) beslöts exkluderas från studien och hänvisas till ansvarig skolläkare. Under studiens gång uppvisade ingen av de inblandande ungdomarna några allvarliga psykiska problem eller beroendeproblem.

Design

Mellangrupsdesign med för- och eftermätning. Oberoende variabler utgjordes av mellangrupsvariabeln grupp (ACT-intervention eller kontrollgrupp) och inomgrupsvariabeln av tid (för- och eftermätning). Beroende variabler i studien utgjordes av resultaten på mätinstrumenten; AAQ-II, AFQ-Y, AUDIT, YOQ, DASS, PSS, MAAS och Mitt liv. Nedanstående flödesschema beskriver studiens design.



Figur 2. Flödesschema över studiens design

Oberoende Variabler

Interventionsgruppen.

Interventionen omfattade totalt tolv timmar fördelade på sex tillfällen, varje grupp innehöll 5-7 ungdomar och grupperna hölls av två utbildade gruppledare. Kursen bygger på en reviderad version av manualen "ACT- att hantera stress och främja hälsa" (Livheim, 2004). Innehållet domineras framförallt av övningar i medveten närvaro, upplevelsebaserade övningar samt

olika reflektionsövningar. Hemuppgifter gavs vid fem av sex kurstillfällen. Syftet med denna kurs var att förbättra deltagarnas livskvalitet, bredda deras beteenderepertoar samt främja psykologisk flexibilitet. ACT - interventionen gavs i skolans lokaler på håltimmar eller i samband med avslutad lektionstid.

Den befintliga manualen "ACT - att hantera stress och främja hälsa" (Livheim, 2004) riktar sig till normalpopulation och reviderades i syfte att anpassas till en population med både ångest- och depressionssymptom samt alkoholproblem. För att göra kursen mer lätthanterlig för deltagarna ändrades upplägget till sex träffar på två timmar per träff istället för fyra träffar på tre timmar per träff. Språket modifierades även till mer lättförståeligt och vardagligt. Då den reviderade manualen även avsågs adressera alkoholproblem lades ett avsnitt om hjärnans belöningssystem till samt ett avsnitt hur man kan förstå alkoholmissbruk funktionellt. Genomgående har överflödiga avsnitt tagits bort och ersatts eller modifierats till mer upplevelsebaserade övningar.

Träff 1.

Övergripande syfte med träff ett var att skapa allians, ge deltagarna inblick i hur hjärnans belöningssystem fungerar, hur man kan förstå olika problem via funktionell analys samt att introducera medveten närvaro. Första träffen inleds med presentation av kursledare och deltagare, i samband med detta presenteras även ramar och riktlinjer för kursens gång. Deltagarna får även chans att skriva ned vad de förväntar sig av kursen, tanken med detta moment är att införliva en värderad riktning inom ramen för kursen. Under hela kursens gång får deltagarna följa en fiktiv figur som går under namnet Kim. Kim följer kursen som en röd tråd och rollspelas av kursledarna för att introducera olika övningar.

I träff ett får man följa Kim då h*n går på sin *Livslinje*, för utförlig information om övningen se Dahl, Plumb, Stewart och Lundgren (2009, s. 115-120). Denna övning innebär att Kim får berätta om olika förluster som påverkat honom/henne. Genom att se vad förlusterna handlar om, till exempel relationer, kan man identifiera Kims värderade riktning. Den värderade riktningen innebär att Kim får exemplifiera hur h*n vill vara gentemot sig själv och andra, till exempel accepterande, respekterande och kärleksfull. Kims agerande (operant betingning) visar på den obehagliga känslan (respondent betingning) vid förlusterna (rädd, ledsen) hur h*n slutat att gå i sin riktning. Meningen är att Kim ska få en förståelse och acceptans för sin inlärningshistoria och se att h*n följer ett mönster av undvikande av negativa känslor.

Deltagarna fick reflektera över övningen och se om de kunde identifiera sig med Kim eller applicera övningen på deras egen inlärningshistoria.

Aktiva ACT-komponenter i denna övning är: *acceptans, jaget som kontext, värderad riktning.*

I varje träff fick deltagarna öva på olika typer av medveten närvaro, dessa övningar presenteras i form av högläsning. Deltagarna uppmanas att komma i kontakt med sin naturliga andning samt slappna av i kroppen och lyssna till kursledarens röst. I träff ett introduceras en övning som kallas för *Sugsurfning*, denna övning syftar till att deltagarna skall få uppleva den obehagliga känsla som t.ex. sug efter alkohol eller droger medför utan att fly utan istället ge känslan det utrymme den behöver. Tanken är att deltagarna, i en lugn och avslappnad miljö, skall få erfarenhet av känslor de vanligtvis undviker och därmed lättare acceptera dessa känslor även i det vardagliga livet.

Aktiva ACT-komponenter i denna övning är: *acceptans, medveten närvaro, kognitiv frikoppling.*

Träff ett fortsatte med diskussion kring dysfunktionella undvikanden. Deltagarna fick tillsammans fundera över olika beteenden som gör att de undviker obehag men samtidigt går ifrån det som verkligen är viktigt för dem. Beteendena delas upp i olika funktionella klasser, t.ex. undvikande, presterande. Deltagarna får fylla i en blankett (situation/tanke/känsla) där de kan identifiera sina egna strategier för undvikande.

Vidare fick deltagarna följa ett rollspel med Kim då h*n identifierar sina undvikandestrategier.

Situation	Vad gör Kim?	Vad blir det för konsekvenser?
Ex 1. Kim är på fest med kompisar där det finns alkohol tillgängligt.	Dricker	<u>På kort sikt</u> känns det ännu bättre. <u>På lång sikt</u> lär sig Kim att alkohol är ett sätt att hantera känslor och Kim kommer längre ifrån det liv h*n vill leva.
Ex 2. Är hemma och har en jobbig känsla i kroppen och tänker på hur hopplöst allting är.		<u>Kim lär sig</u> att det går att påverka hur man känner med hjälp av alkohol.

Träff ett fortsätter med en genomgång av hjärnans belöningssystem. Detta avsnitt hade i avsikt att öka förståelsen hos deltagarna för varför man blir beroende av droger och alkohol.

Slutligen introducerades medveten närvaro som en strategi att hantera obehag. En skiva med olika övningar delades ut och hemuppgifter förklarades.

Träff 2.

Övergripande syften med andra träffen var att introducera *Livskompassen* och därmed identifiera värderade riktningar. Deltagarna fick även fundera över vad som hindrar dem att leva så som de önskade samt lära sig hur man kan bemöta och hantera oönskade tankar.

I övning i medveten närvaro fick deltagarna prova på att iaktta sin andning då de tänkte på något som var stressande, oacceptabelt eller smärtsamt. Deltagarna uppmanades att först plocka in den obehagliga tanken och se vad som hände med andningen, därefter uppmanades de att plocka in tanken igen samtidigt som de fokuserade på en lugn och naturlig andning. I denna övning lär man sig hur lätt tankarna kan påverka kroppen via det sympatiska nervsystemet, genom att fokusera på sin lugna andning och låta de jobbiga tankarna eller kroppsliga sensationerna vara precis som de är får deltagarna uppleva att tankar och förnimmelser är övergående fenomen som man inte behöver kontrollera.

Aktiva ACT-komponenter i denna övning är: *acceptans, medveten närvaro, frikoppling från språket.*

Träff två fortskred med arbete kring *Livskompassen*, via ett rollspel med Kim fick deltagarna se vad Kim hade gjort för att försöka hantera sin situation. Rollspelet inleddes med att Kim uppgav strategier för att ta bort/hantera obehaget. Kim inser snart att dessa strategier enbart fungerat på kort sikt, på detta vi skapas en *Kreativ hopplöshet* hos Kim. *Kreativ hopplöshet* är ett viktigt begrepp inom ACT och framträder då deltagaren inser att de strategier hon/han har för att kontrollera/ta bort eller hantera något obehagligt enbart fungerar på kort sikt, tanken är att deltagarens motivation att använda sig av strategier som villighet och acceptans skall öka och därmed skapa ett mer flexibelt förhållningssätt till obehag.

Aktiva ACT-komponenter i denna övning är: *kreativ hopplöshet, acceptans.*

Deltagarna fick via ett rollspel lära sig hur *Livskompassen* fungerar och hur man kan använda den. *Livskompassen* bygger på en modell som är uppdelad i fyra olika delar; relationer, arbete/utbildning, fritid och egenvård/hälsa. Inom varje område skall man fundera ut vad man anser vara viktigt. Relevanta frågor man kan ställa sig är följande; hur skulle jag vilja

behandla mig själv? Hur vill jag behandla andra? Om det inte fanns något som hindrade mig, vad skulle jag då arbeta med? Vad skall jag göra för att ta hand om min kropp och själ o.s.v?

För att hjälpa deltagarna att komma på sina livsriktningar, vad man vill att sitt liv ska innehålla och stå för, genomfördes en övning i medveten närvaro där deltagarna fick föreställa sig att de möter sig själva som 90-åringar. Målet med denna övningen är att få deltagarna att bli medvetna om eventuella skillnader som kan finnas mellan sina värderingar och det de faktiskt gör i sin vardag. Att bli medveten om dessa skillnader kan öka motivationen till att göra förändringar i riktning mot det liv de vill leva. I denna imagenära övning får deltagarna föreställa sig att de möter tre personer som varit viktiga i deras liv. Dessa personer får var och en för sig berätta om hur de såg på dig och ditt liv, vad ditt liv har handlat om.

När deltagarna identifierat sina livsriktningar går man över och arbetar med hinder. Även här gjordes ett rollspel med Kim, vad är det som hindrar Kim att leva som h*n vill? Deltagarna fick komma med förslag på hur de kan hjälpa Kim. Därefter fick de fundera över vad som hindrar dem att leva som de önskar, deltagarna antecknar här vad de kommer fram till.

Aktiva ACT-komponenter i denna övning är: *handling*.

Avslutningsvis i träff två gjordes en övning som kallas för *Bussmetaforen*. Denna övning går ut på att kursledaren presenterar en situation där Kim har ett mål men hela tiden störs av en mängd oönskade tankar. Deltagarna fick skriva ner förslag på vad tankarna kan handla om. Deltagarna fick sedan representera de tankar som de skrivit och då rollspela denna tanke. Under övningens gång får deltagarna ”störa” Kim genom att ständigt upprepa den oönskade tanke de representerar. Kim går i sin riktning på livslinjen samtidigt som tankar kommer och ställer sig i hennes/hans väg. Nedanstående visar hur Kim förhåller sig till tankarna på olika vis.

Steg 1: Gör som h*n brukar med tankarna, argumentera och ge efter.

Steg 2: Verkligen försöka argumentera över tankarna.

Steg 3. Lyssna på, se och acceptera att tankarna finns där trots att h*n gå i sin riktning.

Aktiva ACT-komponenter: *frikoppling från språket, jaget som kontext, värderad riktning, acceptans, åtagande*.

Träff 3.

Det övergripande syftet med träff tre var att förmedla hur man kan omsätta livsriktning till handling, detta gjordes via olika övningar, rollspel och metaforer. Träff tre inleddes med *Skidåkarmetaforen*, vars budskap handlar om vad som är viktigast, målet eller vägen dit. Metaforen syftar till att berätta att det är lätt att hamna i en fälla där man tror att då ens mål är uppfylla finner man lycka. Problemet med denna livssyn är att man då lever i en konstant saknad eftersom det man önskar är något man saknar. För att komma ur denna spiral kan man använda mål som medel för att engagera sig i en process och behålla en riktning i livet.

Aktiva ACT-komponenter: *värderad riktning, acceptans, handling.*

Deltagarna tilldelades sedan ett formulär för att bryta ned livsriktningar till handling och kartlägga hinder. För att exemplifiera detta avsnitt för deltagarna gjordes ett rollspel med Kim där h*n visar hur ett konkret mål kan bli en livsriktning och hur man kan agera i enlighet med sin livsriktning. Därefter gick vi igenom vad som kan hindra en att ta konkreta steg och handlingar i riktning mot de mål och livsvärderingar man har. Kursledare förklarade även att agerande i enlighet med sina livsriktningar inte alltid innebär att något är kul eller skönt utan att det även kan vara smärtsamma saker man behöver ta itu med. Inom ACT handlar det nämligen inte om att ta sig förbi hindren, inte heller att ta sig genom dem, utan om att ha de med sig.

Aktiva ACT-komponenter: *värderad riktning, handling.*

Vidare gjordes ett rollspel, kallat *De förtrycktas teater*, där deltagarna var aktiva och interagerade. Rollspelet bygger på *Livslinjen*. Kims behandlare berättar för Kim att *Livslinjen* representerar hans/hennes liv, alltså representerar linjen 'här och nu', dåtid och framtid. Tanken med den här övningen är att visa att Kim inte kommer undan smärtsamma händelser (olika kontingenser) som påminner om tidigare händelser där Kim tagit till olika strategier för att undvika det jobbiga (t.ex. att undvika jobbiga känslor med alkohol).

Aktiva ACT-komponenter: *värderad riktning, handling, acceptans.*

Träff 4.

Träff fyra handlade i stort om hur tankar påverkar oss, hur hjärnan reagerar på hotfulla stimuli samt hur man skall bemöta och hantera tankar av olika slag. Träffen inleddes med övning i medveten närvaro som introducerar begreppet ”det observerande jaget”. Denna övning syftar till att lära individen att se sig själv som hon eller han är istället för att likställa sig själv med sina tankar.

Aktiva ACT-komponenter: *medveten närvaro, frikoppling från språket, jaget som kontext.*

Avsnittet efter detta handlade om hjärnan och hur människan evolutionärt har lärt sig att agerar på faror via flykt eller kamp samt hur människans logiska tänkande skapar en regel som lyder; ”om det är något du inte gillar så kom på hur du kan bli av med det och gör dig av med det”. Problemet med denna regel är att den inte fungerar då det handlar om våra tankar och känslor, detta illustreras med hjälp av övningen *Tänk inte på numren*. I denna övning uppmanades deltagarna att välja ut tre nummer mellan 1-10 och efter detta slumpvis tänka på olika nummer mellan 1-10 förutom de nummer de valt ut.

Aktiva ACT-komponenter: *frikoppling från språket, acceptans.*

Därefter presenterades ett avsnitt kring hur språket påverkar hur vi tänker och handlar, främst handlar det om de små orden ”och” och ”men”. Dessa ord kan påverka oss mer än vad vi tror. Deltagarna tillfrågas i vilket av de två följande fallen de skulle ha följt sin tänkbara riktning att gå och träna; ”Jag vill träna MEN jag är så trött” eller ”jag vill träna OCH jag är så trött”.

Aktiva ACT-komponenter: *frikoppling från språket.*

Efterföljande övning var *Schackmetaforen* som handlar om hur våra tankar påverkar och styr oss. Detta avslutande moment syftade till öka deltagarens förståelse för att tankarna kommer att fortsätta att argumentera men att man kan inta en observerande och betraktande roll istället för att ge sig in i den livslånga argumentationen. Deltagarna fick här en fysisk upplevelse av hur det är att vara i argumentationen samt hur det är att betrakta/acceptera detsamma.

Aktiva ACT-komponenter: *frikoppling från språket, acceptans.*

Träff 5.

Träff fem handlade i stort om att välja acceptans och villighet framför kontroll som strategi att hantera obehagliga tankar och känslor. Träffen inleddes med en övning i medveten närvaro där deltagarna uppmanades att släppa in en obehaglig tanke eller känsla samtidigt som de uppmärksammade vad som hände med deras andning.

Aktiva ACT-komponenter: *acceptans, medveten närvaro.*

Efterföljande avsnitt relaterades till regeln som togs upp i träff fyra; ”*om det är något du inte gillar så kom på hur du kan bli av med det och gör dig av med det*”. Deltagarna fick komma med förslag på hur man kan lösa olika situationer, t.ex. vad gör jag om jag har en vän som jag inte tycker om? eller vad gör jag om jag har ångest? Deltagarna fick fundera över hur den strategi de tagit upp fungerar både på kort och på lång sikt.

Aktiva ACT-komponenter: *acceptans.*

Vidare skiljs det på onödigt och naturligt obehag/smärta. Anledningen till denna uppdelning är att viss smärta och obehag kan man som individ inte undgå, människor i vår närhet kommer att gå bort och vi kommer vara med om obehagliga saker, detta klassificeras som det naturliga obehaget. Det onödiga obehaget är känslomässigt obehag och störande tankar som skapas då man försöker kontrollera sina känslor. Istället för att undvika eller försöka kontrollera obehag eller smärta kan man använda sig av acceptans som alternativ. Deltagarna fick här följa Kim då h*n hanterar obehagliga tankar och känslor.

Aktiva ACT-komponenter: *handling, värderad riktning, frikoppling från språket, acceptans.*

Träff 6.

I sista träffen låg fokus på att hitta medkänsla med sig själv samt sammanfatta och repetera vad som hänt under de fem föregående träffarna. Även träff sex inleddes med en övning i medveten närvaro, denna övning syftade till att öka förståelse och medkänsla för sig själv och för andra människor.

Deltagarna fick göra en övning kallad *Eyes on*. Detta är en praktisk övning i att stå ut med jobbiga känslor tillsammans med någon annan. Övningen är ganska krävande av deltagarna och kan väcka många obehagliga känslor. Övningen gick till så att deltagarna sitter två och

två mittemot varandra, deltagarna uppmanas att sitta still och endast titta på varandra i ca 3-4 minuter. Tanken bakom övningen är att deltagarna skall få uppleva olika känslor och försöka att stanna kvar i dem utan att fly, på detta vis skapa acceptans och utrymme för det känslospektra man besitter. Efter övningen diskuterades tankar och reflektioner.

Aktiva ACT-komponenter: *medveten närvaro, acceptans.*

Efter ovanstående övning fick deltagarna tänka efter och fylla i ett formulär där de skulle sortera vilka aktiviteter i deras liv som *ger näring, är tillfredsställande* eller *tar kraft*. Tanken är att det här skulle tänka efter om de lever i enlighet med sina livsriktningar samt har en balans mellan de olika områdena i sin livskompass. Deltagarna uppmanades även fylla på sina livskompasser om det kommit upp något nytt.

Aktiva ACT-komponenter: *värderad riktning, handling.*

Som återfallsprevention gjordes ett rollspel med Kim där deltagarna fick komma med förslag på jobbiga eller obehagliga saker som kan inträffa i Kims liv. Exempel på detta kan vara att någon dör, att Kim förlorar jobbet eller att Kim blir lämnad av någon h*n älskar. I rollspelet går Kim på sin livslinje och något obehagligt händer, deltagarna får då komma med förslag på hur Kim kan förhålla sig till/hantera denna händelse. Frågor som ställs till deltagarna är följande; *Hur kan Kim hantera denna situation? Vad kan Kim tänka på? Vad kan Kim göra för att underlätta för sig själv? Vad skall Kim göra av alla jobbiga tankar som dyker upp?* Avslutningsvis görs en kort repetition av kursen där de mest centrala delarna tas upp, deltagarna får även tips om hur de kan arbeta vidare på egen hand.

Kontrollgruppen.

De ungdomar som slumpades till kontrollgruppen erhöll ett informationsblad innehållande kontaktuppgifter till t.ex. elevvård, ungdomsmottagning eller barn- och ungdomspsykiatri, dit de vid behov kan vända sig för professionell hjälp (se bilaga 4).

Beroende Variabler

De beroendevariabler som användes för att mäta behandlingens effekt var livskvalitet, alkoholkonsumtion, stress, psykologisk flexibilitet, medveten närvaro och psykisk ohälsa.

Alkoholkonsumtion, AUDIT.

För att mäta graden av alkoholanvändande användes Alcohol Use Identification Test, AUDIT (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001). Detta instrument utvecklades som screening-instrument inom ramarna för ett WHO-projekt med syfte att upptäcka skadlig och riskfylld alkoholkonsumtion. Instrumentet består av ett frågeformulär med tio frågor gällande alkoholvanor, alkoholkonsumtion samt alkoholrelaterade problem. Skalan bildas genom att samtliga påståenden adderas ihop. Lägsta poäng på instrumentet är 0 p och maximal poäng är 36. Höga poäng är en indikator på alkoholmissbruk. Mätinstrumentet utvecklades i samarbete med sex olika länder och testats i en mängd olika kulturer och länder vilket bidrar till att instrumentet kan användas internationellt. Enligt ett flertal studier visar AUDIT på god reliabilitet (test-retest, $r = .86$) och validitet.

Stress, PSS.

För att mäta graden av stress användes Percieved Stress Scale, PSS (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983). Detta mätinstrument består av 14 frågor och avser mäta i vilken grad man upplever situationer i sitt liv som stressande. PSS mäter både de psykologiska och fysiologiska symptom som uppstår under stress. Mätinstrumentet är ett självskattningsformulär och besvaras via en fem-gradig Likert skala där höga poäng motsvarar hög grad av upplevd stress. Skalan presenteras på helskalenivå, alltså poängen från de olika frågorna adderas. Lägsta poäng på skalan är 0 och maximal poäng är 56. Enligt en studie som gjordes för att undersöka instrumentets psykometriska egenskaper samt dess hur det korrelerar med depressions symptom via Beck Depression Inventory (BDI) framkom att PSS har en god reliabilitet (Cronbach's α 0.80) samt att höga poäng på PSS korrelerar signifikant med BDI ($r(94) = .57, p < .001$) (Hewitt, Flett & Mosher, 1992). PSS har översatts till svenska och validerats i Sverige. Mätinstrumentet visar även här på goda psykometriska data med Cronbach's α på 0.82 och split-half reliabilitet på 0.84 (Eskin & Parr, 1996).

Psykisk ohälsa, DASS.

För att mäta graden av depression, ångest och stress användes Depression Anxiety Stress Scale (DASS). Formuläret är ett självskattningsformulär bestående av 21 som påståenden mäter depression, ångest och stress och besvaras med hjälp av en fyragradig Likertskala. Försökspersonen ringar in en siffra 0-3 (0 = stämde inte alls på mig och 3 = stämde väldigt bra på mig, eller nästan alltid). Skalan presenteras på helskalenivå, poängen från samtliga

frågor adderas. Lägsta poäng på skalan är 0 och högsta poäng är 63, höga poäng indikerar högre grad av depression, ångest och stress. Testets reliabilitet anses vara god; Cronbach's α 0.88 för depression, 0.82 för ångestskalan, 0.90 för stressskalan och 0.93 för samtliga delar. Även testets validitet visar på goda resultat då det jämfördes med andra validerade test för depression och ångest (Henry & Crawford, 2005). Den svenska version av DASS som användes i studien översattes 2004 i samband med en examensuppsats (Livheim, 2004).

Acceptans och Psykologisk flexibilitet, AAQ-II.

AAQ II avser att mäta psykologisk flexibilitet (Bond et. al., (Submitted)). Begreppet definieras som "när en person är ovillig att vara i kontakt med vissa privata upplevelser och tar steg för att förändra form eller frekvens av dessa upplevelser eller sammanhanget som orsakar dessa, trots att denna form av undvikande orsakar beteendemässig skada" (Hayes et.al, 2004). Instrumentet mäter olika aspekter av EA som: behov av känslomässig och kognitiv kontroll, undvikande av negativa privata upplevelser och oförmåga att agera i närvaro av inre smärtsamma fenomen. Skalan bildas genom att summera värdena från de olika påståendena. Lägsta poäng på skalan är 0 och högsta poäng 42. Instrumentet har i tidigare studier visat på god reliabilitet (Cronbach's α 0.83, test-retest 0.61) och validitet, höga poäng på AAQ har visat sig vara positivt korrelerat med depression, ångest, stress och generell psykopatologi och negativt korrelerat med arbetstillfredsställelse (Bond et. al, 2008). Denna studie använder sig av en ickevaliderad, förkortad svensk version av AAQ (Lundgren & Parling, 2009) vilket består av sex frågor och mäts på en sju gradig likert-skala. Höga poäng indikerar på låg grad av acceptans. Cronbach's α för denna modifierade version av AAQ har beräknats till 0.87-0.88.

Psykologisk flexibilitet, AFQ-Y.

För att mäta psykologisk flexibilitet används Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth, AFQ-Y (Grecco, Lambert & Baer, 2008). Psykologisk flexibilitet definieras som "förmågan att vara i kontakt med det innestående ögonblicket som en medveten människa och att förändra eller hålla fast vid beteenden när det är gynnar värderade mål". AFQ-Y består av sjutton frågor på en femgradig likertskala där respondenter skall besvara hur sant ett påstående är mellan 0 = "inte alls sant" och 4 = "helt sant". Skala bildas genom att summera värdena från de olika påståendena. Lägsta poäng på instrumentet är 0 och högsta poäng är 68. Höga poäng indikerar högre psykologisk inflexibilitet. Måttet har visat på god reliabilitet

(Cronbach's $\alpha = .90$ till $.93$) och validitet. Höga poäng på AFQ-Y korrelerade positivt med ångest, somatiska symptom (huvudvärk, magont, yrsel, illamående) och problembeteenden och negativt med livskvalitet. Denna studie använder en svensk, icke validerad version av AFQ-Y. Denna version är en översättning av den amerikanska förlagan och kan ge min = 0 poäng och max = 68 p. Enligt Parling och medarbetare har den svenska versionen goda psykometriska egenskaper (personligt meddelande 091016).

Medveten närvaro, MAAS.

Mindfulness Attention Awareness Scale, MAAS (Brown & Ryan, 2003) är ett mått som mäter det bakomliggande konstruktet medveten närvaro. Medveten närvaro definieras som "närvaron eller frånvaron av uppmärksamhet på, och medvetenhet av, vad som pågår i det innestående ögonblicket". MAAS är ett självskattningsformulär som består av femton frågor och som besvaras på en sexgradig likertskala. Skala bildas genom att summera värdena från de olika påståendena. Lägsta poäng på instrumentet är 15 och högsta poäng är 90. Höga poäng indikerar en hög nivå av medveten närvaro. Psykometriska analyser av MAAS har visat på god reliabilitet (Cronbach's $\alpha = .82$ till $.89$). Korrelationsanalyser har visat att MAAS korrelerar negativt med depression (BDI $r = -.40$), ångest (POMS ångestskala $r = -.34$) och negativ affekt (POMS negativ affekt $r = -.38$) och positivt med behaglig affekt (POMS positiv affekt $r = .38$) och självförtroende (Rosenberg Self-Esteem $r = .44$) (Brown & Ryan, 2003). Denna studie använder en svensk version.

Social funktion, YOQ.

Youth Outcome Questionnaire är ett formulär som mäter livskvalitet med hjälp av sex olika delskalor. YOQs sex delskalor är intrapersonell smärta (t.ex. depression och ångest), somatisering (t.ex. huvudvärk och magproblem), interpersonella relationer (mäter attityder gentemot andra), kritiska poster (mäter bl.a. tvång och psykossymtom), sociala problem (mäter bl.a. normbrytande beteende) och beteendemässig dysfunktion (mäter hyperaktivitet och uppmärksamhet) (Gawain, Wells, Burlingame & Rose, 2003). De olika delskalorna har en test-retest reliabilitet från $.56$ till $.82$. Måttet har god validitet (Gawain et al, 2003). Frågorna mäts på en femgradig Likert-skala. Måttet används främst för att mäta behandlingsutfall bland barn och unga, YOQ differentierar väl mellan normal- och klinisk population (Gawain et al, 2003). Vi valde att presentera värdet på helskalenivå eftersom denna är mest känslig för

förändring över tid (Gawain et al, 2003). Skalan bildas genom att värdena från de olika påståendena summeras. Lägsta poäng på skalan är 0 och högsta poäng är 256.

Social funktion, Mitt liv.

Ett egenutvecklat formulär som mäter social funktion (se bilaga 5). Formuläret innehåller påståenden gällande hur deltagarna ser på sitt liv; ”mitt liv är fyllt av problem”, ”jag lever så som jag vill leva”, ”mina problem gör så att jag inte kan leva så som jag vill”. Deltagarna får, efter varje påstående, fylla i en sjugradig likert-skala. Skalan bildas genom att summera värdena från de tre påståendena. Fråga 2 har en reversersad poängsättning. Lägsta poäng på skalan är 3 och högsta 21. Höga poäng indikerar att man lever sitt liv som man önskar.

Procedur

Rekrytering av deltagare.

Elever i årskurs ett till tre vid en kommunal gymnasieskola var aktuella för studien. Ungdomarna informerades klassvis kring studiens syfte och upplägg och fick därefter frivilligt fylla i ett kort screeningsformulär med frågor från DASS (Depression Anxiety Stress Scale), PSS (Perceived Stress Scale) och AUDIT (Alcohol Use Identification Test) (se bilaga 1). Elever i elva klasser informerades och screenades samt fick ange om de kunde tänka sig att bli kontaktade för mer information kring studien. Vid screeningstillfället delades även ett informationsblad avsett för målsman ut (se bilaga 2), då detta var gängse rutin vid den aktuella gymnasieskolan.

Samtycke.

De ungdomar som var intresserade av mer information om studien kontaktades via telefon och fick utförlig information om studiens syfte och upplägg samt erbjöds deltagande. I första hand kontaktades de ungdomar som låg över den 80:e percentilen på psykisk ohälsa och/eller alkoholkonsumtion. Därefter kontaktades resterande ungdomar tills dess att kvoten av deltagare fyllts, totalt kontaktades cirka 70 ungdomar. De ungdomar som tackat ja till medverkan fick ett informationsblad hemskickat (beroende på ålder på ungdomen adresseras den till ungdomen eller föräldrarna) med ytterligare information kring studiens syfte och upplägg samt en blankett för medgivande (se bilaga 3). I de fall ungdomen var under 18 år krävdes även föräldrarnas/vårdnadshavarnas medgivande. Formell anmälan till studien skedde

då ungdomen/föräldrarna returnerat det förfrankerade svarskuvertet med medgivande för deltagande.

Randomisering och förmätning.

Ungdomarna slumpades, med hjälp av en slumptabell, till någon av de två betingelserna; gruppintervention eller kontrollgrupp. Samtliga deltagare fyllde i förmätningarna via internet. Ett webbaserat datainsamlingsprogram, *Dahlia*, användes vid både för- och eftermätning. Deltagarna erhöll individuella inloggningsuppgifter till mätinstrumenten via e-mail. För mer information om Dahlia se: <https://www.forskningsprojekt.net/joomla/>.

Kursmaterial.

En behandlingsmanual baserad på ACT-teori med arbetsmaterial användes. Gruppträffarna hölls i skolans lokaler, projektor användes. Deltagarna fick en CD-skiva med övningar i medveten närvaro samt övningsblad relaterade till gruppträffarna.

Kursledare.

ACT-interventionen gavs av två legitimerade psykologer och uppsatsskrivarna som tillsammans genomgått träning och handledning i den aktuella behandlingsmetoden. För att försäkra att de olika behandlarna hade ett gemensamt förhållningssätt till behandlingsprotokollet genomfördes gemensamma träningstillfällen där de olika övningarna samtränades.

Eftermätning.

Efter avslutad ACT-intervention fyllde samtliga ungdomar i ett eftermätningsspaket, vilket var identiskt med förmätningsspaketet. Även dessa mätinstrument fylldes i via Internet för både interventionsgrupp och kontrollgrupp.

Etiska överväganden.

Etikansökan angående studiens upplägg och genomförande formulerades och lämnades till regionala etikprövningsnämnden (<http://www.epn.se>) i Stockholm i enlighet med gällande forskningsetiska riktlinjer. Ansökan godtogs utan förbehåll.

Då det för närvarande forskats relativt lite på ungdomar med riskbruk och psykisk ohälsa med ACT som behandlingsmetod är det författarnas mening att denna studie kan bidra till ökad kunskap, nya insikter och utgöra underlag för framtida studier. Alla deltagare garanterades konfidentialitet samt informerades om kursledarnas tystnadsplikt. Deltagarna informerades även om att studien var frivillig vilket innebar att de hade möjlighet att avbryta sin medverkan vid önskan. Ungdomen och föräldern fick ett informationsblad om studien där det framgick hur upplägg och genomförande skulle gå till. Informerat samtycke inhämtades, för ungdomar under 18 år krävdes även samtycke från vårdnadshavare. De data som inhämtades under studiens gång kodades och behandlades med yttersta diskretion, dessa data användes ej utanför studiens ramar.

Kursen uppmanar deltagarna att uppleva och bejaka känslor över lag, därav kan obehag på kort sikt uppstå. På lång sikt anses dock kursen bidra till ökad självkänedom samt kunskap kring hur funktionellt hanterande av känslor kan uppnås. Om deltagare skulle uppvisa tecken på allvarlig psykisk ohälsa kommer denna kontaktas individuellt och hänvisas till ansvarig skolläkare.

Statistisk Analys

Resultaten mellan interventions- och kontrollgrupp jämfördes med avseende på eventuella gruppskillnader gällande alkoholbruk, psykisk ohälsa med fokus på depression och ångest samt allmän psykosocial funktion.

Innan analys kontrollerades för eventuella outliers samt att data var normalfördelad. Initiala gruppskillnader undersöktes med hjälp av oberoende t-test. Eventuella gruppskillnader efter slutförd intervention beräknades med hjälp av 2x2 ANOVA, med grupp och tid som faktorer. Eventuella interaktionseffekter undersöktes. För detta ändamål användes Statistica 8.0 (statsoft, 2007).

Resultatet presenteras både som fullföljaranalys, då data från de deltagare som närvarat under flertalet tillfällen ingår i analysen, och ITT-analys (Intent to treat), där samtliga deltagare ingår. I fullföljaranalysen redovisas statistik för de deltagare i interventionsgruppen som deltagit i minst fyra av sex gruppträffar. Fördelen med fullföljaranalysen är att den stärker den interna validiteten samt att man kan uttala sig om behandlingens eventuella effekt vilket är

särskilt intressant då man genomfört en pilotstudie med få deltagare. ITT-analysen genomfördes för att bibehålla de randomiserade grupperna dvs. stärka den externa validiteten.

Resultat

Syftet med föreliggande studie var att besvara följande frågeställning; *Vilken effekt har en sex gånger två timmars ATC-intervention jämfört med en kontrollgrupp med avseende på: psykisk ohälsa, stress, alkoholbruk, psykologisk flexibilitet, acceptans, medveten närvaro, social funktion?*

Inga initiala gruppskillnader förelåg vid förmätning. För att se om det fanns några interaktionseffekter av [grupp] (interventions- och kontrollgrupp) och [tid] (för- och eftermätning) gjordes en split-plot-ANOVA (2×2 ANOVA mixed design) med [grupp] som oberoende mellangrupsvariabel och [tid] som oberoende inomgruppsvariabel samt utfall på respektive mätinstrument som beroendevariabel.

Elva av tretton deltagare hade deltagit i fyra eller fler gruppträffar. Av fullföljarna hade samtliga deltagare genomfört både för- och eftermätning. Samtliga deltagare hade fullständiga mätningar eftersom skattningsformulären administrerades via Internet där det ej är möjligt att hoppa över eller missa någon fråga. I ITT-analysen tillkom två deltagare i interventionsgruppen som enbart hade medverkat på en av sex träffar. En av dessa deltagare hade fyllt i både för- och eftermätningarna, den andra deltagaren hade enbart fyllt i förmätningen. För denna deltagare praktiserades last-observation-carried-forward (LOCF), vilket innebär att resultatet från förmätningen flyttas fram och även blir eftermätningens resultat. I ITT-analysen ingick sammanlagt tretton deltagare från interventionsgruppen och elva från kontrollgruppen.

Effektstorleken redovisas i partiell η^2 ($p\eta^2$), där $p\eta^2 \geq .12$ anger en stor effektstorlek, $.12 > p\eta^2 \geq .05$ anger en medelstor effektstorlek och $.05 > p\eta^2 \geq .02$ anger en liten effektstorlek.

Resultaten inleds med redovisning av fullföljaranalysen sedan följer ITT-analysen.

Fullföljaranalys

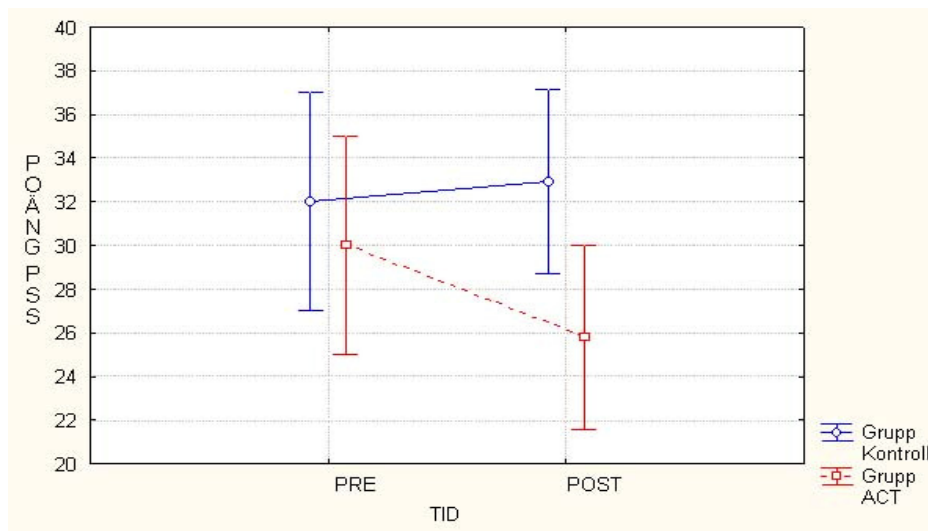
Det förelåg inga signifikanta interaktioner (se tabell 2). Resultatet visade på en tendens för variabeln stress med stor interaktionseffekt, $F(1,20) = 4.28$, $pn^2 = .18$, $p = .052$, samt en medelstor observerad power (.50) (för illustration se figur 3). Variablerna, psykisk ohälsa, alkoholbruk, psykologisk flexibilitet och acceptans hade alla en liten till medelstor effektstorlek. Variablerna medveten närvaro och social funktion visade på obefintlig effektstorlek. Medelvärdet presenteras i översta raden och standardavvikelsen (inom parentes) i undre raden för respektive variabel.

Tabell 2. Medelvärden och standardavvikelser, för- och eftermätning för kontrollgrupp respektive interventionsgrupp samt interaktionsanalys (2×2 ANOVA) med effektstorlek och statistisk power

	Förmätning		Eftermätning		F	p	Effekt ¹	Power
	Kontroll- grupp N= 11	Interv. grupp N=11	Kontroll- grupp N=11	Interv. grupp N=11				
PSS	32.00	30.00	32.91	25.82	4.28	.05 ²	.18	.50
Stress	(10.19)	(4.69)	(7.13)	(6.24)				
DAS S	24.09	17.00	26.73	15.36	1.12	.30	.05	.17
Psykisk ohälsa	(17.84)	(5.81)	(16.13)	(11.89)				
MAAS	53.36	61.73	53.27	60.91	.06	.81	.00	.06
Medveten närvaro	(16.54)	(10.98)	(14.00)	(11.30)				
AUDIT	8.09	4.09	7.45	4.45	.58	.45	.03	.11
alkoholbruk	(5.61)	(3.53)	(5.15)	(3.36)				
AAQ II	21.91	18.00	20.82	19.00	.95	.34	.05	.15
Acceptans	(12.45)	(9.20)	(11.04)	(8.46)				
AFQ-Y	27.82	24.72	28.09	23.18	.62	.44	.03	.12
Psyk. flexibilitet	(16.68)	(7.89)	(17.22)	(9.34)				
YOQ	92.27	71.91	90.55	71.82	.08	.78	.00	.06
Livskvalitet	(34.48)	(18.29)	(34.62)	(17.19)				
Mitt liv	12.09	12.09	12.27	11.73	.12	.73	.00	.06
Social funktion	(2.66)	(2.17)	(2.57)	(2.61)				

¹Partiell eta i kvadrat (η^2). Vid mellangrups-mätning anses $\geq .12$ vara en stor effektstorlek.

² Notera att p -värdet på variabeln stress ligger på gränsen till signifikans.



Figur 3. Interaktionseffekt [tid] \times [grupp] för variabeln stress (PSS).

ITT-analys

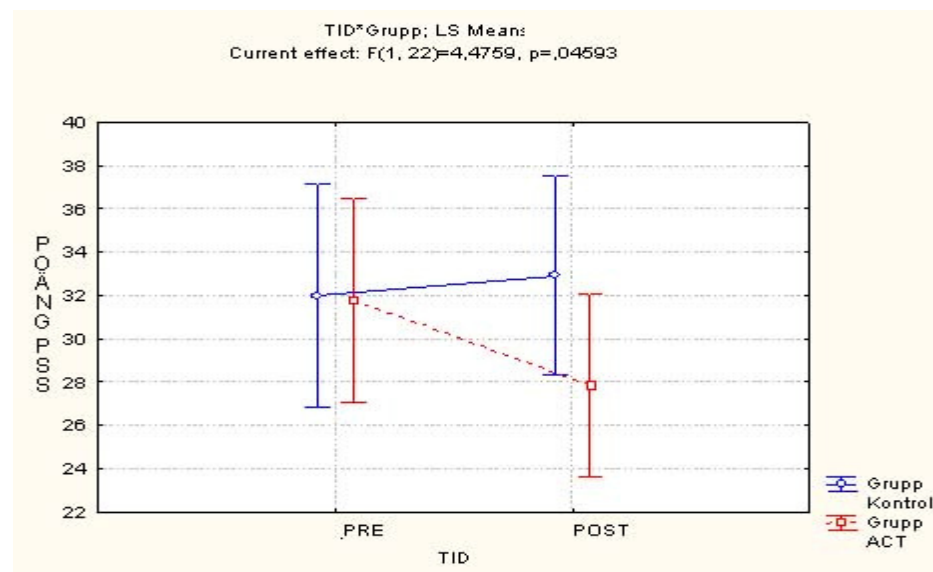
ITT-analysen visade att det fanns en signifikant interaktionseffekt av [grupp] \times [tid] gällande variabeln stress (se tabell 3 och figur 4) med en stor effektstorlek, $F(1,22) = 4.48$, $p\eta^2 = .17$, $p = .046$. För de övriga variablerna förekom inga signifikanta interaktionseffekter. Variablerna psykisk ohälsa (DAS S) och psykologisk flexibilitet (AFQ-Y) hade båda medelstora effektstorlekar $p\eta^2 = .06$ respektive $p\eta^2 = .05$. Variablerna medveten närvaro, alkoholbruk, acceptans och social funktion visade på små till obefintliga effektstorlekar. Medelvärdet presenteras i översta raden och standardavvikelsen (inom parentes) i undre raden för respektive variabel.

Tabell 3 . Medelvärden och standardavvikelser, för- och eftermätning för kontroll- respektive interventionsgrupp samt interaktionsanalys (2 × 2 ANOVA) med effektstorlek och statistisk power

	Förmätning		Eftermätning		F	p	Effekt ¹	Power
	Kontroll- grupp N= 11	Interv. grupp N=13	Kontroll- grupp N=11	Interv. grupp N=13				
PSS	32.00	31.77	32.91	27.85	4.48	.046*	.17	.53
Stress	(10.19)	(6.17)	(7.13)	(7.55)				
DAS S	24.09	19.77	26.73	17.85	1.49	.23	.06	.21
Psykisk ohälsa	(17.84)	(9.70)	(16.13)	(12.81)				
MAAS	53.36	59.54	53.27	59.08	.02	.90	.00	.05
Medveten närvaro	(16.54)	(11.58)	(14.00)	(11.36)				
AUDIT	8.09	6.08	7.45	6.00	.19	.67	.00	.07
alkoholbruk	(5.61)	(6.68)	(5.15)	(5.35)				
AAQ II	21.91	19.69	20.82	20.00	.45	.51	.02	.10
Acceptans	(12.45)	(10.76)	(11.04)	(8.98)				
AFQ-Y	27.82	26.08	28.09	24.08	1.05	.32	.05	.17
Psyk. flexibilitet	(16.68)	(9.00)	(17.22)	(9.13)				
YOQ	92.27	80.38	90.55	80.00	.07	.80	.00	.06
Livskvalitet	(34.48)	(27.58)	(34.62)	(26.22)				
Mitt liv	12.09	11.92	12.27	11.85	.12	.73	.00	.06
Social funktion	(2.66)	(2.18)	(2.57)	(2.41)				

¹Partiell eta i kvadrat (η^2). Vid mellangrups-mätning anses $\geq .12$ vara en stor effektstorlek.

* = $p \leq .05$



Figur 4. ITT-analys, interaktionseffekt [tid] \times [grupp] för variabeln stress (PSS).

Diskussion

Föreliggande studie hade i syfte att undersöka om en relativt kort (6 \times 2 timmars) ACT-intervention, jämfört med kontrollgrupp, hade någon effekt på psykisk ohälsa, alkoholbruk, stress, psykologisk flexibilitet, acceptans, medveten närvaro och social funktion. Resultaten visar att interventionen hade positiv effekt på stress. Statistisk signifikans med stor effektstorlek återfanns för variabeln stress vid ITT-analysen, motsvarande fullföljaranalys för variabeln stress visade på en tendens till interaktion samt stor effektstorlek. Nedan diskuteras resultaten närmre, därefter följer diskussion av metod, urval mätinstrument samt implikationer för framtiden.

Resultatdiskussion

Med anledning av det låga deltagarantalet var det i föreliggande uppsats mer intressant att se vad det fanns för effektstorlekar (η^2) snarare än statistiskt säkerställda gruppskillnader (p). Diskussion kring resultaten på fullföljaranalyserna kommer ligga i fokus då dessa visar om interventionen hade effekt. En fara med att sätta fullföljaranalysen i fokus är att man missar de deltagare som hoppat av och som möjligtvis skulle ha behövt interventionen mest. Därför kommer även resultatet från ITT-analysen diskuteras, där avhopparnas resultat tas i beaktning.

För variabeln stress (PSS) hittades en statistiskt signifikant interaktionseffekt vid ITT-analysen, fullföljaranalysen gav ett resultat på trendnivå. Att ITT-analysen gav en signifikant

interaktionseffekt var ett resultat av att en deltagare som närvarade vid ett grupptillfälle sänkte sin stressnivå. Det är svårt att säga om det var interventionen som påverkade denna deltagares stressnivå eller om det var ett naturförlopp, eftermätningen genomfördes strax efter sportlovet vilket kan ha bidragit till en sänkt nivå av stress. Det är anmärkningsvärt att det räckte med att enbart en extra deltagare sänkte sin stressnivå för att signifikans skulle uppnås. Att just variabeln stress var den som påverkades mest kan vara en effekt av att de flesta deltagarna angav hög stressnivå som anledningen till att de valt att delta i ACT-kursen. Att deltagarna förbättrades i den variabel de själva ansåg vara deras huvudproblem, stress mätt med PSS, går i linje med Wicksell och medarbetares (2009) resultat, även där förbättrades deltagarna i vad som var deras huvudproblem.

Inget stöd för att interventionen påverkade deltagarnas psykiska ohälsa återfanns (mätt med DAS S), man kan dock se en tendens till att interventionsgruppen hade lägre nivåer av ångest, stress och depression. Skillnaden var inte statistiskt signifikant men effektstorleken var medelstor. Detta resultat skiljer sig från Livheims studie (2004) där deltagarna signifikant sänkte sin ångestnivå.

Interventionen hade ingen effekt på deltagarnas alkoholbruk eller sociala funktion. Vid förmätningen framkom att i princip ingen av deltagarna hade riskabla alkoholvanor, därmed kan det diskuteras huruvida denna variabel överhuvudtaget var relevant att undersöka.

För ACT-processerna acceptans, psykologisk flexibilitet och medveten närvaro förelåg inga interaktionseffekter. Acceptansmättet AAQ-II visar emellertid på en medelstor effektstorlek. En anledning till de icke-signifikanta resultaten och de relativt små effektstorlekarna på dessa variabler kan vara att psykologisk flexibilitet och acceptans är processer som utvecklas över tid. Vid en tvåårsuppföljning av Livheims (2004) studie av framkom att interventionsgruppens psykologiska flexibilitet och acceptans ökat jämfört med kontrollgruppen (Jacobsson & Wellin, 2006), vilket tyder på att dessa variabler kräver tid för att utvecklas. Att det inte heller fanns något stöd för att interventionen påverkade variabeln medveten närvaro är intressant då många övningar i interventionen byggde på medveten närvaro och deltagarna därmed fick upprepade träning i detta. Även medveten närvaro kan vara en sådan färdighet som utvecklas över tid och möjligtvis kräver ständig övning samt en viss generaliseringsförmåga för att kunna bruka denna färdighet i det dagliga livet. Vad som talar emot detta är dock att en ACT-studie, liknande föreliggande studie, av Högfeldt och Magnusdottir (2010) visade på signifikanta interaktionseffekter för variabeln medveten närvaro.

Sammanfattningsvis visar resultaten att interventionsgruppen antingen förbättrades något eller låg kvar på samma nivå som innan intervention medan kontrollgruppen förblev oförändrad eller något försämrade. Föreliggande studies resultat ligger i linje med de effektstorlekar universella preventionsprogram visar (Wilson et al., 2003).

Metoddiskussion

Urval.

Denna studie hamnar i gråzonen mellan universell och selektiv preventiv insats. Intentionen var att endast inkludera de ungdomar med höga poäng på psykisk ohälsa och/eller riskbruk av alkohol men då intresset bland de mest belastade ungdomarna var så lågt beslöt uppsatsförfattarna att erbjuda plats åt samtliga ungdomar.

Den externa validiteten kan påverkas av en mängd olika faktorer. Ett tydligt hot i föreliggande studie var det låga antalet deltagare. Förhoppningen var att rekrytera minst 60 ungdomar som skulle randomiseras till interventionsgrupp och kontrollgrupp. Efter screening av ca 200 ungdomar kvarstod 70 ungdomar som hade relativt höga värden på psykisk ohälsa och/eller alkoholbruk och som dessutom tackat ja till att delta i studien. Vid en andra uppringning av deltagare var 31 ungdomar fortfarande intresserade av att delta i studien och efter randomisering kvarstod enbart 24 ungdomar. Detta innebar att 46 potentiella deltagare föll bort i ett relativt sent skede. Bland de ungdomar som föll bort var fanns även de som var mest belastade, detta framkom i den initiala screeningen. Med andra ord kan man säga att de deltagare som kanske främst hade behövt interventionen föll bort.

Screeningsinstrumentet som användes för att skilja ut de ungdomar som var mest belastade bestod av frågor från AUDIT, PSS och DAS S (se bilaga 1). Då detta instrument i sig inte var validerat utan utformat av uppsatsförfattarna kunde det enbart ge en antydning kring vart en person låg men inte ge några säkra svar. Det hade varit önskvärt att använda ett korrekt utformat samt validerat screeningsinstrument för att få en inblick i vilka ungdomar som låg i riskzonen för psykisk ohälsa och/eller riskbruk av alkohol.

Vår intention var att pilottesta en reviderad ACT-manual på en population ungdomar med riskbruk av alkohol och uttalad psykisk ohälsa. De deltagare som slutligen anmälde sig till studien visade sig inte ha en riskbruksproblematik utan uppgav själva att deras största problemområde var stress.

Deltagare.

Positivt med urvalet i fråga var att deltagarna inte enbart kom från en stadsdel utan från spridda delar av staden vilket bidrar till ökad representativitet. Dessutom randomiserades populationen till interventionsgrupp och kontrollgrupp vilket ökar den interna validiteten. Nackdel med urvalet var att 91 % av deltagarna var kvinnor, vilket emellertid speglar könsfördelningen på det aktuella gymnasieprogrammet.

En faktor som begränsat antalet deltagare var svårigheten i att få ungdomar och föräldrar att fylla i och returnera medgivandeblanketterna. Då detta var ett krav för att få delta i studien kan det ha bidragit till att de mest välfungerande och motiverade ungdomarna blev aktuella. Uppsatsskrivarnas vaga information angående kursstart, detta beroende på bristande deltagarantal, kan ha bidragit till att flera ungdomar tappade intresset till att delta i studien. Det långa tidsintervallet mellan den initiala informationen till ungdomarna angående studien och att datum för kursstart sattes kan ha bidragit till svårigheten att rekrytera deltagare. En ytterligare orsak till det låga deltagarantalet kan vara att interventionen var på frivillig basis, låg utanför skolans verksamhet samt konkurrerade med skolrelaterade aktiviteter.

Design.

För att utvärdera ACT-interventionen hade det varit bra att kontinuerligt mäta de bakomliggande ACT-processerna. Detta hade gett information om vilka övningar som påverkade de bakomliggande processer. Således hade en design med både för-, upprepade- och eftermätningar varit att föredra.

Procedur.

En styrka var att interventionen genomfördes i samma miljö, vid ungefär samma tidpunkt varje vecka vilket i sig ökade den externa validiteten.

Bortfall.

Ett hot mot den externa validiteten och de randomiserade grupperna var det bortfall på tre personer från interventionsgruppen som skedde precis innan interventionsstart. En risk är att dessa personer var mer belastade än de övriga i interventionsgruppen och att vi missade att nå de som var mest illa därän med interventionen.

Mätinstrument.

Mätinstrumentet AUDIT används för att screena fram vuxna med en riskfylld alkoholkonsumtion. Deltagarna i denna studie skattade så lågt på detta instrument att det inte fångade upp nyansskillnader i alkoholkonsumtionen. ACT-interventionen fokuserade på drickandets funktion snarare än topografi, därför hade det varit mer intressant att mäta vilken funktion drickandet hade före och efter interventionen.

Social funktion skulle eventuellt ha mätts med något annat instrument än YOQ och Mitt liv, ett mått som inte mäter problemnivå utan istället mäter huruvida deltagarna lever det liv de vill leva hade varit mer relevant. Ett exempel på ett sådant mått är Bull's-Eye (Lundgren, 2004), anledningen till att detta mått uteslöts var att det är ett processmått och därmed inte möjligt att använda för mellangrupsjämförelser. Det hade dock varit intressant att kontinuerligt mäta interventionsgruppens förändring över tid med Bull's-Eye. Det skulle även vara önskvärt att mäta ungdomarnas livskvalitet eftersom interventionen syftar i att öka motivation att leva ett liv i enlighet med sina livsriktningar och inte i syfte att reducera symptom.

Slutord och Framtida Forskning

Då psykisk ohälsa hos ungdomar generellt har ökat är behovet stort av att utveckla fungerande metoder som förhindrar utvecklandet av missbruk och psykiska problem (Socialstyrelsen, 2005). Syftet med denna studie var att se om en kort ACT-intervention kunde förebygga/minska grad av psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion hos ungdomar i gymnasieskolan. Resultaten visade att interventionsgruppen antingen förbättrades något eller låg kvar på samma nivå som innan intervention medan kontrollgruppen förblev oförändrad eller något försämrade. Med tanke på föreliggande resultat skulle det vara av intresse att, via en uppföljning, se om interventionsgruppen fortsätter att förbättras över tid samt om kontrollgruppen försämras, detta med tanke på att Ljungdahl et al (2007) visar att lindriga psykiska besvär öka risken för allvarlig psykisk sjukdom senare i livet.

Då efterfrågan på preventiva insatser tycks vara stor bör rådande intervention beaktas som en början på något som skulle kunna bli en användbar preventionsbehandling, både selektiv och universell. Trots att resultaten inte visar på en mängd statistiskt signifikanta resultat innehåller interventionen komponenter, t.ex. övning i acceptans och medveten närvaro, vilka är

värdefulla för ungdomar idag. Interventionen skulle kunna revideras och anpassas till populationer med olika problemområden (t.ex. stress och depression) eller generaliseras ytterligare och användas som en universell prevention.

De frågetecken som förekommer är dock huruvida man bör administrera preventionen. Bör det vara ett obligatoriskt moment som integreras i skolundervisning för att nå ut till samtliga? Eller bör det vara en intervention som enbart riktar sig till ungdomar i riskzonen att utveckla psykisk ohälsa? Hur kan man då undvika stigmatisering? Den största utmaningen är kanske att få ungdomar motiverade att söka/ta emot hjälp samt att få dem att delta, att prioritera prevention framför något annat. Andra frågor man behöver ta i beaktande är huruvida interventionen skall ges i undervisningsform eller i behandlingsform. Fördelen med att ge den på ett mer undervisande sätt är att många kan ta del av den samtidigt, risken är dock att man inte kommer åt de bakomliggande psykologiska processerna utan att det då bara sker intellektuell inläring och ingen upplevelsebaserad inläring. Att ge interventionen som behandling kräver mer av både gruppleddare och deltagare men har då potential att påverka de bakomliggande psykologiska processerna.

Framtida forskning bör fokusera på utvecklande av samt lämpliga administreringsätt för föreliggande preventionsbehandling. Förslagsvis skulle man kunna införa ett motiverande samtal innan prevention för att få in interventionen i en kontext och därmed öka förståelsen hos eventuella deltagare. Även att successivt anpassa preventionen efter deltagarnas problem och behov skulle underlätta genomförandet. Att utöka preventionen tidsmässigt skulle var lämpligt då många komponenter i preventionen bygger på övning av färdigheter samt att två månader är väldigt kort tid för att förändra skadliga eller problematiska beteenden.

Referenser

Armstrong, T. D., Costello, E. J. (2002). *Community studies on adolescent substance use, abuse or dependence and psychiatric comorbidity*. Journal of consulting and clinic psychology, 70(6), 1224-1239.

Arnsten, A. F. (2009). *Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function*. Nature reviews and Neuroscience, vol. 10, p. 410-422.

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001) *The Alcohol Use Disorder Identification Test, Guidelines for use in primary care, second edition*. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence.

Barnombudsmannen, ISBN 91-87448-07-6. (2005). *Satsa tidigt - En undersökning av barn- och ungdomspsykiatri*.

Batten, S. V., & Hayes. S. C. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy in treatment of Comorbid Substance Abuse and Post-Traumatic Stress Disorder: A Case Study*. Clinical Case Studies, vol. 4, No. 3, p. 246-262.

Brook, D.W., Brook, J.S., Zhang, C., Cohen, P., Whiteman, M. (2002). *Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders*. Archive of General Psychiatry, 59, 1039-1044.

Biglan, A., Hayes, S. C., Pistorello, J. (2008). *Acceptance and Commitment: Implications for Prevention Science*. Society for Prevention Research, no. 9, p. 139-152.

Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Orcutt, H.K., Waltz, T. & Zettle, R.D. (Submitted). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance

Brodin, J (2009). *Barn i utsatta miljöer och livssituationer*. Socialmedicinsk tidskrift, nr. 2, 2009.

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.

Carroll, K. M. (2004) *Behavioral Therapies for Co-occurring Substance Use and Mood Disorders*. Society of Biological Psychiatry. vol. 56, p. 778-784.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), Rapportnr. 114 (2009). *Skolelevers drogvanor*. ISBN 978-91-7278-218-1.

Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. (1983). *A global measure of perceived stress*. Journal of Health and Social Behavior. vol. 24, p. 385-96.

Commission of the European communities. (2009). *EU youth report*.

Dahl, J. C., Plumb, J. C., Stewart, I., Lundgren, T. (2009). *The Art & Science of Valuing in Psychotherapy. Helping Clients Discover, Explore and Commit to Valued Action Using Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Eskin, M., & Parr, D. (1996) *Introducing a Swedish version of an instrument measuring mental stress*. Stockholm: University of Stockholm, Department of Psychology.

Evans, D.L., Foa, E.B., Gur, R.E., Hendin H., O'Brien, C.P., Seligman, M., & Walsh, T. (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.

FoU 2005:1 (2005). *En grund för att växa: forskning om att förebygga beteendeproblem hos barn*. Hämtad 2009-12-11 på: <http://www.prevention.se/PDF/2005-1.pdf>

FoU 2005:2 (2005). *CHARLIE och KOMET. Utvärdering av två lärarprogram för elever med beteendeproblem*. Hämtad 2009-12-11 på: <http://www.prevention.se/PDF/2005-2.pdf>

Gawain Wells, M., Burlingame, G. M., Rose, P. M. (2003). *Administration and Scoring Manual for the Y-OQ-SR 2.0 Youth Outcome Questionnaire-Self Report*. OQ Measures LLC.

Greco, L. A., & Hayes, S. C. (2008). *Acceptance & Mindfulness Treatments for Children & Adolescents. A Practitioner's Guide*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Greco, L.A., Lambert, W., Baer, R.A. (2008). Psychological Inflexibility in Childhood and Adolescence: Development and Evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Psychological Assessment*, vol. 20, nr. 2, p. 93 – 102.

Hayes, S. H., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy; An Experiential approach to Behavior Change*. New York: Guilford

Hayes, S.C., Luomaa, J. B., Bond, F. W., Masudaa, A. & Lillis, J. (2006). *Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. Behaviour Research and Therapy*, No. 44, p. 1–25

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M., A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth J. P., Karekla, M., & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.

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

Henry, J. D & Crawford, J. R. (2005) *The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in large non-clinical sample*. *British Journal of Clinical Psychology*, No. 44.

Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Mosher, S. W. (1992) *The Percieved Stress Scale: Factor Structure and Relation to Depression Symptoms in a Psychiatric Sample* *Journal of Psychopathology and Behavioral Assesment*, Vol. 14, No. 3.

Högfeldt, A. Magnúsdóttir, T. (2010). *En strukturerad preventiv intervention baserad på "Acceptance and Commitment Therapy" för ungdomar med psykisk ohälsa - pilottestning av en manualiserad ACT-gruppbehandling*. Psykologexamensuppsats, Uppsala universitet, 2010.

Jacobsson, C., & Wellin, J. (2006). *ACT I skolan – en 2-års oberoende uppföljning*. Psykologexamensuppsats, Uppsala universitet, 2006.

Kimber, B. Sandell, R. Bremberg, S. (2008). *Social and emotional training in Swedish classrooms for the promotion of mental health: results from an effectiveness study in Sweden*. Health Promotion International, Vol. 23 No. 2, p. 134 – 143.

Ljungdahl, S., Malmberg, L., Bremberg, B. (2007). *Psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion – hur hänger det ihop? En systematisk kunskapsöversikt över sambanden och förslag till förebyggande insatser*. Stockholm; Statens Folkhälsoinstitut.

Livheim, F. (2004). *Acceptance and Commitment Therapy i skolan – att hantera stress och främja hälsa*. Psykologexamensuppsats, Uppsala Universitet, 2004.

Lundgren, T. (2004). *Development and evaluation of an integrative health model in the treatment of epilepsy: Two randomized controlled trials investigating the effects of a shortterm ACT intervention, yoga, and attention control therapy in India and South Africa*. Psykologexamensuppsats, Uppsala universitet.

Lundgren, T. & Parling, T. (2009). Acceptance and action questionnaire, AAQ-II. (Manuskript under förberedelse, tillgängligt från Tobias Lundgren) Uppsala universitet: Institutionen för psykologi.

Murberg, T. A., & Bru, E. (2004). *School-Related Stress and Psychosomatic Symptoms Among Norwegian Adolescents*. School Psychology International, no. 25, p. 317.

NASP - Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidprevention och prevention av psykisk ohälsa (2007). *Statistik över självmord 1980-2004 och självmordsförsök 1987-2004 i Sverige och Stockholms län*. Karolinska Institutet.

Neil, A. L., & Christensen, H. (2009). *Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety*. Clinical Psychology Review, no. 29, p. 208–215.

Powers, M. B., Zum Vörde Sive Vörding, M. B., & Emmekamp, P. M. G. (2008). *Acceptance and Commitment Therapy: A Meta-Analytic Review*. Psychotherapy and Psychosomatics, no. 78, p. 73-80.

Rohde, P., Lewinsohn, P.M., & Seeley, J.R. (1996). *Psychiatric comorbidity with problematic alcohol use in high school students*. Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry. No. 35, p. 101 -109.

Rowe, C. L, Liddle, Greenbaum & Henderson (2004). *Impact of psychiatric comorbidity on treatment of adolescent drug abusers*. Journal of Substance Abuse Treatment, no. 26, p. 129-140.

Socialstyrelsen & Nationell psykiatrisamordning, (2007). *Hur kan vi hjälpas åt? – om samverkan och utvecklingsarbete bland verksamheter som arbetar med personer med komplexa vårdbehov på grund av psykisk sjukdom och missbruk*. Hämtad 2009-10-09 på: <http://www.socialstyrelsen.se/psykiskhalsa/nationellpsykiatrisamordning2005-2007/Documents/R14HurkanvihjalpasatslutrappportfranKPMprojektet.pdf>

Skolverket, Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut, Artikelnummer: 2004-110-4 (2004). *Tänk långsiktigt! En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa*. (R 2004:14). Stockholm: Statens folkhälsoinstituts distributionstjänst.

Socialstyrelsen, Artikelnummer: 2003-123-18 (2003). *Utmattningsyndrom – Stressrelateras psykisk ohälsa*. ISBN 91-7201-786-4. Bokförlaget Bjalmar och Bruno AB. Stockholm

Socialstyrelsen, Artikelnummer: 2009-126-238. (2009a). *Skolhälsovårdens metoder för att förebygga psykisk ohälsa: En nationell inventering*.

Socialstyrelsen, Artikelnummer: 2009-126-174. (2009b). *Skolans metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos barn - en nationell inventering i grundskolor och gymnasieskolor*.

Socialstyrelsen, Artikelnr 2005-131-18. (2005). *Ungdomars behov av samhällets stöd – en lägesbeskrivning*.

Socialstyrelsen, Artikelnummer 2009-126-71. (2009c). *Folkhälsorapport 2009*. ISBN 978-91-978065-8-9

Socialstyrelsen, Artikelnummer 2007-102-1. (2007) *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroende- problem*. ISBN: 978-9-8548-90-0

Statens Folkhälsoinstitut, ISBN: 978-91-7257-587-5. (2008). *Psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion – hur hänger det ihop? En systematisk kunskapsöversikt över sambanden och förslag till förebyggande insatser*. R 2008:37.

Statens Folkhälsoinstitut, ISBN: 91-7257-463-1. (2006). *För skolbaserad prevention, verktygslåda. Kunskapsbaserade metoder och program som sprids inom ramen för regeringsuppdraget skolan förebygger.*

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2001). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem, en evidensbaserad kunskapssammanställning.* Stockholm, vol. 1, nr. 156

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2005). *Behandling av ångestsyndrom, en systematisk litteraturöversikt.* Stockholm, vol. 1, nr. 171. Rapportnr: 171/1 • ISBN 91-87890-98-4 • ISSN 1400-1403

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2004). *Behandling av depressionssjukdomar, en systematisk litteraturöversikt.* Stockholm, vol. 1, nr. 166.

Statens offentliga utredningar 2006:77. *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder.* Stockholm: Edita Sverige AB.

Stewart, S.H., Zvolenzky, M.J., & Eifert, G.H. (2002). *The Relations of Anxiety Sensitivity, Experiential Avoidance and Alexithymic Coping to young Adults Motivations for drinking.* Behavior Modification, Vol. 26 No. 2, p 274-296.

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.

Utbildningsförvaltning i Stockholms stad. (2009). *Elevhälsorapport läsåret 2008/2009.* Hämtad på www.stockholm.se 2009-10-01.

Wicksell, R. K., Melin, L., Lekander, M., Olsson, G. L. (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.

Wilson, S. J., Lipsey, M. W., & Derzon, J. H. (2003). *The Effects of School-Based Intervention Programs on Aggressive Behavior: A Meta-Analysis.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, Volume 71(1), p 136-149.

Wilson K. G., Hayes S. C., & Byrd M. R (2003). *Exploring Compatibilities Between Acceptance And Commitment Therapy And 12-step treatment For Substance Abuse*. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavioral Therapy, vol. 18, no. 4.

World Health Organization Regional Office for Europe (2005). *Mental health : facing the challenges, building solutions : report from the WHO European Ministerial Conference*. ISBN 92-890-1377-X.

Bilagor

Bilaga 1.

Namn: _____ Klass: _____

Svara så sanningsenligt som möjligt på nedanstående frågor.

Vänligen läs varje påstående och välj det svarsalternativ som stämmer in bäst på dig för *den senaste veckan*. Det finns inga svar som är rätt eller fel. Spendera inte för mycket tid på något påstående.

	Stämmer inte alls på mig	Stämmer på mig ibland eller en del av tiden	Stämmer på mig rätt så mycket, eller en stor del av tiden	Stämmer väldigt bra på mig, eller nästan hela tiden
1. Det har varit lätt att varva ner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jag har haft saker att se fram emot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Livet har känts meningsfullt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jag har känt mig lugn och harmonisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jag har tagit itu med vardagsproblemen på ett sätt jag är nöjd med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. De har varit lätt att slappna av	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jag har känt mig glad och nöjd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nu kommer lite frågor om Din konsumtion av alkohol, svara så ärligt som möjligt.

Med ett "glas" menas:

50 cl folköl / 33 cl starköl / 1 glas vin / 1 litet glas starkvin / 4 cl sprit t.ex. whiskey

8. Hur ofta dricker du alkohol?	Aldrig	1 gång i månaden eller mer säll	2-4 gånger i månaden	2-3 gånger i veckan	4 gånger/vecka eller mer
Om du svarat "Aldrig", hoppa över fråga 9 och 10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hur många "glas" (se exempel) dricker du en typisk dag?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 eller fler
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hur ofta dricker Du sex sådana glas eller mer vid samma tillfälle?	Aldrig	Mer sällan än en gång i månaden	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kan du tänka dig att vara med i, eller få mer information om en kurs som handlar om att hantera stress och andra svårigheter i livet?

Ja Nej

Telefon: _____

Information till föräldrar/målsman

Under hösten 2009 genomförs ett projekt i samarbete mellan Uppsala universitet och Elefvården i xxx. Projektet syftar till att utveckla och erbjuda hjälp och stöd till ungdomar som upplever stress, känner oro eller har ångest över saker i livet. Under hösten kommer elever xxx gymnasium att erbjudas gå en kurs i "ACT – att hantera stress och främja hälsa", denna kurs baseras på kunskap från forskning inom den psykologiska inriktningen *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) som är en variant av Kognitiv beteendeterapi (KBT). Kursen kommer att ges i gruppformat och berör nedanstående ämnen och frågor;

- ✓ *Hur kan man förhålla sig till den stress som är ofrånkomlig i vårt dagliga liv?*
- ✓ *Vad bör vi acceptera och vad kan vi förändra?*
- ✓ *Vad händer i kroppen om vi är beroende av något?*
- ✓ *Hur kan vi förhindra depression och ångest?*
- ✓ *Vad är viktigt i mitt liv?*
- ✓ *Hur gör jag för att leva så som jag vill?*

Kursen syftar även till att lära ut samt undersöka strategier och möjligheter för att konkret börja ta steg i riktning mot det liv man vill leva. Innehållet i kursen är en blandning av teori och upplevelsebaserade moment.

Bakgrund och kursupplägg

Kursen ingick i en svensk studie år 2004 då 230 gymnasieungdomar medverkade, resultaten visade då på statistiskt signifikanta förbättringar hos de elever som gått kursen. Vid en tvåårsuppföljning som gjordes vid Uppsala universitet redovisades att effekten kvarstod samt även blivit större efter två år. Eleverna som gått kursen visade minskningar av stress och ångest, förbättringar av kognitivt processande, bättre generell psykisk hälsa och högre psykologisk flexibilitet. Sedan våren-07 erbjuds den här typen av ACT-kurser runt om i Sverige, bland annat på gymnasieskolor, vid Maria Ungdom, på Ungdomsmottagningar och på olika arbetsplatser. Kursen kommer hållas av två legitimerade psykologer samt två psykologkandidater och erbjudas de elever som upplever stress, oro eller ångest. Varje kurstillfälle kommer vara två timmar och vara upplagt på sex tillfällen (totalt tolv timmar). Kursen avser förläggas under håltimmar eller i samband med avslutad skoldag.

De elever som är under 18 år kommer krävas målsmans medgivande för att få delta i kursen och varje ungdom kommer bli uppringd och informerad närmare om kursen innan kursstart.

Ungdomens medverkan i projektet är helt frivillig och man kan när som helst och utan speciell förklaring avbryta. All information som kommer in kommer att hanteras av personer som har tystnadsplikt, de uppgifter som lämnas till oss är sekretesskyddade enligt lag.

Vänliga hälsningar

xxx

”ACT – att hantera stress och främja hälsa ”

Den här studien syftar till att utveckla hjälp och stöd till ungdomar som upplever stress, känner oro, har ångest över saker i livet och/eller har använt alkohol. Studien är ett samarbetsprojekt mellan Uppsala Universitet och xxx elevvård. För de vetenskapliga aspekterna inom studien svarar Uppsala Universitet, och för själva kurserna ansvarar elevvården i xxx. Projektet pågår under hösten 2009 och våren 2010. En eventuell uppföljning är planerad till hösten 2011.

Studien är upplagd på följande sätt

Som vårdnadshavare ber vi dig härmed om tillstånd att låta din ungdom delta i en studie som innebär att han/hon blir lottad antingen till en ACT-kurs eller en sedvanlig behandling som din ungdom kan komma att erbjudas beroende på hur man bedömer hans/hennes livssituation.

Om din ungdom lottas till ACT-kursen innebär det att han/hon kommer att få gå en kurs som heter ”ACT – att hantera stress och främja hälsa”. ACT-kursen består av sex träffar som är två timmar långa (totalt 12 timmar kurs). Om din ungdom lottas till sedvanlig behandling innebär det att information kommer ges om var din ungdom kan vända sig vid stress, oro, ångest, nedstämdhet samt bruk av alkohol.

Din ungdom kommer dessutom att vid två tillfällen få fylla i en enkät, oavsett om han/hon lottas till ACT-kursen eller sedvanlig behandling, den tar 20-30 minuter att fylla i.

Enkäterna: Enkäterna som din ungdom kommer att få besvara handlar om hur stressad man är, hur man upplever att man mår psykiskt, alkoholanvändning samt hur man upplever att man fungerar i vardagen. Båda gångerna som din ungdom fyller i enkäterna kommer han/hon att ersättas med en biocheck oavsett vilken grupp han/hon lottats till.

Om man inte vill vara med längre

Din ungdoms medverkan i forskningsprojektet är helt frivillig, både du och din ungdom kan när som helst och utan speciell förklaring avbryta medverkan i studien. All information som vi får om din ungdom kommer att hanteras av personer som har tystnadsplikt och de uppgifter er ungdom lämnar till oss är sekretesskyddade enligt lag. När all data till slut sammanställs kommer ingen att kunna se vad just din ungdom har svarat.

Om du eller din ungdom av någon anledning väljer att avbryta medverkan i studien utgår ersättning för de moment som han/hon deltagit i.

Medgivande

Jag/vi har tagit del av ovanstående skriftlig information och därmed fått information om vad det innebär att delta i studien. Jag/vi har fått veta att min ungdoms medverkan i studien är helt frivillig och att jag/vi när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta medverkan.

**Härmed ger jag mitt skriftliga medgivande till att det barn som jag har
vårnaden om,**

.....

(skriv ungdomens namn och personnummer här)

kan delta i ovanstående projekt som för min ungdoms del innebär:

1. att man lottas till att gå en kurs som heter "ACT – att hantera stress och främja hälsa", eller eventuell sedvanlig behandling beroende på hur ungdomens livssituation bedöms.
2. ifyllande av formulär vid två tillfällen under hösten 2009. Oavsett vilken grupp man hamnar i ersätts man med en biocheck båda gångerna man fyller i formulär.

Vårnadsdavare, Namn (1):

Datum:

.....

.....

Namnteckning:

Telefonnummer:

.....

.....

Relation till ungdomen: (mamma, pappa, fostermamma
etc.)

.....

Vårnadsdavare, Namn (2):

Datum:

.....

.....

Namnteckning:

Telefonnummer:

.....

.....

Relation till ungdomen: (mamma, pappa,
fostermamma etc.)

.....

Ungdomens namn:

Datum:

.....

.....

Namn-teckning:

Eventuellt telefonnummer:

.....

.....

Eventuell uppföljning inom två år

De som medverkar i studien kommer eventuellt att tillfrågas om att medverka i en långtidsuppföljning, vid en eventuell långtidsuppföljning så vill vi be om tillåtelse att kontakta berörd elev/familj för att besvara frågeformulär ytterligare en gång. En eventuell långtidsuppföljning sker i så fall inom en tvåårsperiod.

Kryssa i en av nedanstående rutor:

- Ja, jag kan tänka mig bli kontaktad inom en tvåårsperiod
- Nej, jag vill inte bli kontaktad igen för långtidsuppföljning, men vill medverka i första delen av studien.

Kontaktperson vid frågor och information:

Skolöverläkare: xxx

Telefon: xxx

E-post: xxx

Fyll i blanketten och lägg i det bifogade svarskuvertet, lägg sedan kuvertet på en postlåda.

Vart kan jag vända mig om jag mår dåligt?

- **Elevhälsan**

Skolhälsovården strävar efter hög tillgänglighet med öppen mottagning för elever varje dag. Elevens behov är utgångspunkten för vårt arbete. Vi arbetar främst förebyggande genom hälsosamtal och hälsoundervisning men bedriver även lättare sjukvård. Skolhälsovården som består av skolsköterskor och skolläkare har ett brett medicinskt och socialmedicinskt yrkeskunnande. Vår styrka är att vi har kunskap om elevens helhetssituation i skolan samt fungerar som en länk mellan skola och sjukvård där vi har ett brett kontaktnät. Vi kan nås på vår öppna mottagning mellan klockan 11 och 12 eller via telefon och e-post. Tid med skolläkare bokas via skolsköterskorna:

- **Vårdcentral**

Gå in på www.vardguiden.se för att hitta din närmsta vårdcentral.

- **Ungdomsmottagning**

Ungdomsmottagningen kan hjälpa dig som är under 23 år och bor i Stockholm med rådgivning och provtagningar. Till ungdomsmottagningen kan du vända dig om du har frågor om sex och samlevnad, kroppen och könsorganen, preventivmedel, relationsproblem, mobbning, alkohol och andra droger eller bara vill ha någon att prata med. Besöken är gratis och personalen har tystnadsplikt. På mottagningen kan du träffa barnmorska, kurator eller läkare. Många mottagningar har även speciell mottagning för killar, där man oftast kan träffa manlig personal. Åldersgränsen på de flesta ungdomsmottagningar är 12 – 23 år.

Adress: Stockholms skolors ungdomsmottagning

Observatoriegatan 20, 113 29 Stockholm

Telefon: 508 32 740

T-bana: Odenplan

Öppettider: Måndag, tisdag och fredag 9-16, Onsdagar 15-17 och Torsdag 9-19.

- **Ungdomsmottagning på Kungsholmen**

Ungdomsmottagningen på Norrtullsgatan 10 är till för dig som bor, arbetar eller studerar på Kungsholmen, Norrmalm och Östermalm. Tjejer under 23 år, killar under 25 år. Här kan du träffa barnmorska, kurator, sjuksköterska och läkare.

Här kan du få hjälp om du vill göra en undersökning, önskar en samtalskontakt med en kurator eller har frågor om tobak, alkohol eller narkotika.

Du är alltid välkommen att boka tid på ungdomsmottagningen.

Adress: Ungdomsmottagningen., Norrtullsgatan 10

113 27 Stockholm

Telefon: 08/508 10 355 (tidsbokning)

08/508 10 303 (rådgivning)

T-bana: Odenplan

Öppettider: Öppet hus måndag - torsdag mellan kl 8.30-9.30

- **Barn- och ungdomspsykiatri i Stockholm**

Barn- och ungdomspsykiatrins mottagningar vänder sig till barn och ungdomar 0-17 år och deras familjer. Du som är ung kan själv ta kontakt med en BUP-mottagning om du är orolig för hur du mår psykiskt. Vill du ha hjälp från BUP i Stockholm kan du på vardagar 8.00-16.00 ringa de lokala BUP-mottagningarna. Gå in på www.bup.nu för att hitta adress och telefonnummer till din närmsta mottagning.

Öppettider: Mån-Fre 08:00-16:00

- **Unga Vuxna**

Vi på "unga vuxna" har sett att många unga har ett behov av hjälp i steget över till vuxenvärlden. Många unga vet inte vad de vill, de kanske inte får något jobb, kommer inte hemifrån – kommer inte vidare i livet. Föräldrarna i sin tur, känner sig rådvilla när de inte kan stödja sina ungdomar. Vi vet att man i den här fasen av livet kan ha stor hjälp av samtal. Därför har vi startat en psykoterapimottagning för unga och unga vuxna mellan 14 och 26 år och deras föräldrar. Våra psykoterapeuter är legitimerade och har mycket lång erfarenhet av arbete med de svårigheter som kan uppkomma med ungdomar och unga vuxna. Syftet med terapin kan vara att tillsammans med den unge undersöka och reflektera över det som känns svårt. Detta för att hitta nya perspektiv och hantera tillvaron på ett nytt mera konstruktivt sätt som leder vidare i livet. Vi välkomnar den unge själv eller tillsammans med sin förälder.

Telefon: 08 - 640 41 30

Adress: Unga Vuxna, Högbergsgatan 33, 116 20 Stockholm

E-mail: kontakt@ungavuxna.com

- **Beroendecentrum; Kungsholmsmottagningen**

Beroendecentrum Stockholm erbjuder hjälp och stöd till den som är beroende av eller har problem med alkohol, droger eller läkemedel. STAD-sektionen vid Beroendecentrum bedriver långsiktigt utvecklingsarbete inom alkohol- och drogprevention. Kungsholmsmottagningen vänder sig till både män och kvinnor över 20 år, som vill få hjälp med sitt missbruk av olika droger som alkohol, narkotika och olika sömn/lugnande och smärtstillande preparat. Vi som arbetar här är läkare, sjuksköterskor och läkarsekreterare. Vi erbjuder information, rådgivning, utredning, psykiatrisk och medicinsk behandling.

Adress: Kungsholmsmottagningen

S:t Göransgatan 126, plan 8

112 45 Stockholm

Telefon: 08-508 084 68

Telefontid: Mån-Tors 08:00-16:00, Fredag 08:00-15:00

T-bana: Stadshagen, uppgång S:t Görans sjukhus.

- **Ericastiftelsens Psykoterapimottagning**

Vänder sig till dig som är mellan 16 och 24 år. Du kan ringa på någon av våra telefontider, du får då kort berätta om dina problem och varför du söker hjälp. Vi tar helst inte emot anmälningar per e-post. Ibland kan det räcka med några samtal, men ofta kan det behövas fler, vi kan då rekommendera psykoterapi, vilket betyder att du får komma regelbundet för att prata med en psykoterapeut, oftast en eller två gånger per vecka. Vi som arbetar på

mottagningen är alla legitimerade psykoterapeuter och omfattas av gällande hälso- och sjukvårdslagstiftning. Personalen har tystnadsplikt.

Om Ericastiftelsens mottagning inte är rätt ställe för dig eller om våra resurser inte räcker till, försöker vi ge rekommendation om vart du kan vända dig. Besöken är avgiftsfria.

Adress: Ericastiftelsen, Odengatan 9, 114 24 Stockholm

Telefon: 08-402 17 60

Öppettider: Måndag: 8.00–18.00, Tisdag–torsdag: 8.00–16.45, Fredag: 8.00–16.15,
Lunchstängt: 12.00–12.45

T-bana: Tekniska Högskolan, uppgång Odengatan

- **Stockholms Stadsmission – ENTER, för tjejer mellan 13-20 år**

ENTER är ett projekt som ska fungera som en mötesplats för ungdomar, som på olika sätt kan vara till stöd för varandra. Här kan man träffas mer eller mindre regelbundet i en grupp där det inte är konstigt eller farligt att inte alltid må så bra, vara med på utflykter, ridning, middagar och andra grejer som vi tillsammans har lust och möjlighet att ordna, komma in och bara vara, fika, vila eller umgås. Du kan också få hjälp om du har något speciellt problem som du känner dig ensam med och vill göra någonting åt.

Enter är en öppen gemenskap för flickor mellan 13 och 20 år som har det jobbigt i livet på olika sätt. Enter är ett ställe där lust, ork och självförtroende ska få en chans att växa, och hit är man välkommen oavsett dagsform. Personalen fokuserar inte på de individuella problemen och sysslar inte med behandling. På Enter är man vanlig och normal trots, eller kanske just på grund av, allt det andra som man lever med.

På ENTER är vi tre socionomer som arbetar demokratiskt och självstärkande tillsammans med tjejerna. Utöver detta finns det ett antal timanställda socialarbetare samt ett antal internt utbildade volontärer som bidrar med sin tid och sina kunskaper.

Vår lokal är öppen dagtid för spontanbesök, fika och stödjande samtal och vi har olika aktiviteter på kvällstid. Vad vi gör bestämmer vi tillsammans, men en grundtanke är att var och en ska få möjlighet att utveckla sin egen talang och förmåga, hitta sin egen styrka och även kunna vara en resurs för andra. Våra besökare har också möjlighet att få individuellt stöd i samtal, i myndighetskontakter eller med praktiska saker.

Adress: ENTER, Södermannagatan 38, Södermalm 112 45 STOCKHOLM

Telefon: 08-641 18 48 eller 0736-63 02 50.

E-mail: enter@stadsmissionen.se

Öppettider: vardagar kl. 13.00-19.45 och fredagar kl. 13-17.

T-bana: Medborgarplatsen, Skanstull

- **Maria Ungdom**

Ett samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten för ungdomar som bor i Stockholm, Danderyd och Värmdö. Mottagningen erbjuder bedömning, utredning och behandling för ungdomar upp till 20 år som är i riskzon för att utveckla ett missbruk eller har missbruk/beroende. Vi som arbetar på enheten är socionomer, psykoterapeuter, specialistläkare och sjuksköterskor samt 1 specialistläkare i allmän psykiatri.

Adress: Maria Ungdom, Friskvårdsvägen 4
112 81 Stockholm

Telefon: Ungdomsjouren 08-508 25481

Öppettider: måndag till fredag på kontorstid 8.00-16.30.

T-bana: Stadshagen, uppgång S:t Görans sjukhus

Bilaga 5.

Mitt liv

I nedanstående formulär skall Du skatta var du tycker att Du befinner dig gällande de olika påståendena. Ringa in den siffra som stämmer överens med vad Du känner.

1) Jag tycker att mitt liv är fyllt av problem

1

2

3

4

5

6

7

Instämmer

Instämmer

Inte alls

2) Jag lever så som jag vill leva

1

2

3

4

5

6

7

Instämmer

Instämmer

Inte alls

3) Mina problem gör att jag inte kan leva så som jag vill

1

2

3

4

5

6

7

Instämmer

Instämmer

inte alls