

ACT inom statlig ungdomsvård



Fredrik Livheim

FORSKNING I KORTHET

ISBN 978-91-87053-78-8

ACT inom statlig ungdomsvård

Nummer 4 år 2021

Publikationerna finns att beställa eller
ladda ner från SiS webbplats.
www.stat-inst.se

Engelsk titel:

Institutional Care in Focus

Publikationsseriens adress:

Statens institutionsstyrelse

Box 1062

171 22 Solna

ACT inom statlig ungdomsvård

Förord

Denna kortrapport är en vetenskaplig sammanfattning av en kvasiexperimentell studie med 160 ungdomar som genomfördes inom ramen för Statens institutionsstyrelse (SiS) behandlingsverksamhet, med syfte att utvärdera effekter av interventionen Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Resultaten av denna studie finns publicerade både i form av vetenskapliga artiklar (Livheim m.fl., 2020) och i en avhandling (Livheim, 2019). I dessa finns en mer noggrann redogörelse av de dataanalyser som är genomförda, samt en fördjupad beskrivning av bakgrunden till och sammanhanget för studien.

SiS gav ekonomiskt stöd till genomförandet av denna forskningsstudie genom forskaren Anders Tengström. Innehållet i denna forskningsrapport är enbart författarens ansvar och representerar inte nödvändigtvis SiS officiella åsikter.

Sammanfattning

Behandling av ungdomar inom institutionsvård kan vara en utmaning, där samsjuklighet och låg psykosocial funktionsnivå är vanligt förekommande. Kognitiv beteendeterapi (KBT) har visat sig vara den mest effektiva behandlingsmetoden för denna grupp, men ger oftast små förbättringar. Därför finns det utrymme och potential för att utveckla nya och effektivare behandlingsmetoder. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) skulle kunna vara en sådan metod.

Syftet med föreliggande studie var att testa om det gick att genomföra en ACT-gruppintervention för ungdomar som tvångsvårdas och undersöka vilka eventuella effekter behandlingen har. Utöver detta var syftet att undersöka om ökad psykologisk flexibilitet förklarade eventuella positiva resultat samt att testa metoden när den gavs inom reguljär tvångsvård utförd av behandlingsassistenter utan formell psykoterapeutisk examen.

Studien utgår från en kvasiexperimentell design. Totalt ingick 160 ungdomar i studien, varav 69 ungdomar fick sedvanlig behandling (kontrollgrupp) och 91 ungdomar fick sedvanlig behandling samt även 12 timmars ACT-gruppbehandling. Mätningar genomfördes innan behandlingen påbörjades samt två veckor, en månad, tre månader och 18 månader efter påbörjad behandling.

Sammanfattningsvis visade resultaten att ungdomarna som fått tillägget av ACT-interventionen visade förbättringar tre månader efter påbörjad behandling avseende mindre depression, ångest, ilska, hyperaktivitet och uppförandeproblem samtidigt som en ökning av prosociala beteenden, bättre självbild och större psykologisk flexibilitet kunde påvisas. Alla effektstorlekarna var små. Resultaten visade också att ökad psykologisk flexibilitet förklarade (medierade) den minskade graden ångest bland ungdomarna som fått ACT. Vid en uppföljning 18 månader efter påbörjad behandling uppmättes återigen effekter avseende minskad depression och ångest samt ökad psykologisk flexibilitet. De tidigare positiva effekterna som uppmättes, avseende minskad depression och ångest samt ökad psykologisk flexibilitet, bekräftades statistiskt.

För ungdomar som tvångsvårdas kan ACT i gruppformat vara hjälpsamt för att minska problembeteenden, detta även när interventionen ges inom reguljär vård utförd av behandlingsassistenter. Att fokusera på att öka ungdomars psykologiska flexibilitet kan vara en ansats för att öka effektiviteten av interventioner för ungdomar som tvångsvårdas. Dock är begreppet psykologisk flexibilitet i behov av operationalisering för att verksamma behandlingskomponenter, som kan ligga till grund för varaktig beteendeförändring, fullt ut ska kunna förstås.

Bakgrund

Ungdomar som tvångsvårdas för antisocialt beteende, missbruk, kriminalitet och psykosociala problem är i riskzonen för långsiktiga negativa konsekvenser (Goodman, Joyce, & Smith, 2011). Dessa inkluderar bland annat psykisk och fysisk ohälsa, fortsatt och/eller ökad förekomst av kriminalitet och missbruk samt lägre utbildningsnivåer (Franzén, Vinnerljung, & Hjern, 2007; Goodman m.fl., 2011; Moffitt, 2006; Olsson, Hansson, & Cederblad, 2006). Dessa problem interagerar och kan förstärka varandra (Andrews & Bonta, 2010) och är ofta förknippade med förekomsten av riskfaktorer (t.ex. föräldrar med missbruksproblematik, skolproblem) och frånvaro av skyddsfaktorer (t.ex. nära relation med föräldrar, bra sociala färdigheter) (Andrews & Bonta, 2010; Loeber & Farrington, 2000).

Forskning som undersöker effekter av tvångsvård som behandlingsform för ungdomar har ofta metodologiska problem, såsom brist på kontrollgrupper och utfallsmått av dålig kvalitet (Bettmann & Jasperson, 2009; Blanz & Schmidt, 2000). Resultaten från de studier som har genomförts är inte heller entydiga; vissa studier visar på positiva effekter, andra på negativa effekter medan somliga påvisar ingen effekt av de interventioner som genomförts (Baglivio, Wolff, Jackowski, & Greenwald, 2017; Hair, 2005; Ryan, Marshall, Herz, & Hernandez, 2008; Weisz m.fl., 2017). I vissa studier har man även sett att det finns en risk att slutenvårdsbehandling till och med ökar risken för brottslighet (Park & Ryan, 2009; Ryan m.fl., 2008). En tänkbar förklaring till detta fenomen är så kallade "smittoeffekter" som handlar om hur ungdomarna lär sig oönskade beteenden av varandra när de vistas inom slutenvård och i vissa fall skapar antisociala nätverk under sin placering (Dishion, McCord, & Poulin, 1999; Dodge, Dishion, & Lansford, 2006).

Att hjälpa unga som behöver institutionsvård försvåras ytterligare av att det är vanligt att dessa ungdomar ofta har en omfattande samsjuklighet, det vill säga att de har flera psykiska och somatiska problem samtidigt (Bettmann & Jasperson, 2009; Pardini & Frick, 2013; Thoburn, 2007; Whittaker, 2009). Därför har ett flertal forskare föreslagit att nya typer av interventioner för ungdomar behöver utvecklas och att dessa interventioner bör vara utformade på ett sådant sätt att de kan hjälpa unga med problem på en rad olika fronter samtidigt. Ett samlingsnamn för denna typ av insatser är "transdiagnostiska behandlingar", det vill säga behandlingar som fungerar över ett brett spektrum av diagnoser eller problem (Bearman & Weisz, 2015; Hermann, Meyer, Schnurr, Batten, & Walser, 2016; Weisz m.fl., 2017).

Weisz och kollegor (2017) har sammanfattat 50 års forskning som spänner över en mängd olika behandlingsmetoder för vuxna och ungdomar. Deras slutsats är att kognitiv beteendeterapi (KBT) är den mest effektiva terapiformen för att behandla ungdomar som vårdas i slutenvård men att dessa positiva effekter genomsnittligen är små. Det finns därför ett behov att utveckla nya behandlingar som valideras och utvärderas i

kliniska miljöer. Dessa behandlingar ska gärna ha en tydlig teoretisk bas med välgrundade teorier om vilka processer i behandlingen som står för eventuella positiva resultat.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012) utgår från en tydlig teoribas om vad som skapar positiva effekter, vilket gör det enklare att testa dessa empiriskt. ACT räknas som en av de senare formerna av KBT och beskrivs ibland som "kontextuell KBT" eftersom man i behandlingar tar hänsyn till hela sammanhanget/kontexten runt personerna man avser att hjälpa. Inom ACT använder man sig även av processer som acceptans, medveten närvaro, samt identifikation av livsriktningar och beteendeprocesser för att skapa "psykologisk flexibilitet" (Amrod & Hayes, 2013). Psykologisk flexibilitet definieras som förmågan att fullt ut kontakta det innevarande ögonblicket med medvetenhet, samt avsiktligt förändra eller fortsätta med beteenden i enlighet med vad man tycker är viktigt (Hayes, Louma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). En systematisk granskning av 20 olika metaanalyser visade att ACT gav effekter på ökad psykologisk flexibilitet (Gloster, Walder, Levin, Twohig, & Karekla, 2020).

ACT i gruppformat och korta interventioner har testats för skolungdomar och unga inom öppenvården (t.ex. Livheim m.fl., 2015), och utöver denna studie finns det inte några andra studier där ACT testats för unga som vårdats inom statlig ungdomsvård. Många av de studier som har testat ACT för ungdomar har metodologiska brister (se Halliburton & Cooper, 2015; Swain, Hancock, Dixon, & Bowman, 2015 för forsknings-sammanställningar). Exempelvis har studierna inkluderat relativt litet antal deltagare, innefattat korta insatser eller varit fallstudier (Swain m.fl., 2015). Resultaten från dessa studier visar dock på ett initialt stöd för att ACT kan hjälpa ungdomar med problem, där resultaten ger stöd för att ACT hjälper ungdomar att minska stress, långvarig smärta, uppförandestörning, posttraumatisk stress, tvångssyndrom, anorexi, inlärningssvårigheter och autismspektrumstörning (Halliburton & Cooper, 2015).

Syftet med föreliggande studie var att testa om det gick att genomföra en ACT-gruppintervention för ungdomar som vårdas på särskilda ungdomshem inom ramen för SiS behandlingsverksamhet och undersöka vilka eventuella effekter behandlingen har. Utöver detta var syftet att undersöka om ökad psykologisk flexibilitet förklarade eventuella positiva resultat samt att testa metoden när den gavs inom reguljär tvångsvård och utfördes av behandlingsassistenter utan formell psykoterapeutisk examen.

Metod

En första pilotstudie samt den fullskaliga studien granskades och godkändes av Regionala Etikprövningsnämnden vid Karolinska Institutet (Dnr 2011/1140-31/3 respektive Dnr 2010/1698-31/1). Studien följde också Helsingforsdeklarationens riktlinjer (World Medical Association, 2010) för etisk forskning. Skriftligt informerat samtycke inhämtades från samtliga deltagande ungdomar före deras medverkan.

Studiens design

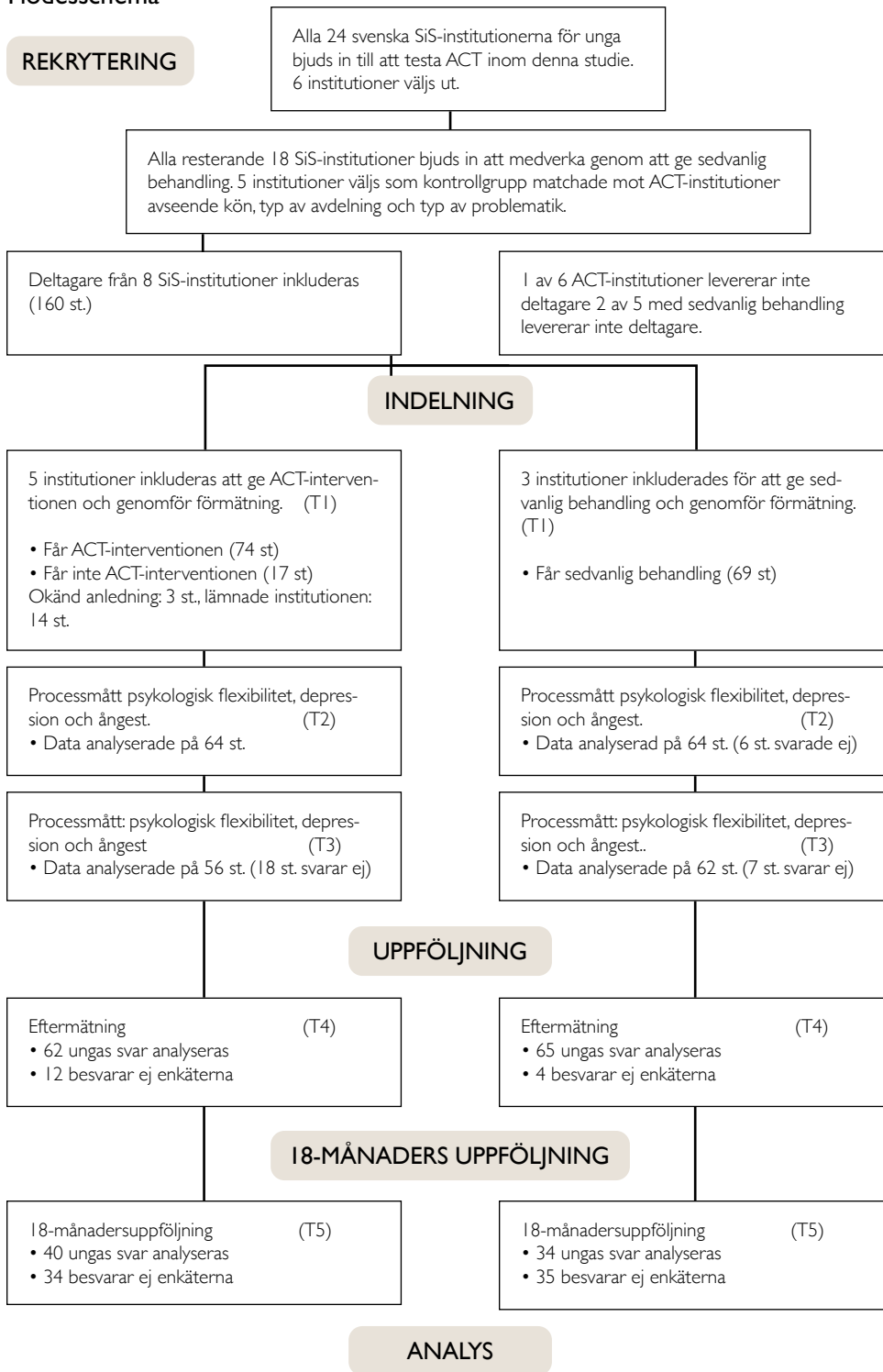
Studien anlades med en kvasiexperimentell design. Fem institutioner gav ACT-interventionen (utöver sedvanlig behandling på institutionen), medan tre matchade institutioner gav sedvanlig behandling och användes som kontrollgrupp. De tre institutionerna som utgjorde kontrollgrupp matchades så att de liknade interventionsinstitutionerna på variablerna kön, typ av avdelning och typ av problematik hos de unga. De ungdomar som inkluderades fick besvara enkäter vid fem mättillfällen: T1, före behandling; T2, två veckor efter påbörjad behandling; T3, fyra veckor efter påbörjad behandling; T4, tre månader efter påbörjad behandling; och T5, 18 månader efter påbörjad behandling.

Rekrytering

Alla 24 institutionerna inom SiS blev inbjudna att delta i studien. Av dessa svarade sex institutioner positivt. Av de återstående 18 institutionerna valdes fem institutioner som kontrollgrupper. Av de totalt elva institutionerna som valde att medverka var det i slutändan endast åtta som deltog i studien (fem av sex institutioner som gav ACT och tre av fem som gav sedvanlig behandling). Fyra avdelningar var för pojkar, två hade bara flickor och de återstående två institutionerna hade både pojkar och flickor.

Studiens inklusionskriterier omfattade ungdomar i åldrarna 15 till 21 år med psykiatriska problem och/eller missbruk som rapporterats av ungdomarna själva eller behandlingspersonal. Ungdomar som inte kunde förstå svenska på en grundläggande nivå exkluderades. Nedan presenteras ett flödesschema för rekrytering av deltagande ungdomar.

Flödesschema



Material

För insamling av bakgrundsvariabler användes information från intagningsintervjun *Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD)*. Alla utfallsmått bygger på självrapportering eller personalens rapportering, i båda fallen genom användandet av vetenskapligt utvärderade skattningsskalor. Depressiva symptom, ångest, ilska, antisocialt beteende och självbild mättes med *Becks ungdomsskalor*. Kvalitet på kamratrelationer och hyperaktivitet mättes med *The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*, självskattat och skattat av personal. Psykologisk flexibilitet mättes med *The Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth*.

Procedur för datainsamling

På de åtta deltagande institutionerna valdes en "testadministratör" som inte var direkt inblandad i att ge ungdomen behandling. Testadministratören fick en dags utbildning av författaren till denna rapport och forskningsledaren från SiS i genomförandet av testerna. Ungdomarna besvarade enkäterna var och en för sig. I de flesta fall fyllde ungdomarna själva i frågeformuläret och gav sina svar i ett slutet kuvert. Om deltagaren saknade tillräcklig läsförmåga läste administratören frågorna högt. I några sällsynta fall hjälpte administratören även till med att skriva ner svaren. Ungdomarna fick presentkort om 200 (svenska) kronor efter att ha slutfört för- och eftermätningar och ett presentkort om 300 kronor om de besvarade långtidsuppföljningen 18 månader efter att behandlingarna påbörjats.

ACT-interventionen för SiS

ACT-interventionen omfattar sex sessioner där vardera sessionen tog cirka 1–2 timmar att genomföra. Manualen har tagits fram i flera olika steg. En sökning genomfördes 2009–2010 för att identifiera de manualer som vid den tiden fanns tillgängliga för behandling av ungdomar, för vuxna med missbruksproblematik eller för personer som tvångsvårdas. En manual utarbetades och pilottestades i en mindre randomiserad kontrollerad studie för gymnasieungdomar som led av psykisk ohälsa. Denna manual vidareutvecklades utifrån synpunkter från psykologerna som genomfört behandlingarna samt utifrån ungdomarnas synpunkter. Den reviderade manualen pilottestades sedan på sex SiS-institutioner och fyra BUP-mottagningar under 2010. Resultaten finns beskrivna i en rapport av Livheim (2010). Utifrån pilotstudien reviderades manualen en sista gång och denna slutgiltiga manual användes sedan inom ramen för denna studie.

Behandlingen beskrivs övergripande i Tabell 1. Eftersom behandlingspersonalen inte hade någon formell psykoterapeutisk utbildning var fokus på psykoedukativa moment. Innehållet fokuserade på upplevelsebaserade övningar och rollspel. Sessionens längd hölls på maximalt två timmar, med en paus mitt i sessionen om så behövdes. Grupperna var vanligtvis små, med två till sex deltagare i varje grupp. Interventionen innehöll korta mindfulnessövningar med fokus på acceptans och självmedkänsla, och ungdomarna fick en mp3-spelare med övningar som de kunde använda mellan sessionerna.

Tabell 1. Beskrivning av innehållet i sessionerna.

Session	Övergripande innehåll
Individuell träff före gruppsessioner	Skapa kontakt. Beskriva kursen. Validera lidande ungdomen kanske upplever i livet. Göra en funktionell analys av problembeteendet genom att göra den upplevelsebaserade övningen "livslinjen".
Session 1: Leva livet fullt ut	Gå igenom ramar och regler för gruppen. Gruppledaren genomför ett rollspel om en fiktiv ungdom och tillsammans genomförs en funktionell analys av den fiktiva ungdomens känslor och beteenden. Diskussion och normaliserande av smärtsamma känslor när man börjar identifiera vad man tycker är viktigt.
Session 2: Vad är viktigt i mitt liv?	Repetition av föregående session. Uppföljning av vad ungdomen övat på mellan sessionerna (båda dessa punkter görs löpande i sessionerna 2 till 6). Fokus i sessionen ligger på att identifiera livsvärden genom att göra en "livskompass".
Session 3: Vad hindrar mig från att leva livet fullt ut?	Utforska (a) identifiera hinder för att leva livet fullt ut och hur man kan hantera dessa hinder; (b) skilja mellan hinder man kan påverka och öva problemlösning kring dessa, och (c) öva acceptansstrategier kring hinder i livet som är svåra att avsiktligt förändra.
Session 4: Hur kan jag hantera hinder i livet	Presentera konkreta strategier för hur hantera svårigheter i livet. Rollspel av metaforer som visar hur man kan förhålla sig till impulser och känslor för att ta steg mot livsvärden (t.ex. en schackmetafor, eller förhålla sig på olika sätt till tankar som presenteras i form av papperslappar som man kastar mot varandra).
Session 5: Att vara snäll med mig själv	Genomgång av hur man kan öva självmedkänsla, "att ge mig själv det jag behöver". Utforska strategier för hur praktisera självmedkänsla när man möter svårigheter i livet; övningar i självmedkänsla inkluderar perspektivtagning, som att skriva ett kärleksbrev till sig själv som 6-åring eller föreställa sig sin 30-års födelsedag.
Session 6: Hur kan jag skapa det liv jag vill leva?	Gå igenom innehållet i alla sex sessioner. Göra planer för hur använda det som de funnit vara till hjälp i kursen när de återgår till samhället igen. Identifiera nätverk av prosociala vänner, vuxna och organisationer som kan hjälpa till med att behålla en hälsosam och vital livsstil. Upprätta en detaljerad plan för att aktivera dessa nätverk och kontakter.

Utbildning av ACT-gruppledare

Totalt utbildades 46 behandlingsassistenter på institutionerna genom åtta dagars utbildning. I utbildningen ingick att de höll en kurs för att öva innan studien startade. Utbildningen omfattade sammanlagt fem dagars utbildning i manualen som skulle användas. Av de åtta dagarna vigdes två av utbildningsdagarna till utbildning i ACT. Slutligen gavs även en dags utbildning i *Motiverande samtal* (MI) för att lära sig förhållningssättet som man förutsätts använda när man håller ACT-kursen.

Sedvanlig behandling som intervention

Sedvanlig behandling (också kallad TAU, treatment as usual) bestod främst av dessa sju behandlingar, antingen som enstaka behandlingar eller en kombination av behandlingarna:

- Individuell psykodynamisk terapi
- Individuell kognitiv beteendeterapi
- Aggression Replacement Training (ART) (Goldstein, Glick, & Gibbs, 1998)
- Dialektisk beteendeterapi (DBT) (Linehan, 2014)
- Miljöterapi
- Återfallsprevention (ÅP) (Witkiewitz & Marlatt, 2004)
- Tolvstegsprogram (Chappel & DuPont, 1999)

I gruppen som fick sedvanlig behandling var tolvstegsprogrammet den vanligaste interventionen, medan ART var den vanligaste behandlingen efter ACT i gruppen som fick ACT-interventionen. På de institutioner som gav ACT-behandling gavs färre behandlingar överlag, i gruppen som fick sedvanlig behandling fick 90 procent två eller fler behandlingar, och i ACT-gruppen var motsvarande siffra 57 procent.

Dataanalys

En mängd statistiska analyser har genomförts. Sammanfattningsvis inkluderar dessa:

- t-tester för att undersöka hur grupperna eventuellt skiljde sig åt vid förmätningen gällande utfallsmåtten
- ANCOVA (analysis of covariance) och ITT-analyser (intention-to-treat) för att mäta effekter över tid mellan grupperna
- GEE-modell för att hantera beroendet mellan variabler som uppkommer vid upprepning av observationer i analyserna över tid
- Cohen's d för att mäta effektstorlekar
- mediationspaket i Stata (Hicks & Tingley, 2011) för att beräkna mediationseffekter.

För en mer noggrann redogörelse av de dataanalyser som är genomförda samt de uppkomna resultaten, hänvisas till Livheim med flera (2020).

Resultat

En sammanfattning av de olika analyserna visade att de ungdomar som genomgått en ACT-behandling rapporterade bättre/högre poäng på en rad av utfallsmåtten jämfört med kontrollgruppen. Analyserna på data insamlade tre månader efter påbörjad behandling (T4) visade att deltagarna som fick ACT-interventionen hade minskade symptom för flertalet av utfallsmåtten såsom depression ($d = 0.15$), ångest ($d = 0.18$), ilska ($d = 0.27$), uppförandeproblem ($d = 0.15$), hyperaktivitet ($d = 0.20$), generell beteendestörning ($d = 0.18$) samt förbättrad prosocialitet ($d = 0.16$) och självbild ($d = 0.15$). Sammantaget hade den samlade problembilden för deltagarna som fick ACT-interventionen minskat tre månader efter påbörjad behandling ($d = 0.18$).

Vid 18-månadersuppföljningen hade majoriteten av ungdomarna lämnat SiS och bortfallet vid långtidsuppföljningen var 54 procent. Med anledning av det stora bortfallet analyserades endast de primära utfallsmåtten (depression och ångest) och processmättet (psykologisk flexibilitet) som hade registrerade mätningar vid alla fem mätillfällena (T1–T5). Vid långtidsuppföljningen visade mätningarna att deltagarna som fått ACT-interventionen upplevde en minskad grad depression ($d = 0.39$) och ångest ($d = 0.34$). Reduceringen av upplevd depression och ångest medierades (förklarades) till en stor del av den föreslagna primära processvariabeln psykologisk flexibilitet ($d = 0.44$).

Diskussion

Syftet med ovan beskrivna studie var att undersöka genomförbarheten av en ACT-gruppintervention för ungdomar inom tvångsvård och undersöka vilka eventuella effekter behandlingen har. Utöver detta var syftet att undersöka om ökad psykologisk flexibilitet förklarade eventuella positiva resultat samt att testa interventionen när den gavs inom reguljär vård av behandlingsassistenter utan formell psykoterapeutisk examen.

Sammanfattningsvis visade resultaten att ungdomarna som fått tillägget av ACT-interventionen visade förbättringar tre månader efter påbörjad behandling avseende minskad depression, ångest, ilska och hyperaktivitet samt minskade uppförandeproblem, samtidigt som en ökning av prosociala beteenden, bättre självbild och större psykologisk flexibilitet kunde påvisas. Även om det här har presenterats flera signifikanta förbättringar för deltagarna som fick TAU + ACT, i jämförelse med dem som endast fick TAU, ska resultaten tolkas med försiktighet eftersom samtliga effektstorlekar var små. Resultaten visade också att ökad psykologisk flexibilitet förklarade (medierade) den minskade graden av ångest bland ungdomarna som fått ACT. Analysen av data från 18-månadersuppföljningen (18 månader efter påbörjad behandling) visade att ACT-behandlingen hade effekter som minskad depression och ångest samt ökad psykologisk flexibilitet. De tidigare positiva effekterna som visades, avseende minskad depression och ångest samt ökad psykologisk flexibilitet, bekräftades statistiskt.

Denna studie har undersökt ACT för ungdomar som tvångsvårdas, och indikerar i likhet med andra KBT-baserade interventioner att behandlingen kan vara behjälplig för en rad olika typer av problem (Halliburton & Cooper, 2015). De ovannämnda resultaten visar på att ACT kan vara verkningsfullt inom statlig tvångsvård, tillsammans med tidigare resultat där både ungdomar och behandlingspersonal rapporterade att de är mycket nöjda med ACT-interventionen och dess behandlande potential (SiS, 2010) samt där många ungdomar uttryckte att de ville ha mer ACT-behandling. Eftersom samsjuklighet (t.ex. uppförandestörning, depression, ångest, drogmissbruk) är vanligt förekommande hos den här gruppen samtidigt som den allmänna psykosociala funktionen ofta är låg (Bettmann & Jaspersen, 2009), kan det vara särskilt fördelaktigt att ge transdiagnostiska behandlingar. Utvecklingen av denna ACT-intervention har varit ett steg i den riktningen och fokus har legat på att inkludera verksamma mekanismer som är viktiga för att minska återfall i brottslighet (Baglivio m.fl., 2017).

Eftersom ACT vilar på en tydlig, stark teoretisk bas om vad som skapar positiv förändring är det lättare att avgöra vilka mekanismer eller processer som förklarar eventuella positiva resultat. I detta fall är teorin att det är ökad psykologisk flexibilitet som är den föreslagna mekanismen bakom förändring. Resultaten tyder på att ökade nivåer av psykologisk flexibilitet medierade (förklarade) minskningen av ångest, och som teorin förut-

säger ökade först den psykologiska flexibiliteten vilket medierade minskningen av ångest. Detta är i linje med tidigare forskning som stödjer psykologisk flexibilitet som den verksamma mekanismen i ACT-behandlingar (Levin, Hildebrandt, Lillis, & Hayes, 2012).

På senare tid har det framkommit kritik mot begreppet psykologisk flexibilitet. Kritiken omfattar bland annat att psykologisk flexibilitet behöver operationaliseras mer samstämmigt inom forskningsvärlden då det i nuläget används lite olika definitioner, samt att det finns indikationer på att psykologisk flexibilitet i många fall är nästan samma sak som allmän stress eller nedstämdhet (se Cherry m.fl., 2021 för utförlig diskussion). I denna studie användes den svenska versionen av frågeformuläret AFQ-Y för att mäta psykologisk flexibilitet, och de vetenskapligt publicerade resultaten på dess tillförlitlighet är beräknade just på de ungdomar som ingår i denna studie inom SiS (Livheim m.fl., 2016). I den studien finner man att den svenska versionen av AFQ-Y har goda mätegenskaper, det vill säga inte överlappar för mycket med nedstämdhet eller ångest (ev. överlapp med allmän stress undersöktes däremot inte). Kritiken mot begreppet psykologisk flexibilitet påverkar inte de resultat vi ser av ACT-intervention, kritikerna skulle däremot säga att vi inte kan vara så säkra på *varför* förbättringarna i ACT-interventionerna uppkommit, det vill säga vilken processen är som förklarar förbättringarna.

För att behandlingsprogram inom tvångsvården ska vara optimalt effektiva är det viktigt med hög kvalitet på implementeringen av behandlingen (t.ex. Lipsey, 2009; Weisz m.fl., 2017). Detta uppnåddes genom att skapa en pedagogisk, detaljerad och användarvänlig manual. En pilotstudie genomfördes och en åtta dagars utbildning gavs i hur man ska genomföra behandlingen. Dessa steg är viktiga och förbättrade förutsättningarna för de positiva resultaten. Andra viktiga faktorer som sannolikt bidragit till att ACT kunde implementeras med goda resultat har varit följande:

1. Projektet hade en rimlig tidshorisont och budget.
2. Projektet förankrades inom SiS på alla nivåer när det initierades. Författaren och dåvarande forskningsledaren hade presentationsmöten för generaldirektören, SiS huvudkontor, regionchefer, institutionschefer för deltagande institutioner (både ACT-deltagare och kontrollgrupps deltagare), samt avdelningschefer och deras personal på de avdelningar som skulle ge ACT.
3. Ett skriftligt avtal upprättades i förväg med respektive institutionschef som specificerade hur många ungdomar som skulle inkluderas på respektive institution.
4. En särskild person per institution utsågs till den lokala administratören, och fick en dags utbildning i processen att inhämta informerats samtycke och genomföra insamling av svar från unga via enkäter. Denna administratör ersattes ekonomiskt för sin hjälp.
5. Ungdomarna fick ersättning för den tid de lade ner på att besvara enkäter, 200 (svenska) kronor vid för- och eftermätning och 300 kronor vid 18-månadersuppföljningen.

Det har också funnits utmaningar i projektet där en sådan var svårigheter att rekrytera försöksdeltagare. Målet var att inkludera 300 deltagande ungdomar. Några anledningar till svårigheter i rekryteringen handlade om att varje avdelning hade relativt få ung-

domar per avdelning (cirka 3–10 stycken). En annan utmaning var att institutionerna ibland hade problem som påverkade den kapacitet de hade att fokusera på studien, till exempel oroligheter bland ungdomarna, ungdomar som avvikit, hög personalomsättning eller sjukskrivningar, eller att institutionen med kort varsel skulle ta emot en annan typ av ungdomar. En ytterligare utmaning var att det användes för många självskattningsformulär. I snitt tog det cirka 1–2,5 timmar för en ungdom att besvara hela frågebatteriet. Detta gjorde det svårt att motivera ungdomarna att besvara frågorna, något som blev tydligt vid uppföljningen som genomfördes 18 månader från behandlingens start.

Ungdomar som tvångsvårdas inom SiS är särskilt utsatta på så sätt att de ofta kommer från svåra uppväxtförhållanden, i hög grad är påverkade av den problematiska livssituation de befinner sig i, samt ofta har en samsjuklighet av flera diagnoser och sjukdomar, samtidigt som de behöver förhålla sig till hur deras handlingar påverkar andra (t.ex. vid grova våldsbrott). Föreliggande studies resultat tyder på att en ACT-intervention kan användas i befintliga behandlingsmiljöer inom tvångsvården. Studien ger även stöd för att behandlingen kan ges av befintlig personal på institutionerna, samt att behandlingen ger goda effekter när den ges av behandlingsassistenter och att man på så sätt kan avvara psykologer på institutionen till mer avancerade individuella behandlingar där detta behövs. Vid långtidsuppföljningen (18 månader efter behandlingens start) var bortfallet stort (54 %) vilket innebar att endast de två primära utfallen (depression och ångest) samt det sekundära processmålet psykologisk flexibilitet analyserades. Sammantaget kan ACT vara en behandlingsmetod (av flera) inom SiS. Några övriga kliniska iakttagelser som gjordes under studiens gång är att behandlingspersonalen fått kunskaper och en metod som de även kan använda i den löpande kontakt de har med ungdomarna under tiden som dessa vårdas inom SiS. Arbetet med metoden har även gett personalen ett gemensamt språk och förhållningssätt i arbetet med ungdomarna.

Referenser

- Amrod, J., & Hayes, S. C. (2013). *Act for the incarcerated*. I R. C. Tafrate and D. Mitchell (Red.), *Forensic CBT: A handbook for clinical practice*. Oxford: John Wiley & Sons. doi: 10.1002/9781118589878.ch3
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct*. (5th ed.). Cincinnati, OH: Anderson Publishing.
- Armelius, B.-Å., & Andreassen, T. H. (2007). Cognitive-behavioral treatment for antisocial behavior in youth in residential treatment. Art. No. CD005650. Cochrane Database of Systematic Reviews (Issue 4). <http://dx.doi.org/10.1002/14651858CD005650.pub2>
- Baglivio, M. T., Wolff, K. T., Jackowski, K., & Greenwald, M. A. (2017). A multilevel examination of risk/need change scores, community context, and successful reentry of committed juvenile offenders. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 15(1), 38–61.
- Bearman, S. K., & Weisz, J. R. (2015). Review: Comprehensive treatments for youth comorbidity – Evidence-guided approaches to a complicated problem. *Child and Adolescent Mental Health*, 20, 131–141. <http://dx.doi.org/10.1111/camh.12092>
- Bettmann, J. E., & Jasperson, R. A. (2009). Adolescents in residential and inpatient treatment: A review of the outcome literature. *Child and Youth Care Forum*, 38(4), 161–183.
- Blanz, B., & Schmidt, M. H. (2000). Preconditions and outcome of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 41(6), 703–712. doi:10.1111/1469-7610.00658
- Chappel, J. N., & DuPont, R. L. (1999). Twelve-step and mutual-help programs for addictive disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 22(2), 425–446.
- Cherry, K. M., Vander Hoeven, E., Patterson, T. S., & Lumley, M. N. (2021). Defining and measuring "psychological flexibility": A narrative scoping review of diverse flexibility and rigidity constructs and perspectives. *Clinical Psychology Review*, 101973.

- Dishion, T., McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, *54*, 755–764.
- Dodge, K. A., Dishion, T. J., & Lansford, J. E. (Eds.). (2006). *Deviant peer influences in programs for youth: Problems and solutions*. New York: The Guilford Press.
- Feingold, A. (2009). Effect sizes for growth-modeling analysis for controlled clinical trials in the same metric as for classical analysis. *Psychological Methods*, *14*(1), 43.
- Franzén, E., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2007). The epidemiology of out-of-home care for children and youth: A national cohort study. *British Journal of Social Work*, *38*(6), 1043–1059.
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M., Twohig, M., & Karekla, M. (2020). The empirical status of Acceptance and Commitment Therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*.
- Goldstein, A. P., Glick, B., & Gibbs, J. C. (1998). *Aggression replacement training: A comprehensive intervention for aggressive youth* (rev. ed.). Champaign, IL: Research Press.
- Goodman, A., Joyce, R., & Smith, J. P. (2011). The long shadow cast by childhood physical and mental problems on adult life. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *108*(15), 6032–6037.
- Hair, H. J. (2005). Outcomes for children and adolescents after residential treatment: A review of research from 1993 to 2003. *Journal of Child and Family Studies*, *14*(4), 551–575.
- Loeber, R., & Farrington, D. P. (2000). Young children who commit crime: Epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Development and Psychopathology*, *12*(4), 737–762.
- Halliburton, A. E., & Cooper, L. D. (2015). Applications and adaptations of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for adolescents. *Journal of Contextual Behavior Science*, *4*(1), 1–11.
- Hayes, S. C., Louma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, *44*(1), 1–25.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Hermann, B. A., Meyer, E. C., Schnurr, P. P., Batten, S. V., & Walser, R. D. (2016). Acceptance and Commitment Therapy for co-occurring PTSD and substance use: A manual development study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(4), 225–234.
- Hicks, R., & Tingley, D. (2011). Causal mediation analysis. *The Stata Journal*, 11(4), 605–619.
- Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., & Hayes, S. C. (December, 2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior Therapy*, 43(4), 741–56. doi:10.1016/j.beth.2012.05.003
- Linehan, M. (2014). *DBT skills training manual*. New York: Guilford Publications. Hoboken, NJ: John Wiley.
- Lipsey, M. W. (2009). The primary factors that characterize effective interventions with juvenile offenders: A meta-analytic overview. *Victims & Offenders*, 4(2), 124–47.
- Livheim, F. (2019). *ACT treatment for youth: a contextual behavioral approach*. Doctoral thesis. Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.
- Livheim, F., Tengström, A., Bond, F. W., Andersson, G., Dahl, J., & Rosendahl, I. (2016). Psychometric properties of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth: A psychological measure of psychological inflexibility in youth. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(2), 103–110.
- Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T., Högfeltd, A., & Rowse, J. (2015). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for adolescent mental health: Swedish and Australian pilot outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 1016–1030. doi:10.1007/s10826-014-9912-9
- Livheim, F., Tengström, A., Andersson, G., Dahl, J., Björck, C., & Rosendahl, I. (2020). A quasi-experimental, multicenter study of acceptance and commitment therapy for antisocial youth in residential care. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 119–127. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.03.008>
- Moffitt, T. (2006). *Life-course-persistent versus adolescent-limited antisocial behavior: a 10-year research review and research agenda*. I D. Cicchetti & D. Cohen (Red.), *Developmental psychopathology*, Vol. 3. Risk, disorder, and adaptation. Hoboken, NJ: John Wiley.

- Olsson, M., Hansson, K., & Cederblad, M. (2006). A long-term follow-up of conduct disorder adolescents into adulthood. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(6), 469–479.
- Pardini, D., & Frick, P. J. (2013). Multiple developmental pathways to conduct disorder: Current conceptualizations and clinical implications. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(1), 20.
- Park, J. M., & Ryan, J. P. (2009). Placement and permanency outcomes for children in out-of-home care by prior inpatient mental health treatment. *Research on Social Work Practice*, 19(1), 42–51.
- Ryan, J. P., Marshall, J. M., Herz, D., & Hernandez, P. M. (2008). Juvenile delinquency in child welfare: Investigating group home effects. *Children and Youth Services Review*, 30(9), 1088–1099.
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., & Bowman, J. (2015). Acceptance and commitment therapy for children: A systematic review of intervention studies. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4, 73–85.
- Thoburn, J. (2007). *Globalization and child welfare: Some lessons from a cross-national study of children in out-of-home care*. Social Work Monographs. Norwich, England: University of East Anglia.
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum, R., ... & Weersing, V. R. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *American Psychologist*, 72(2), 79–117.
- Whittaker, J. K. (2009). Evidence-based intervention and services for high-risk youth: A North American perspective on the challenges of integration for policy, practice, and research. *Child & Family Social Work*, 14, s166–177. doi:10.1111/j.1365-2206.2009.00621.x
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59, 224–235.
- World Medical Association. (2010). The code of ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki) for Experiments Involving Humans; EU Directive 2010/63/EU, 2015. Hämtad från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
- Ybrandt, H., & Nordqvist, S. (2015). SiS-placerade ungdomars problematik i relation till andra ungdomar [Problems among youth placed within the NBIC in comparison with normal population]. Statens institutionsstyrelse.

Författarpresentation



Fredrik Livheim, leg. psykolog och fil. dr., jobbar som forsknings- och innehållsstrateg för www.29k.org och forskar även på ACT-gruppbehandlingar vid Karolinska Institutet, Enheten för klinisk neurovetenskap. Utöver detta håller han utbildningar och föreläser om ACT både inom Sverige och internationellt.

Behandling av ungdomar inom institutionsvård kan vara en utmaning, där samsjuklighet och låg psykosocial funktionsnivå är vanligt förekommande. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) är en metod som har utvecklats från kognitiv beteendeterapi (KBT) och syftet med studien i denna rapport var att undersöka vilken effekt ACT-behandling har på bland annat ångest och depression, hos ungdomar placerade inom Statens institutionsstyrelse.

Studien utgår från en kvasiexperimentell design, vilket innebar att en grupp av ungdomar fick ta del av ACT-behandlingen och en annan grupp av ungdomar fick sedvanlig behandling (kontrollgrupp). Grupperna jämfördes sedan för att undersöka effekten av ACT-behandlingen. Totalt ingick 160 ungdomar i studien, varav 69 ungdomar fick sedvanlig behandling (kontrollgrupp) och 91 ungdomar fick sedvanlig behandling samt ACT-gruppbehandling. Mätningarna av effekten genomfördes innan behandlingen påbörjades samt två veckor, en månad, tre månader och 18 månader efter påbörjad behandling. Vad som mättes var grad av depression- och ångestsymtom, ilska, hyperaktivitet, uppförandeproblem och psykologisk flexibilitet. Utöver detta mättes även beteenden som främjar vänskap (prosociala beteenden).

Sammanfattningsvis visade resultaten att ungdomarna som fått tillägget av ACT-behandlingen visade förbättringar tre månader efter påbörjad behandling genom lägre grad av depression- och ångestsymtom, ilska, hyperaktivitet och uppförandeproblem. Det skedde även en ökning av sociala beteenden hos ungdomarna som genomgick ACT-behandlingen, samt att de uppvisade en bättre självbild och större psykologisk flexibilitet. Vid mätningen 18 månader efter påbörjad behandling kvarstod effekten av minskad grad av depression och ångestsymtom hos ungdomarna i ACT-behandlingen samtidigt som de även uppvisade ökad psykologisk flexibilitet, i jämförelse med kontrollgruppen. Dock deltog endast hälften av alla ungdomar i studien vid mätningen 18 månader efter påbörjad behandling.

För ungdomar som tvångsvårdas kan ACT-behandling i gruppformat vara hjälpsamt för att minska problembeteenden, detta även när interventionen ges inom reguljär vård av behandlings-assistenter. Att fokusera på att öka ungdomars psykologiska flexibilitet kan vara ett sätt för att öka effektiviteten av interventioner för ungdomar som tvångsvårdas.

ISBN 978-91-87053-78-8