

Märta Bergman
Emelie Rosell

Behandlingseffekter hos ACT-behandlare

Utbildning för gruppledare i ”ACT på jobbet”

Treatment effects on ACT therapists
Training for group leaders in “ACT at work”

Examensarbete för Psykoterapeutprogrammet
i kognitiv och beteendearikad terapi
90 högskolepoäng

Datum/termin: 2016-12-20, termin 6
Handledare: Torsten Norlander
Examinator: Anders Hammarberg

Sammanfattning

Syftet var att undersöka behandlingseffekter hos personer som går en kurs för att själva bli ACT-gruppledare. Tidigare studier av ACT (Acceptance and Commitment Therapy) som psykologisk behandling har visat positiva resultat på ett flertal psykologiska dimensioner. Hypotesen var att kursdeltagarna skulle förbättras inom de domäner som valts ut; upplevd livskvalité, depression, ångest, stress, psykologisk flexibilitet och undvikande (generellt i livet samt i arbetssituationen) samt i vilken mån försöksdeltagarna upplever att de har en positiv påverkan på och betydelse för andra. Eftersom ACT bygger på upplevelsebaserad inläring, skulle genomgången ACT-utbildning kunna innebära förbättrat mående och förändring i förhållningssätt även hos kursdeltagarna personligen. Deltagarna gick en kurs för att leda gruppbehandlingen ACT - *att hantera stress och främja hälsa*, samtidigt som de själva höll i en gruppbehandling i nämnda format. Två mätningar gjordes, en vid kursstart och en efter kursens avslut. Totalt 93 personer tillfrågades, 52 i kursgrupp och 41 i referensgrupp, 74% svarade på båda skattningar. Studien omfattade därmed 69 deltagare, 35 i kursgrupp och 34 i referensgrupp. Deltagarna i studien fick fylla i skattnings-formulär via internet, med hjälp av SurveyMonkey. Analyserna visade ingen skillnad mellan kursgrupp och referensgrupp. Båda grupperna förbättrades dock signifikant över tid på dimensionerna stress, upplevd stress samt psykologisk flexibilitet och undvikande. I övrigt inga statistiskt signifikanta förändringar. I diskussionen behandlas mätinstrumenten, interventionen, golveffekter och deltagarnas förkunskaper. Sammantaget pekar det mot att den som är mottagare av en behandlingsinriktad ACT-intervention får större förbättring inom de studerade domänerna än den som deltar i en utbildning.

Nyckelord: ACT, Acceptance and Commitment Therapy, utbildning, gruppbehandling, kognitiv beteendeterapi.

Abstract

The aim of the study was to investigate whether there are effects of treatment among those who take a course to become an ACT group leader compared to a reference group which received no intervention. Previous studies of ACT as a psychological treatment has shown positive results in several psychological dimensions. The hypothesis was that the participants would improve within the domains studied; perceived quality of life, depression, anxiety, stress, psychological flexibility and avoidance (generally and at work) and perceived positive impact on and importance to others. ACT is taught through experience-based learning, which might imply that training to become an ACT therapist could improve psychological health among the trainees themselves. The participants took a course to lead ACT group therapy, *ACT - to manage stress and promote health*. To lead a group treatment in the same format was also part of the training. One measurement was made before the course and the second after its completion.

93 persons were asked to participate. 69 responded (74%), 35 in the course group and 34 in the reference group. The participants were asked to fill out forms via SurveyMonkey. The analyzes showed no difference between the course group and the reference group. Both groups improved significantly over time regarding stress, perceived stress and psychological flexibility and avoidance. There were no other changes. The discussion dealt with the instruments, the intervention, floor effects and the participants' previous knowledge regarding ACT. Overall, it seems that recipients of ACT as a psychological treatment achieve better results within the domains studied, than participants of an ACT education.

Key words: ACT, Acceptance and Commitment Therapy, training, group treatment, CBT, cognitive behavioral therapy.

Förord

Vi har båda intresse av tredje vågens KBT, Märta har erfarenhet av att arbeta med ACT både i grupp och enskilt och Emelie av dialektisk beteendeterapi. Vi tilltalas av synen på psykisk smärta som en ofrånkomlig del av livet och att terapins fokus ligger på strävan mot värderade livsmål snarare än symtomreduktion.

Som verksamma psykologer är vi också medvetna om den psykiska belastning som psykoterapiarbete kan innebära och ser det som viktigt att det utvecklas metoder som hjälper psykoterapeuter och andra professionella i människovårdande yrken att hantera stress.

Vi är därför glada att vi fått möjlighet att lära oss mer om stresshanteringsinterventionen *ACT - att hantera stress och främja hälsa* och att vara en del i det utvärderingsarbete som pågår.

Vi tackar de deltagare som ställt upp och fyllt i en ganska stor mängd självskattningsformulär vid två tillfällen.

Vi vill också tacka psykolog Fredrik Livheim och hans engagerade och positiva kollegor på Karolinska institutet som hjälpt till under hela processen.

Vi tackar också Carl-Johan Uckelstam, doktorand vid Linköpings Universitet, för hjälp med datainsamling och databearbetning.

Sist men inte minst tackar vi vår godmodiga, pragmatiska och mycket pedagogiska handledare professor Torsten Norlander.

Inledning

Under perioden 2010 till 2015 ökade antalet sjukskrivningar i Sverige på grund av psykisk ohälsa med 59 %. Psykisk ohälsa är sedan 2014 den vanligaste sjukskrivnings-orsaken. Anpassningsstörning och stressreaktion utgjorde 49 % av alla som sjukskrevs på grund av psykisk ohälsa 2015. Anpassningsstörning och stressreaktion var också de diagnoser som ökade mest under tidsperioden 2010 till 2015 från 31 000 till 68 000 vilket är en ökning på 119 % (Försäkringskassan, 2016).

Begreppet stress som det används idag myntades av den ungersk-kanadensiska endokrinologen Hans Selye (1958). Han beskrev stress ur ett biologiskt perspektiv och menade att hot och påfrestningar leder till en generell fysiologisk reaktion hos människor och djur. Denna reaktion kallade han ”general adaption syndrom” (GAS). GAS har tre faser: alarmfas, motståndsfas och utmattningsfas som enligt Selye kännetecknas av olika biologiska reaktioner. Långvariga påfrestningar utan möjlighet till återhämtning kan enligt Selye leda till utmattning och på sikt även fysisk sjukdom. De faktorer som leder till stress benämnde Selye (1958) som stressorer. Den definition av stress som är mest använd idag är *organismens reaktion på obalans mellan belastningar som den utsätts för och de resurser den har för att hantera dessa* (Socialstyrelsen 2003).

Vad händer då i kroppen när vi utsätts för mer belastning än vi kan hantera? Vid akut stress mobiliserar kroppen extra energi för att möta hotet. Det sympatiska nervsystemet, också kallat kamp- flykt systemet, sätts igång. Stresshormonerna adrenalin och noradrenalin utsöndras. Andning och hjärtfrekvens ökar för att öka syretillförseln till musklerna. Halterna av blodsocker och blodfetter i blodet ökar. Blodets koaguleringsförmåga ökar. Man känner rädsla, irritation och aggressivitet. Kroppen ställer helt enkelt in sig på en livshotande kamp eller flykt. Denna reaktion är inte skadlig om den är kortvarig, men ett långvarigt sympatikuspåslag sliter på kroppen. Det leder till en obalans mellan kroppens nedbrytande och uppbyggande processer vilket kan leda till både psykisk och fysisk ohälsa. Förutom den akuta stressreaktionen (kamp – flykt) finns en mer uppgivenhetspräglad stressreaktion som kännetecknas av bland annat trötthet, nedstämdhet och koncentrationssvårigheter. Det hormon som då utsöndras är kortisol. Denna stressreaktion kan vara en följd av långvarig akut stress men det kan också vara olika reaktioner som överlappar varandra. (Almén, 2007; Ljung & Friberg 2004; Socialstyrelsen, 2003; Theorell, 2004).

Inom psykologin dominerar de transaktionella modellerna för stress. Lazarus och Folkman presenterade (1984) en teori om stress, tolkning och coping. Här betonas en växelverkan mellan individ och miljö. Hur individen uppfattar sin förmåga att hantera påfrestningarna är avgörande för om de leder till en stressrespons eller inte (Lazarus & Folkman, 1984).

Karasek och Theorell (Karasek & Theorell, 1990; Theorell, 2004) fortsatte och vidareutvecklade stressforskningen med utgångspunkt från Lazarus och Folkmans transaktionella modell. Upplevelsen av stress på arbetet är enligt dem beroende på tre faktorer: psykologisk kravnivå, upplevd kontroll i arbetssituationen samt upplevt stöd av kollegor och ledning. Enligt den här modellen kan man hantera höga krav i arbetet om man upplever kontroll över situationen och har gott stöd. På samma sätt kan man bli stressad även vid ganska låg kravnivå om man har små möjligheter till kontroll och inte får stöd. En ytterligare näraliggande modell för arbetsrelaterad stress är Siegrists (1996) ansträngnings-belöningsmodell. Enligt denna modell kan man klara hög grad av ansträngning under förutsättning att det medför hög grad av belöning. Belöningen kan till exempel bestå av hög lön, möjlighet till befordran, hög status eller förbättrad självkänsla. Obalans mellan ansträngning och belöning ökar risken för stressrelaterad ohälsa (Siegrist, 1996).

Stress kan vara en bidragande eller utlösande faktor till ett flertal psykologiska besvär, t ex utmattning, nedstämdhet och olika typer av ångest (Almén, 2007). Symptomen för utmattningssyndrom är liknande de för depression men begreppet används då kriterierna för depression inte uppfylls och det förutsätts att man identifierat att stress är orsaken till patientens problematik. Uppfylls kriterierna för depression ska diagnosen *egentlig depression med utmattningssyndrom* (utmattningsdepression) användas (Socialstyrelsen, 2003). Utbrändhet mäts i tre dimensioner i MBI (Maslach Burnout Inventory): (a) emotionell utmattning, (b) depersonalisation/cynism och (c) reducerad prestation (Almén, 2007). Enligt Almén (2007) sågs utbrändhet som något som uteslutande drabbade personer med människovårdande yrken, när det först började forskas på ämnet på 70-talet. Detta breddades så småningom till att man började anse att utbrändhet kunde drabba andra yrken och senare att det inte heller med nödvändighet är arbetsrelaterat. Det finns ett flertal studier som pekar på att psykiatrisk vårdpersonal upplever högre nivåer av stress än andra yrkesgrupper. Detta attribueras till den psykologiska belastning det innebär att arbeta med patienter som är t ex suicidala, självskadande eller aggressiva mot andra (Loughrey, Jackson, Molla, & Wobbleton, 1997; Melchior, Bours, Schmitz, & Wittich,

1997; Perseus, Kåver, Ekdahl, Åsberg, & Samuelsson, 2007). I en studie (Perseus et al., 2007) beskrivs mätningar av psykologisk mående på en grupp terapeuter som genomgick en DBT-utbildning under sammanlagt 18 månader, samtidigt som de arbetade i psykiatrisk verksamhet. På grund av den ökade belastningen utbildningen medförde var utbildnings-deltagarna mer stressade efter sex månader, speciellt de deltagare som inte hade någon tidigare terapeutisk erfarenhet, och efter 18 månader var de tillbaka på samma nivå som i början. I artikelns kvalitativa del beskriver deltagarna att särskilt hjälpsamt för att hantera arbetsrelaterad stress var lagarbete, ofta återkommande handledning, och mindfulness-träning. Deltagarna beskrev att framförallt mindfulness-träningen tydligt påverkade deras förmåga att hantera stress. Att det inte blev en tydligare stressreduktion mellan före- och eftermätning antas i artikeln kunna bero på att deltagarna var under stor press under perioden på grund av en omfattande organisationsförändring. DBT och ACT hör båda till tredje vågens KBT, vilket gör denna studie intressant i förhållande till studien som ligger till grund för denna uppsats.

Tredje vågens KBT innefattar utöver ACT och DBT (Linehan, 1993) även till exempel Mindfulness-based stress reduction (MBSR) och Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) (Segal, Williams, & Teasdale, 2001; Thoma, Pilecki, & McKay, 2015). Tredje vågens KBT skiljer sig från traditionell KBT på det sättet att man inte fokuserar på att förändra tanke- och känslolägen utan istället att förändra personens inställning till sina tankar och känslor. Man strävar efter att lära sig observera tankar och känslor utan att låta dem styra, och utan att försöka undvika dem. Gemensamt för tredje vågens terapiformer är användningen av kognitiv defusion, mindfulness och acceptans. Tredje vågens KBT är mer principbaserad än manualbaserad (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006).

Acceptance and Commitment Therapy - ACT - är en beteendeterapeutisk behandlingsmetod som utvecklades av Hayes och medarbetare (Harris, 2011). Enligt Hayes, Strosahl och Wilson (2014) ska ACT ses som en transdiagnostisk helhetsmodell som inte är symptom- eller diagnosspecifik. ACT-modellen fokuserar istället på att förändra själva hanterandet av de processer som leder till mänskligt lidande genom att öppna upp för en psykologisk flexibilitet. Rigida kontrollbeteenden och undvikande av obehagliga känslor återfinns hos personer med vitt skilda åkommor och ses som starkt bidragande till psykologisk patologi.

ACT-modellen har i ett flertal studier visat sig ge goda behandlingsresultat för ett brett spektrum av psykologiska tillstånd, t ex ångest, depression, smärta, arbetsrelaterad stress,

hanteringsstrategier vid psykos, borderline personlighetsstörning, tvångssyndrom, trikotillomani, generaliserad ångest med flera. Långsiktiga utfallsmått har även visat på samband mellan psykologisk flexibilitet och depression och ångest (Hayes, et al., 2014).

I Zettles (2003) studie på universitets-studenter med ångest kring matematik fanns dock inget stöd för att ACT skulle vara mer effektivt än systematisk desensibilisering, som var jämförelsebetingelsen. Både betingelser visade på signifikant förbättring, men av modest slag. Systematisk desensibilisering gav dock även förbättring på "trait anxiety", vilket ACT inte gjorde. I Zettles artikel (2003) diskuteras att detta skulle kunna bero på att deltagarnas besvär redan från början varit begränsade och att förbättringen därmed inte kunde bli särskilt stor, en så kallad "golveffekt".

Psykoterapimetoden ACT har två viktiga mål: att hjälpa patienten utveckla ett accepterande förhållningssätt till ohjälpsamma tankar och känslor och att skapa engagemang och handling mot värderade livsmål (Eifert, Forsyth, Arch, Espejo, Keller, & Langer, 2009). För att uppnå detta krävs psykologisk flexibilitet och detta är kärnan i psykisk hälsa enligt ACT-modellen. Psykologisk flexibilitet definieras som "att vara närvarande i nuet som en medveten människa, helt och fullt och utan onödigt försvar – så som man är och inte så som man säger att man är – och att framhärda i eller förändra ett beteende för att vara trogen de värden man valt" (Hayes, et al., 2014).

Det finns sex grundprocesser som i sin tur delas in i tre responsstilar som leder till psykologisk flexibilitet. ACT-interventionerna syftar till att stärka dessa grundprocesser och därmed öka den psykologiska flexibiliteten. De sex grundprocesserna är: acceptans, defusion, jaget som kontext, flexibel uppmärksamhet i nuet, värden och ändamålsenligt handlande. Acceptans och defusion hänger samman och utgör öppen responsstil. Flexibel uppmärksamhet i nuet och jaget som kontext hör ihop och utgör centrerad responsstil. Värden och ändamålsenligt handlande hör ihop och utgör engagerad responsstil. De tre responsstilarna liknas vid benen på en pall. De måste vara starka alla tre, om en är svag bli pallen ostadig (Hayes et. al., 2014).

Öppen responsstil. En sådan responsstil handlar om defusion och acceptans (Hayes et. al., 2014). Ett av de viktigaste målen med ACT är att minska patientens benägenhet till kognitiv fusion. Kognitiv fusion innebär en sammansmältning mellan tankeinhåll och verklighet. Vi reagerar på våra mentala konstruktioner som om de var en direkt fysisk händelse: känner till exempel stark rädsla genom att tänka på något hemskt som kan hända i framtiden. Kognitiv

fusion sker hela tiden och behöver inte vara ett problem, men det kan vara det. Ett exempel är när självkritiska tankar flödar och personen tror att innehållet i tankarna speglar verkligheten. Medan klassisk kognitiv psykoterapi arbetar med att förändra innehållet i tankarna, fokuserar ACT på att förändra inställningen till dessa tankar – att lära sig observera dem som just tankar, tillåta dem att finnas, men inte nödvändigtvis låta dem styra vårt yttre eller inre beteende. Acceptans innebär motsatsen till upplevelsemässigt undvikande. Upplevelsemässigt undvikande ägnar vi oss åt när vi försöker förändra inre smärtsamma upplevelser så att de blir mindre frekventa, intensiva, långvariga etc. Upplevelsemässigt undvikande vidmakthålls genom negativ förstärkning. Det är inte alltid skadligt men kan bli det om det överanvänds, vilket ofta är fallet. Alternativet till känslomässigt undvikande är att välkomna upplevelsen utan att kämpa emot eller värdera den, det vill säga acceptans. Det är viktigt att inte blanda ihop begreppet acceptans med resignation. Acceptans är en aktiv process. Det är svårt att lära ut acceptans endast genom instruktioner, det är något man måste öva på genom upplevelser och övningar.

Centrerad responsstil. En sådan innehåller grundprocesserna flexibel uppmärksamhet och jaget som kontext (Hayes et. al., 2014). Att vara flexibelt uppmärksam innebär att avsiktligt fokusera på nuet och att respondera på det som sker på ett medvetet sätt. Ett exempel som tas av Hayes är hur en socialt ängslig person ska hålla ett föredrag och samtidigt som han noterar skräcktankar som kommer också noterar sina andetag, ljuden från publiken och den egna viljan att framföra det förberedda föredraget. Flexibel uppmärksamhet beskrivs som en generell färdighet som kan övas upp t.ex. med mindfulnessövningar eller meditation. Jaget som kontext kallas ibland också för det observerande jaget, i motsats till det tänkande, eller problemlösande jaget. Det observerande jaget står för fokus, uppmärksamhet och upplevelse. Det är aktivt när man är helt fokuserad på att t.ex. spela tennis. När man sen börjar tänka ”oj nu gäller det att fokusera!” så är det tänkande jaget i gång, vilket kan störa spelet. På samma sätt är det observerande jaget aktivt när vi njuter av en solnedgång. När vi börjar tänka: ”vilka underbara färger, jag borde fotografera” har det tänkande jaget aktiverats. I västerländsk psykologi har det observerande jaget inte fått så mycket utrymme men i österländsk filosofi och religion finns det namn för det.

Engagerad responsstil. Här handlar det om värden och ändamålsenligt handlande (Hayes et. al., 2014). När våra handlingar ligger i linje med våra fritt valda värden upplevs livet som meningsfullt. Att värdena ska vara fritt valda är viktigt – det ska inte handla om värden som

andra eller samhället skapat. Att skapa och att hålla fast vid handlingsmönster som ligger i linje med de värden vi har är en central del i ACT. När man hamnar i beteendemönster som inte ligger i linje med värdena är uppgiften att gång på gång styra tillbaka mot värdena. Motsatsen till ändamålsenligt handlande är passiva tillbakadragna beteenden (till exempel att undvika utmaning för att man är rädd) och impulsiva beteenden (till exempel att överkonsumera alkohol, skada sig, arbeta överdrivet mycket). Dessa beteenden styrs av undvikande av obehag i stunden och vidmakthålls av negativ förstärkning (Harris, 2009; Harris, 2011; Hayes et. al. 2014)

ACT har visat lovande resultat för flera olika psykiatriska tillstånd (Arch, Eifert, Davies, Vilardaga, Rose, & Craske, 2012; Forman, Herbert, Moitra, Yeomans & Geller 2007; Powers, Vörding, & Emmelkamp, 2009; Pull, 2009). Det finns också kritik mot ACT som behandlingsmetod där det framhävs att det än så länge inte finns tillräckligt med studier gällande dess effektivitet och att man i de studier som gjorts använt en mindre stringent metod än i annan terapiforskning (Öst, 2008).

ACT at work är en kort gruppbehandling som utarbetats av Bond & Bunce (2000) för stresshantering inom arbetslivet. Metoden bygger på antagandet att förmågan till acceptans är central för förmågan att hantera stress. Om man kan låta obekväma känslor (t.ex. rädsla) finnas, utan att lägga kraft på att förändra, undvika eller kontrollera dem, eller låta dem styra agerandet, får man mer energi över för att agera mot värderade mål som att till exempel göra ett bra jobb. Bond och Bunce menar alltså att man inte bara mår bättre på arbetet om man har god förmåga till acceptans, man uppnår också bättre resultat. Detta samband var också något de kunde visa i en longitudinell studie som gjordes på ett brittiskt call-center. 412 anställda fick fylla i skattningsskalor gällande acceptans, upplevd kontroll i arbetssituationen, tillfredsställelse i arbetet och psykiskt välmående. Man samlade också in information om hur många misstag de gjorde när de matade in information i det dataprogram de arbetade med. Resultaten visade att hög grad av acceptans vid den första mätningen korrelerade positivt med bättre psykisk hälsa och prestationsnivå ett år senare. Resultaten visade också att de med hög grad av acceptans vid första mättillfället hade mer nytta av upplevd kontroll i arbetssituationen, det vill säga det påverkade deras psykiska välmående och prestation på ett mer positivt sätt. Författarna förklarar detta med att de med hög grad av acceptans inte lägger så mycket energi på att försöka hantera oönskade inre skeenden och därmed är mer fokuserade på den yttre situationen och kan tillgodogöra sig de positiva effekter som hög grad av kontroll i arbetssituationen innebär (Bond & Bunce, 2003).

ACT at work består av tre gruppssessioner på tre timmar vardera, där de två första interventionerna äger rum med en veckas mellanrum och den tredje tre månader därefter. Sessionerna innehåller gruppdiskussioner, undervisning och olika övningar. Hemuppgifter ges. Huvudsyftet är att lära deltagarna att uppleva och acceptera oönskade tankar, känslor och kroppsfrömmelser utan att försöka förändra, undvika eller kontrollera dem, och utan att låta dem styra beteendet (Bond & Hayes, 2002).

Bond & Bunce utvärderade *ACT at work* på ett stor brittiskt mediebolag. 90 anställda deltog i studien och delades in i tre grupper: en som gick *ACT at work*, en som gick en lika omfattande intervention med fokus på innovationsbenägenhet (IPP) och en som inte fick någon intervention alls. De två grupperna som fick interventioner förbättrades avseende psykisk hälsa och arbetsrelaterade variabler (arbetsmotivation, tillfredsställelse med arbetet och innovationsbenägenhet). Förbättringarna i *ACT*-gruppen hade sin grund i ökad förmåga till acceptans, emedan de förbättringar som skedde i IPP-gruppen hade sin grund i att de identifierat stressorer i arbetet och börjat arbeta med att förändra dessa (Bond & Bunce, 2000). I en annan brittisk studie deltog 100 brittiska statstjänstemän. 43 av dem deltog i *ACT at work* jämfördes med en referensgrupp på 57 anställda som inte erhöll någon intervention alls. Hos den grupp som fick *ACT*-interventionen ökade graden av psykologisk flexibilitet samtidigt som graden av utmattningssymtom minskade. Detta skedde inte i referensgruppen (Lloyd, Bond och Flaxman, 2013).

ACT at work och andra relativt kortvariga varianter av *ACT* i gruppformat på arbetsplatsen har också visat sig effektiv för anställda inom människovårdande yrken. McConachie, McKenzie, Morris och Walley (2014) undersökte om personal som arbetade med intellektuellt funktionshindrade personer med beteendestörning kunde ha nytta av *ACT* som stresshantering. Det man mätte var psykologisk ”distress”. 120 personer deltog i studien. 66 fick interventionen som var en endags-workshop. 54 ingick i referensgruppen. Mätningar gjordes före och efter interventionen och 6 veckor efter workshopen. Interventionsgruppen visade signifikant lägre ”distress” än kontrollgruppen. Skillnaden var störst hos de personer som hade en hög ”baselinenivå” av ”distress”. Detta höll i sig även vid mätningen 6 veckor efter interventionen.

I en kvalitativ studie från 2014 intervjuades åtta psykoterapeuter om sina erfarenheter av en gruppbaserad *ACT*-intervention på arbetsplatsen. Terapeuterna ansåg det som avgörande att inläringen var upplevelsebaserad. De såg det som en ”lyx” att få ägna sig åt sig själva på

arbetstid och vissa uppgav att de hade fått "Aha-upplevelser". Flera hade påbörjat livsförändringar. Flera beskrev också att de blivit bättre på att hantera stress både i arbetet och privat. De flesta beskrev en förändring i hur de förhöll sig till sina tankar och känslor: mer observerande och accepterande. Det framkom också att de hade nytta av ACT-interventionerna på två sätt i behandlingsarbetet. Dels som ett sätt att komma i kontakt med sig själva och vara mer närvarande men också genom att de använde själva interventionerna med patienterna (Wardley, Flaxman, Willig och Gillanders, 2014).

Det finns flera kvantitativa studier som visar att ganska korta ACT-interventioner kan leda till bättre kvalitet i det psykoterapeutiska arbetet, framförallt genom ökad mental närvaro och genom att terapeut-patientalliansen förbättrats. Andra områden som påverkats är stresshantering, självkänsla och självomhändertagande förmåga (Pakenham, 2015; Pakenham, 2015; Stafford-Brown & Pakenham, 2012). Clarke, Bolderston, Lancaster och Remington (2015) har också undersökt om ACT kan påverka psykiatripersonalens tendens att stigmatisera patienter med personlighetssyndrom. Man jämförde en kort ACT-intervention med en kort utbildning i DBT. Båda insatserna gavs i gruppformat som "workshops". Det visade sig att båda interventionerna minskade personalens tendens till stigmatisering av patienterna, men på olika sätt. DBT-interventionen hjälpte de professionella genom att de fick mer kunskaper om patienternas svårigheter emedan ACT-interventionen snarare hjälpte dem genom att de blev mer medvetna om tankar och känslor gentemot patienterna, de egna impulserna att agera, och genom förstärkt upplevelse av "delad mänsklighet". I en annan studie som också fokuserade på stigmatisering av patienter och utbrändhet hos drogterapeuter jämfördes effekten av ACT-training, fördjupad utbildning kring de biologiska aspekterna av missbruk och multikulturell träning. Denna studie, där 115 drogterapeuter deltog visade att ACT fungerade bäst för att minska både stigmatisering och utbrändhet hos terapeuterna (Hayes, Bissett, Roget, Padilla, Kohlenberg, Fisher, Akihiko Masuda, Pistorello, Rye, Berry, & Niccolls, 2004).

ACT har också använts för att öka behandlares öppenhet för att förändra sitt sätt att arbeta i enlighet med nya evidensbaserade metoder. Varra, Hayes, Roget och Fischer (2008) jämförde två grupper av behandlare inom missbruksvården som samtliga gått en tvådagars-workshop om nya evidensbaserade farmakologiska behandlingsalternativ. Hälften av behandlarna gick också en endags ACT-utbildning. Det visade sig att de som gått ACT-utbildningen i högre utsträckning remitterade sina klienter till den nya evidensbaserade medicinska behandlingen. På liknande sätt

undersöktes om en ACT-kurs i tillägg till en endags-utbildning i en evidensbaserad gruppbehandling för drogmissbruk ökade behandlarnas benägenhet att ta till sig och implementera de nya kunskaperna. Även denna studie gav stöd för att ACT-interventioner kan hjälpa kliniker att komma över psykologiska spärrar att implementera nya effektiva metoder i sitt vardagliga arbete (Luoma, Hayes, Twohig, Holt, Roget, Fisher, Padilla, Bissett & Kohlenberg, 2007).

ACT - att hantera stress och främja hälsa är en svensk variant av *ACT at work* som utvecklats av professor Frank Bond och hans team i England. Den svenska versionen är en vidareutveckling av den engelska versionen som genomförts av psykolog Fredrik Livheim. Den svenska versionen skiljer sig från den ursprungliga metoden på det sättet att den innehåller ytterligare en session, alltså fyra allt som allt, och den lägger mer fokus på hemuppgifter som ska utföras dagligen mellan sessionerna. (Livheim, 2016, personlig kommunikation). *ACT - att hantera stress och främja hälsa* utvärderades i en randomiserad kontrollerad studie med inriktning på att hjälpa gymnasieelever (N = 230) att hantera skolrelaterad stress och må bättre psykiskt (Livheim, 2004). Resultaten visade att eleverna som fick interventionen blev bättre på att hantera sin ångest och att de fungerade bättre inom det område som de själva uppfattat som sitt problemområde i jämförelse med en kontrollgrupp. Två år senare gjordes en uppföljning som visade att de ungdomar som fått interventionen fungerade bättre avseende kognitivt processande, psykologisk flexibilitet, samt stress och ångest (Jakobsson & Wellin, 2006). Metoden har också utvärderats för arbetslösa ungdomar (Eriksson & Wengelå, 2010) och visat sig ha effekt på stressnivå, självbild, vardagsstruktur och förmåga till reflektion. Den har också använts i studier där studenter på eftergymnasial nivå deltagit. I Djordjevic & Frögelis randomiserade kontrollerade studie (2012) erhöll 113 studenter som studerade till sjuksköterska interventionen *ACT - att hantera stress och främja hälsa*. De jämfördes med en kontrollgrupp som inte fick någon intervention alls. ACT-deltagarna rapporterade signifikant förbättring avseende stressnivå, grad av utbrändhet, arbetsengagemang, självskattad hälsa, psykologisk flexibilitet och medveten närvaro, jämfört med kontrollgruppen. Granberg & Westin (2013) gjorde en jämförande studie där ACT som stresshantering och kognitiv beteendeterapi som stresshantering jämfördes. Deltagarna (N = 66) var studenter på universitetsnivå. Resultaten visade att båda behandlingarna var lika effektiva för att minska upplevd stress, sömnproblem och förbättra generell psykisk hälsa och psykologisk flexibilitet.

ACT - att hantera stress och främja hälsa har också utvärderats för lärare (Altbo & Nordin, 2007; Hydman & Larsson, 2010). Båda studierna visar på signifikant minskad upplevelse av stress hos lärarna som deltog i ACT-interventionen. I Altbo & Nordins studie framkom dessutom att lärarna ökat sin psykologiska flexibilitet, de hade bättre generell hälsa och de hade mindre symptom på utmattning än kontrollgruppen. Detta visade sig inte i Hydman och Larssons studie. Brinkborg, Michanek, Hesser och Berglund gjorde 2011 en studie där 106 socialarbetare deltog i *ACT - att hantera stress och främja hälsa*. Två tredjedelar av deltagarna visade sig ha hög stressnivå när interventionen inleddes. För dessa deltagare medförde interventionen signifikanta förbättringar avseende stressnivå, utmattningssymtom och generell psykisk hälsa. För den tredjedel som inte rapporterade hög stressnivå innan interventionen fanns inga signifikanta skillnader. Studien visar således att metoden har bäst effekt för dem som behöver den bäst.

Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka i vilken mån den psykiska hälsan förändras hos personer som deltar i en gruppledd utbildning i en svensk variant av *ACT at work*. De domäner som undersöktes var: upplevd livskvalité, depression, ångest, stress, psykologisk flexibilitet och undvikande (generellt samt i arbetssituationen) samt i vilken mån man upplever att man har en positiv påverkan på och betydelse för andra. Denna breda ansats valdes då tidigare studier av ACT visat positiva resultat på ett flertal psykologiska dimensioner.

Hypotes

Den aktuella studiens hypotes var att deltagarna i kursgruppen kommer att ha en terapeutisk effekt av att gå kursen. Deras psykiska hälsa, mätt med ett antal standardiserade frågeformulär, kommer att förbättras. Deras hälsa kommer att förbättras mer än referensgruppen som inte gått utbildningen.

Metod

Deltagare

I studien deltog 69 personer som arbetar inom människovårdande yrken fördelade på en referensgrupp (2 män och 32 kvinnor) och en kursgrupp (4 män och 31 kvinnor) med en total genomsnittlig ålder på 44.91 år ($SD = 9.79$). Deras yrkesutbildningar representerade ett brett spektrum såsom socionomer, sjuksköterskor, beteendevetare, psykologer, läkare, barnmorskor, hälsopedagoger, specialpedagoger, fritidsledare och behandlingsassistenter. Vidare arbetade 20 av deltagarna inom sjukvården, 20 inom skola, ytterligare 20 inom annan offentlig verksamhet och slutligen 8 inom privat verksamhet. Independent Samples t -test visade ingen signifikant åldersskillnad mellan referensgrupp och kursgrupp ($p > 0.05$) och analyser med hjälp av Chi-Square Contingency Table visade inga statistiska samband mellan deltagarnas utbildning eller typ av arbetsplats vad gäller gruppernas sammansättning ($ps > 0.05$).

Deltagarna i kursgruppen fick genomgå en gruppledarutbildning under höstterminen 2015 på temat ”ACT- att hantera stress och främja hälsa” som genomfördes i regi av ett utbildningsföretag (Livheim AB) som är specialiserat på ACT-metoden. För deltagande i kursen uttrycktes från kursanordnare att det ”är önskvärt om den sökande har en avslutad högskoleutbildning mot ett människo-inriktat yrke, till exempel psykolog, socionom, ”steg-1-terapeut”, personalvetare, lärare eller liknande.” men detta var inget formellt krav.

Bortfall

Bortfall förekom i flera steg i studien. Totalt 93 personer tillfrågades, 52 i kursgrupp och 41 i referensgrupp, 74 % svarade på båda skattningar. I kursgruppen deltog 52 av de tillfrågade vid första skattningen. Av dessa deltog 35 i andra skattningen vilket innebär ett bortfall på 17 personer. I referensgruppen föll sju personer bort mellan första och andra skattningen. Samtliga deltagare i studien påmindes flera gånger via mail om att delta, och deltagarna i kursgruppen blev också påmindas av kursledarna.

Design

I studien användes en mixed design med jämförelse mellan grupper (Referensgrupp och Kursgrupp) och med jämförelse mellan resultat på skattningsskalor före och efter kursens genomförande. Referens- och Kursbetingelserna genomfördes med samma tidsintervall. De

domäner som undersöktes var upplevd livskvalitet, flexibilitet i arbetssituationen, upplevd betydelse för andra människor och för samhället, depression och ångest, stress, och psykologisk flexibilitet och undvikande. Detta undersöktes med sex standardiserade självskattningsformulär som kursdeltagarna fyllde i vid de två testtillfällen.

Instrument

Brunnsviken Brief Quality of Life Inventory (BBQ). BBQ är ett reliabelt och valitt självskattningsformulär som utvecklats för att mäta upplevd livskvalitet (Lindner, Andersson, Öst & Carlbring, 2013; Linder, Frykheden, Forsström, Andersson, Ljótsson, Hedman, Andersson, & Carlbring, 2016). Det består av tolv påståenden inom sex olika livsområden. Livsområdena är: fritid, syn på livet, kreativitet, lärande, vänskap och syn på sig själv. Individen får skatta sin nöjdhet inom respektive livsområde samt ange hur viktigt livsområdet är. En femgradig skala används där 0 = instämmer inte alls och 4 = instämmer helt. Totalpoängen räknas ut genom att poängen inom varje livsområde multipliceras (viktighet x nöjdhet) vilket ger ett värde mellan 0 och 16 för varje livsområde. Det sammantagna måttet får man sen genom att addera poängen på alla livsområden.

Work-related Acceptance and Action Questionnaire (WAAQ). WAAQ är ett självskattningsformulär som avser att mäta psykologisk flexibilitet i arbetssituationen. Den brittiska versionen har visat tillfredsställande validitet och reliabilitet (Bond, Lloyd & Guenole, 2013), men den svenska versionen som använts i föreliggande studie har ännu inte utvärderats. Formuläret är en utveckling av Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) (Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Guenole, Orcutt, Waltz & Zettle, 2011). Formuläret består av sju påståenden. Individen får skatta på en sjugradig skala hur väl hen upplever att dessa stämmer. En åttagradig skala används där 0 = stämmer aldrig och 7 = stämmer alltid. Exempel på påståenden är ”*Jag kan arbeta effektivt trots personliga problem som oroar mig*” och ”*Mina tankar och känslor hindrar mig inte i mitt arbete*”.

Benevolence. Detta nykonstruerade formulär består av fyra frågor som berör i vilken mån individen upplever att det han eller hon gör har positiv betydelse för andra människor och för samhället i stort. Det har i flera studier visat sig vara positivt korrelerat med psykologiskt mående. (Martela & Ryan, 2016). En sexgradig skala används där 0 = stämmer inte alls och 5 =

stämmer helt. Exempel på påstående är *”Det jag gör bidrar till att samhället förbättras”*.

Validerings-arbete pågår.

Depression Anxiety Stress Scale (DASS 21). DASS 21 är en kortversion av det mer omfattande självskattningsformuläret Depression Anxiety Stress Scale (DASS) (Lovibond & Lovibond, 1995a). Formuläret innehåller tre delskalor; en för ångest, en för depression och en för stress. DASS 21 består av 21 påståenden gällande respondentens mående den senaste veckan som besvaras med en fyragradig skala där 0 = stämde inte alls på mig och 3 = stämde väldigt bra på mig. Ett exempel på ett påstående är *”Jag tyckte det var svårt att slappna av”*. Både det ursprungliga mer omfattande formuläret och kortversionen har visat god validitet och reliabilitet (Antony, Bieling, Cox, Enns & Swinson, 1998; Brown, Korotitsch, Chorpita & Barlow, 1997; Crawford & Henry 2003; Lovibond & Lovibond 1995b; Ng, Trauer, Dodd, Callaly, Campbell & Berk, 2007), men någon validering av den svenska versionen har inte gjorts. DASS-21 har använts både i svensk och internationell forskning bland annat för att utvärdera behandlingsmetoder (Farber, 2014; West, 2016). I föreliggande studie används en svensk version av testet översatt av Fredrik Livheim 2004 .

Perceived Stress Scale (PSS-10). PSS-10 är ett frågeformulär som avser att mäta upplevd stress (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983). Det består av 10 frågor som berör i vilken utsträckning individen upplever situationer i livet som oberäkneliga, överbelastande och okontrollerbara. Svaren anges på en femgradig skala där 0 = aldrig och 4 = mycket ofta. Ett exempel på en fråga är *”Hur ofta under den senaste månaden har du känt att du inte kunde hantera allt som måste göras?”*. Testet har i flera internationella studier visat på tillfredsställande validitet och reliabilitet (Al-Dubai, Barua, Ganasegeran, Jadoo, & Rampal, 2014; Klein, Brähler, Dreier, Reinecke, Müller, Schmutzer, & Beutel, 2016; Roberti, Harrington & Storch, 2006). Den svenska versionen av PSS-10 har utvärderats av Nordin & Nordin 2013 och visat på god validitet och reliabilitet. PSS i olika versioner (10 eller 14 items) har också använts i flera av de tidigare nämnda utvärderingarna av ACT som stresshantering (Altbo & Nordin, 2008; Brinkborg, Michanek, Hesser & Berglund, 2011; Eriksson & Wengelå, 2010; Flaxman & Bond, 2010; Granberg & Westin, 2013; Hydman & Larsson, 2010; Jakobsson & Wellin, 2006; Livheim, 2004).

Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-mod). AAQ-II är ett självskattningsformulär som avser att mäta graden av psykologisk flexibilitet och acceptans

(Hayes, 1996). Den ursprungliga versionen består av tio påståenden. Individerna svarar i vilken mån hen tycker att ett påstående stämmer på en sjugradig skala där 0 = aldrig sant och 6 = alltid sant. Höga poäng indikerar hög grad av undvikande och låg grad av psykologisk flexibilitet och acceptans. Ett exempel på ett påstående är ”*Jag är rädd för mina känslor*”. Den amerikanska versionen har visat tillfredsställande validitet och reliabilitet (Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Guenole, Orcutt, Waltz & Zettle, 2011). Den version av testet som använts i denna studie är en översättning av Lundgren och Parling (2010). Den är förkortad från tio till sex frågor. Den förkortade versionen har utvärderats i en psykologexamensuppsats (Otto, 2010) där det framkom att instrumentet har tillfredsställande validitet och reliabilitet.

Bakgrundsdata: Bakgrundsdata gällande deltagarnas ålder, kön, arbetsplats och grundutbildning samlades också in.

Genomförande

Datansamlingen genomfördes i två steg med en mätning före kursen i början av höstterminen 2015 och en mätning efter kursen i början av 2016. Kursgruppen rekryterades via mail som skickades ut till alla som anmält sig till gruppledarutbildningen med start höstterminen 2015. Referensgruppen rekryterades genom att deltagarna i Kursgruppen fick ange och uppge mailadress till personer som de själva ansåg matchade dem avseende grundutbildning och arbetsuppgifter. Samtliga deltagare informerades om att deltagande i studien var frivilligt och att materialet skulle behandlas oidentifierat. Samtycke gavs genom att de klickade på en länk bifogad i mailet.

Samtliga deltagare i Referensgruppen fick 100 kr i ersättning för varje gång de fyllde i enkäterna, vilket de fick information om innan sin medverkan. Utöver detta fick inte deltagarna i Referensgruppen någon ytterligare behandling, utan referensbetingelsen var att de skulle fortsätta med sina vanliga privata och professionella bestyr. Kursbetingelsen innebar medverkande i gruppledarutbildningen ”ACT – att hantera stress och främja hälsa” som löpte under en termin och omfattade fyra undervisningstillfällen. Varje undervisningstillfälle pågick under fyra timmar, så allt som allt innefattade kursen 24 timmars undervisning. Deltagarna i kursbetingelsen var samtidigt gruppledare för en egen grupp, vilket de fick handledning på. Undervisningen under kursen var upplevelsebaserad. Kurslitteratur och examination av denna ingick också. Efter två

avslutade skattningar fick även kursgruppen 100 kr ersättning per skattning, detta fick de information om först efter andra skattningen.

Databearbetningsmetod

SPSS - version 20 användes för databearbetningen.

Etiska överväganden

Den etiska kommittén vid Högskolan Evidens har granskat och godkänt studiens upplägg. I enlighet med riktlinjerna i Helsingforsdeklarationen informerades deltagarna i studien noggrant om studiens upplägg, att deltagandet är frivilligt och att de när som helst kan avbryta utan att det får några konsekvenser. De informerades också om att varje deltagare tilldelas en individuell kod och att endast data-insamlarna har tillgång till denna kod. All data-bearbetning sker således i oidentifierat skick och resultaten redovisas på gruppnivå och anonymiserat. Kodnyckeln förstörs efter redovisning i form av vetenskaplig artikel. Det fanns ingen risk att någon deltagare skulle komma till skada av att delta i studien.

Resultat

Korrelationer

För att utreda om de i studien använda beroendevariablerna motsvarade kraven för analys med multipel variansanalys genomfördes en korrelationsanalys (Pearsons' r) av variablerna från det första testtillfället. Resultatet visade ingen risk för multikollinearitet. Se Tabell 1.

Infoga Tabell 1 ungefär här

Jämförelse mellan kursgrupp och referensgrupp

En Pillai's tvåvägs mixed MANOVA genomfördes med Grupp (Referens, Kurs) som Between Subject Factor och Tid (Före, Efter) som Within Subject Factor, samt med Livskvalitet (BBQ), Acceptans i arbetssituationen (WAAQ), Välvilja (Benevolence), Depression (DASS),

Ångest (DASS), Stress (DASS), Upplevd stress (PPS) och Acceptans (AAQ) som beroende variabler. Analysen visade signifikanta effekter för Tid ($p < 0.001$, $Eta^2 = 0.53$, $power > 0.99$) men inte för Grupp ($p = 0.556$, $Eta^2 = 0.141$, $power = 0.34$), eller för interaktion Tid x Grupp ($p = 0.679$, $Eta^2 = 0.12$, $power = 0.28$). Univariata F-tester visade signifikanta behandlingseffekter för Stress (DASS) [$F(1, 49) = 30.40$, $p < 0.001$], Upplevd stress (PPS) [$F(1, 49) = 4.65$, $p = 0.036$] och Psykologisk flexibilitet och undvikande (AAQ) [$F(1, 49) = 9.76$, $p = 0.003$]. Det förelåg inga andra signifikanta effekter ($ps > 0.05$). För medelvärden och standardavvikelser se Tabell 2.

Infoga Tabell 2 ungefär här

Diskussion

Hypotesen i denna studie var att Kursgruppens psykiska hälsa skulle förbättras av att gå kursen och att motsvarande förbättring inte skulle ske i Referensgruppen. Resultatet blev att båda grupper förändrades på samma vis. Båda grupperna uppvisade under samma tidsperiod signifikant förbättring vad gäller stress, upplevd stress samt psykologisk flexibilitet och undvikande. I övriga studerade domäner fanns ingen förändring över tid. Hypotesen visade sig alltså inte stämma.

Hur kan detta komma sig? Det finns många studier som visat att tämligen korta ACT-insatser i gruppformat givit terapeutisk effekt för ungdomar (Eriksson & Wengelå, 2010; Högfeldt & Magnusdottir, 2009; Jakobsson & Wellin 2006; Livheim, 2004), studenter (Djordjevic & Frögeli, 2012; Granberg & Westin, 2013), tjänstemän (Bond & Bunce, 2000; Lloyd, Bond & Flaxman, 2013) och professionella i människovårdande yrken (Altbo & Nordin, 2008; Brinkborg et al., 2011; McConachie et al. 2014; Pakenham, 2015; Pakenham, 2015; Stafford-Brown & Pakenham, 2012).

På vilket sätt skiljer sig vår studie från de som gjorts tidigare? Handlar det om de domäner vi undersökte och de mätinstrument vi använde? Handlar det om interventionen, det vill säga den kurs som deltagarna gick? Eller kan det ha med deltagarnas utgångsläge att göra?

Vi börjar med de områden vi valt att undersöka och de mätinstrument vi använt. Att utvärdera i vilken mån interventionen påverkar stressnivån torde vara naturligt eftersom *ACT at work* och den svenska varianten *ACT - att hantera stress och främja hälsa* är en stresshanteringsintervention. Vi använde skattningsskalan PSS-10 och en av skalorna i DASS-21 för att mäta upplevd grad av stress. PSS-10 används ofta i studier gällande stress både i Sverige och internationellt. Den har också använts i de flesta av många av de studier som vi har refererat till (Altbo & Nordin, 2008; Brinkborg et al., 2011; Eriksson & Wengelå, 2010; Flaxman & Bond, 2010; Granberg & Westin, 2013; Hydman & Larsson, 2010; Jakobsson & Wellin, 2006; Livheim, 2004). Även stresskalan i DASS-21 används emellanåt i forskning kring stress och även denna skala har använts för att utvärdera effekterna av *ACT- att hantera stress och främja hälsa* i Livheims studie bland gymnasieelever (2004) och i uppföljningen som gjordes två år senare av Granberg och Wellin 2006, liksom i Erikssons och Wengelås utvärdering av ACT för arbetslösa (2010). DASS 21 innehåller också delskalor för ångest och depression. Detta var av intresse eftersom vi ville undersöka vilken terapeutisk effekt interventionen hade på deltagarna. Ångest och depression kan ju dessutom vara en del i stressrelaterad ohälsa (Almen, 2007). Att undersöka graden av ångest- och depressionssymtom har gjorts i de flesta av de andra studierna kring ACT som stresshantering. Altbo och Nordin (2008) använde i sin studie på lärare Becks Depression Inventory (BDI). Granberg och Westin (2012) använde Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) och Montgomery Åsberg Depression Rating Scale Self-assessment (MADRS-S) i sin studie på universitetsstudenter. General Health Questionnaire (GHQ-12) som är en skattningsskala för generellt psykiskt välbefinnande (Banks, Clegg, Jackson, Kemp, Stafford, & Wall, 1980) har använts i många av de svenska och internationella studierna kring ACT som gruppintervention (Altbo & Nordin, 2008; Bond & Bunce, 2003; Brinkborg et al, 2010; Hydman & Larsson 2010; Högfeldt & Magnusdottir, 2009; Granberg & Westin, 2012; Jakobsson & Wellin, 2006; Livheim 2004; Lloyd, Bond & Flaxman, 2013; Stafford & Pakenham, 2012). Delskalan för ångest i DASS korrelerar med .81 med Beck Anxiety Inventory (BAI) och delskalan för depression korrelerar .74 med Beck Depression Inventory (BDI) (Lovibond & Lovibond, 1995). Fördelen med den förkortade versionen DASS 21 är att den inte är så omfattande, vilket var eftersträvarsvårt då vi våra deltagare fick fylla i sex skattningsskalor allt som allt. Liksom i många av de tidigare studierna har vi med ett mätinstrument för generell livskvalité. Vi har använt Brunnsviken Brief Quality of Life Inventory (BBQ). Denna

skattningsskala är ganska ny (skapades 2014) och har inte använts i några av de tidigare studierna. Det vanligaste instrumentet i tidigare studier (Granberg & Westin, 2012; Högfelt & Magnusdottir, 2009; Jakobsson & Wellin, 2006; Livheim, 2004; Stafford & Pakenham, 2012) är Satisfaction With Life Scale (SWLS) (Diener, Emmons, Larsen, & Griffen, 1985). SWLS och BBQ bygger på samma konceptualisering av livskvalité som en övergripande nöjdhet med livet (Lindner, Frykheden, Forsström, Andersson, Ljótsson, Hedman, Andersson, & Carlbring, 2016). De skiljer sig därmed från många andra skattningsskalor för livskvalité som bygger på konceptualiseringen av livskvalité som frånvaro av fysisk och psykisk ohälsa (Katshing, 2006). Psykologisk flexibilitet, som ju är själva måltavlan för ACT-insatsen, har undersökts i samtliga tidigare studier gällande ACT som stressintervention. Det vanligaste är att man använder olika varianter av skattningsskalan Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) som skapades av Hayes 1996. Vi använde en förkortad version av AAQ-II (AAQ-II-mod). Denna har använts i flera svenska studier (Brinkborg et al. 2011; Björklund, & Wall, 2009; Eriksson & Wengelå, 2010; Hydman & Larsson, 2010). Vi använde ytterligare ett mätinstrument för psykologisk flexibilitet och då specifikt arbetsrelaterat Workrelated Acceptance and Action Questionnaire (WAAQ). Detta instrument har inte använts i så många av de studier vi refererat till, kanske för att det är relativt nytt. Enligt Bond, Lloyd och Guenole (2013) som utvärderat instrumentet korrelerar det starkare med arbetsrelaterade variabler än AAQ-II, vilket ju är själva poängen med skalan. Skattningsskalan Benevolence, som är en delskala i ett mer omfattande instrument gällande psykiskt välmående, har inte använts i några av de tidigare genomgångna studierna, kanske för att det är ett nytt instrument (skapades 2015). Det mäter i vilken mån man upplever sig ha en positiv inverkan på andra och på samhället i stort.

Sammanfattningsvis så har vi undersökt samma områden som undersökts i många av de tidigare studierna: upplevd stress, symtom på ångest och depression, livskvalité och psykologisk flexibilitet. Vi har i vår studie också med en mätning av i vilken mån man upplever sig ha en positiv påverkan på andra. Vi har använt samma mätinstrument som använts i många av de tidigare studierna, eller mätinstrument som avser mäta samma fenomen. Vi kan alltså sammanfattningsvis konstatera att det inte är på detta område som vår studie skiljer sig från de tidigare.

Vi övergår då till att granska och jämföra själva interventionen. Det finns en uppenbar skillnad mellan den intervention som våra deltagare fick och att få *ACT att hantera stress och*

främja hälsa som behandlingsintervention. Våra deltagare gick en utbildning, inte en stresshanterings-intervention. Det innebär att även om inläringen till stor del var upplevelsebaserad så var inte det huvudsakliga syftet att deltagarna skulle bli bättre på att hantera sin egen stress genom ökad psykologisk flexibilitet. Syftet var att de skulle utbildas till gruppledare och lära ut detta till sina gruppdeltagare. Å andra sidan kan man inte lära ut dessa färdigheter om man själv bara har teoretisk förståelse. Om man ska arbeta med ACT som behandlare måste man införliva filosofin bakom ACT och öva själv – annars kan man inte lära ut det till andra (Luoma, Hayes & Walser, 2007). Många av de studier som gjorts på ACT-interventioner för personer i människovårdande yrken har varit både en personalvårdande insats (stresshantering) och en vidareutbildning för patientarbetet. Gränsen mellan utbildning och personalvård har alltså varit långt ifrån tydlig. I Pakenhams studier på ”psykolog-trainees” (2015) förbättrades både deras självomhändertagande förmåga och förmåga att vara närvarande med patienterna vilket förbättrade terapeut-patient-alliansen. På liknande sätt beskriver psykoterapeuterna i Wardley et als. kvalitativa studie (2014) att den ACT-intervention de genomgick hade en dubbel effekt – de använde övningarna och tankesättet i patientarbetet och de använde det för sig själva för att hantera sin stress och sina egna obekväma känslor. Ytterligare ett exempel på hur en utbildningsinsats i en psykoterapiform kan ha terapeutisk effekt för behandlare är Perseus et als. studie från 2007. Studien visar att behandlare som gick en DBT-utbildning och samtidigt började arbeta med DBT för unga självskadande borderlinepatienter visserligen upplevde ökad stress i och med den ökade arbetsbelastningen, men den träning de fick i medveten närvaro hjälpte dem att hantera stressen. Men även om gränsen mellan utbildning och stresshanteringsintervention i vissa fall är flytande vid insatser inom människovårdande yrken, så kan den gruppledarutbildning vi undersökt tydligt kategoriseras som utbildningsinsats.

Deltagarnas utgångsläge skulle kunna vara en förklaring till den uteblivna förändringen. Så kallade golv- och takeffekter kan ha påverkat, instrumenten kan ha svårt att mäta förändringar hos personer som skattar väldigt högt eller väldigt lågt. Dessutom kan det vara så att förändringarna mellan före- och eftermätningar för en person som har låg grad av besvär kan vara av den subtila arten och av den orsaken svår att mäta. Flera av instrumenten som användes i denna studie har inte några definierade cut-off-värden, varför det blir svårt att uttala sig om huruvida det verkligen finns risk för golv- och takeffekter. Men det skulle kunna vara så att deltagarna helt enkelt var lite ”för” friska och psykologiskt flexibla till att börja med. Kanske hade man kunnat

se en behandlingseffekt av gruppleदारutbildningen på gruppdeltagarnas mående om de hade mått sämre till att börja med. Kanske pekar denna studie mot att ACT-interventioner inte gör någon större skillnad för måendet om test-personerna redan innan interventionen har låg grad av besvär. Liknande erfarenheter har gjorts i andra studier. Som beskrivet i inledningen har det i tidigare studier (Zettle 2003) visats att deltagare med lindriga besvär inte blivit förbättrade av ACT-interventioner. I studien som McConachie och kollegor gjorde 2014 på personal som arbetade med intellektuellt funktionshindrade: var det de som hade mest "distress" från början som hade mest nytta av ACT-interventionerna (McConachie, McKenzie, Morris och Walley, 2014) I Granbergs och Westins (2013) undersökning bland universitetsstudenter gjorde ACT-interventionen mest nytta för de som hade hög stressnivå från början. *ACT- Att hantera stress och främja hälsa* dvs den behandling kursdeltagarna i denna studie utbildades i, användes som behandlings-intervention i en randomiserad kontrollerad studie på 106 socialsekreterare (Brinkborg et al., 2011). Resultaten visade att interventionsgruppen fick en statistiskt signifikant sänkt nivå av upplevd stress, minskade symptom av utbrändhet samt ökad generell psykisk hälsa jämfört med kontrollgruppen. Även i denna studie hade interventionen störst effekt för de som rapporterat hög stress. Även Jakobsson och Wellin (2006) som gjorde en tvåårsuppföljning av Livheims studie på gymnasieelever reflekterar över detta med "golfeffekter" det vill säga att skalorna är utformade för en klinisk population emedan deras deltagare var vanliga gymnasieelever.

Sammantaget pekar resultaten från denna studie, tillsammans med de olika studierna som citerats ovan, mot att deltagarna får större hälso-förbättring som mottagare av en behandlingsinriktad ACT-intervention än som utbildnings-deltagare, även om det inte kan anses fastslaget vad det beror på. Tidigare studier visar även att personer med större psykologiska besvär får en proportionellt större förbättring i skattningar efter ACT-interventioner.

Hypotesen om behandlingseffekt för kursdeltagare visade sig inte stämma. Det är svårt att sia om varför, men kanske på grund av att deltagarna i Kursgruppen inte hade tillräckligt stora problem från början eller kanske på grund av att interventionen var en utbildning och inte en behandling. Att ACT lärs ut upplevelse-baserat verkar i vilket fall inte räcka för att ge mätbara resultat hos den som undervisas i terapiformen.

Begränsningar och framtida forskning

I denna studie förbättrades alltså även referensgruppen inom samma domäner som kursgruppen, vilket var oväntat.

Referensgruppen fick information om att det var en ACT-kurs som kursgruppen gick, dessutom rekryterades de av kursdeltagare som var bekanta till dem och som kanske berättat om kursupplägget och kanske till och med delat med sig av material. Möjligheten finns ju att deltagare i referensgruppen redan sedan tidigare varit eller under perioden blivit intresserade av ACT. En studie med helt separerade grupper som inte känner varandra och där referensgruppen inte ens får veta vilken kurs kursgruppen går, skulle kanske kunna svara på om detta påverkat resultatet. I ett optimalt upplägg skulle varken kurs- eller kontrollgruppsdeltagarna ens känna till ACT på förhand. En sådan typ av studie hade dock sannolikt varit svår att iscensätta när det gäller en utbildnings-insats av denna typ.

Kanske kan skillnader i effekter märkas vid senare mätningar? Jakobsson & Wellin (2006) gjorde en uppföljning av Livheims studie på gymnasieelever, två år efter ACT-interventionen. Uppföljningen visade i jämförelse med mätningar före interventionen att den grupp som fått interventionen två år senare hade förbättrats mer än kontrollgruppen i de tre mätningarna av psykologisk flexibilitet, kognitivt processande samt stress och ångest. Man såg även icke-signifikanta tendenser till förbättrad allmän psykisk hälsa hos interventionsgruppen, i jämförelse med kontrollgruppen. Deltagarna i föreliggande studie förbereddes på en tredje skattning ett år senare, vilket gör detta fullt möjligt att undersöka.

I denna studie mäts inte i vilken utsträckning deltagarna har tagit till sig utbildningen eller hur mycket tid de lagt på t ex hemuppgifter. Kanske är det så att de försökspersoner som lagt mer tid på kursen fick bättre effekt. Att de som aktivt övar får mer effekt än de som bara tagit till sig informationen teoretiskt har visat sig bland annat i en studie bland universitetsstudenter (Gardelin & Täljemark 2008). I kommande studier skulle man kunna mäta sådana variabler för att kontrollera om det finns samband mellan grad av deltagande i kursen och stressreduktion.

Kanske kan det upplevas som en stressor i sig självt att gå en kurs i ACT. Går man kursen vid sidan av sitt vanliga arbete så blir man kanske mer stressad under en tid vilket skulle kunna påverka eftermätningen. Det kan alltså vara motiverat att göra en uppföljningsmätning även av den orsaken.

Är det så att det handlar om golveffekter är det kanske rimligt att anta att effektstorleken efter interventionen kommer vara relativt liten. Antalet deltagare (N) är relativt lågt för att fånga upp en effektstorlek som är mindre än 0,5. Det kan därför rekommenderas ett större deltagarantal till framtida studier.

Ett annat sätt att fånga de mer subtila förändringar som kanske ägt rum skulle en kvalitativ ansats ha varit, att helt enkelt intervjua deltagarna om sin upplevelse av utbildningen och i vilken mån de upplever att de förändrats. Det kanske skulle givit en mer nyanserad bild.

Att personer som arbetar i människovårdande yrken löper risk för stressrelaterad ohälsa och behöver insatser för att hantera belastningen står klart. *ACT- att hantera stress och främja hälsa* är en lovande metod och fortsatta utvärderingsstudier kan ytterligare kartlägga hur den används på bästa sätt. Framtida forskning bör inriktas på att utvärdera metoder för stresshantering och då framförallt för personer som har uttalade problem med stress.

Referenser

- Al-Dubai, S. R., Barua, A., Ganasegeran, K., Jadoo, S. A., & Rampal, K. G. (2014). Concurrent validity of the Malay version of Perceived Stress Scale (PSS-10). *ASEAN Journal of Psychiatry, 15*, 8-13.
- Almén, N. (2007). Stress och utmattningsproblem. Kognitiva och beteendeterapeutiska metoder. Lund, Sverige: Studentlitteratur.
- Altbo, S., & Nordin, L. (2008). *ACTa våra stressade lärare: en randomiserad studie om Acceptance & Commitment Therapy (ACT) för stressade lärare*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Lunds universitet
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment, 10*, 176.
- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vildardaga, J. C. P., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) versus Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 750–765.
- Banks, M. H., Clegg, C. W., Jackson, P. R., Kemp, N. J., Stafford, E. M., & Wall, T. D. (1980). The use of the general health questionnaire as an indicator of mental
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem- focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology, 5*, 156-163.
- Bond, F. W., & Hayes, S. C. (2002). Act at work. In F. W. Bond, & W. Dryden (Eds), *Handbook of brief cognitive behavior therapy* (pp. 117-139). Brisbane, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology, 88*, 1057 - 1067.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy, 42*, 676-688.

- Bond, F. W., Lloyd, J., & Guenole, N. (2013). The work-related acceptance and action questionnaire (WAAQ): Initial psychometric findings and their implications for measuring psychological flexibility in specific contexts. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 86*, 331-347.
- Brown, T.A., Korotitsch, W., Chorpita, B.F., & Barlow, D.H. (1997). Psychometric properties of the depression anxiety stress scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 79-89.
- Brinkborg, H., Michanek, J., Hesser, H., & Berglund, G. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 49*, 389-398.
- Clarke, S., Taylor, G., Bolderston, H., Lancaster, J., & Remington, B. (2015). Ameliorating patient stigma amongst staff working with personality disorder: Randomized controlled trial of self-management versus skills training. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 43*, 692-704.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*, 385 – 396.
- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2003). The depression anxiety stress scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology, 42*, 111–131.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffen, S. (1985). The Satisfaction with life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75.
- Djordjevic, A. & Frögeli, E. (2012). *Mind the gap: Acceptance and Commitment Therapy (ACT) för preventing stress-related ill-health among future nurses. A randomized controlled trial.* Opublicerad psykologexamensuppsats, Karolinska institutet, Stockholm.
- Eifert, G.H., Forsyth, J.P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*, 368-385.

- Eriksson, J. & Wengelå, E. (2010). *ACTivera unga arbetslösa. En kvalitativ och kvantitativ studie av en gruppintervention mot stress och ohälsa*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Göteborgs universitet.
- Farber, M. J. (2014). Transdiagnostic evidence-based therapy: A single treatment plan to measurably change coping abilities and symptoms of anxiety, depression, and stress across emotional disorders. *Dissertation Abstracts International*, 75,
- Flaxman, P. E., & Bond, F. W. (2010). A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 816-820.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans P. D., & Geller P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31, 772-799.
- Frykheden, O. (2014). *Effektiv mätning av livskvalitet - Brunnsviken Brief Quality of Life Inventory (BBQ) - en psykometrisk utvärdering*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Stockholms universitet.
- Försäkringskassan (2016), Korta analyser 2016:2, Psykisk ohälsa, Avdelningen för Analys och prognos.
- Gardelin, U. & Täljemark, H. (2008). *Effekter av stresshantering utifrån Acceptance and Commitment Therapy och övningens betydelse för förändrat förhållningssätt hos universitetsstudenter*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Lunds universitet.
- Granberg, A. & Westin, H. (2013). *Acceptance and Commitment Therapy för att hantera stress hos universitetsstudenter - En jämförelse med kognitiv beteendeterapi*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Uppsala universitet
- Harris, R. (2009). *Lyckofällan. Skapa det liv du vill leva med ACT, mindfulness och engagemang*. Stockholm: Natur och kultur.
- Harris, R. (2011). *ACT helt enkelt. En introduktion till Acceptance and Comittment Therapy*. Stockholm: Natur och kultur.

- Hayes, S. C., Bissett, R., Roget, N., Padilla, M., Kohlenberg, B. S., Fisher, G., Akihiko Masuda, J. Pistorello, A. K., Rye, K. Berry, & Niccolls, R. (2004). The impact of acceptance and commitment training and multicultural training on the stigmatizing attitudes and professional burnout of substance abuse counselors. *Behavior Therapy*, *35*, 821-835.
- Hayes, S.C. (1996). Acceptance and action questionnaire. (Opublicerat test, tillgängligt från Steven C. Hayes) University of Nevada, Reno, USA.
- Hayes, S.C., Strosahl, K. D. & Wilson, K, G. (2014). *ACT Acceptance and Commitment Therapy i teori och tillämpning. Vägen till psykologisk flexibilitet*. Svensk utgåva. Stockholm: Natur och kultur.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1-25.
- 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 a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, *44*, 227-239
- Hydman, A. & Larsson, L. (2010). *Acceptance and Commitment Therapy som stresshanteringsmetod för lärare*. Opublicerad psykologexamensuppsats. Stockholm: Stockholms universitet.
- Högfeldt, A. & Magnusdottir, T. (2009). *En strukturerad preventiv intervention baserad på "Acceptance and Commitment Therapy" för ungdomar med psykisk ohälsa - pilottestning av en manualiserad ACT-gruppbehandling*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Uppsala: Uppsala universitet.
- Jakobsson, J., & Wellin, J. (2006). *ACT stress i skolan – en tvåårsuppföljning av interventionsbehandlingen*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Uppsala: Uppsala Universitet: Psykologiska institutionen.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work - Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.

- Klein, E. M., Brähler, E., Dreier, M., Reinecke, L., Müller, K. W., Schmutzer, G., & Beutel, M. E. (2016). The German version of the Perceived Stress Scale - psychometric characteristics in a representative German community sample. *BMC Psychiatry, 16*, 159.
- Lazarus, R. S. & Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Pub.Co.
- Lindner, P., Andersson, G., Öst, L-G., & Carlbring, P. (2013). Validation of the Internet-Administered Quality of Life Inventory (QOLI) in different psychiatric conditions. *Cognitive Behaviour Therapy, 42*, 315-327.
- Lindner, P., Frykheden, O., Forsström, D., Andersson, E., Ljótsson, B., Hedman, E., Andersson, G., & Carlbring, P. (2016). The Brunnsvikens Brief Quality of life scale (BBQ): Development and psychometric evaluation. *Cognitive Behaviour Therapy, 45*, 182-195.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Livheim, F. (2004). *Acceptance and Commitment Therapy i skolan – att hantera stress och främja hälsa*. Psykologexamensuppsats, Uppsala Universitet, 2004.
- Ljung, T. & Friberg, P. (2004). Stressreaktionernas biologi. *Läkartidningen* Nr 12, 2004, Volym 101
- Lloyd, J., Bond, F. W., & Flaxman, P. E. (2013) The value of psychological flexibility: Examining psychological mechanisms underpinning a cognitive behavioural therapy intervention for burnout. *Work & Stress, 27*, 181-199
- Loughrey, L., Jackson, J., Molla, P., & Wobbleton, J. (1997). Patient self-mutilation: When nursing becomes a nightmare. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 35*(4), 30-34.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). Manual for the depression anxiety stress scales. Sydney: Psychology Foundation.
- Lovibond, P. F., och Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 335- 343.
- Lundgren, T., & Parling, T. (2010). Acceptance and action questionnaire, AAQ-II. *Opublicerat instrument, Uppsala University: Department of Psychology*.

- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Martela, F., & Ryan, R. M. (2016). The Benefits of Benevolence: Basic Psychological Needs, Beneficence, and the Enhancement of Well-Being. *Journal of Personality, 84*(6), 750–764.
- McConachie, D. A. J., McKenzie, K., Morris, P. G., & Walley, R. M. (2014). Acceptance and mindfulness-based stress management for support staff caring for individuals with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 35*, 1216-1227.
- Melchior, M. E. W., Bours, G. J. J. W., Schmitz, P., & Wittich, Y. (1997). Burnout in psychiatric nursing: a meta-analysis of related variables. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 4*(3), 193-201.
- Ng, F., Trauer, T., Dodd, S., Callaly, T., Campbell, S., & Berk, M. (2007). The validity of the 21-item version of the Depression Anxiety Stress Scales as a routine clinical outcome measure. *Acta Neuropsychiatrica, 19*, 304-310.
- Nordin, M., & Nordin, S. (2013). Psychometric evaluation and normative data of the Swedish version of the 10-item perceived stress scale. *Scandinavian Journal of Psychology, 54*, 502-507.
- Otto, N. (2010). *Den svenska versionen av acceptance and action questionnaire*. En psykometrisk utvärdering. Opublicerad psykologexamensuppsats, Uppsala Universitet, Institutionen för psykologi.
- Pakenham, I., K. (2015). Effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) training on clinical psychology trainee stress therapist skills and attributes and ACT processes. *Clinical Psychology and Psychotherapy 22*, 647-655
- Pakenham, I., K. (2015). Training in acceptance and commitment therapy fosters self-care in clinical psychology trainees. *Clinical Psychologist*, No Pagination Specified. doi:10.1111/cp.12062

- Perseius, K. I., Kåver, A., Ekdahl, S., Åsberg, M., & Samuelsson, M. (2007). Stress and burnout in psychiatric professionals when starting to use dialectical behavioural therapy in the work with young self-harming women showing borderline personality symptoms. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14*, 635-643.
- Powers, M.B., Vörding, M., & Emmelkamp, P.M.G. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics, 8*, 73-80.
- Pull, C. B. (2009). Current empirical status of acceptance and commitment therapy. *Current Opinion in Psychiatry, 22*, 55–60.
- Roberti, J. W., Harrington, L. N. and Storch, E. A. (2006), Further Psychometric Support for the 10-Item Version of the Perceived Stress Scale. *Journal of College Counseling, 9*, 135–147.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. T. (2001). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York: The Guilford Press.
- Selye, H. (1958) *Stress*. Stockholm: Natur och kultur.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology, 1*, 27.
- Stafford-Brown, J., & Pakenham, K. I. (2012). The Effectiveness of an ACT Informed Intervention for Managing Stress and Improving Therapist Qualities in Clinical Psychology Trainees. *Journal of Clinical Psychology, 68*, 592-613
- Socialstyrelsen, 2003. *Utmattningssyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa. Underlag från experter*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Theorell, T. (2004), Stressmekanismer och sjukskrivning. I Hogstedt, C., Bjurvald, M., Marklund, S., Palmer, E., & Theorell, T. (Red.) Den höga sjukfrånvaron sanning och konsekvens. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Thoma, N., Pilecki, B., & McKay, D. (2015). Contemporary cognitive behavior therapy: a review of theory, history, and evidence. *Psychodynamic Psychiatry, 43*, 423-461.

- Wardley, M. N., Flaxman, P. E., Willig, C., & Gillanders, D. (2014). 'Feel the Feeling': Psychological practitioners' experience of acceptance and commitment therapy well-being training in the workplace. *Journal of Health Psychology*, 1359105314557977.
- Varra, A. A., Hayes, S. C., Roget, N., & Fisher, G. (2008). A randomized control trial examining the effect of acceptance and commitment training on clinician willingness to use evidence-based pharmacotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 449.
- West, A. (2016). A transdiagnostic treatment for emotion regulation: A new group therapy protocol combining exposure therapy, acceptance and commitment therapy, and dialectical behavioral therapy. *Dissertation Abstracts International*, 76,
- Zettle, R. D. (2003). Acceptance and commitment therapy (ACT) vs. system desensitization in treatment of mathematics anxiety. *The Psychological Record*, 53, 197.
- Öst, L-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296–321.

Tabell 1. Korrelationer (Pearsons' r, 5 % nivå) i avseende på Livskvalitet (1), Psykologisk flexibilitet på arbetet (2), Välvilja (3), Depression (4), Ångest (5). Stress (6), Upplevd stress (7) och Psykologisk flexibilitet och undvikande (8).

	1	2	3	4	5	6	7	8
1	1							
2	0.07	1						
3	0.35**	0.35**	1					
4	-0.42**	-0.23	-0.38**	1				
5	-0.32**	0.04	-0.14	0.45**	1			
6	-0.34**	-0.25*	-0.37	0.55**	0.60**	1		
7	-0.46**	-0.17	-0.42**	0.58**	0.50**	0.62**	1	
8	-0.52**	-0.23	-0.37**	0.52**	0.43**	0.55**	0.53**	1

Notera: korrelation på 0.05 nivå anges med * och korrelation på 0.01 nivå anges med **

Tabell 2. Medelvärden (*M*) och standardavvikelser (*SD*) i avseende på beroendevariablerna före (1) respektive efter (2) behandling fördelat på Grupp (Referens, Kurs) samt för alla deltagare (Alla).

	Referens (<i>n</i> = 34)		Kurs (<i>n</i> = 35)		Alla (<i>N</i> = 69)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
BBQ 1	68.16	14.91	69.15	14.14	68.67	14.20
BBQ 2	68.36	14.81	70.70	14.54	69.53	14.61
WAAQ 1	33,30	6,17	34,49	5,74	33,91	5,94
WAAQ 2	33,22	6,72	36,83	6,18	35,10	6,64
Benevolence 1	16,53	2,03	16,54	1,87	16,54	1,94
Benevolence 2	16,30	1,76	17,15	1,91	16,73	1,87
DASS-dep 1	4,18	4,62	4,29	4,26	4,24	4,41
DASS-dep 2	4,50	6,62	3,15	3,64	3,82	5,32
DASS-anx 1	2,12	3,87	2,46	3,94	2,29	3,88
DASS-anx 2	1,76	4,94	1,94	3,36	1,85	4,18
DASS-stress 1	10,12	7,43	10,97	7,90	10,55	7,63
DASS-stress 2	6,69	6,73	6,29	5,10	6,48	5,90
PSS 1	13,53	5,30	13,18	5,35	13,35	5,29
PSS 2	12,47	5,55	11,85	4,51	12,15	5,01
AAQ-mod 1	12,50	6,21	11,09	4,69	11,78	5,50
AAQ-mod 2	11,52	5,64	9,71	3,90	10,60	4,88

Notera: Livskvalitet (BBQ), Psykologisk flexibilitet på arbetet (WAAQ), Vålvilja (Benevolence), Depression (DASS), Ångest (DASS). Stress (DASS), Upplevd stress (PSS) och Psykologisk flexibilitet och undvikande (AAQ-mod).