



AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

Acceptance and Commitment Therapy

Friend or foe when working with adolescents with psychological disorders?



Navn: Louise Sørensen
Studienummer: 20092394
10. Semester, Psykologi
Specialeafhandling
Vejleder: Jørn Ry Hansen

12. Juni 2014

Specialets samlede antal tegn: 166.762
Svarende til antal normalsider: 69,5

Abstract

The objective of this Master Thesis is to investigate the effect and applicability of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for adolescents and adults with psychological disorders. This is done through an empirical study, which takes form of a pilot project. The empirical study is based on a theoretical explanation of ACT as well as a mini review of the effect of ACT for adolescents and adults respectively. The review finds that research on ACT and adolescents, although this is minimal and flawed, suggests a lower effect for adolescents than for adults in terms of symptom reduction. In light of this it is relevant to make an empirical project on the effect of ACT for these age groups that measures the psychological flexibility rather than symptom reduction. Psychological flexibility is based on a number of linguistic processes called the FEAR processes. The lack of psychological flexibility is in ACT believed to be the source for psychological disorders.

Through the theoretical exposition it was found that psychological flexibility is reflected through six core processes, which are: *Accept*, *Defusion*, *Self as context*, *Contact with the present moment*, *Values*, and *Committed action*. The empirical study consists of a questionnaire that contains four psychometric tests that were chosen because they are thought to measure the six aforementioned core processes. The psychometric tests are: Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II), Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ), Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ), and Valued Living Questionnaire (VLQ). Adolescents and adults who have completed an ACT course of therapy or had at least eight sessions filled out the four tests. Furthermore the method consists of a control group of "normal" adolescents and adults as well as psychologist assessed pre scores.

The results of this dissertation show that in general adolescents seem to have less psychological flexibility than adults. This is valid for the four applied psychometric tests and the related subscales except the *observe* subscale in FFMQ and *value scale* in VLQ . However when these results are compared with the control group and the assessed pre scores it is indicated that adolescents seem to achieve approximately the same effect of ACT as adults. On the FFMQ and few of the subscales adolescents

actually achieve a greater effect of ACT therapy. In the interpretation of these results it's important to bear in mind that some biases may influence the results and that the generalizability is deficient. In the discussion of the results it appeared that these generally speaking could be explained by both existential psychology and cognitive – and psychoanalytic developmental psychology. These explanations support the validity of the findings and furthermore they seem to be a useful application for the clinical praxis. The final part of the dissertation contributes with a new perspective towards the results. In this part of the paper the possible implications for the clinical praxis is discussed and a suggestion for a full-blown investigation of the topic is elaborated.

Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING.....	1
1.1 PROBLEMFORMULERING.....	3
1.2 HYPOTESEUDLEDNING	4
1.3 BEGREBSAFKLARING.....	4
1.4 DISPOSITION FOR OPGAVEN.....	5
2. ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY	6
2.1 TEORETISK GRUNDLAG.....	7
2.1.1 <i>Relational Frame Theory</i>	7
2.1.2 <i>Sproglige processer som baggrund for psykisk lidelse</i>	10
2.1.2.1 FEAR-processerne.....	10
2.1.3 <i>Psykologisk fleksibilitet</i>	11
2.1.3.1 Accept.....	12
2.1.3.2 Defusion.....	13
2.1.3.3 Selvet som kontekst.....	14
2.1.3.4 Kontakt med nuet.....	15
2.1.3.5 Værdier	15
2.1.3.6 Engageret handling.....	17
2.1.4 <i>Caseformulering i ACT</i>	17
2.1.5 <i>Implementering af ACT hos unge</i>	19
2.2 MINI-REVIEW	21
2.2.1 <i>Evidens for ACT</i>	22
2.2.2 <i>Evidensen for ACT med unge</i>	22
2.2.3 <i>Opsamling</i>	23
3. METODE	24
3.1 DESIGN	24
3.2 SAMPLE	26
3.3 SPØRGESKEMA	27
3.3.1 <i>Acceptance and Action Questionnaire-II</i>	27
3.3.2 <i>Cognitive Fusion Questionnaire</i>	28
3.3.3 <i>Five Facet Mindfulness Questionnaire</i>	28
3.3.4 <i>Valued Living Questionnaire</i>	29
3.4 STATISTIK.....	29
4. RESULTATER.....	30
4.1 AKTIVGRUPPEN	30
4.1.1 <i>Uafhængig t-test</i>	30
4.1.2 <i>Procentmæssig forskel</i>	33

4.2 KONTROLGRUPPEN	35
4.2.1 Uafhængig t-test	35
4.2.2 Procentmæssig forskel	37
4.3 SAMMENLIGNING AF AKTIV- OG KONTROLGRUPPEN	40
4.3.1 Uafhængig t-test	40
4.3.2 Procentmæssig forskel	41
4.4 PRÆ- OG POSTMÅLINGER	44
4.4.1 Mixed ANOVA	44
4.4.2 Procentmæssig forskel	51
5. DISKUSSION	53
5.1 DISKUSSION AF RESULTATER	54
5.1.1 Aktivgruppen	54
5.1.2 Sammenligning med kontrolgruppen	55
5.1.3 Præ- og postscores	57
5.1.4 Sammenligning indenfor tests	58
5.1.4.1 Acceptance and Action Questionnaire-II	58
5.1.4.2 Cognitive Fusion Questionnaire	58
5.1.4.3 Five-Facet Mindfulness Questionnaire	59
5.1.4.4 Valued Living Questionnaire	62
5.2 FEJLKILDER	63
5.2.1 Sample	63
5.2.2 Tid	65
5.2.3 Spørgeskema	66
5.3 LITTERÆR DISKUSSION	68
5.3.1 Accept	69
5.3.2 Defusion	73
5.3.3 Selvet som kontekst	75
5.3.4 Kontakt med nuet	77
5.3.5 Værdier samt Engagerede handlinger	80
5.4 OPSAMLING	83
6. KONKLUSION	84
7. PERSPEKTIVERING	87
8. LITTERATURLISTE	89
BILAG A	93
BILAG B	101
BILAG C	102
BILAG D	103

1. Indledning

Dette projekt beskæftiger sig med virkningen af Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for henholdsvis unge og voksne med psykiske lidelser. Dette emne er valgt, da ACT er en terapeutisk metode, som udbredes eksponentielt. Dette er dog særligt gældende for voksne med psykiske lidelser, mens der synes at være et hul i forskningen omhandlende ACT og unge (Sørensen, unpub.). Dette synes uhensigtsmæssigt, da forskning viser, at 50 % af psykiske lidelser opstår inden 14-års alderen og yderligere 25 % inden 24 års alderen (Kessler et al, 2005, p. 593). Dette peger på, at ungdommen er en særlig sensitiv periode for udviklingen af psykiske lidelser. Samtidig peger ny forskning på, at den synaptiske pruning, som finder sted i ungdommen, gør, at hjernen er særligt modtagelig og modellerbar i denne tidsperiode (Blakemore & Mills, 2014). Synaptisk pruning er en reorganisering af synaptiske forbindelser i hjernen, som bevirker, at de forbindelser, der benyttes, styrkes yderligere, mens de, der ikke benyttes, forgår. Dette betyder, at hjernen i ungdommen er særligt modtagelig for ny viden. Det betyder endvidere, at en terapeutisk intervention i dette tidsrum vil være lettere modtagelig og nemmere at holde ved. Ungdommen menes på baggrund heraf at være et optimalt tidsrum for psykologisk intervention (ibid). Ydermere har en psykologisk intervention i ungdommen den fordel, at de fleste psykiske lidelser opstår i denne periode og derfor ofte vil være af lettere grad, end hvis de har været ubehandlet i flere år (ibid.).

På baggrund af ovenstående afsnit bliver det evident, at det er vigtigt at finde en effektiv behandlingsmetode til unge med psykiske lidelser. Her viser forskning, at der er en positiv sammenhæng mellem effekten af terapien og antallet af adfærdsmæssige komponenter i terapien. Det vil altså sige, at adfærdsmæssige komponenter øger effekten af terapien for unge, mens denne forskel ikke ses for voksne (Weisz, Weiss, Han, Granger & Morton, 1995). ACT anvender i høj grad adfærdsændringer i terapien, hvorfor det på baggrund af ovenstående kan teoretiseres, at denne tilgang vil være særligt anvendelig for unge med psykiske lidelser (Hayes, Pistorelli & Levin, 2012b, p. 981). Der findes også mange andre terapiretninger, som benytter adfærdselementer i terapien, men da mit tidligere praktiksted benyttede ACT i arbejdet med frafaldstruede unge på erhvervsskolerne faldt min interesse på denne terapitil-

gang. Psykologerne på mit praktiksted oplevede vanskeligheder med at tilpasse metoden til målgruppen, hvorfor jeg fandt det interessant at undersøge denne kliniske fornemmelse. Med baggrund i dette udformede jeg på 9. semester et projekt, som havde til formål at lave en effektsammenligning af studier om henholdsvis voksne og unge med psykiske lidelser.

9. semestersprojektet tager form af en quasi-metaanalyse, som er karakteriseret ved at have en ikke-vægtet sammenligning af effektstørrelser. Litteratursøgningsprocessen førte til tre empiriske artikler, hvor unge med psykiske lidelser har modtaget ACT. De tre studier omhandler tre forskellige lidelser, som er depression, OCD og spiseforstyrrelser. Litteratursøgningsprocessen for studier omhandlende voksne blev foretaget ud fra de samme tre lidelser, hvilket førte til seks studier. Det var dog kun seks ud af de i alt ni artikler, hvor det var muligt at udregne effektstørrelsen (Cohens *d*). For de resterende studier blev symptomreduktionen udregnet i procent. Det overordnede resultat af projektet er, at effekten og symptomreduktionen er betydeligt lavere for unge end for voksne med psykiske lidelser. Studiet viser dog også, at effekten og symptomreduktionen stiger betydeligt mere fra post – til follow-up målinger for unge end for voksne. Dog er den samlede effekt fra præ – til follow-up målinger stadig større for voksne end for unge. De øvrige resultater peger i retning af en positiv korrelation mellem antallet af sessioner og udbyttet af terapien, højere effekt af individuelle forløb end af gruppeforløb samt en sammenhæng mellem mængden af terapeuttræning og - supervision samt effekt i forhold til symptomreduktion (Sørensen, unpub.).

Disse resultater udmunder i en række mulige forklaringer på, hvorfor effekten er lavere for unge end for voksne. Disse centrerer sig omkring, at nogle af elementerne i ACT er dårligt kompatible med udviklingen i ungdommen. I opgaven antages det, at værdiarbejdet i ACT er sværere for unge, da deres identitetsforståelse og dermed deres værdier er mere diffuse og skiftende. Endvidere foreslås det, at en øget reaktivitet kombineret med en langsom udvikling af impuls kontrol gør, at accept-elementet er særligt svært for unge, da de ikke har samme mulighed for at kontrollere impulser og samtidig reagerer kraftigere på stimuli. Sidst opstilles en hypotese om, at de mindfulness inspirerede elementer i terapien er for abstrakte og konfuse til, at unge udviklingsmæssigt kan forstå og udføre disse (Sørensen, unpub.).

Nærværende afhandling er en videreudvikling og – undersøgelse af det ovenfor beskrevne projekt. Da mængden af eksisterende litteratur omhandlende unge, som har modtaget ACT, er meget begrænset, må en videreundersøgelse af dette emne være empirisk. I udformningen af forskningsspørgsmål og design blev jeg inspireret af de fejkilder, som var i mit 9. semesters projekt. En af disse fejkilder er, at kvaliteten af de inddragede studier for henholdsvis voksne og unge er meget svingende. Dette understøtter rationalet bag valget af en empirisk funderet afhandling, da denne ikke i samme grad vil være afhængig af den eksisterende litteratur. En anden fejkilde, som der vil tages hensyn til, er, at graden af terapeuttræning var meget varierende i de eksisterende studier, herfor vil der i nærværende undersøgelse være fokus på at benytte efteruddannede ACT psykologer, hvilket er med til at sikre en høj kvalitet af terapien. En sidste fejkilde, som er tænkt ind i nærværende afhandlings udformning, er, at de fleste eksisterende studier måler effekten baseret på symptomreduktion på trods af, at dette ikke er målet for ACT. Målet for ACT er større psykologisk fleksibilitet og øget livskvalitet. Med udgangspunkt i dette vil effekten i dette projekt opgøres på baggrund af de elementer, som menes at skabe psykologisk fleksibilitet og dermed livskvalitet.

Med udgangspunkt i ovenstående hypoteser og fejkilder bestemte jeg mig for empirisk at undersøge applikabiliteten og virkningen af ACT for henholdsvis unge og voksne, for at undersøge, hvorvidt effekten stadig er større for voksne end for unge, når der måles på psykologisk fleksibilitet, og når resultatet ikke afhænger af eksisterende forskning, som er af svingende kvalitet. Emnet undersøges med udgangspunkt i følgende problemformulering:

1.1 Problemformulering

Har Acceptance and Commitment Therapy samme virkning for unge og voksne med psykiske lidelser?

1.2 Hypoteseudledning

Med udgangspunkt i mit tidligere projekt har jeg formuleret en række hypoteser, som alle tager udgangspunkt i tilstanden efter et ACT terapiforløb. Hypoteserne er som følger: Efter et ACT terapiforløb vil unge opleve mindre bedring end voksne i forhold til:

- graden af accept
- graden af mindfulness
- evnen til at føre et mere værdibaseret liv

1.3 Begrebsafklaring

Acceptance and Commitment Therapy (ACT): ACT er en tredje generations kognitiv terapietning, som opstod i 1980'erne. ACT arbejder med seks elementer, som er *Accept*, *Defusion*, *Selvet som kontekst*, *Kontakt med nuet*, *Værdier* samt *Engageret handling*. ACT indeholder både mindfulness- og adfærdselementer (Grønlund, 2012).

Unge: Unge defineres i nærværende opgave som 13-25 år. Denne aldersopdeling er valgt af pragmatiske årsager. Oprindeligt skulle aldersgruppen have været 13-18, da det er denne inddeling, der er anvendt i mit tidligere projekt, men da det ikke har været muligt at få tilstrækkelige deltagere indenfor denne aldersgruppe, måtte aldersgruppen udvides.

Voksne: Voksne defineres som 26 år og op.

Psykiske lidelser: Psykiske lidelser defineres meget bredt i denne opgave. Der er i nærværende opgave ikke kontrol over, hvilken psykisk lidelse deltagerne har søgt behandling for. På baggrund af dette defineres psykiske lidelser som de problematikker, folk henvender sig til psykologer for at få hjælp til.

Accept: Accept, som står beskrevet i hypoteseudledning, defineres som i ACT. I nærværende opgave måles denne hovedsageligt ved hjælp af Acceptance and Action Questionnaire-II.

Værdibaseret liv: Et værdibaseret liv defineres som en kombination af elementerne værdier og engageret handlinger i ACT og måles i denne opgave via Valued Living Questionnaire. Det henviser til, hvorvidt deltagerne er i stand til at foretage adfærdsmæssige handlinger i dagligdagen, som er i overensstemmelse med deres personligt holdte værdier.

Mindfulness: Mindfulness defineres som en opmærksomhedstilstand, hvor individet er opmærksom i nuet på en ikke-dømmende måde gennem en meditationspraksis (Baer, 2003, p.125). I nærværende opgave dækker mindfulness over elementerne selvet som kontekst og kontakt med nuet i ACT og måles ved hjælp af Five-Facet Mindfulness Questionnaire.

1.4 Disposition for opgaven

I dette afsnit gives en disposition over denne afhandlings indhold, hvilket bidrager til at give et overblik over projektet. Første del af opgaven består af et teoriafsnit, hvor der redegøres for Acceptance and Commitment Therapy. Dette teoriafsnit er opdelt i to. Første del indeholder det teoretiske grundlag for ACT, hvor der redegøres for Relational Frame Theory, FEAR-processerne, Hexaflex modellen, Case-formulering samt applikationen af ACT med unge. Det næste afsnit af teoriafsnittet vil udgøre et mini-review, hvor den eksisterende evidens for ACT med henholdsvis voksne og unge gennemgås.

Herefter følger metodeafsnittet, som omhandler de metodiske overvejelser, der er gjort i forbindelse med udførelsen af nærværende undersøgelse. Her forklares og argumenteres for projektets design, sample og det oprettede spørgeskema. I dette afsnit om spørgeskemaet redegøres også for de anvendte psykometriske tests, hvor den interne konsistens samt reliabilitet opgøres. Sidst redegøres for de anvendte statistiske virkemidler.

Hernæst følger resultatafsnittet hvor undersøgelsens eksperimentelle resultater fremstilles. Resultatafsnittet vil indeholde grafer og tabeller illustrerende opgavens væsentligste perspektiver fundet ved gennemgang og analyse af datamaterialet. Resultaterne bliver opgjort ved hjælp af uafhængig t-tests, mixed ANOVA samt en procentmæssig udregning.

Diskussionsafsnittet er opdelt i tre. I den første del analyseres og diskuteres de fundne resultater. Anden del består af en diskussion og vurdering af opgavens bias. Herefter vil der i diskussionens tredje del være en litterær diskussion af de fundne resultater. Denne diskussion finder sted ved inddragelsen af tre teoretiske positioner. Den første af disse er en kognitiv udviklingspsykologisk positionering, hvor Jean Piaget samt Lev S. Vygotsky inddrages. Anden positionering er psykoanalytisk udviklingspsykologi og består af Erik H. Erikson og Heinz Kohut. Sidste teoripositionering er eksistentialismen. Slutteligt sammenfattes hele afsnittet, hvilket leder videre til opgavens overordnede konklusion.

I konklusionen vil der foretages en opsummering af undersøgelsens hovedpointer og resultater. Ud fra dette vil afhandlingens problemformulering forsøgt besvaret. Herefter vil der konkluderes på de opstillede hypoteser. Det sidste afsnit består af perspektivering. Her vil undersøgelsens implikationer for teori og praksis diskuteres, og der vil opstilles et optimalt design til efterprøvning nærværende pilotprojekt.

2. Acceptance and Commitment Therapy

I det følgende afsnit vil der være en introduktion til det teoretiske grundlag for ACT samt benævnelse af enkelte konkrete terapeutiske teknikker. I dette første afsnit vil der redegøres for Relational Frame Theory, FEAR-processerne, Hexaflex modellen, caseformulering i ACT samt implementeringen af ACT hos unge. Det andet afsnit består af et mini-review, hvor projektets problemformulering forsøges besvaret via en gennemgang af noget af det eksisterende litteratur omhandlende henholdsvis voksne og unge.

2.1 Teoretisk grundlag

Acceptance and Commitment Therapy, som også kaldes ACT (udtalt som et ord) er en tredje generations kognitiv terapietning, som opstod i 1980'erne. Terapiformen er hovedsageligt udviklet af Steven C. Hayes, Kirk D. Strosahl og Kelly G. Wilson (Grønlund, 2012, p. 486). Helt kort kan teorien sammenfattes i akronymet ACT, hvor A tillægges betydning Accept, C betydningen Choose og T står for Take action (Harris, p. 2009, p. 12). ACT tilhører bevægelsen "empirically supported treatment" og mødte i 2012 kriterierne for "mulig effektiv behandling" indenfor områderne depression, angst, kronisk smerte, misbrug og psykotiske symptomer. Det er en terapietning, som har fået stigende opmærksomhed og popularitet gennem de sidste par år. Ved en søgning på psycinfos database viser dette sig tydeligt, idet der i 2008 blev udgivet 18 artikler med "Acceptance and Commitment Therapy" som keyword og i 2012 hele 120 artikler (søgning foretaget d. 14/2 2014). Videnskabsteoretisk placerer ACT sig indenfor den radikale behaviorisme med baggrund i teorien om relationel indramning (RFT) (Grønlund, 2012, p 486).

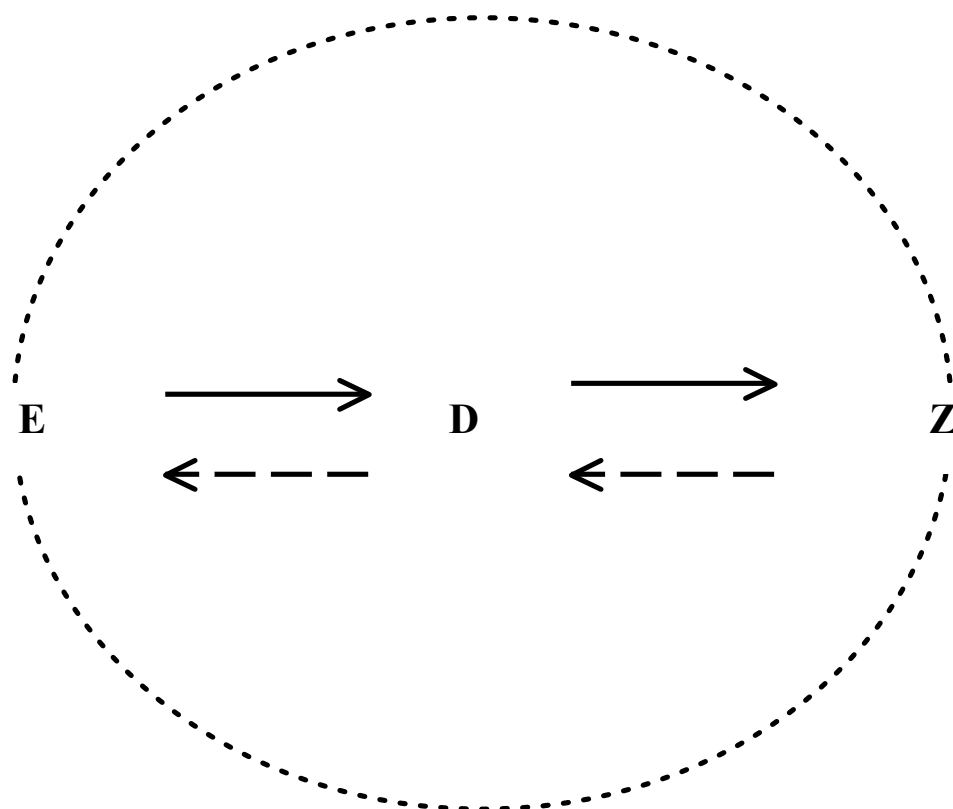
2.1.1 Relational Frame Theory

RFT er en pragmatisk teori om menneskets sprog og kognition baseret på funktionel kontekstualisme. Relationel indramning er en operant adfærd, som påvirker den operante læringsproces og omfatter, at udledningen af stimulus-reaktioner indlæres via adfærd. Formålet med RFT er at lave en beskrivelse af menneskets sprog og kognition, som kan benyttes i en forudsigelse af og påvirkning på menneskets sproglige - og umiddelbare adfærd under indvirkning af sproglige kontingenser¹ (Bach & Moran, 2008, p. 102-105). I RFT benyttes basale læringsteknikker til at beskrive den måde, hvorpå sproget påvirker og dominerer menneskets adfærd (Törneke, 2009, pp 80-85).

RFT er kendetegnet ved tre fænomener, som er gensidig indbefatning, kombineret gensidig indbefatning og transformation af stimulusfunktioner. Gensidig indbefatning indebærer, at mennesket har en evne til at udvikle udledte stimulusrelationer,

¹ Kontingenser defineres som relationer mellem stimuli i tid og rum (Törneke, 2009, p. 91).

som andre dyr ikke har evnen til. Udedte stimulusrelationer består i, at der opstår en ikke indlært relation mellem to stimuli på baggrund af indlærte relationer mellem andre stimuli (se figur 1). Den gensidige indbefatning er en dobbeltbundet indbefatning. Det vil sige, at hvis det er indlært, at E fører til D, vil den modsatte relation også være der. Altså at D har en relation til E, hvilket ikke er indlært. Det næste fænomen er kombineret gensidig indbefatning, som jævnfør figur 1 henviser til, at hvis det indlæres, at E har en relation til D, som har en relation til Z, så skabes der en ikke



Direkte trænet:

—————

Gensidig indbefatning:

— — — — —

Kombineret gensidig indbefatning:

.....

Figur 1: inspireret af Törneke, 2009, p. 83

indlært relation mellem E og Z. Mennesket er altså i stand til at overføre tidligere indlærte relationer fra en kontekst til en ny og på baggrund heraf skabe en ny relation. Gennem sproget lærer børn fra cirka to-års alderen at udlede relationer, som de ikke er blevet lært. Sproget og de enkelte ord får en funktion for mennesket via gensidige indbefatninger, som ikke finder sted ved andre dyr (ibid.).

Det sidste fænomen, som RFT er kendetegnet ved, er transformation af stimulusfunktioner, som betyder, at mennesket er i stand til at ændre en stimulusfunktion på baggrund af udledte relationer. Mere konkret betyder det, at noget, som har haft en bestemt betydning, får en ny betydning, og at dette kan ske gennem udledte relationer og dermed uden direkte kontingenser for ny indlæring (ibid., pp. 91-95). Endvidere er mennesket i stand til at danne relationer mellem stimuli ved at tillægge dem en funktion, som ikke er bestemt af egenskaber eller andre fysiske kvalifikationer, men derimod af kontekstuelle faktorer. De kontekstuelle faktorer kan være uafhængige af de stimuli, som tillægges en relation, og dermed bliver relationen vilkårlig applicerbar, hvilket kaldes for vilkårlige relationer. Det betyder, at hvad som helst kan sættes i relation til hvad som helst (ibid., pp. 95-98). Disse relationer kan etableres af det sociale fællesskab, så de bliver uafhængige af de direkte kontingenser mellem stimuli og deres egenskaber. Dette bevirker, at de bliver lettere tilgængelige og fleksible for individet, og stimulusfunktionerne bliver flytbare for det sociale fællesskab. De ovenfor beskrevne måder at skabe relationer mellem stimuli er det, der kaldes for relationel indramning, hvilket beskriver menneskets unikke evne til at sætte ting i forskellige former for relationer og dermed give dem en ramme, uden at disse relationer er direkte indlærte (ibid., pp. 102-107).

Relationen mellem stimuli og de tillagte stimulusfunktioner er styret af kontekstuelle faktorer og kan dermed etableres vilkårligt. Det er ofte bestemt af de andre ord i en sætning, hvordan relationen og funktionerne for stimulus forstås af mennesket (ibid., p. 108f). Den relationelle indramning af hændelser eller stimuli, som finder sted via gensidig indbefatning, kombineret gensidig indbefatning og transformation af stimulusfunktioner, defineres som verbal adfærd (ibid., p. 109f). I forhold til tænkning forstås denne som en verbal adfærd, og på baggrund af ovenstående er det evident, at tanker er i stand til at sætte hvad som helst i relation til hvad som helst og tillægge en stimulus bestemte funktioner. Hermed får tænkning en stor betydning for individets forståelse af verdenen (ibid., p. 111f). Den relationelle indramning gør, at individet er i stand til at kontakte hændelser, der ikke konkret er til stede, og endvidere danner relationel indramning grundlag for regelstyret adfærd. Det er disse elementer af relationel indramning, som gør psykisk lidelse muligt (ibid., p. 179).

2.1.2 Sproglige processer som baggrund for psykisk lidelse

ACT forstår psykisk lidelse på samme vis som RFT og tager således udgangspunkt i, at lidelse er et grundvilkår for den menneskelige eksistens og opstår på baggrund af normale psykiske processer. Særligt de sproglige processer menes at danne baggrund for menneskelig lidelse. Dermed ikke sagt at mennesket ikke kan have abnorme processer som for eksempel efter en hjerneskade eller have genetiske komponenter som eksempelvis ved autisme eller skizofreni, men i ACT menes det, at de normale processer kan forstærke disse kerneproblemer. Derfor er der særligt fokus på den måde, klienten forholder sig til de abnorme processer, og det hævdes, at dette kan være mere afgørende for klientens velvære end fokus på at formindske de abnorme processer. I ACT er der altså fokus på reaktionen af en abnorm proces, og denne reaktion anses for at være en normal proces. Ved lettere psykiske lidelser som ifølge ACT ikke indebærer abnorme processer, menes de normale psykiske processer i sig selv at have skabt den menneskelige lidelse (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012, p. 10f). Dette kaldes i ACT for destruktiv normalitet, og bygger på netop det, at nyttige menneskelige psykologiske processer i sig selv kan føre til destruktivitet og dysfunktioner.

Som tidligere nævnt er det ifølge ACT særligt de sproglige processer, som fører til destruktiv normalitet. Sproget forstås som et tveægget sværd, da det på den ene side har været afgørende for opretholdelsen af den menneskelige eksistens, men på den anden side fordrer psykisk lidelse (ibid., p. 13f). Sprog forstås i ACT ikke blot som stemmebrug og signalering, men det forstås også som en symbolsk aktivitet, der kan komme til udtryk gennem gestik, billeder, skriftsprog og lyde (ibid., p. 16). Det særlige ved det menneskelige sprog er evnen til associering samt evaluering i tid og rum. På baggrund af dette er det essentielt i ACT ikke at lade sig styre og fortære af sproget (ibid., pp. 16-19).

2.1.2.1 FEAR-processerne

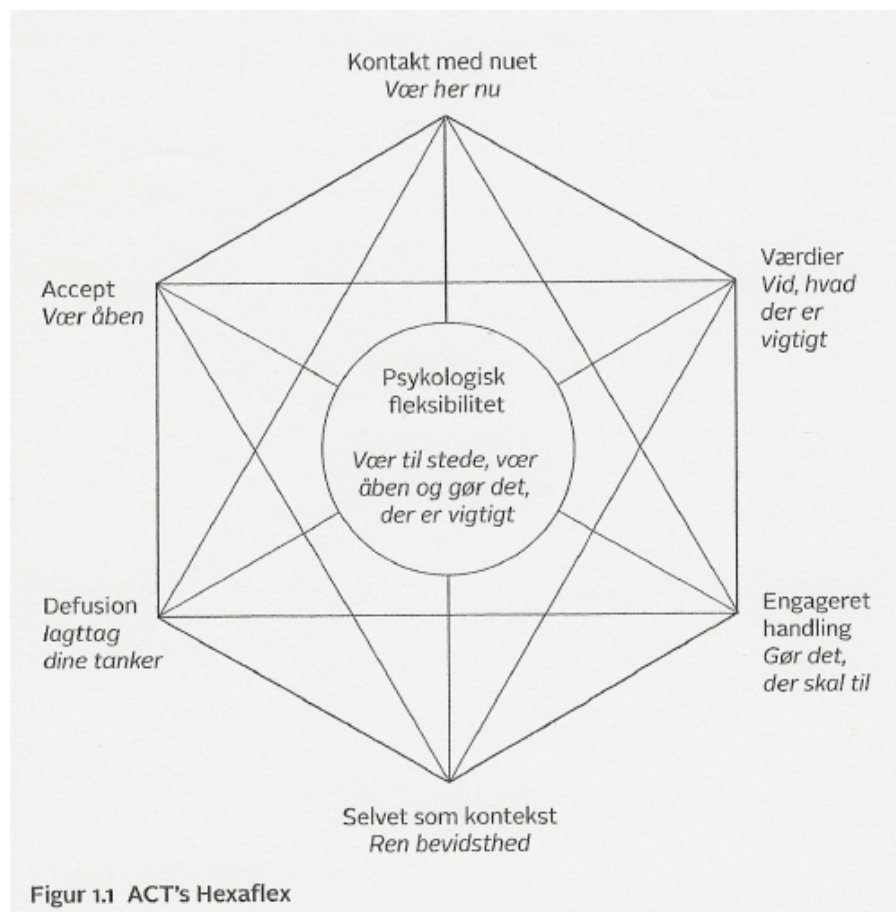
De konkrete sproglige processer, som menes at kunne føre til psykisk lidelse, kaldes for FEAR-processerne (Grønlund, 2012, p. 490f). FEAR er en sammensætning af begreberne *Fusion*, *Evaluation*, *Avoidance* og *Reasongiving*. Fusion dækker over, at individet er ude af stand til at skelne mellem det direkte oplevede og tanken om det

oplevede. Det er dermed individets måde at forholde sig til sine tanker på, som opleves som problematisk frem for tankerne i sig selv. Evaluering forstås som en manglende skelnen mellem sig selv og evalueringen af sig selv. En hvis grad af evaluering og vurdering af både omgivelser og sig selv er uundgåeligt, men igen er det den måde, individet forholder sig til denne evaluering, som der i ACT er fokus på og kan være problematisk, hvis evalueringen tages for pålydende. Avoidance, som også kaldes for oplevelsesmæssig undgåelse, henviser til, at individet forsøger at ændre form, hyppighed eller intensitet af indre uønskede tilstande. Oplevelsesmæssig undgåelse kan deles op i to typer. Disse er suppressionstrategier og situationsspecifik undgåelsesadfærd. Suppressionstrategier henviser til, at individet undertrykker indre uønskede tilstande og kan blandt andet komme til udtryk gennem selvskadende adfærd, stofmisbrug eller fremtvungne positive tanker. Situationsspecifik undgåelsesadfærd er karakteriseret ved undgåelse af steder eller begivenheder, som erfaringsmæssigt er relateret til indre uønskede tilstande. Paradoksalt nok fører begge disse former for undgåelse ifølge ACT til mere opmærksomhed mod det, klienten ønsker at undgå. Den sidste FEAR-proces er reason-giving, som på dansk kan oversættes til overdreven angivelse af grunde, og indebærer, at individet opfatter adfærd som kausalt relateret til tanker og følelser, som bliver gyldige grunde til lidelse (ibid.). FEAR-processerne medfører ifølge ACT-teorien manglende psykologisk fleksibilitet hos klienten, som menes at være årsagen til psykisk lidelse (Hayes et al, 2012, p. 60f).

2.1.3 Psykologisk fleksibilitet

I ACT opereres med en model for psykologisk fleksibilitet, som kaldes for hexaflex modellen. Hexaflex'en indeholder seks interrelaterede elementer også kaldet de seks kerneprocesser (figur 2) Disse er: *Accept*, *Defusion*, *Selvet som kontekst*, *Kontakt med nuet*, *Værdier* samt *Engageret handling*, som inddeles i tre responsstile (Harris, 2009, p. 9). Disse er *Åben*, *Centreret* og *Engageret* (Hayes et al, 2012, p. 67). Modellen kan endvidere inddeles i forhold til elementer, som indeholder mindfulness, hvilket er de fire elementer længst mod venstre (Wilson, 2009, p. 72). Mens de fire elementer mod højre indebærer adfærdsændringer (Hayes, Pistorelli & Levin, 2012b, p. 981). Hver af de seks kerneprocesser forstås som graduerede, hvor individet mestrer disse i højere eller lavere grad. Når individet mestrer disse i meget lav grad, kan der

også snakkes om inflexahex-modellen, som er ACT models for psykopatologi og den negative pendant til hexaflex modellen. Som tidligere nævnt menes manglende psykologisk fleksibilitet at være årsagen til psykisk lidelse, hvorfor der i terapien arbejdes med at skabe mere psykologisk fleksibilitet gennem de seks kerneprocesser i hexaflex modellen.



Figur 2 (Harris, 2009, p. 10).

Accept og defusion udgør tilsammen den åbne responsstil og handler begge om at adskille sig selv fra sine tanker og følelser, at se dem, som de virkelig er og tillade dem at være, som de er uden at forsøge at ændre dem (Hayes et al, 2012, p. 67; Harris, 2009, p. 12).

2.1.3.1 Accept

Accept defineres som: *"the voluntary adoption of an intentionally open, receptive, flexible, and nonjudgmental posture with respect to moment-to-moment experience."* (Hayes et al, 2012, p. 272f). Accept er i ACT en aktiv kvalitet og ikke en form for

tolerance. Der er fokus på, at individet opnår en accepterende indstilling til livet, hvormed individet tillader sig selv at tage imod oplevelser, som de fremtræder i øjeblikket på en intentionel måde (ibid.). Dermed ikke sagt, at individet behøver at bryde sig om de oplevelser, tanker eller følelser, som det oplever, men individet tillader dem og giver plads til dem (Harris, 2009, p. 9f). Manglende accept hos individet kaldes for oplevelsesmæssig undgåelse og er karakteriseret ved forsøg på at udrydde og have modstand mod indre uønskede tanker, følelser og oplevelser (Bach & Moran, 2008, p. 95). I terapien arbejdes med at mindske den oplevelsesmæssige undgåelse ved at øge graden af accept. I terapeutiske sammenhænge anbefales det at benytte sig af eventuelle tidligere anvendte acceptmetoder, som den givne klient har fundet brugbare. En af de metoder, som anvendes i acceptprocessen, er *kreativ håbløshed* (Hayes et al, 2012, p. 275f). Kreativ håbløshed har til formål at give klienten en erkendelse af, at de kontrolstrategier, klienten anvender, er uhensigtsmæssige og bidrager til den psykologiske smerte. Dette gøres i praksis ved at udforske, hvad klienten forsøger at undgå, hvilke metoder klienten benytter til at undgå smerte, og hvordan denne undgåelse har virket for klienten på kort og på lang sigt. Dette skulle gerne give klienten en erkendelse af, at de benyttede kontrolstrategier ikke har virket på lang sigt og forhindrer klienten i at leve et indholdsrigt og tilfredsstillende liv (Harris, 2009, p. 81). Denne erkendelse gør, at klienten vil være mere modtagelig og parat overfor en accepterende indstilling i forhold til de problemer, klienten kæmper med (Hayes et al, 2012, p. 275f).

2.1.3.2 Defusion

Den anden kerneproces, som også er en åben responsstil, er defusion og tager udgangspunkt i, at det menneskelige sind via sproglige processer konstant evaluerer, sammenligner, forudsiger, planlægger etc.. Som beskrevet tidligere er de sproglige processer et stærkt, nyttigt og nødvendigt redskab for den menneskelige eksistens, men når individet ikke længere kan adskille sig selv fra sine tanker og følelser, bliver det ifølge ACT-teorien problematisk (Hayes et al, 2012, pp. 243.245). Denne sammensmeltning med tanker og følelser kaldes for fusion. Fusion er kendetegnet ved, at individet har en ufleksibel adfærd, og at adfærden er mere influeret af verbale netværk frem for af oplevelses- og miljømæssige konsekvenser (Bach & Moran, 2008,

p. 97). I terapien arbejdes med defusion, som har til formål at mindske fusionen og dermed sprogets automatiske indvirkning på adfærden (Hayes et al, 2012, pp. 243-245). Der arbejdes med at adskille sig selv fra tanker, forestillinger og erindringer og forstå disse som det, de er – nemlig ord og billeder (Harris, 2009, p. 9). Defusion har til formål at skabe frivillig kognitiv fleksibilitet hos klienten (Hayes et al, 2012, pp. 243-245). I praksis kan dette gøres gennem sproglige konstruktioner som: Det lyder, som om dit sind siger, at ... (ibid., p. 245f). Nogle af de elementer, der yderligere gøres brug af i defusionsarbejdet, er: afbogstaveliggørelse af sproget, tanker som passagerer, observation af sindet, benævnelse af sindet, underminering af grunde samt vurdering kontra beskrivelse (ibid., pp. 248-266).

Den anden responsstil kaldes for Centreret og består af selvet som kontekst og kontakt med nuet (Hayes et al, 2012, p. 67). Det er disse elementer, som er mest mindfulness-inspirerede.

2.1.3.3 Selvet som kontekst

Selvet som kontekst, som også kaldes *det observerende jeg* eller *ren bevidsthed*, tager udgangspunkt i, at der findes to former for bevidsthed, som er det tænkende selv og det observerende selv. Selvet som kontekst har til formål at skabe mere kontakt til det observerende selv, hvorved klienten bliver opmærksom på og bevidst om, hvad han/hun tænker, føler, fornemmer eller gør. Hermed skabes en forståelse af, at på trods af at mange ting forandrer sig for klienten, som eks. kroppen, tankerne, sociale roller osv., findes der et ”jeg”, som er i stand til at bemærke disse forandringer uden at forandre sig (Harris, 2009, p. 10f). Selvet som kontekst har til formål at skabe et såkaldt ”safe-place” eller et udsigtspunkt med et stabilt ”jeg”, som ikke kan trues (Hayes et al, 2012, p. 224f). Manglende kontakt til det observerende selv betyder, at individet tager vurderinger og evalueringer af sig selv for pålydende og holder fast i vurderinger fra tidligere, som ikke nødvendigvis er gældende længere (Bach & Moran, 2008, p. 100). Terapien rettes mod tre primære mål i forsøget på at fremme en perspektivtagende selvoplevelse hos klienten, som er: mindske klientens tilknytning til selvkonceptet, hjælpe klienten med at udvikle og/eller forbedre evnen til at obser-

vere den kontinuerlige oplevelsesstrøm samt at bistå klienten med at øge tilgængeligheden og fleksibiliteten af perspektivtagning (Hayes et al, 2012, p. 224f).

2.1.3.4 Kontakt med nuet

Kontakt med nuet forstås som fuldstændig opmærksomhed og – nærvær i et givet øjeblik. Det består i at være mentalt til stede og være bevidst om de ting, der sker i øjeblikket og være engageret i de hændelser, der finder sted (Harris, 2009, p. 9). I ACT forstås tid som en målestok for forandring og ikke som en ting. Det pointeres, at fortiden er væk for evigt, og fremtiden ikke er her endnu, hvorfor erindringer og historier er konstruktioner skabt af ord og billeder i nutiden (Hayes et al, 2012, p. 201f). For at være i kontakt med nuet skal individet rette sin opmærksomhed på den fysiske verden omkring sig eller den psykologiske verden inden i sig og undgå at drive bort i tankerne (Harris, 2009, p. 9). Manglende kontakt med nuet er problematisk, hvis klienten er så optaget af bekymringer fra fortiden og rumination om fremtiden, at der mistes kontakt med nuet, og de ting der foregår i det givne øjeblik (Hayes et al, 2012, p. 201f). En lav grad af kontakt med nuet kaldes for svækket selverkendelse og er karakteriseret ved, at individet ikke er stand til at have et ”objektivt” øjebliksbillede af sig selv og sine omgivelser uden at inddrage erfaringer fra fortid og fremtid (Bach & Moran, 2008, pp. 107-109). For at styrke selverkendelsen arbejdes klinisk med at komme i kontakt med nuet, hvortil der benyttes mindfulness teknikker. ACT-interventionen indeholder ikke nødvendigvis en formel meditationspraksis, men benytter sig af oplevelsesorienterede øvelser, metaforer og andre elementer, som fremmer mindfulness hos klienten (Hayes et al, 2012, p. 204).

Den sidste responsstil kaldes for engageret og kendetegnes ved, at sproget bruges aktivt til at fremme livsforbedrende handlinger (Harris, 2009, p. 12). Den engagerede responsstil består af processerne værdier og engageret handling.

2.1.3.5 Værdier

Værdier defineres som de kvaliteter, klienten vedvarende ønsker at tillægge sine handlinger (Harris, 2009, p. 11). Værdier forstås som dynamiske entiteter, som lø-

bende konstrueres. Det er retninger i livet og adskiller sig derfor klart fra mål, da værdier aldrig vil kunne nås. Et individs værdier angiver de retninger, det givne individ ønsker at flytte sig hen imod hele livet (Grønlund, 2012, p. 502). Heri ligger det også, at værdier er individuelt valgte, men på trods heraf socialiserede (Hayes et al, 2012, p. 298). Idet værdierne er individuelt valgte, har de af natur karakter af at være fejlfri og perfekte for netop det individ, som holder dem. Det kan ofte være forbundet med stor sårbarhed at finde frem til sine værdier, men det giver modsat en indre ro, når de er fundet, da de på baggrund af deres fejlfri natur giver klienten en følelse af at have et fejlfrit fundament for sin eksistens (ibid., p. 308f). Værdierne er et vigtigt element i terapien, da det er her, motivationen for terapien opstår, hvorfor det er anbefalelsesværdigt at introducere værdiarbejdet både først og sidst i terapiforløbet. Det er håbet om at kunne gøre det, der er vigtigt for én, der gør ubehaget værd at acceptere (Grønlund, 2012, p. 502). Uklare værdier er karakteriseret ved manglende vitalitet og intention. Manglende klarhed omkring værdier er endvidere kendetegnet ved, at klienten føler, at livet står i stampe uden et egentligt mål. Dette kan komme til udtryk på flere forskellige måder. Uklare værdier kan blandt andet komme til udtryk gennem overdrevent fokus på at tilfredsstille og behage andre på bekostning af egne værdier. Ydermere kan det komme til udtryk gennem opstilling af regler, som har til formål at undgå uønskede indre tilstande, og som arbejder imod individets værdier. Den sidste udtryksform, som uklare værdier kan have, er problematisk og fejlagtig argumentering for, hvorfor det ikke er muligt at leve værdibaseret, som af individet selv opfattes som utvivlsomt sande (Bach & Moran, 2008, pp. 103-107). I den kliniske praksis findes mange forskellige metoder til værdiarbejdet (Grønlund, 2012, p. 419f). En af disse er Kelly Wilssons *Valued Living Questionnaire*, som har til formål at vurdere, hvorvidt individet lever i overensstemmelse med sin værdier i hverdagen. Spørgeskemaet består af to dele. I den første del vurderer klienter vigtigheden af ti domæner, som for nogen indeholder værdier. I den anden del skal klienten vurdere, hvorvidt han/hun inden for den sidste uge har levet i overensstemmelse med sine værdier i forhold til de ti domæner (Wilson, Sandoz, Kitchens & Roberts, 2010, p. 254).

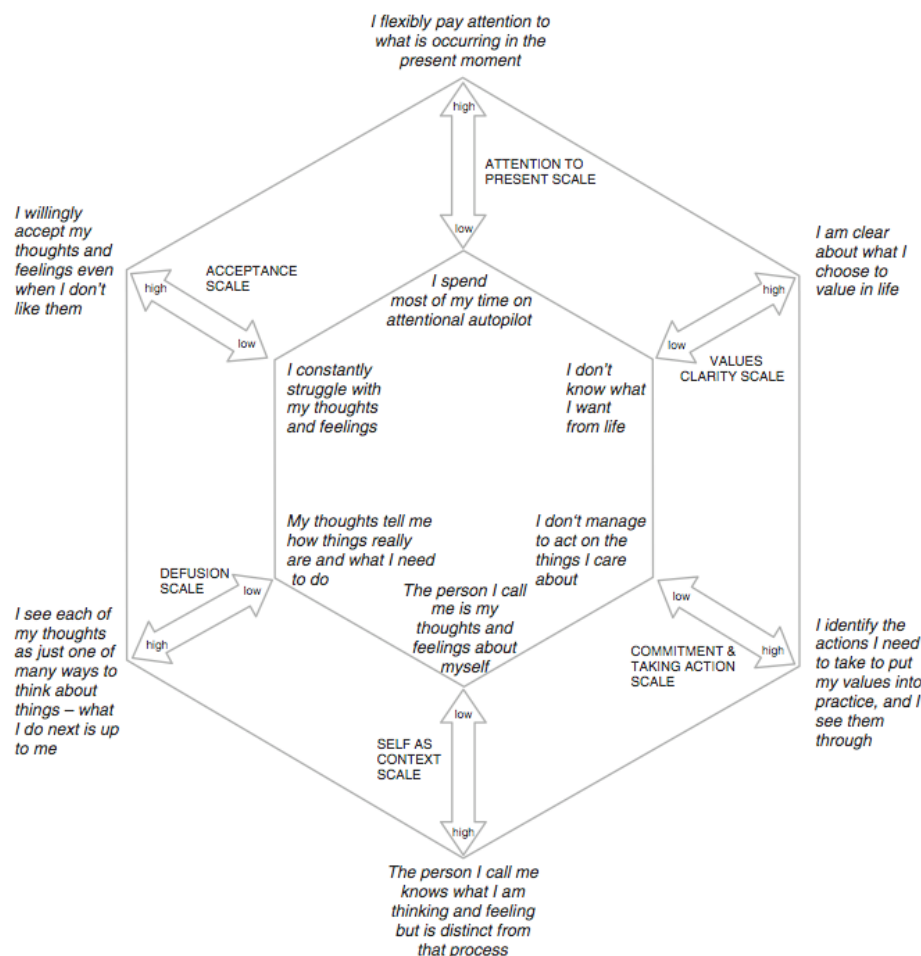
2.1.3.6 Engageret handling

Engageret handling udgør det sidste element i hexaflex modellen og tager udgangspunkt i, at individet udfører aktive handlinger, som er i overensstemmelse med egne holdte værdier. Udførelsen af engagerede handlinger er det, der gør livet meningsfuldt og tilfredsstillende, men medfører både behagelige og ubehagelige tanker og følelser, som individet må være i stand til at acceptere (Harris, 2009, p. 11). De engagerede handlinger bringer dermed værdierne i spil og får individet til at bevæge sig i den valgte meningsgivende livsretning. Formålet med at introducere engagerede handlinger er at udvikle flere og flere adfærdsmønstre, som er kongruente med individets værdier. Det er ikke muligt at udføre engagerede handlinger og leve efter sine værdier hele tiden, men når individet bliver opmærksom på en uoverensstemmelse mellem handlinger og værdier og på baggrund heraf vælger at handle anderledes og i overensstemmelse med en værdi, er det at ændre sin handlemåde en engageret handling. Det vil altså sige, at engagerede handlinger består i, at individet aktivt og bevidst vælger at ændre sin handlemåde for at handle værdibaseret. Det er altså processen, som er vigtig. Engagerede handlinger er et essentiel element i terapien, og de øvrige elementer i terapien betragtes som værdiløse, hvis klienten ikke formår at ændre sine handlemønstre (Hayes et al, 2012, pp. 328-333). Når klienter har svært ved at udføre engagerede handlinger i hverdagen, kan det komme til udtryk som vedvarende inaktivitet, impulsivitet eller undgåelse. Den vedvarende inaktivitet, impulsivitet eller undgåelse er overdrevne eller uhensigtsmæssige responser, som forhindrer individet i at leve et fleksibelt værdibaseret liv (Bach & Moran, 2008, p. 101f). I den terapeutiske kontekst benyttes blandt andet klassiske adfærdsterapeutiske metoder, som eksempelvis eksponering, færdighedstræning, adfærdsaktivering og målopsætning til at arbejde med de engagerede handlinger (Harris, 2009, p. 11).

2.1.4 Caseformulering i ACT

I opstarten af et terapeutisk forløb udformes en caseformulering med det formål at skabe større klarhed om, hvordan forløbet skal struktureres. En caseformulering er en sammenfatning af assessmentdata, informationer om tidligere og nutidig miljø af betydning for klientens adfærd, behandlingsmål samt de metoder, som anvendes til at nå disse mål (Bach & Moran, 2008, p. 93f). Casen formuleres ud fra skemaet til

funktionel analyse, som vurderer eventuelle miljømæssige faktorer, der påvirker individets adfærd, begivenhedsregistrering samt analyse af de seks kerneprocesser i inflexahex modellen, som er en model for psykologisk infleksibilitet (ibid., p. 114). Elementerne i inflexahex modellen er interrelatede, hvilket bevirker, at caseformuleringen og terapien ikke forstås som en lineær proces, men klientens problemer forstås som multifaktorielle (ibid., p.93f). Som tidligere nævnt forstås de seks kerneprocesser som graduerede, og terapeuten vurderer, hvor klienten placerer sig på hver af kerneprocesserne (se figur 3). Ofte foretages denne vurdering klinisk, men der kan også benyttes en række tests udviklet til formålet – heriblandt ABC funktionelanalyse skema, Inflexahex caseformulerings arbejdsskema samt en række psykometriske tests, som eksempelvis de, der benyttes i nærværende afhandling (se appendix A, B, C, og D i Bach og Moran, 2008, pp. 301-308). Herudfra kan terapeuten få en idé om, hvordan det terapeutiske forløb bedst struktureres (ibid., p. 114). I caseformuleringen vurderes klientens grad af mestring i forhold til hver af de seks kerneprocesser. De processer, som klienten bedst mestrer, benyttes til at arbejde med de processer, som klienten har sværere ved (ibid., p. 89f). På baggrund af dette findes der i ACT ingen regler om, hvor i hexaflex modellen terapien skal tage sit udspring. Der er dog to overordnede retningslinjer for startpunktet i terapien, som påpeger vigtigheden af at være opmærksom på oplevelsesmæssig undgåelse og dens fremtrædelsesform samt klientens motivation for forandring. Sidstnævnte gøres via værdiarbejde, da det som tidligere nævnt er her, klienten kan finde motivation til at gennemgå noget lidelsesfuldt (ibid., p. 278). Rush Harris har udarbejdet et arbejdsark, som kan benyttes som en simplere form for caseformulering, som indeholder værdier, barrierer for at leve værdibaseret, fusionering, undgåelse samt uhensigtsmæssige handlinger (Harris, 2009, 245f).



Figur 3: Graderet hexaflex model (Twohig, 2012, p. 502).

2.1.5 Implementering af ACT hos unge

Forskning om effekten af ACT for unge med psykiske lidelser er stadig på et tidligt stadie, hvilket illustreres ved en søgning på psycinfos database (foretaget d. 28/2-14), hvor der findes 21 artikler om ACT og unge, mens der findes 145 artikler om voksne. Nogle forskere mener, at der kan være problemer med implementeringen af ACT i terapien med børn og unge på baggrund af det forholdsvis komplicerede teoretiske grundlag (RFT) og den kontekstuelle funktionalisme, som menes at være for kompliceret til, at børn og unge kan forstå, hvormed de ikke menes at kunne få samme udbytte af terapien. Michael P. Twohig, Steven C. Hayes og Kristoffer S. Berlin (2008, p. 172f) påpeger dog, at den kliniske praksis adskiller sig herfra, og at den udprægede brug af metaforer, historier og adfærdseksperimenter, som findes i ACT, er særligt egnet til børn og unge, da de i højere grad end voksne benytter sig af disse i hverda-

gen. De mener på baggrund heraf, at ACT faktisk er særligt egnet til børn og unge, mens andre mere logisk orienterede terapiformer ville være mere komplicerede for børn og unge at forholde sig til (ibid.) I forlængelse heraf teoretiserer Tim og Sandra Bowden (2012, p. 283), at netop metaforer gør informationer mere tilgængelige for unge på en måde så, de også kan bruge dem uden for terapilokalet. Greco og Hayes (2008, p. 191) mener ligeledes, at ACT kan være særligt anvendeligt for børn og unge, da de udviklingsmæssigt er i gang med at finde frem til, hvem de er, hvilket vær-diarbejdet i ACT stemmer godt overens med. På baggrund heraf antages det, at især unge vil drage særlig nytte af netop dette og dermed have et godt udfald af terapien.

Der findes forskellige anbefalinger til, hvordan ACT bedst målrettes børn og unge. Amy R. Murrell, Lisa W. Coyne og Kelly G. Wilson (2004, p. 271) påpeger, at terapeuten i højere grad bør benytte metaforer, historier, og adfærdseksperimenter i terapien med børn og unge, da de som tidligere nævnt har en særlig evne til at forstå og forholde sig til disse. Endvidere anbefaler de, at der er mindre fokus på de mere mindfulness orienterede elementer (kontakt med nuet og selvet som kontekst), da evnen til at forstå mindfulness, som kan være meget abstrakt og kompleks, først udvikles op gennem ungdommen (ibid., p. 253f; O'Brien, Larson & Murrell, 2008, p. 19). Der findes endnu ikke evidens for i hvilken alder, klienter forstår disse elementer af mindfulness, men med baggrund i Piagets udviklingsteori kan der argumenteres for, at børn skal være på det formelt-operationelle stadium, hvor abstrakt og hypotetisk tænkning er muligt. Dette stadium udvikles fra cirka tolv års-alderen, hvor med unge ifølge denne teori burde være i stand til at forstå og drage nytte af mindfulness (Thompson & Gauntlett-Gilbert, 2008, p. 398). På trods af at evnen til at forstå mindfulness muligvis er udviklet fra ca. tolv-års alderen, anbefaler Miles Thompson og Jeremy Gauntlett-Gilbert stadig, at mindfulness med unge tilpasses målgruppen (ibid., p. 400). Det anbefales, at mindfulness med unge tager højde for, at engagementet ofte kan være svigtende for denne målgruppe, hvorfor det er vigtigt at arbejde aktivt med denne, blandt andet ved at variere de øvelser, der benyttes. Endvidere anbefales det at have mere fokus på at forklare rationalet for at benytte mindfulness og være meget opmærksom på at koble terapien med hverdagen, hvilket blandt andet kan gøres ved at lave øvelser udenfor terapilokalet eller ved at introducere hjemmeopgaver (ibid., pp. 400-402). En anden måde, hvorpå motivationen og engagementet kan øges, er ved at lave gruppeforløb. Endvidere anbefales det, at der i hø-

jere grad bruges metaforer, og at der arbejdes med at inddrage forskellige sanser i terapien. Det er endvidere vigtigt, at mindfulness-meditationer og –øvelser er begrænsede i længde. Her foreslås det, at de højst varer 10 minutter, mens mindfulness med voksne kan vare op til 45 minutter. Sidst pointeres, at det kan være en hjælp, hvis forældrene også engagerer sig i det og endda selv påbegynder en mindfulness praksis, således at de har en oplevelsesmæssig erfaring med det, deres barn gennemgår og oplever (ibid.).

O'Brien et al påpeger, at aldersrelaterede metoder endvidere er vigtige at inkorporere i arbejdet med at skabe en forståelse af, at selvet er adskilt fra tanker og følelser (O'Brien et al, 2008, p. 19). Amy R. Murrell og Andrew J. Scherbarth (2006) pointerer, at værdiarbejdet kan være komplekst, og en øvelse kaldet "vital or poison" kan bruges til at gøre det mere konkret og letforståeligt. I denne øvelse opfordres unge til at vurdere, hvorvidt deres forsøg på at undgå lidelse og ubehag fører dem tættere på eller længere væk fra deres værdier ved at lægge dem i enten en kasse med et hjerte på eller i en kasse med en giftflaske (Murrell & Scherbarth, 2006, p. 532).

Louise Hayes og Julie Rowse (2008) har lavet et gruppeprogram specifikt målrettet unge med angst og depression. I dette program har de målrettet ACT til unge ved at inkorporere kunst i terapien og dermed mindske sprogliggørelsen. Maling, modellering med mere benyttes til at facilitere de unges oplevelser af koncepterne i ACT. Der benyttes endvidere rollespil, adfærdseksperimenter og metaforer i terapien (ibid.).

2.2 Mini-review

I dette afsnit vil der laves et mini-review, hvor noget af den eksisterende litteratur opsamles for at forsøge at besvare nærværende afhandlings problemformulering ud fra denne. Først opsamles på resultater fra eksisterende reviews og metaanalyser for voksne, og herefter gennemgås det eksisterende litteratur omhandlende unge.

2.2.1 Evidens for ACT

ACTs hovedantagelse er, at psykologisk fleksibilitet er grundstenen for menneskelig velvære, mens psykologisk infleksibilitet fører til psykiske lidelser. I en artikel af Todd B. Kashdan og Jonathan Tottenberg (2010) undersøges netop denne antagelse. Det viser sig, at der er en stærk korrelation mellem psykologisk fleksibilitet og velvære (ibid., p. 869). Ligeledes viser det sig, at der er en sammenhæng mellem infleksibilitet og psykiske lidelser. Det er dog endnu uvist, om psykologisk infleksibilitet er en prædiktør for psykiske lidelser eller en konsekvens heraf (ibid., p. 869f). I et studie af Steven C. Hayes, Jacqueline Pistorello og Michael E. Levin (2012) finder de, at der er en stærk korrelationen mellem de seks elementer i hexaflex modellen og velvære, hvormed det bliver evident, at processerne i ACT terapi er nyttefulde i forhold til at skabe velvære hos klienter (ibid., p. 990f).

Der findes efterhånden en del effektstudier om ACT, og disse er også blevet opsamlet i både reviews og metaanalyser. Samlet viser disse reviews og metaanalyser, at der er en moderat effekt af ACT. De forskellige reviews finder en gennemsnitlig effektstørrelse (Cohen's *d*) på 0.68 i forhold til inaktive kontrolgrupper og 0.42 sammenlignet med aktive kontrolgrupper. De inddragede studier undersøger mange forskellige psykiske lidelser som depression, angst, psykotiske symptomer, stress og borderline personlighedsforstyrrelse (Öst, 2007; Powers, Zum Vörde Sive Vörding & Emmelkamp, 2009; Ruiz, 2010). Sammenlignet med kognitiv adfærdsterapi (CBT) viser studier, at ACT giver en signifikant større symptomreduktion end CBT dog med undtagelse af angstsymptomer, hvor der ikke er nogen signifikant forskel (Ruiz, 2012, p. 333).

2.2.2 Evidensen for ACT med unge

Som tidligere nævnt findes der meget begrænset forskning, som undersøger effekten af ACT for unge. I et review af Amy R. Murrell and Andrew J. Scherbarth (2006) undersøger de den eksisterende forskning om effekten af ACT indenfor en række forskellige områder. Disse er anoreksi, angst, kronisk smerte, risikoadfærd og skizofreni. I 2006 fandtes der et casestudie om en ung pige med anoreksi, ingen empiriske undersøgelser om unge med angst, to empiriske studier om unge med kroniske smer-

ter, et randomiseret kontrolleret studie om unge med risikoadfærd og ingen empiriske studier om unge med skizofreni (ibid.). De få empiriske studier, som var tilgængelige på dette tidspunkt, viser alle en betydelig nedsættelse i symptomer og øget livskvalitet. Den indledende forskning indenfor området tyder altså på, at unge oplever en god effekt af ACT.

Det eksisterende review om effekten af ACT for unge er fra 2006, hvorfor der siden hen kan være kommet en del ny forskning. På baggrund af dette har jeg i mit 9. semestersprojekt lavet en quasimetaanalyse om effekten af ACT for både unge og voksne, som er introduceret i indledningen. Her viste det sig, at der stadig er meget få empiriske studier om effekten af ACT for unge med psykiske lidelser (Sørensen, unpub., p. 13) Faktisk fandtes der kun tre empiriske studier indenfor de valgte kriterier, hvoraf to var casestudier. I det resterende studie blev udregnet en effektstørrelse (Cohens d) på 0.38 svarende til kategorien lille effektstørrelse, hvilket ligger væsentligt under effektstørrelsen for voksne, som blev udregnet til 0.7 (ibid., p. 23). I de to casestudier var der en procentmæssig udregning af effekten, og her viser resultaterne ligeledes, at symptomreduktionen er lavere for unge end for voksne, som har modtaget ACT (ibid., p. 27f). På baggrund af dette opstod flere hypoteser om, hvorfor effekten er lavere for unge end for voksne, som er: Unge er ikke udviklingsmæssigt parate til at forstå den abstrakte tænkning, som er en del af mindfulness; Værdiarbejdet er særligt vanskeligt for unge, fordi deres identitetsforståelse er mindre stabil, og værdierne derfor er mere skiftende; Den neurologiske udvikling gør, at unge oplever en øget emotionel reaktivitet, som kombineret med en langsom udviklet impuls kontrol gør accept-elementet af ACT svært; Unge har en langsommere opgaveløsning, som gør, at de har behov for mere tid til at bearbejde ting lært i terapien. Det er disse hypoteser, som nærværende projekt er inspireret af og bygget op omkring.

2.2.3 Opsamling

Ovenstående mini-review om empiriske studier af ACT viser, at der findes en del forskning om effekten for voksne, mens der er meget begrænset forskning om effekten for unge. Den eksisterende forskning peger på en lavere effekt af ACT for unge end for voksne målt på symptomreduktion. Der er dog ingen eksisterende forskning

om unge, som måler på livskvalitet eller psykologisk fleksibilitet, som er målet med ACT. På baggrund af dette kan det konkluderes, at nærværende problemformulering ikke kan besvares udelukkende med baggrund i eksisterende litteratur, hvilket legitimerer dette empiriske pilotprojekt.

3. Metode

Nærværende projekt benytter sig af en kvantitativ metode, som blandt andet er karakteriseret ved at være numerisk. Der foretages en kvantificering af data, som danner baggrund for en strukturel og talmæssig skelnen mellem variabler (Coolican, 2009, p. 49). I den kvantitative metode søges en bredde i tilegnelsen af viden, som er med til at sikre repræsentativitet og en større grad af generaliserbarhed. Endvidere er der fokus på objektivitet og muligheden for at replikere studiet. Dette medfører, at kvantitative studier har en høj grad af reliabilitet. Den metodologiske fremgangsmetode giver dog ikke i lige så stor grad mulighed for at få samme dybe indsigt i det enkelte individ som den kvalitative metode og har endvidere en lavere grad af refleksivitet (ibid., p. 52, 240f). Den kvantitative metode er valgt til denne opgave, da det er et effektstudie, som opgøres numerisk. I nærværende projekt benyttes den hypotetisk-deduktive metode, som tager udgangspunkt i afestning af hypoteser, som er dannet på baggrund af forhåndskendskab til det givne fænomen (ibid., p. 11). Denne metode er valgt, da nærværende afhandling netop er baseret på et tidligere projekt, som udmundede i en række hypoteser. Grundet den relativt korte tidsperiode, som er til rådighed, tager nærværende afhandling form af et pilotprojekt. I opstartsfasen af projektet blev der indleveret en blanket, som bevidner, at nærværende afhandling følger de etiske retningslinjer på området.

3.1 Design

Designet i nærværende projekt tager form af en spørgeskemaundersøgelse indeholdende fire forskellige psykometriske tests. Disse er: *Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II), *Cognitive Fusion Questionnaire* (CFQ), *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) og *Valued Living Questionnaire* (VLQ). Disse tests er

valgt, da de menes at repræsentere de seks kerneprocesser i hexaflex modellen. AAQ-II undersøger graden af accept, CFQ benyttes til at undersøge graden af fusion, FFMQ menes både at undersøge selvet som kontekst og kontakt med nuet og VLQ benyttes til at undersøge værdier samt engageret handling. Spørgeskemaet er oprettet i survey xact. Disse spørgeskemaer distribueres via mail til henholdsvis unge og voksne, som har afsluttet ACT terapi eller haft mindst otte sessioner.

Optimalt set burde der være både præ- og postmålinger, men da der er et begrænset antal unge, som modtager ACT i netop den periode, som denne afhandling forløber sig over, har det ikke været tidsmæssigt muligt. Dette bevirker, at det ikke er muligt at undersøge den umiddelbare effekt af behandlingsmetoden. Som kompensation herfor er to erfarne og efteruddannede psykologer blevet bedt om at udfylde de psykometriske tests. I denne besvarelse giver de en vurdering af, hvordan klienterne ville have besvaret spørgeskemaet inden terapistart. Præscoresne er samlet således, at den ene terapeut har udfyldt ét spørgeskema, hvori det vurderes, hvordan voksne som samlet klientgruppe ville have svaret på spørgeskemaet inden terapistart, mens den anden terapeut har udfyldt ét spørgeskema, hvori det vurderes, hvordan unge, som samlet klientgruppe ville have svaret inden terapistart. De to terapeuter er valgt ud fra deres erfaring med ACT og med testmaterialet. Endvidere er de valgt, da den ene særligt har terapi med voksne og den anden med unge.

Ydermere sammenlignes de målte postscores med en form for kontrolgruppe. Denne kontrolgruppe består af unge og voksne, som ikke har nogle psykiske lidelser, og som dermed ikke har modtaget terapi. Denne kontrolgruppe erstatter ikke præmålinger eller en egentlig kontrolgruppe, men giver en fornemmelse af, om eventuelle forskelle fundet i den aktive gruppe også ses i normalbefolkningen, og fungerer dermed som supplement til de øvrige resultater.

I udformningen af projektet var det tænkt, at deltagerne skulle have afsluttet et terapiforløb, men da det ikke var muligt at finde nogle terapeuter, som afsluttede terapiforløb med unge indenfor den givne tidperiode, måtte designet revurderes. De otte sessioner er således valgt ud fra pragmatiske årsager. Spørgeskemaet er online-tilgængeligt og sendes via mail. Det har været svært at finde tilstrækkelig aktive deltagere indenfor den tidsperiode, som projektet tillader, særligt unge. På baggrund

heraf, og da tidsperioden heller ikke tillader præ- og postmålinger, tager denne afhandling form af et pilotprojekt, hvilket bevirker, at generaliserbarheden er begrænset.

3.2 Sample

Samplet i nærværende undersøgelse består af to grupper, nemlig en aktiv gruppe, som har modtaget ACT terapi, og en kontrolgruppe, som ikke har været i terapi eller har nogle psykiske vanskeligheder. Både den aktive gruppe og kontrolgruppen er delt op i to, nemlig unge og voksne deltagere. Kontakten til de aktive forsøgsdeltagere er medieret gennem en række erfarne og/eller efteruddannede ACT-psykologer. Disse er fundet gennem en søgning på nettet og via hjemmesiden:

<http://contextualscience.org>. Jeg har taget kontakt til seksten psykologer, hvoraf syv har haft mulighed for at bidrage med klienter til denne afhandling. Det har i alt ført til femten deltagere i den aktive gruppe, hvoraf fem falder indenfor kategorien unge og ti indenfor kategorien voksne. Heraf er én af deltagerne efterfølgende blevet fravalgt, da klienten hverken havde afsluttet terapien eller modtaget minimum otte sessioner. Kønsfordelingen i aktivgruppen er 87 % kvinder og 13 % mænd. Gennemsnitsalderen for den aktive gruppe er henholdsvis 20,8 år med en standardafvigelse på 3,3 for unge og 40 år for voksne med en standardafvigelse på 8,5. I aktivgruppen er spørgeskemaet sendt til tyve personer, hvoraf femten har svaret, hvilket giver en respons på 75 %.

Kontrolgruppen består af undertegnede familie, venner og bekendte. Kriterierne for kontrolgruppen er, at de ikke har været i terapi eller lider af nogle psykiske lidelser. I kontrolgruppen er der i alt atten deltagere, hvoraf ni er unge, og ni er voksne. 77,8 % er kvinder og 22,2 % mænd. Gennemsnitsalderen i kontrolgruppen er på 21,6 år ($SD = 3,8$) for unge og 43,8 år ($SD = 12,5$) for voksne. Spørgeskemaet er blevet uddelt til 24 personer, hvilket giver en svarkoefficienten i kontrolgruppen på 75 %.

Uafhængig t-tests viser, at der ikke er signifikante forskelle på køn og aldersfordeling mellem aktiv- og kontrolgruppen, hverken for unge eller voksne (se tabel 1 og 2).

	Unge - aktiv	Unge - kontrol	Signifikansniveau
Antal	4	9	
Alder	20,8 (SD=3,3)	21,6 (SD=3,8)	0,723
Kvinder	100 %	77,8 %	0,374

Tabel 1. Forskelle for unge i aktiv- og kontrolgruppen

	Voksne - aktiv	Voksne - kontrol	Signifikansniveau
Antal	10	9	
Alder	40 (SD=8,5)	43,8 (SD=12,5)	0,482
Kvinder	80 %	77,8 %	0,912

Tabel 2. Forskelle for voksne i aktiv- og kontrolgruppen

En uafhængig t-test viser endvidere, at der ikke er signifikant forskel på antallet af sessioner for henholdsvis unge og voksne i aktivgruppen. De unge har i gennemsnit haft 10,25 sessioner (SD=1,9), mens de voksne har haft 9,13 sessioner (SD=2,7). Dette giver et signifikansniveau på 0,476.

3.3 Spørgeskema

Som tidligere nævnt består spørgeskemaet af fire psykometriske tests, som er: Acceptance and Action Questionnaire-II, Cognitive Fusion Questionnaire, Five Facet Mindfulness Questionnaire og Valued Living Questionnaire. AAQ-II, CFQ og VLQ er hentet via www.actkliniken.dk, mens FFMQ er fundet i bogen ”Kognitiv terapi. Nyeste udvikling” af Mikkel Arendt og Nicole K. Rosenberg (2012, p. 577). Derudover spørges ind til køn, alder og antal terapisessioner (se bilag A)

3.3.1 Acceptance and Action Questionnaire-II

AAQ-II er udformet af Frank Bond et al (2011) og giver et mål for graden af accept og oplevelsesmæssig undgåelse. AAQ-II findes i mange versioner. I nærværende afhandling er benyttet en version med syv items. På hvert af disse items vurderes graden af fleksibilitet ved hjælp af en syv-point Likert skala, som indebærer kategorierne ”aldrig sandt”, ”meget sjældent sandt”, ”sjældent sandt”, ”nogle gange sandt”,

”ofte sandt”, ”næsten altid sandt” og ”altid sandt”. En lav score indikerer større oplevelsmæssig villighed og accept samt en større grad af psykologisk fleksibilitet (Twohig, Hayes & Masuda, 2006, p. 6; Walser, Karlin, Trockler, Mazina & Taylor, 2013, p. 557). Skalaen har god intern consistency samt tilstrækkelig reliabilitet og validitet (Juarascio et al, 2013, p. 467; Bohlmeijer, Fledderus, Rokx & Pieterse, 2011, p. 64). Frank Bond et al (2011) har evalueret AAQ-II på 2816 deltagere. De fandt en gennemsnitlig alpha koefficient på 0.84, og ved tre og tolv måneders test-retest fandt de en reliabilitet på henholdsvis 0.81 og 0.79 (Bond et al, 2011, p. 676).

3.3.2 Cognitive Fusion Questionnaire

CFQ er en skala udviklet af David Gillanders og Helen Bolderston med tretten items, som beskriver i hvor høj grad, individet er sammenflettede med sine tanker og følelser. Der benyttes en syv-point Likert skala, som indebærer kategorierne ”aldrig sandt”, ”meget sjældent sandt”, ”sjældent sandt”, ”nogle gange sandt”, ”ofte sandt”, ”næsten altid sandt” og ”altid sandt”. Fire af de tretten items scores reverse. Des højere score des mere er klienten fusioneret med sine tanker og følelser. Gillanders et al (2014) har foretaget en indledende evaluering af CFQ med 1800 deltagere. De fandt god faktorstruktur, reliabilitet, stabilitet, validitet og sensitivitet til behandlingseffekt (ibid., pp. 96-98). Den gennemsnitlige alpha koefficient er 0.90, mens reliabiliteten ved et måneders test-retest er på 0.59 (ibid., p. 95).

3.3.3 Five Facet Mindfulness Questionnaire

FFMQ er udviklet af Ruth A. Baer, Gregory T. Smith, Jaclyn Hopkins, Jennifer Krietemeyer og Leslie Toney (2006) og oversat til dansk af Jacob Piet, Christian Gaden Jensen, Maja O'Connor og Esben Hougaard (Arendt & Rosenberg, 2012, p. 577). FFMQ indeholder 39 items og beskriver tendensen til at være mindful i hverdagen. FFMQ indeholder fem subskalaer, som er: *Observe*, *Describe*, *Act with Awareness*, *Nonjudgment* og *Nonreact*. FFMQ vurderes via en 5-point Likert skala, som indeholder kategorierne ”aldrig eller meget sjældent sandt”, ”sjældent sandt”, ”nogle gange sandt”, ”ofte sandt” og ”meget ofte eller altid sandt”. Ud af de 39 items scores 19 af disse reverse (Walser et al, 2013, p. 558). Hver subskalaer indeholder otte items bort-

set fra nonreact, som indeholder syv items. Des højere score des mere mindful er deltageren i sin hverdag. I en undersøgelse af Baer et al (2008) med 613 deltagere fandt de, at de fem subskalaer alle har god intern consistency med alpha koefficienter på henholdsvis 0.83, 0.91, 0.87, 0.87 og 0.75 (ibid., p. 335).

3.3.4 Valued Living Questionnaire

VLQ er en todelt psykometrisk test udviklet af Kelly G. Wilson og oversat til dansk af aut. psykolog Rikke Kjeldgaard. Den første del indeholder ti livsdomæner, som for nogen repræsenterer en værdi. Deltagerne vurderer vigtigheden af hvert domæne ved hjælp af en 10-point Likert skala, hvor 10 repræsenterer kategorien meget vigtig, og 1 overhovedet ikke er vigtigt. Den anden del af VLQ indeholder de samme ti livsdomæner, men her bedes deltageren om at vurdere, hvorvidt han/hun har levet i overensstemmelse med sine værdier indenfor den sidste uge. Igen benyttes en 10-point Likert skala, hvor 1 betyder, at deltageren overhovedet ikke har levet i overensstemmelse med sine værdier, og 10 betyder, at deltageren har levet i fuldstændig overensstemmelse med sine værdier. Besvarelserne fra de to dele benyttes til at udregne en composite score, som giver et udtryk for, om deltageren fører et værdibaseret liv, som er vægtet ud fra den vigtighed, den enkelte værdi har for netop den deltager (Wilson, Sandoz, Kitchens & Roberts, 2010, p. 254f). I en undersøgelse af VanBuskirk et al (2012) med 113 deltagere fandt de en intern consistency for composite skalaen på 0.91, mens den er henholdsvis 0.82 og 0.90 for værdi- og overensstemmelseskalaerne. I et studie af Wilson et al (2010, p. 258f) fandt de endvidere en test-retest reliabilitet på 0.75.

3.4 Statistik

I nærværende afhandling anvendes en række statistiske virkemidler til at give en deskriptiv og fortolkende fremstilling af det numeriske data. Det gøres ved brug af programmet SPSS, som er et udbredt instrument til udarbejdelse af statistiske analyser af kvantitativt data (Brace, Kemp & Snelgar, 2009, p. 3). De tests, som projektet har gjort brug af i analyseringen af data fra aktiv- og kontrolgruppen, er uafhængig t-tests. T-tests bruges til at bestemme, om to gennemsnit er signifikant forskellige fra

hinanden. En uafhængig t-test benyttes når, der sammenlignes gennemsnit for uafhængige grupper af individer (ibid., 2009, p. 127). I analysen af de vurderede præscores anvendes mixed ANOVA. ANOVA er en forkortelse for Analysis Of Variance (ibid., p. 201). Mixed ANOVA benyttes, når der skal testes både indenfor og imellem subjekter (ibid., p. 238).

På grund af vanskeligheder med at finde nok deltagere er det vigtigt at tage hensyn til den statistiske power, som er det faktum, at sandsynligheden for at finde signifikante resultater er influeret af antallet af deltagere. Det betyder, at færre deltagere i en undersøgelse mindsker sandsynligheden for at finde signifikante forskelle (Coolican, 2009, p. 341f). På baggrund heraf er der udover signifikanstests også foretaget en procentmæssig udregning af forskellene mellem grupperne.

4. Resultater

I dette afsnit fremstilles projektets resultater. Først opstilles resultaterne for aktivgruppen, dernæst for kontrolgruppen. Herefter sammenlignes resultaterne for aktiv- og kontrolgruppen. Resultaterne analyseres ved hjælp af uafhængig t-tests samt procentmæssige forskelle. Sidst fremstilles resultaterne for de vurderede præscores og de målte postscores ved hjælp af mixed ANOVA samt procentmæssige forskelle. Det er vigtigt at holde for øje, at en lav score er positivt i AAQ-II og CFQ, mens en høj score er positiv i FFMQ og VLQ.

4.1 *Aktivgruppen*

I følgende afsnit illustreres resultaterne for både unge og voksne i aktivgruppen via uafhængig t-test samt procentmæssig forskel.

4.1.1 Uafhængig t-test

Den første tabel viser den gennemsnitlige score og standardafvigelsen på de fire anvendte psykometriske tests.

Group Statistics

	Gruppe	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
CFQ_sum	ung	4	66,7500	5,85235	2,92617
	voksen	10	56,5000	4,67262	1,47761
AAQ_sum	ung	4	33,2500	8,30161	4,15080
	voksen	10	26,5000	6,05989	1,91630
FFMQ_sum	ung	4	105,7500	14,54590	7,27295
	voksen	10	120,1000	10,76465	3,40408
composite_score	ung	4	51,3000	10,49254	5,24627
	voksen	10	52,9900	10,17660	3,21812

Tabel 3 : CFQ_sum er den samlede score for Cognitive Fusion Questionnaire, AAQ_sum er den samlede score for Acceptance and Action Questionnaire-II, FFMQ_sum er den samlede score for five-facet mindfulness questionnaire, mens composite_score er den vægtede skala fra Valued Living Questionnaire. Her viser det sig, at de unge scorer højere end voksne på CFQ og AAQ-II, mens de scorer lavere på FFMQ og VLQ. Den næste tabel viser hvorvidt forskellene mellem unge og voksne er signifikante.

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
CFQ_sum	EVA	,479	,502	3,469	12	,005	10,25000	2,95434	3,81305	16,68695
	EVNA			3,127	4,625	,029	10,25000	3,27808	1,61356	18,88644
AAQ_sum	EVA	1,210	,293	1,705	12	,114	6,75000	3,95851	-1,87485	15,37485
	EVNA			1,476	4,349	,208	6,75000	4,57180	-5,55129	19,05129
FFMQ_sum	EVA	,193	,668	-2,051	12	,063	14,35000	6,99510	29,59102	,89102
	EVNA			-1,787	4,388	,142	14,35000	8,03017	35,88863	7,18863
composite_score	EVA	,032	,861	-,279	12	,785	-1,69000	6,06783	14,91066	11,53066
	EVNA			-,275	5,426	,794	-1,69000	6,15465	17,14438	13,76438

Tabel 4:

EVA: Equal Variances Assumed

EVNA: Equal Variances Not Assumed

I ovenstående tabel ses det, at der kun er signifikante forskelle mellem unge og voksne score på CFQ. I en uddybelse af disse resultater er underkategorierne i FFMQ også testet for signifikante forskelle, hvilket ses i tabellen herunder.

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper

								Lower	Upper
FFMQ_sum	EVA	,193	,668	2,051	12	,063	14,35000	6,99510	29,59102
	EVNA			1,787	4,388	,142	14,35000	8,03017	35,88863
Ob-serve_items	EVA	3,561	,084	,929	12	,371	2,25000	2,42277	-3,02875
	EVNA			,667	3,482	,547	2,25000	3,37495	-7,69722
De-scribe_items	EVA	,711	,415	-,989	12	,342	-3,35000	3,38628	10,72806
	EVNA			-,827	4,139	,453	-3,35000	4,05110	14,44996
Act_with_a-ware-ness_items	EVA	2,278	,157	2,396	12	,034	-5,05000	2,10797	-9,64287
	EVNA			1,774	3,590	,159	-5,05000	2,84649	13,32238
Non-judge_items	EVA	4,105	,066	3,505	12	,004	-7,95000	2,26794	12,89141
	EVNA			5,239	11,622	,000	-7,95000	1,51740	11,26809
Nonre-act_items	EVA	,003	,960	-,167	12	,870	-,25000	1,49618	-3,50989
	EVNA			-,168	5,664	,872	-,25000	1,48558	-3,93802

Tabel 5.

Når der ses på subskalaerne i FFMQ, findes der to steder, hvor der er signifikante forskelle på scoresne for voksne og unge. Dette er ved kategorien act with awareness og nonjudgement. I næste test undersøges for signifikante forskelle på de tre skalaer fra VLQ.

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
VLQ_Vsum			1,200	12		6,45000	5,37450	-5,26002	18,16002
			1,045	4,388	,350	6,45000	6,17002	-10,09968	22,99968
VLQ_Osum			-,347	12		-3,00000	8,63677	-21,81790	15,81790
			-,361	6,053	,730	-3,00000	8,31130	-23,29373	17,29373
composite_score			-,279	12		-1,69000	6,06783	-14,91066	11,53066
			-,275	5,426	,794	-1,69000	6,15465	-17,14438	13,76438

Tabel 6: VLQ_V er værdiskalaen i VLQ, VLQ_O er overenstemmelsesskalaen og composite_score er composite skalaen i VLQ.

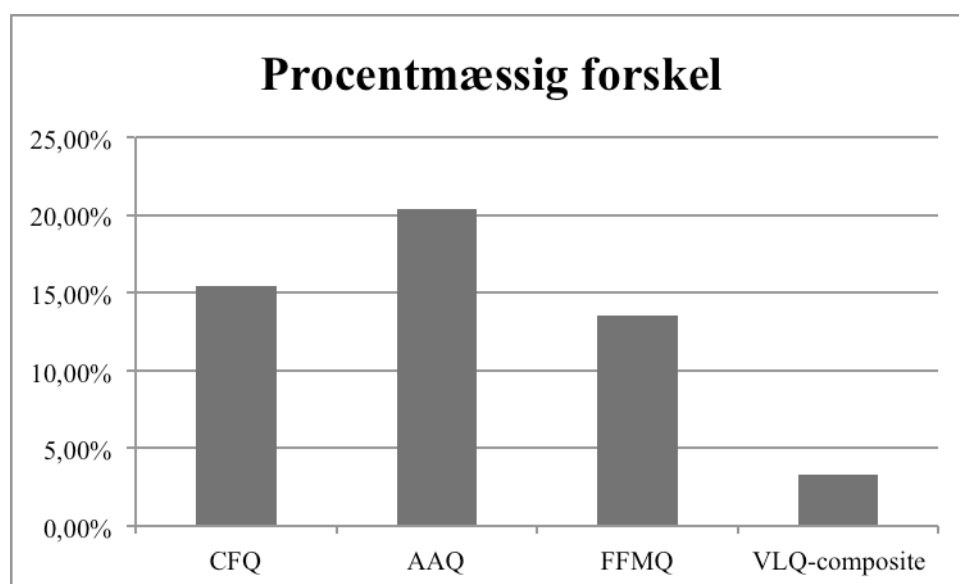
I ovenstående tabel ses ingen signifikante forskelle mellem unge og voksnes score på VLQ.

4.1.2 Procentmæssig forskel

Da der i ovenstående afsnit kun ses få signifikante forskelle mellem unge og voksnes score og på grund af den lave statistiske power, er det relevant også at opgøre den procentmæssige forskel mellem unge og voksne. Dette er endvidere med til at anskueliggøre de fundne forskelle. Der er taget højde for, at det i CFQ og AAQ-II er positivt at have lave scores, mens det i FFMQ og VLQ er positivt at have høje scores. Dette er gjort ved at vende CFQ og AAQ-II skalaerne, således at en positiv score på disse skalaer demonstrerer hvor mange procent højere unge scorer end voksne (som i disse skalaer er negativt), mens en positiv score på FFMQ og VLQ viser hvor mange procent de voksne scorer højere end de unge (som i disse skalaer er positivt).

Skala	Procentmæssig forskel mellem unge og voksne
CFQ	15,4 %
AAQ	20,4 %
FFMQ	13,5 %
VLQ	3,3 %

Tabel 7

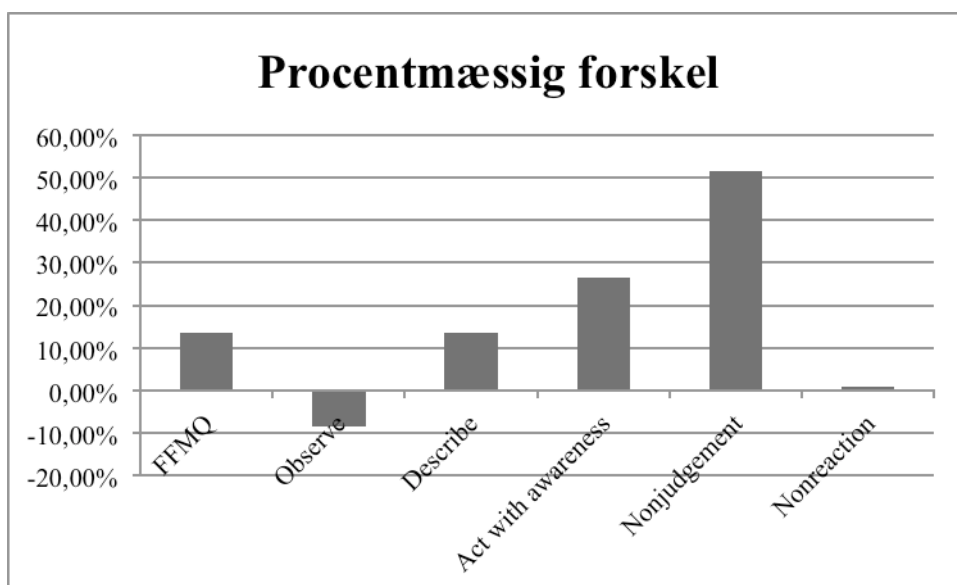


Figur 4

Ovenstående graf viser først og fremmest, at voksne scorer bedre på alle skalaer end unge. Herudover viser diagrammet, at der er størst procentmæssig forskel på AAQ-II, hernæst CFQ og FFMQ og sidst VLQ, hvor der kun ses en meget lille forskel på unge og voksnes score. I følgende tabel og figur illustreres den procentmæssige forskel mellem unge og voksne for underkategorierne i FFMQ.

Skala	Procentmæssig forskel mellem unge og voksne
FFMQ	13,5 %
Observe	-8,5 %
Describe	13,5 %
Act with awareness	26,6 %
Nonjudgement	51,6 %
Nonreact	1 %

Tabel 8

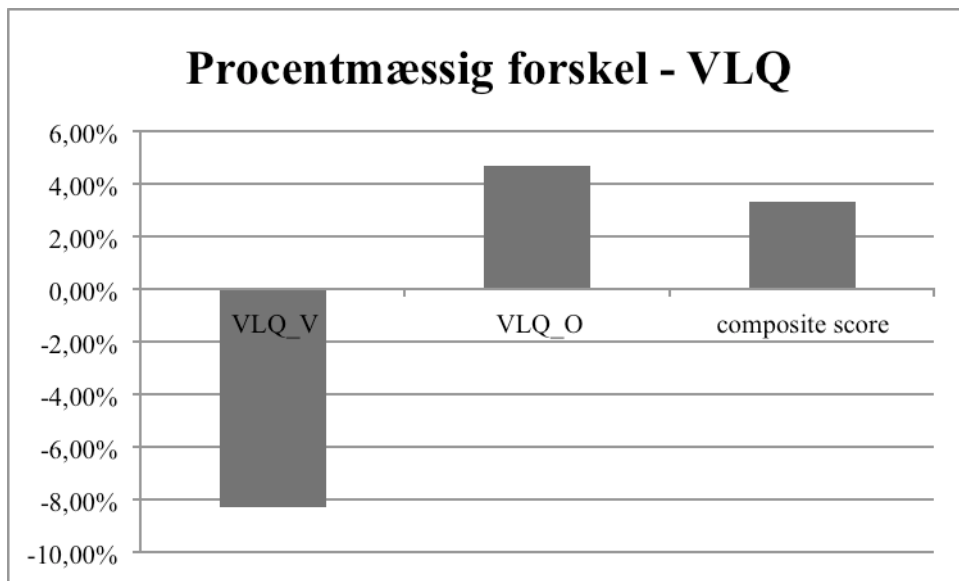


Figur 5:

Ovenstående diagram illustrerer, at unge scorer bedre end voksne på observe subskalaen, mens de scorer næsten ens på nonreact skalaen. På de øvrige subskalaer scorer voksne bedre end unge. Der ses en særlig stor forskel på nonjudgement kategorien. I tabellen herunder ses forskellene for VLQ testen.

Skala	Procentmæssig forskel mellem unge og voksne
VLQ_V	-8,3 %
VLQ_O	4,7 %
VLQ_composite	3,3 %

Tabel 9



Figur 6

Grafen herover illustrerer forskellene på unge og voksnes score på de tre skalaer i VLQ. Her ses det, at unge scorer højest på værdi skalaen, mens voksne scorer højest på både overenstemmelse og composite skalaerne.

4.2 Kontrolgruppen

I følgende afsnit opgøres scoresne for kontrolgruppen.

4.2.1 Uafhængig t-test

Den første tabel viser den gennemsnitlige score og standardafvigelsen på de fire anvendte psykometriske tests, mens den næste undersøger, hvorvidt forskellene på den gennemsnitlige score er signifikante.

Group Statistics					
	Gruppe	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
CFQ_sum	ung	9	42,5556	11,41393	3,80464
	voksen	9	24,3333	6,76387	2,25462
AAQ_sum	ung	9	16,5556	8,11035	2,70345
	voksen	9	11,4444	3,97213	1,32404
FFMQ_sum	ung	9	137,2222	19,37639	6,45880
	voksen	9	153,5556	11,06923	3,68974
composite_score	ung	9	55,0667	15,96379	5,32126
	voksen	9	55,3778	11,68105	3,89368

Tabel 10

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
CFQ_sum	EVA	3,446	,082	4,120	16	,001	18,22222	4,42252	8,84691	27,59754
	EVNA			4,120	13,002	,001	18,22222	4,42252	8,66810	27,77634
AAQ_sum	EVA	2,112	,166	1,698	16	,109	5,11111	3,01027	-1,27038	11,49260
	EVNA			1,698	11,629	,116	5,11111	3,01027	-1,47098	11,69321
FFMQ_sum	EVA	1,342	,264	-2,196	16	,043	-16,33333	7,43843	-32,10210	-,56457
	EVNA			-2,196	12,719	,047	-16,33333	7,43843	-32,43924	-,22742
composite_score	EVA	1,627	,220	-,047	16	,963	-,31111	6,59368	-14,28909	13,66686
	EVNA			-,047	14,658	,963	-,31111	6,59368	-14,39382	13,77160

Tabel 11

Tabellen herover viser, at der er signifikante forskelle mellem unges og voksnes score på CFQ_sum ($p = 0,001$) og på FFMQ_sum ($p = 0,043$). I tabellen herunder undersøges, hvorvidt der er signifikante forskelle på unges og voksnes score i forhold til de fem subskalaer i FFMQ.

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
FFMQ_sum	EVA	1,342	,264	-2,196	16	,043	-16,33333	7,43843	-32,10210	-,56457
	EVNA			-2,196	12,719	,047	-16,33333	7,43843	-32,43924	-,22742
Observe_items	EVA	,827	,377	-,698	16	,495	-2,00000	2,86529	-8,07414	4,07414
	EVNA			-,698	14,856	,496	-2,00000	2,86529	-8,11236	4,11236
Describe_items	EVA	,934	,348	-1,430	16	,172	-3,88889	2,71882	-9,65253	1,87475
	EVNA			-1,430	15,319	,173	-3,88889	2,71882	-9,67342	1,89565
Act_with_awareness_items	EVA	4,155	,058	-2,887	16	,011	-5,00000	1,73205	-8,67178	-1,32822
	EVNA			-2,887	12,034	,014	-5,00000	1,73205	-8,77263	-1,22737

Non-judge_items	EVA	,872	,364	-1,655	16	,117	-5,77778	3,49161	-13,17967	1,62411
	EVNA			-1,655	11,560	,125	-5,77778	3,49161	-13,41759	1,86203
Nonre-act_items	EVA	,031	,862	-1,252	16	,229	-2,88889	2,30806	-7,78177	2,00399
	EVNA			-1,252	15,935	,229	-2,88889	2,30806	-7,78338	2,00560

Tabel 12

I tabellen herover ses det, at der er en signifikant forskel på unge og voksne score på subskalaen act with awareness ($p = 0,011$). Den følgende tabel viser eventuelle signifikante forskelle på VLQ for unge og voksne i kontrolgruppen.

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
VLQ_Vsum	EVA	,532	,476	-,747	16	,466	-3,11111	4,16407	-11,93855	5,71633
	EVNA			-,747	15,620	,466	-3,11111	4,16407	-11,95603	5,73381
VLQ_Osum	EVA	,092	,765	,678	16	,508	4,66667	6,88710	-9,93333	19,26666
	EVNA			,678	15,763	,508	4,66667	6,88710	-9,95118	19,28451
composite_score	EVA	1,627	,220	-,047	16	,963	-,31111	6,59368	14,28909	13,66686
	EVNA			-,047	14,658	,963	-,31111	6,59368	14,39382	13,77160

Tabel 13

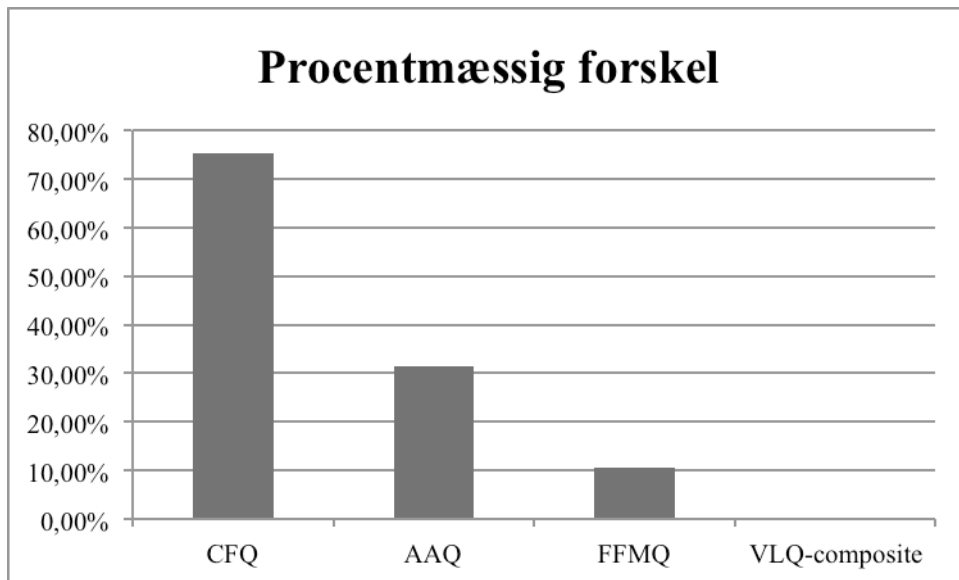
Tabel 13 viser, at der ikke er nogle signifikante forskellen på unge og voksnes score for nogen af de tre elementer i VLQ.

4.2.2 Procentmæssig forskel

I dette afsnit opgøres den procentmæssige forskel mellem unge og voksne i kontrolgruppen. Som for aktivgruppen er resultaterne tilpasset det faktum, at to af skalaerne angiver vanskeligheder ved en høj score, mens de andre to gør det ved en lav score. Det vil sige, at positive tal i følgende afsnit angiver, når voksne scorer bedre end unge, og negative tal angiver, at unge scorer bedre end voksne.

Skala	Procentmæssig forskel mellem unge og voksne
CFQ	75,3 %
AAQ	31,3 %
FFMQ	10,7 %
VLQ	0,4 %

Tabel 14

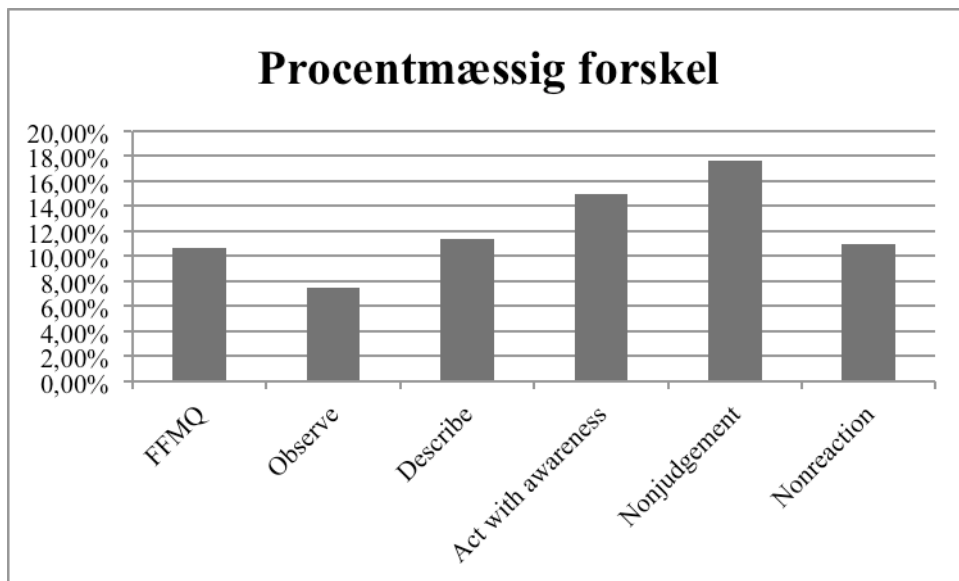


Figur 7

I figuren herover ses det, at der i kontrolgruppen er størst forskel mellem unge og voksne på CFQ skalaen, herefter kommer AAQ-II og FFMQ, mens der næsten ingen forskel er på VLQ. I den næste figur illustreres forskellene mellem unge og voksne for de fem subskalaer i FFMQ.

Skala	Procentmæssig forskel mellem unge og voksne
FFMQ	10,7 %
Observe	7,5 %
Describe	11,4 %
Act with awareness	15 %
Nonjudgement	17,6 %
Nonreact	11 %

Tabel 15

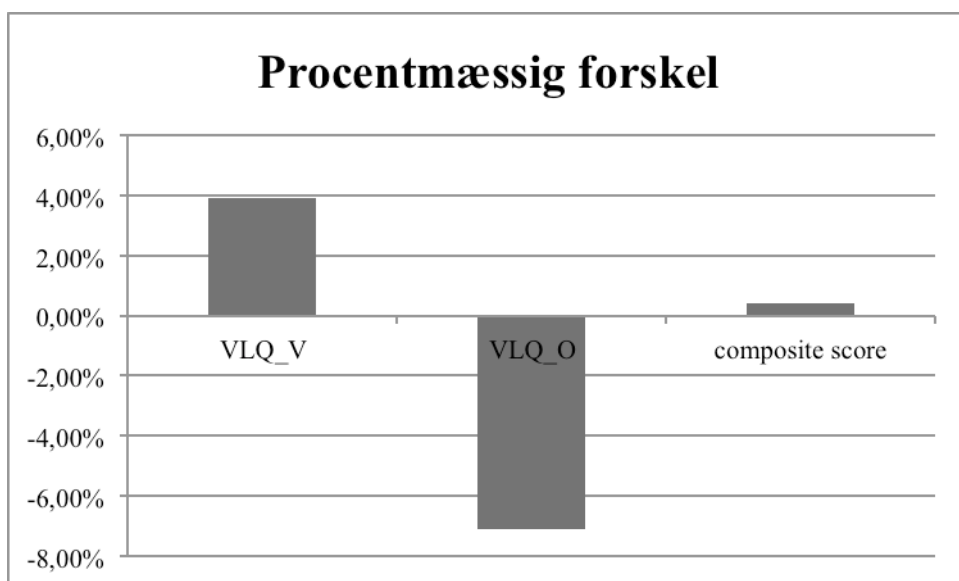


Figur 8

Figur 8 viser, at voksne scorer højere (og dermed bedre) på samtlige subskaleringer i FFMQ. De største forskelle ses ved nonjudgement og act with awareness subskalaerne, mens den mindste forskel er på observe skalaen. Næste figur viser den procentmæssige forskel for de tre elementer i VLQ.

Skala	Procentmæssig forskel mellem unge og voksne
VLQ_V	3,9 %
VLQ_O	-7,1 %
VLQ_composite	0,4 %

Tabel 16



Figur 9

I ovenstående figur ses det, at voksne scorer højest på VLQ_V, mens unge scorer højest på VLQ_O. Unge og voksne scorer nogenlunde det samme på composite skalaen.

4.3 Sammenligning af aktiv- og kontrolgruppen

I dette afsnit sammenlignes de ovenstående resultater for henholdsvis aktiv- og kontrolgruppen. Dette gøres for at undersøge, om de fundne forskelle mellem unge og voksne i aktivgruppen også er til stede i normalbefolkningen. I den første tabel opstilles den gennemsnitlige score på de forskellige anvendte tests både for unge og voksne fra henholdsvis aktiv- og kontrolgruppen.

Skala	Gruppe	Mean - aktiv	Mean - kontrol
CFQ_sum	unge	66,75	42,56
	voksne	56,5	24,33
AAQ_sum	Unge	33,25	16,56
	Voksne	26,5	11,44
FFMQ_sum	Unge	105,75	137,22
	voksne	120,1	153,56
VLQ_composite	Unge	51,3	55,96
	voksne	52,99	55,38

Tabel 17

Tabellen herover viser, at kontrolgruppen scorer bedre end aktivgruppen på samtlige tests, hvilket er forventeligt, da de ikke har eller har haft psykiske lidelser.

4.3.1 Uafhængig t-test

Herunder er en tabel for de fundne signifikantniveauer for forskellene mellem unge og voksne for henholdsvis aktiv- og kontrolgruppen på de forskellige tests.

Skala	Signifikans - aktiv	Signifikans - kontrol
CFQ_sum	0,005	0,001
AAQ_sum	0,114	0,109
FFMQ_sum	0,063	0,043
VLQ_composite	0,785	0,963

Tabel 18

Tabel 18 viser, at signifikansniveauer for aktiv og kontrolgruppen følger hinanden meget godt. I begge grupper er der signifikante forskelle for CFQ_sum. For

FFMQ_sum er der en signifikant forskel for kontrolgruppen, mens denne lige præcis ikke er der for aktivgruppen med et signifikansniveau på 0,063. I den følgende tabel laves samme opgørelse blot for de fem subskalaer i FFMQ.

Skala	Signifikans - aktiv	Signifikans - kontrol
Observe	0,371	0,495
Describe	0,342	0,172
Act with Awareness	0,034	0,011
Nonjudgement	0,004	0,117
Nonreact	0,870	0,229

Tabel 19

I tabellen herover ses, at der er en signifikant forskel på voksne og unges score på act with awareness. For aktiv gruppen er der ligeledes en signifikant forskel på non-judgement subskalalen, mens denne ikke er til stede for kontrolgruppen.

Skala	Signifikans - aktiv	Signifikans - kontrol
VLQ_V	0,253	0,466
VLQ_O	0,734	0,508
VLQ_composite	0,785	0,963

Tabel 20

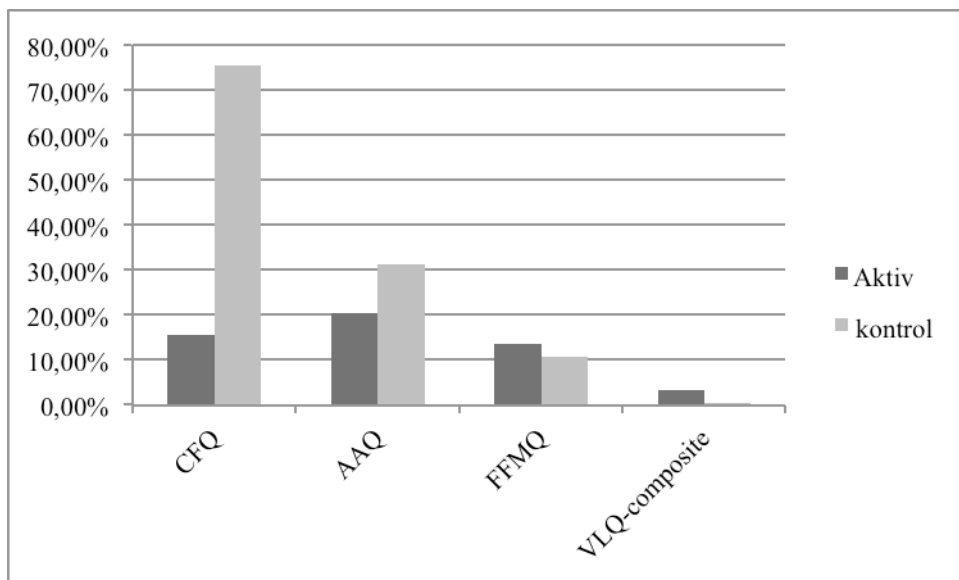
I ovenstående tabel ses en sammenligning af signifikansniveauet for de tre elementer af VLQ. Her ses der ingen signifikante forskelle mellem unge og voksne hverken for aktiv- eller kontrolgruppen.

4.3.2 Procentmæssig forskel

I nærværende afsnit sammenlignes de procentmæssige forskelle mellem unge og voksne for aktiv og kontrolgruppen. Ligesom i de respektive afsnit er der i fremstillingen taget højde for skalaernes forskellighed i forhold til om en høj score er positiv eller negativ. Det første diagram illustrer forskellen mellem unge og voksne på de fire anvendte tests. Negative tal angiver, at forskellene er størst i kontrolgruppen, mens positive tal angiver, at forskellene er størst i aktivgruppen.

Skala	Forskel mellem aktiv- og kontrolgruppe
CFQ	- 59,9 %
AAQ	- 10,9 %
FFMQ	2,8 %
VLQ_composite	2,9 %

Tabel 21

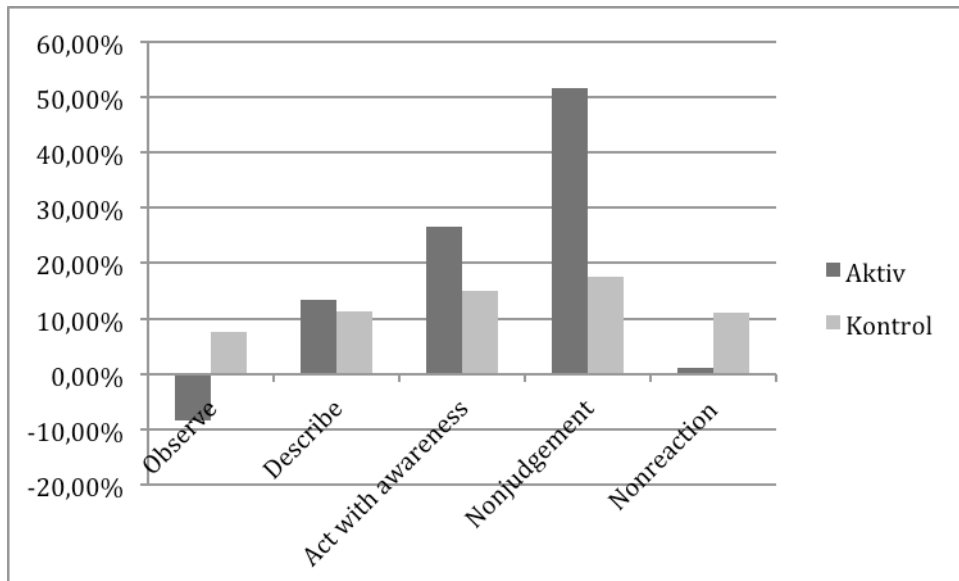


Figur 10

Diagrammet herover viser, at de samme forskelle, som ses i aktivgruppen, i en vis grad også ses i kontrolgruppen. For CFQ og AAQ-II er forskellene mellem unge og voksne faktisk mere udtalte i kontrolgruppen end i aktivgruppen. For FFMQ og VLQ er forskellene nogenlunde lige stor, dog med lidt større forskelle i aktivgruppen. I følgende tabel ses forskellene for subskalaerne i FFMQ.

Skala	Forskel mellem aktiv- og kontrolgruppe
Observe	-16 %
Describe	2,1 %
Act with awareness	11,6 %
Nonjudgement	34 %
Nonreact	-10 %

Tabel 22

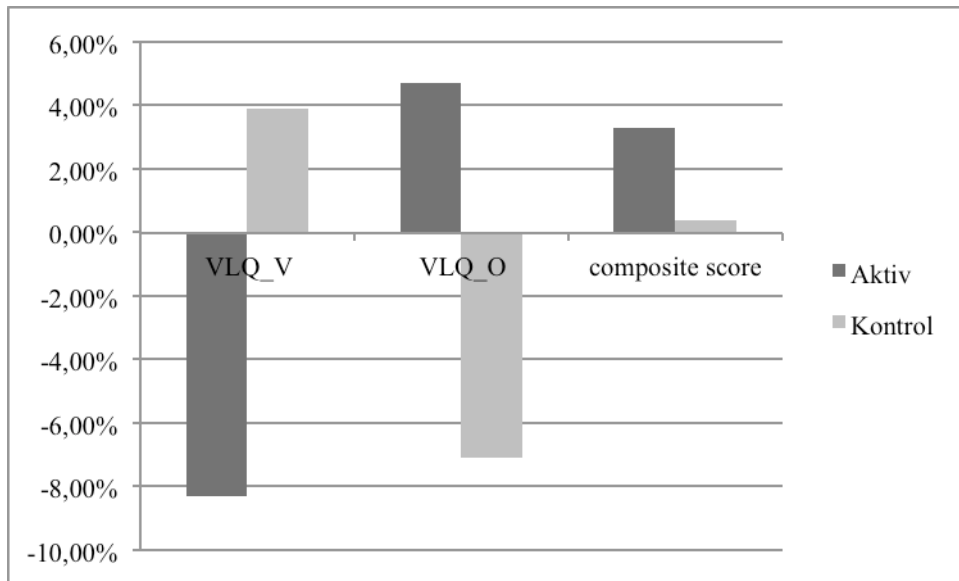


Figur 11

I ovenstående figur sammenlignes forskellene for unge og voksne i henholdsvis aktiv- og kontrolgruppen i forhold til de fem subskalaer i FFMQ. Her ses det, at på observe subskalaen scorer unge bedst i aktivgruppen, mens voksne scorer bedst i kontrolgruppen. På nonreact subskalaen er der større forskelle mellem unge og voksne i kontrolgruppen, end der er i aktivgruppen. På de øvrige tre subskalaer ses der større forskelle i aktivgruppen end i kontrolgruppen. Den største forskel ses i forhold til nonjudgement, herefter følger act with awareness, og ved describe subskalaen er der stort set samme forskel mellem unge og voksne for både aktiv og kontrolgruppen. I nedenstående tabel ses forskellene mellem aktiv- og kontrolgruppen for VLQ.

Skala	Forskel mellem aktiv- og kontrolgruppe
VLQ_V	- 12,2 %
VLQ_O	11,8 %
VLQ_composite	2,9 %

Tabel 23



Figur 12

I ovenstående diagram sammenlignes forskellen mellem unge og voksne for aktiv- og kontrolgruppen i forhold til de tre elementer i VLQ. Der er generelt meget små forskelle mellem unge og voksnes score på VLQ. På figuren ses det, at der på værdiskalaen er størst forskelle i aktivgruppen. Ydermere er der den forskel, at unge scorer højest i aktivgruppen, mens voksne scorer højest i kontrolgruppen. I forhold til overensstemmelsesskalaen ses nøjagtigt det modsatte, nemlig at de største forskelle er i kontrolgruppen, og at unge scorer højest i kontrolgruppen, mens voksne scorer højest i aktivgruppen. I forhold til det sidste element i VLQ, nemlig compositescore, ses de største forskelle mellem unge og voksne i aktiv gruppen. Her scorer voksne lidt højere end unge, mens de scorer stort set det samme i kontrolgruppen.

4.4 Præ- og postmålinger

I nærværende afsnit fremstilles resultaterne for de vurderede præscores og målte postscores for deltagerne i aktivgruppen. Dette gøres ved hjælp af mixed ANOVA og procentmæssig forskel.

4.4.1 Mixed ANOVA

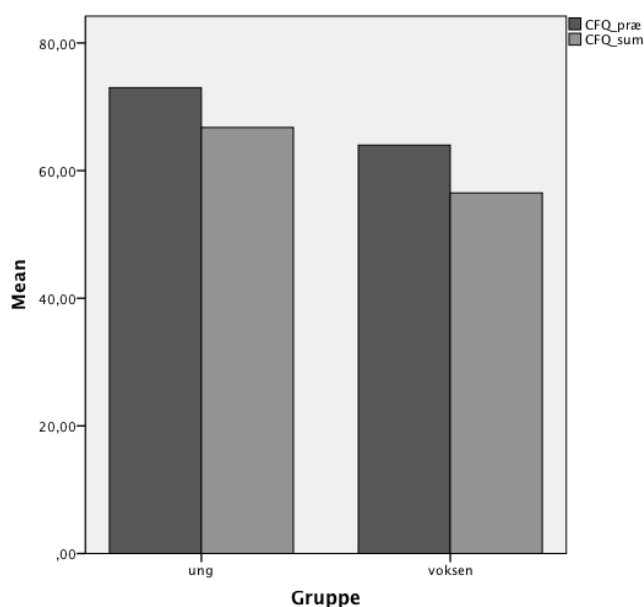
I dette afsnit fremstilles resultaterne for de fire anvendte tests samt for eventuelle subskalaer, hvor interaktionen mellem skalaen og tid*gruppe er signifikant. Første

tabel viser signifikansniveauerne for interaktionen mellem CFQ samt tid og/eller gruppe.

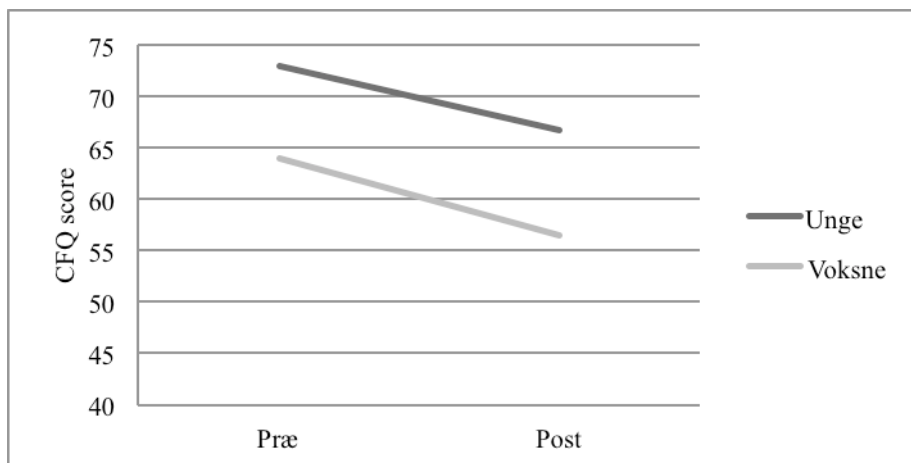
Interaktion	Signifikansniveau
Tid	0,001
Gruppe	0,000
Tid*gruppe	0,680

Tabel 24

Tabel 24 viser, at der er en signifikant interaktion mellem score i CFQ og tid. En undersøgelse af denne interaktion viser, at scoren i CFQ falder fra præ- til postmålinger. For unge falder den gennemsnitlige score fra 73 til 66,75 ved postmålinger, mens den for voksne falder fra 64 ved den vurderede præmåling til 56,5 ved postmålingen. Dette illustreres i figur 13, mens figur 14 viser interaktionen mellem CFQ samt tid, gruppe og tid*gruppe.



Figur 13



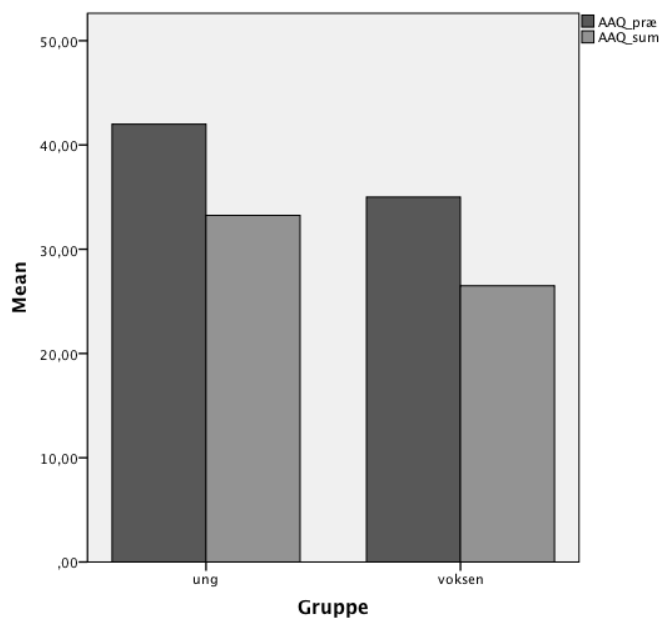
Figur 14

Næste tabel viser signifikansniveauerne for AAQ-II.

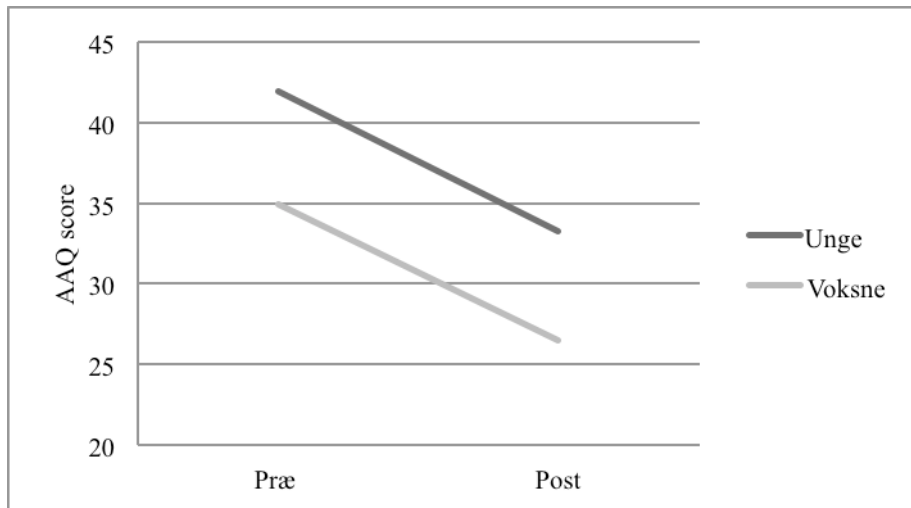
Interaktion	Signifikansniveau
Tid	0,001
Gruppe	0,005
Tid*gruppe	0,951

Tabel 25

I ovenstående tabel ses en signifikant interaktion mellem AAQ-II score og tid samt gruppe, mens der ikke ses en interaktion i forhold til tid*gruppe. Disse interaktioner illustreres via to grafer herunder.



Figur 15



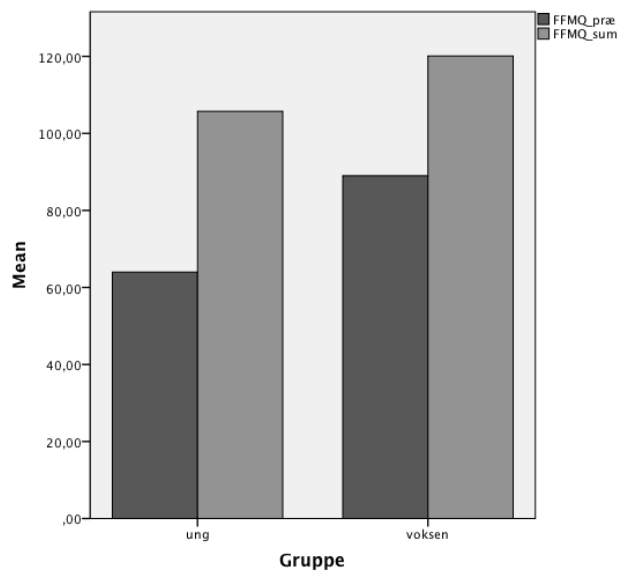
Figur 16

De to ovenstående figurer viser, at scoresne i AAQ-II falder fra præ- til postmålinger for både unge og voksne, hvilket betyder en positiv fremgang for klienterne. Der er en signifikant interaktion mellem unge og voksne, men der ses ikke en signifikant interaktion på tid*gruppe. Næste tabel undersøger eventuelle signifikante interaktioner mellem tid og gruppe for FFMQ.

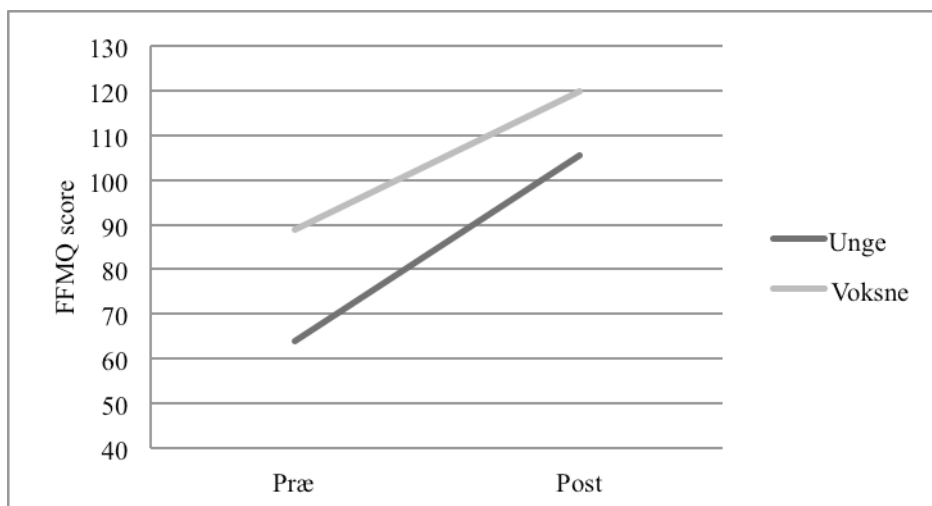
Interaktion	Signifikansniveau
Tid	0,000
Gruppe	0,000
Tid*gruppe	0,154

Tabel 26

Ovenstående resultater illustreres i nedenstående figurer, som viser, at både unge og voksne scorer højere på FFMQ ved postmålingerne, hvilket er positivt. Figur 18 illustrerer endvidere, at der er en signifikant interaktion mellem de to grupper, men at der ikke er en signifikant interaktion mellem tid*gruppe.

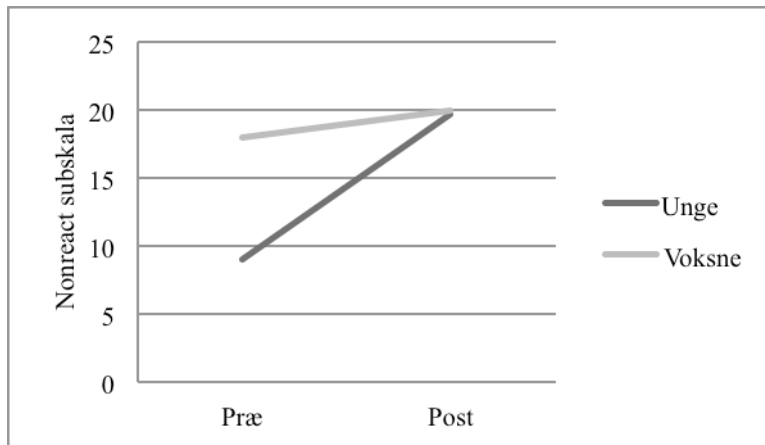


Figur 17



Figur 18

I FFMQ er der fem subskalaer. Ved alle fem subskalaer ses en signifikant interaktion af tid. Ved act with awareness, nonjudgement og nonreact subskalaerne ses endvidere en signifikant interaktion mellem score og gruppe. Ved subskalaen nonreact ses ydermere en signifikant interaktion på tid*gruppe, hvilket illustreres ved følgende graf.



Figur 19

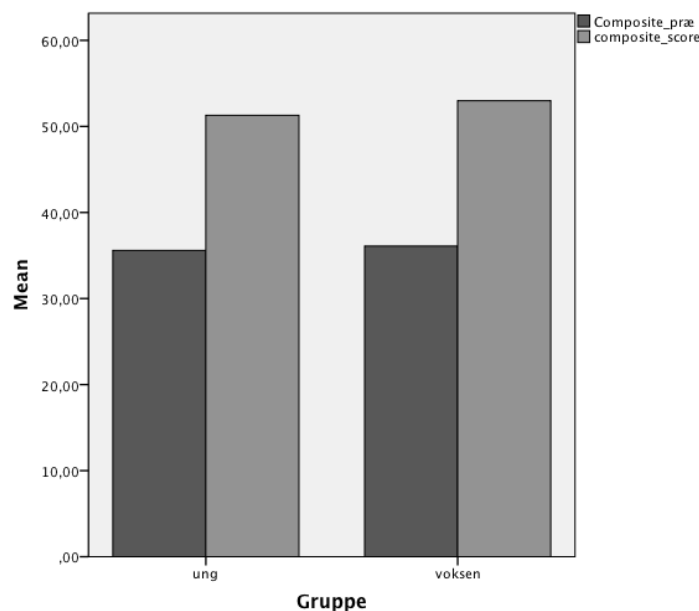
I følgende tabel ses resultaterne for composite scoren i VLQ.

Interaktion	Signifikansniveau
Tid	0,000
Gruppe	0,848
Tid*gruppe	0,724

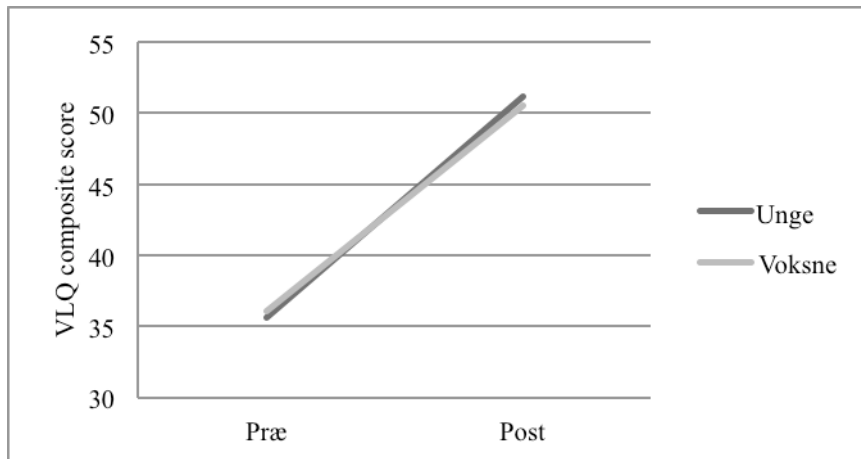
Tabel 27

Her ses en signifikant interaktion for tid, men hverken for gruppe eller tid*gruppe.

Dette illustreres ved nedenstående grafer.

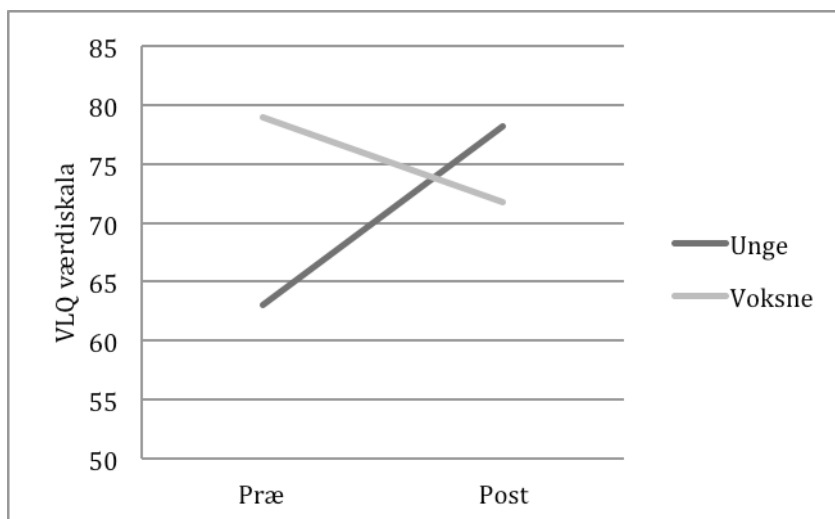


Figur 20



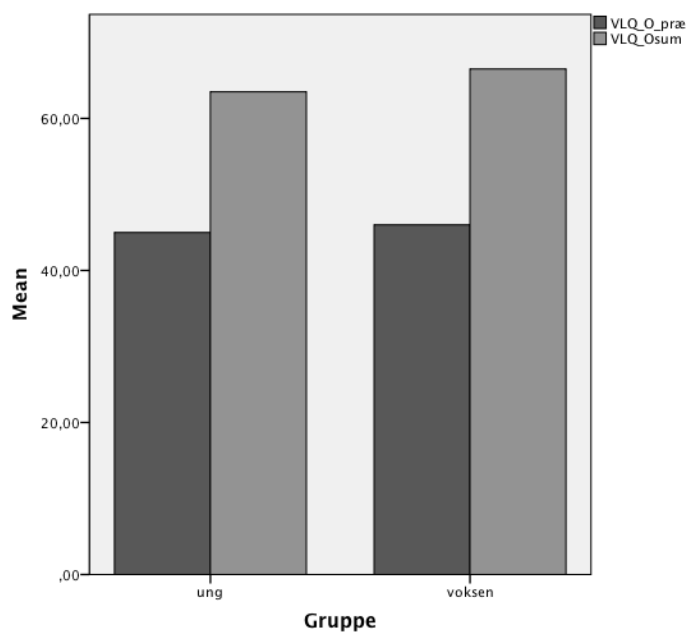
Figur 21

I figur 20 ses det, at composite scoren stiger fra præ- til postmålinger for både unge og voksne, hvilket er positivt. I forhold til de to andre skalaer i VLQ viser en mixed ANOVA, at på værdiskalaen ses der en signifikant interaktion på tid*gruppe, mens der ikke ses signifikante interaktioner for tid eller gruppe. Dette illustreres i følgende graf.



Figur 22

På overensstemmelsesskalaen viser resultaterne, at der er en signifikant interaktion i forhold til tid men ikke i forhold til hverken gruppe eller tid* gruppe. Nedenstående graf viser, at interaktionen mellem score og tid er positiv, og betyder, at deltagerne i højere grad udfører værdikonsistente handlinger efter den psykologiske intervention uanset gruppe.



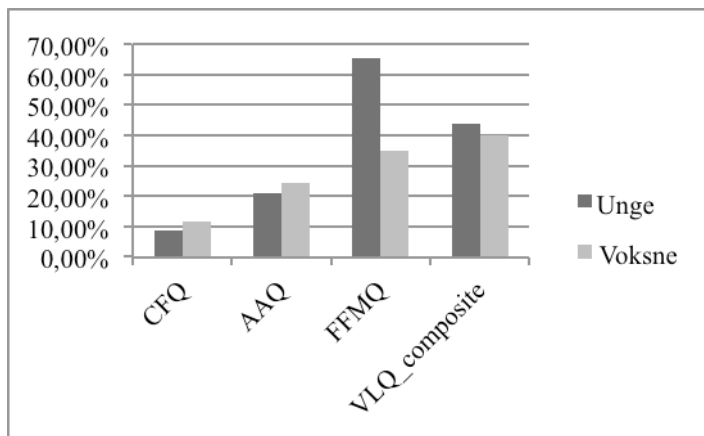
Figur 23

4.4.2 Procentmæssig forskel

I dette afsnit opgøres den procentmæssige forskel mellem præ- og postscores for henholdsvis unge og voksne. Diagrammet er lavet således, at positive tal betyder forbedret score. Det vil altså sige, at i CFQ og AAQ-II er vendt om. Første diagram viser de overordnede resultater for de fire anvendte tests.

Skala	Forskel præ-post for unge	Forskel præ-post for voksne
CFQ	8,6 %	11,7 %
AAQ	20,8 %	24,3 %
FFMQ	65,2 %	34,9 %
VLQ_composite	43,8 %	40,1 %

Tabel 28

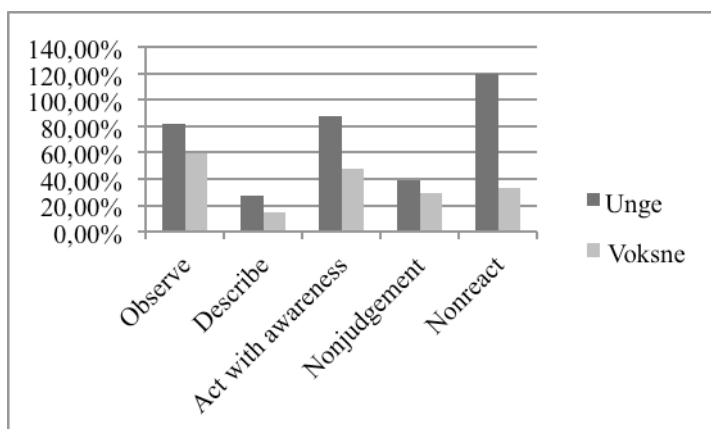


Figur 24

Her ses det, at den procentmæssige forskel mellem præ- og postscores er nogenlunde ens for unge og voksne på CFQ, AAQ-II og VLQ. Mens den procentmæssige forbedring er noget højere for unge (65,2 %) end for voksne (34,9 %) på FFMQ. I næste diagram vises den procentmæssige forskel for unge og voksne på de fem subskalaer i FFMQ.

Skala	Forskel præ-post for unge	Forskel præ-post for voksne
Observe	81,7 %	59,4 %
Describe	27,6 %	15 %
Act with awareness	87,5 %	47,5 %
Nonjudgement	38,6 %	28,9 %
Nonreact	119,4 %	33,3 %

Tabel 29



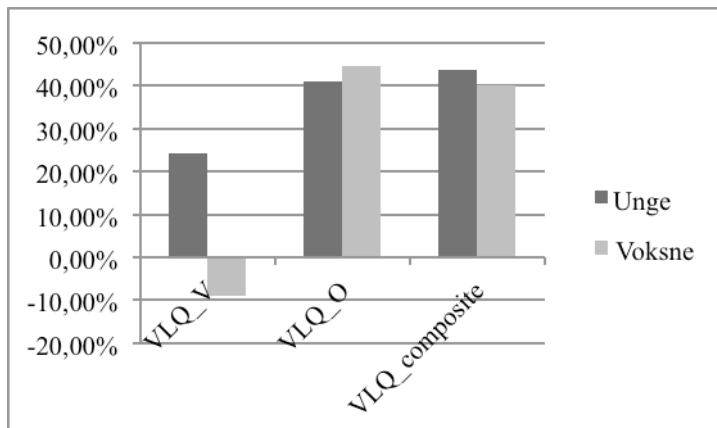
Figur 25

I figuren herover illustreres det, at unge forbedrer sig mere end voksne på samtlige subskalaer i FFMQ. Særligt ses der en stor forskel på unge og voksnes forbedringer på subskalaer nonreact, hvor unge forbedrer sig med 119,4 % mens voksne forbedrer

sig med 33,3%. I sidste diagram herunder ses den procentmæssige forskel fra præ- til postmålinger for unge og voksne i forhold til VLQ.

Skala	Forskel præ-post for unge	Forskel præ-post for voksne
VLQ_V	24,3 %	-9,1 %
VLQ_O	41,1 %	44,6 %
VLQ_composite	43,8 %	40,1 %

Tabel 30



Figur 26

I figuren herover ses det, at forbedringen fra præ- til postscores er nogenlunde ens for unge og voksne på overensstemmelses- og compositeskalaerne. På værdiskalaen scorer unge højere ved postscores end præscores, mens voksne derimod scorer lavere ved postscores end ved de vurderede præscores.

5. Diskussion

I denne afhandlings diskuterende afsnit vil de fremkomne resultater analyseres og diskuteres. Dette gøres først ved at diskutere resultaterne for hver af de tre opstillinger, nemlig resultaterne for aktivgruppen, dernæst for kontrolgruppen og sidst for præ- og postscores. Efterfølgende diskuteres resultaterne indenfor hver test. Dette leder videre i en diskussion af de fejlkilder, som er til stede i nærværende pilotprojekt. Sidst diskuteres de fundne resultater i forhold til eksisterende litteratur indenfor henholdsvis kognitiv – og psykoanalytisk udviklingspsykologi samt eksistentiel psykologi. Disse diskuteres i forhold til de seks kernelementer i ACT. Sidst vil de diskutererede resultater samt de inddragede teorier opsummeres.

5.1 *Diskussion af resultater*

Nedenstående underafsnit vil følge samme struktur, hvilket betyder, at først diskuteres resultaterne for henholdsvis uafhængig t-tests og mixed ANOVA og dernæst for den procentmæssige forskel mellem unge og voksne.

5.1.1 Aktivgruppen

Resultaterne for aktivgruppen viser, at der er signifikante forskelle på unge og voksnes postscores på en af de fire anvendte skalaer samt to subskalaer. Dette er på CFQ og på subskalaerne act with awareness og nonjudgement i FFMQ. På disse skalaer scorer voksne signifikant bedre end unge. Disse indledende resultater peger umiddelbart i retning af, at effekten af ACT for unge og voksne er den samme på langt de fleste målte parametre, men at unge efter et terapiforløb har sværere ved defusion og visse elementer af mindfulness.

I resultatafsnittet blev forskellen mellem unge og voksnes postscores endvidere opgjort i procent. I forhold til de fire anvendte skalaer ses den største forskel mellem unge og voksnes postscores på AAQ-II. Den største forskel generelt er dog på nonjudgement subskalaen i FFMQ. Denne subskala og AAQ-II kan forestilles at have visse ligheder, da det at være accepterende også indebærer en ikke dømmende indstilling til sig selv. Disse resultater antyder, at unge har sværere ved at inkorporere acceptelementet i ACT end voksne og dermed oplever en mindre effekt af ACT end voksne. Modsat scorer unge bedre end voksne på observe subskalaen i FFMQ og på værdiskalaen i VLQ. Observe har fokus på både at observere sine omgivelser og sig selv, mens værdiskalaen handler om at være bevidst om sine værdier. Hermed har de to subskalaer det til fælles, at de begge indbefatter en form for selvbevidsthed. Ud fra disse indledende resultater kan det hypoteseres, at unge er mere selvbevidste end voksne efter et ACT behandlingsforløb.

5.1.2 Sammenligning med kontrolgruppen

I sammenligningen af resultaterne for aktiv- og kontrolgruppen viser det sig, at de forskelle, som er beskrevet og diskuteret herover, hovedsageligt også er til stede i kontrolgruppen. Dette giver en pejling på, at forskellene fundet i aktivgruppen også er til stede i normalbefolkningen, og dermed mindskes sandsynligheden for, at der er forskelle i effekten af behandlingen for de to grupper.

Med fokus på signifikansniveauerne viser en sammenligning af aktiv- og kontrolgruppen, at der er signifikante forskelle på unge og voksnes score på CFQ både for aktiv- og kontrolgruppen. Med baggrund i den forudsætning at aktivgruppens unge og voksne som udgangspunkt havde samme forskel som i kontrolgruppen, betyder det, at de resultater, der er i aktivgruppen, højst sandsynligt ikke skyldes, at ACT interventionen er mindre anvendelig til unge med hensyn til fusionsarbejdet, da de samme forskelle også findes i normalbefolkning. I forhold til FFMQ blev der fundet en signifikant forskellig score for unge og voksne i kontrolgruppen, men ikke i aktivgruppen. Denne forskel peger i retning af, at der må være noget i ACT interventionen med unge, som udglatter en ellers tilstedeværende forskel mellem unge og voksne, og at interventionsformen dermed er særlig anvendelig for unge i forhold til at fremme mindfulness. Ved act with awareness subskalaen viser resultaterne, at der er signifikante forskelle på unge og voksnes score både i aktiv- og kontrolgruppen. Den fundne forskel i aktivgruppen mellem unge og voksnes score skyldes altså højst sandsynligt ikke ACT interventionen. I forhold til subskalaen nonjudgement findes en signifikant forskel på unge og voksne i aktivgruppen, mens denne ikke er til stede i kontrolgruppen. Det vil altså sige, at samme forskel ikke opleves i normalbefolkningen, hvilket øger sandsynligheden for, at forskellen skyldes ACT interventionen, og at denne er mindre effektiv i forhold til unge end voksne.

I sammenligningen af den procentmæssige forskel mellem unge og voksne i henholdsvis aktiv- og kontrolgruppen viser resultaterne i forhold til CFQ, at der er en markant større forskel i unge og voksnes score i kontrolgruppen end i aktivgruppen. Dette peger i modsatte retning af den tidligere antagelse om, at ACT interventionen er mindre anvendelig til defusionsarbejde med unge end med voksne. Tværtimod tyder sammenligningen på, at defusionsarbejdet i ACT interventionen virker særlig

godt i forhold til unge, da det mindsker den store forskel, der er på graden af fusion hos unge og voksne i normalbefolkningen. Samme tendens ses på AAQ-II skalaen, omend forskellene ikke er ligeså markante som på CFQ. I forhold til de sidste to skalaer, FFMQ og VLQ, ses der kun mindre forskelle, som umiddelbart tyder på, at de forskelle, der ses i nærværende projekt, er til stede i samme grad i normalbefolkningen. Dette peger i retning af, at effekten af ACT for unge og voksne i forhold til disse parametre ikke afviger væsentligt.

Når der ses på subskalaerne i FFMQ, findes den største forskel mellem aktiv og kontrolgruppen ved nonjudgement. I forhold til denne subskala viser resultaterne, at der er markant større forskel mellem unge og voksne i aktivgruppen, end der er for unge og voksne i kontrolgruppen. Dette antyder, at den fundne forskel i aktivgruppen kan skyldes noget i ACT interventionen. Ved act with awareness ses samme tendens, men i mindre grad. Observe subskalaen adskiller sig markant fra de andre, idet unge i aktivgruppen scorer cirka 8 % højere end voksne, mens det er omvendt i kontrolgruppen. Dette kunne være en angivelse af, at der er noget i ACT interventionen, som er særligt anvendeligt for unge, idet de efter et forløb er bedre til dette element end voksne, mens det direkte modsatte er tilfældet i normalbefolkningen. Ved subskalaen nonreact ses det, at der ikke er nogen forskel på unge og voksne i kontrolgruppen, mens der er cirka 10 % forskel på unge og voksne i aktivgruppen. På baggrund heraf kan det tænkes, at der er noget i ACT interventionen i forhold til denne subskala, som er mindre anvendeligt for unge end for voksne.

De procentmæssige forskelle for unge og voksne på VLQ subskalaerne er generelt små både for aktiv- og kontrolgruppen. På baggrund heraf tyder det ikke umiddelbart på, at der er forskel på værdiarbejdet og effekten af denne for unge og voksne. De små forskelle, der dog trods alt er, peger på, at unge i aktivgruppen i højere grad end voksne er bevidste om deres værdier, mens det modsatte er tilfældet med kontrolgruppen. I forhold til overensstemmelsesskalaen ses der igen kun små forskelle. Disse tyder på, at voksne i aktiv gruppen er en smule bedre til at leve i overensstemmelse med deres værdier, mens unge er bedre til at leve efter værdierne end voksne i kontrolgruppen. Dette antyder, at voksne efter et terapiforløb er bedre til at inkorporere værdikonsistente handlinger i hverdagen end unge.

5.1.3 Præ- og postscores

Mixed ANOVA tests viser, at der for samtlige fire skalaer ses en forbedring på tid både for unge og voksne. Det vil sige, at terapien generelt kan siges at have en effekt både for unge og voksne målt på de fire skalaer. I forhold til interaktioner mellem gruppe ses der en signifikant interaktion på CFQ, AAQ-II og FFMQ. Der er altså en signifikant interaktion for unge og voksnes score i tre af de fire anvendte tests, således at voksne scorer signifikant ”bedre” end unge på disse tre skalaer. Når der testes for interaktioner for tid*gruppe, er denne kun signifikant for nonreact subskalaen i FFMQ og værdiskalaen i VLQ. Her ses det, at scoren falder fra præ- til postmålinger for voksne, mens den stiger for unge. Det er vigtigt, at tage hensyn til at præscores er vurderede af psykologer, og dermed ikke er direkte målte, hvilket kan være en af forklaringerne på fald i score. En anden forklaring kan være, at voksne har en relativt stabil personlighed og dermed også forståelse af sig selv og sine værdier og har haft dette i flere år. Når der bliver arbejdet med værdierne i terapien, kan det derfor forestilles, at de bliver mere i tvivl om, hvad der er vigtigt for dem, end de ellers har været. De har måske ikke overvejet dette i mange år og været relativt ubevidste herom. Modsat kan det forestilles, at unge, som gennemgår en identitetsdannelse, i forvejen har mange overvejelser om netop dette. ACT terapien kan på baggrund heraf måske være med til at vejlede unge igennem en periode med meget usikkerhed omkring sig selv og være med til at skabe mere sikkerhed ved at skabe klarhed over hvilke værdier, der er vigtige for dem, hvilket forklarer en stigning i score på værdiskalaen i VLQ for unge.

Når der ses på den procentmæssige forbedring fra præ- til postscores for henholdsvis voksne og unge, følger disse generelt hinanden. Det vil altså sige, at unge og voksne forbedrer sig cirka lige meget gennem et terapiforløb. Der er dog en skala, hvor der ses en større forbedring for unge end for voksne. Dette er på FFMQ. Det peger altså på, at unge i særlig grad drager nytte af mindfulness elementet i ACT. I forhold til subskalaerne i FFMQ forbedrer unge sig mere end voksne på samtlige af disse. Der ses en særlig stor forskel på unge og voksnes forbedring på subskalaen nonreact. Denne forskel er på hele 86 procentpoint. Denne store forskel skyldes, at unge forbedrer sig med 119 % fra præ- til postscores. Generelt ses der ret store forskelle på forbedringerne for unge og voksne på de fem subskalaer i FFMQ. På non-

judgement subskalaen, som er den, hvor der er mindst forskel på voksne og unges forbedring, ses alligevel en forskel på de to grupper på 10 procentpoint. Dette tyder på, at unge i særlig grad drager nytte af mindfulness elementerne i ACT. I forhold til subskalaerne i VLQ er der næsten ingen forskel mellem unge og voksnes forbedring på overensstemmelses- og compositeskalaerne. På værdiskalaen ses der en forskel på de to gruppers forbedring på 33 procentpoint. Som tidligere nævnt sker der et fald i score hos voksne, mens den stiger for unge.

5.1.4 Sammenligning indenfor tests

I følgende afsnit samles der op på opgavens resultater indenfor hver af de fire anvendte tests.

5.1.4.1 Acceptance and Action Questionnaire-II

Resultaterne for AAQ-II viser, at det er den test med størst procentmæssig forskel mellem unge og voksne i aktivgruppen. Der er her en forskel på 20 %. I kontrolgruppen er den procentmæssige forskel 11 procentpoint højere end i aktivgruppen. Ingen af ovenstående resultater er dog signifikante. Resultaterne peger trods dette på, at eventuelle forskelle mellem unge og voksne også er til stede i normalbefolkningen. Når resultaterne for aktivgruppen sammenlignes med de psykologvurderede præscores, viser det sig, at der er en signifikant interaktion for tid og for gruppe, men ikke for tid*gruppe, hvilket betyder, at disse resultater heller ikke tyder på, at der er en forskel i effekten af ACT for unge og voksne med hensyn til graden af accept. Den procentmæssige forskel mellem unge og voksnes forbedring fra præ- til postscores er på 4 procentpoint. Disse 4 procentpoint forbedrer de voksne sig mere end de unge. Så heller ikke disse resultater peger på en tydelig forskel i effekten af terapien for unge og voksne.

5.1.4.2 Cognitive Fusion Questionnaire

De fremkomne resultater af CFQ viser, at der er en signifikant forskel på unge og voksnes score både i aktivgruppen og i kontrolgruppen. I den procentmæssige opgø-

relse viser det sig, at forskellen mellem unge og voksne er større i kontrolgruppen end i aktivgruppen. Den er faktisk 60 procentpoint større. Det tyder på, at unge både med og uden psykiske lidelser i højere grad end voksne er fusioneret med deres tanker. Dette kan endvidere tyde på, at den naturlige udvikling mindsker fusion. Det, at forskellen er større i kontrolgruppen end i aktivgruppen, kan betyde, at unge i ACT terapi muligvis har særlig gavn af terapien, idet de indhenter noget af den forskel, som ellers er til stede i normalbefolkning. Denne tese kan delvist undersøges via inddragelse af de psykologvurderede præscores. Her ses det, at voksne forbedrer sig 3 procentpoint mere end unge. Dette tyder altså ikke på den store forskel mellem unge og voksnes effekt af ACT i forhold til graden af fusion. Det er dog meget usikre resultater, da de netop ikke er målte, men blot vurderede. De vurderede præscores i kombination med resultaterne fra kontrolgruppen giver dog et billede af, at ACT virker lige så godt for unge som voksne med hensyn til kognitiv fusion.

Resultater uddraget af præ- og postscores viser endvidere en signifikant interaktion for tid samt en interaktion for gruppe. Disse resultater kan tolkes til at betyde, at de signifikante forskelle mellem unge og voksne, der er på scoren i aktivgruppen, skyldes aldersgruppen i sig selv og ikke interventionsformen. Der kan argumenteres for dette idet, der findes en signifikant interaktion for tid og gruppe, men ikke for tid*gruppe. Samlet tyder resultaterne altså på, at unge og voksne opnår samme effekt af ACT i forhold til graden af kognitiv fusion.

5.1.4.3 Five-Facet Mindfulness Questionnaire

Resultaterne omhandlende den samlede score på FFMQ viser umiddelbart ingen signifikant forskel på unge og voksnes postscores hverken for aktiv- eller kontrolgruppen. Den procentmæssige forskel mellem unge og voksne i aktivgruppen er på 14 %, mens den er 11 % for kontrolgruppen. De små forskelle, der er mellem de to grupper, er altså cirka lige stor i interventionsgruppen og normalbefolkningen, hvilket tyder på, at der ikke er forskel på modtageligheden af mindfulness elementer i terapien for unge og voksne. Når de psykologvurderede præscores inddrages i denne diskussion, ses det, at unge forbedrer sig noget mere end voksne fra præ- til postscores. Faktisk forbedrer unge sig med 30 procentpoint mere end voksne. Denne interaktion er dog

ikke signifikant. Med det faktum in mente, at præscoresne er vurderede, menes denne forskel ikke at være nok i sig til at kunne konkludere, at der er forskel på voksnes og unges effekt af mindfulness elementerne i ACT. Der ses kun en signifikant korrelation på FFMQ score, som er i forhold til tid. På baggrund af de samlede resultater kan der dermed ikke konkluderes, at der er en forskel mellem unge og voksnes grad af mindfulness efter et ACT terapiforløb, men hvis der er en forskel, tyder denne på, at unge øger graden af mindfulness mere gennem et terapiforløb end voksne.

På observe subskalaen scorer unge bedre end voksne i aktivgruppen, mens det er lige modsat i kontrolgruppen. Det vil altså sige, at i normalbefolkning er voksne mere observerende end unge, men i de udførte postmålinger er det omvendt. Dette kan antyde, at unge i særlig grad forbedrer sig på denne subskala. Når resultaterne fra præ- og postscores inddrages i diskussionen, ses samme tendens, idet unge forbedrer sig med 22 procentpoint mere end voksne. Disse resultater er dog ikke signifikante, og dermed kun udtryk for en tendens.

På describe subskalaen er der kun en forskel mellem aktiv- og kontrolgruppen på 2 %. Dette tyder altså på, at den forskel, der er på unge og voksne i aktivgruppen, ikke skyldes interventionsformen, da samme forskel findes i normalbefolkningen. På præ- og postmålingerne forbedrer unge sig 13 procentpoint mere end voksne på describe subskalaen. Da præscoresne er vurderede, kan disse data dog ikke bruges til at konkludere noget entydigt, men blot angive, at en eventuel forskel ville være til fordel for de unge.

Resultaterne fra act with awareness subskalaen viser en signifikant forskel på unge og voksnes score både i aktiv og kontrolgruppen. Det vil altså sige, at forskellen fundet i resultaterne for aktivgruppen også er til stede i normalbefolkningen. Procentmæssigt viser det sig, at forskellen mellem unge og voksnes score er større i aktivgruppen end i kontrolgruppen. Der er en forskel på 12 procentpoint. Denne forskel kan muligvis skyldes, at dele af ACT er mindre anvendelige i forhold til at fremme dette element af mindfulness for unge end for voksne. I en diskussion af dette kan de vurderede præscores inddrages. Disse viser, at unge forbedrer sig markant mere end voksne – faktisk med 40 procentpoint. Det vil altså sige, at disse resultater peger i modsatte retning af den oprindelige antagelse. Denne interaktion er dog ikke signifi-

kant. På baggrund heraf synes der ikke at kunne konkluderes noget entydigt i forhold til, hvorvidt den fundne forskel på unge og voksnes score i aktivgruppen skyldes interventionsformens anvendelighed eller andre faktorer.

På nonjudgement subskalaen ses en signifikant forskel mellem unge og voksnes score i aktivgruppen men ikke i kontrolgruppen. Dette kan dermed bakke op om, at den fundne forskel skyldes interventionsformen, da den ikke er til stede i normalbefolkningen. Procentmæssigt viser resultaterne samme tendens, nemlig at der er større forskel på unge og voksnes score i aktivgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Forskellen er faktisk på 34 procentpoint. Dette bidrager til en yderligere validering af, at den fundne forskel mellem unge og voksne har rod i interventionsformen. Når resultaterne fra de vurderede præscores sammenlignes med resultaterne fra aktivgruppen, viser det dog, at unge forbedrer sig med 10 procentpoint mere end voksne, hvilket peger i den modsatte retning. Disse resultater har dog ikke samme validitet som de målte scores, hvorfor det på trods heraf synes legitimt at antage, at der findes en forskel på anvendeligheden af ACT i forhold til at fremme act with awareness hos unge og voksne.

Resultaterne for den sidste subskala i FFMQ, nonreact, viser, at der kun er 1 % forskel på unge og voksnes score i aktivgruppen, mens denne er 11 % i kontrolgruppen. Da begge forskelle er så små og ingen af dem signifikante, kan der ikke konkluderes noget entydigt om denne subskala, men en inddragelse af de vurderede præscores tyder alligevel på, at der er forskelle på anvendeligheden af ACT for unge og voksne med hensyn til denne subskala. Dette kommer til udtryk gennem en mixed ANOVA, hvor der er en signifikant interaktion mellem score og tid*gruppe. Det vil altså sige, at de to grupper er signifikant forskellige, når tid inddrages som variabel. I procent viser denne interaktion sig også tydeligt, idet der i ungegruppen ses en forbedring på 119 %, mens denne er på 33 % for voksne. På trods af at præscoresne er vurderede og dermed meget usikre, giver det i kombination med resultaterne fra kontrolgruppen altså et billede af, at unge har særlig gavn af ACT terapien i forhold til dette element. Den ikkeeksisterende forskel i aktivgruppen synes altså at skyldes, at unge som udgangspunkt scorer lavere på denne subskala, men forbedrer sig mere, hvilket udligner forskelle før terapien samt i normalbefolkningen.

5.1.4.4 Valued Living Questionnaire

På VLQ ses der generelt meget små forskelle mellem unge og voksne, hvilket tyder på, at der ikke er forskel i anvendeligheden af ACT for de to grupper i forhold til værdiarbejdet. På compositeskalaen i VLQ, som er den, der giver det bedste samlede udtryk for skalaen, da den inddrager både værdi- og overensstemmelsesskalaen, ses det, at der i aktivgruppen er en forskel mellem unge og voksnes score på 3 %, mens der ingen forskel er i kontrolgruppen. Samme tendens ses, når de vurderede præscores inddrages. Her forbedrer unge sig med 4 procentpoint mere end voksne. På baggrund heraf kan det konkluderes, at der ikke ses nogen forskel af betydning på, i hvor høj grad henholdsvis unge og voksne er i stand til at leve et værdibaseret liv.

På værdiskalaen scorer unge i aktivgruppen 8 % højere end voksne, mens det er omvendt for kontrolgruppen, hvor voksne scorer 4 % højere end unge. De vurderede præscores tyder på, at scoren falder ved postmålinger for voksne, mens den stiger yderligere for unge, hvilket som tidligere nævnt kan pege på, at værdiarbejdet passer godt ind i den identitetsdannelse, som unge er i gang med, mens den måske kan skabe mere forvirring hos voksne. Denne forskel er dog ikke signifikant og derfor blot udtryk for en mulig tendens.

På overensstemmelsesskalaen scorer voksne i aktivgruppen højest, mens unge scorer højest i kontrolgruppen. Forskellen på aktiv og kontrolgruppen er på 12 procentpoint. Det vil altså sige, at unge på denne subskala kan antages at have et bedre udgangspunkt end voksne, men på trods af dette scorer lavere i aktivgruppen. De vurderede præscores bakker denne tese op. Her ses det, at voksne forbedrer sig med 4 procentpoint mere end unge. Der kan som tidligere nævnt ikke konkluderes noget ud fra vurderede scores, men i kombination med de målte kontrolscores giver det anledning til at overveje, hvorvidt ACT interventionen med unge fører til mindre forbedringer på denne subskala end for voksne.

5.2 Fejlkilder

I udførelsen af undersøgelsen bag nærværende afhandling er der opstået en del fejlkilder, som det er vigtigt at være opmærksom på i tolkningen af de fremkomne resultater.

5.2.1 Sample

Der er særligt mange fejlkilder omhandlende samplet. En af de væsentligste fejlkilder er det lave antal deltagere. Det bevirker, at generaliserbarheden af resultaterne er svækket og gør endvidere som tidligere nævnt, at det er sværere at finde signifikante resultater. Endvidere er det forskelligt, hvor mange sessioner deltagerne har haft både for de klienter, som er afsluttede, og for de, som er i pågående forløb. Dette påvirker både validiteten og reliabiliteten. Den i metodeafsnittet udførte uafhængige t-test viser dog, at der ikke er forskel på antallet af sessioner for henholdsvis unge og voksne, hvilket peger i retning af, at der ikke er store forskelle på deltagerne på dette område. Som yderligere undersøgelse af denne fejlkilde er der udført en korrelations-test, for at teste om der er sammenhæng mellem score på de fire tests og antallet af sessioner (bilag B). Denne test viser, at der ikke er en korrelation mellem antal sessioner og score på de anvendte skalaer. Disse resultater tyder på, at forskelligheden i antallet af sessioner ikke har haft indvirkning på resultaterne af nærværende undersøgelse

En anden fejlkilde, som har at gøre med samplet, er, at antallet af unge og voksne i aktivgruppen er forskelligt. Her er der blot fire deltagere i ungegruppen, mens der er ti i voksegruppen. Ydermere kan det diskuteres, hvorvidt aldersopdelingen er fejlagtig, idet den skelner ved 25 år. Oftest opfattes skellet mellem ung og voksen ved 18 år. Som tidligere nævnt er aldersgruppering valgt af pragmatiske årsager, og et skel ved 18 år havde været mere oplagt, da det er her, der juridisk set skelnes mellem ungdommen og voksenalderen, samtidig er det også den opdeling, der er benyttet i mit tidligere projekt. Dette er en fejlkilde, som det er vigtigt at tage forbehold for i den følgende litterære diskussion, da de anvendte teoretikere benytter andre skel for ungdommen end den benyttede i nærværende afhandling. Endvidere er der i alders-

opdelingen ikke taget hensyn til, at der er forskellige stadier af ungdommen. Oftest inddeles ungdommen i præ-, midt- og senungdom, mens de i nærværende opgave opfattes som samlede. For at undersøge denne fejlkilde er der foretaget en korrelations-test for score på de fire tests og alder (bilag C). Denne test viser, at der kun er en signifikant korrelation for score og alder på CFQ skalaen. Idet denne korrelation ikke er til stede på de andre skalaer, tyder det på, at der ikke er forskel på stadierne i ungdommen med hensyn til psykologisk fleksibilitet. I denne argumentation må der dog tages højde for det meget begrænsede antal unge deltagere, som også kan give en forklaring på den ikkeeksisterende korrelation.

Kønsfordelingen er endvidere skæv, idet blot 13 % af de voksne i aktivgruppen er mænd, mens der ingen unge mænd er i aktivgruppen. I kontrolgruppen er kønsfordelingen ligeledes skæv med 22 % mænd. Til gengæld er disse mænd både repræsenteret i unge- og voksengruppen. For at undersøge om, der er forskel på scoren, er der udført uafhængige t-tests (bilag D). Disse viser, at der ikke er forskel på scoren for mænd og kvinder på de fire anvendte tests. Disse resultater må dog tolkes med forsigtighed, da der er et meget begrænset antal mænd i samplet.

En anden fejlkilde, som har relation til samplet, er, at der ikke findes information omkring årsagen til, at klienterne har været i terapeutiske forløb. Det kan forestilles, at deltagerne har flere forskellige psykiske lidelser, hvilket kan have indvirkning på resultaterne. Ud fra ACTs forståelse af psykiske lidelser antages det dog, at forskelligheden i arten af lidelsen ikke påvirker effekten. Sværhedsgraden af lidelsen kan dog have en indvirkning på, hvor hurtigt klienten oplever bedring. Dette er der heller ingen optegnelser af i nærværende projekt. For sammenlignelighedens skyld havde det være mere optimalt, hvis deltagerne led af samme psykiske lidelser og i nogenlunde samme sværhedsgrad, hvilket i praksis dog ikke har været muligt. Ydermere kan det forestilles, at tidsperioden, hvori deltagerne har lidt af en psykisk lidelse, har indvirkning på virkningen af terapien, og det antal sessioner den givne deltager har brug for. Dette er endnu en fejlkilde, som burde kontrolleres for i fremtidige studier. I nærværende afhandling er det antaget, at arten, sværhedsgraden og varigheden af den psykiske lidelse er sammenlignelig for den unge og den voksne gruppe, hvilket der må stilles spørgsmålstejn ved grundet det lave antal deltagere.

Ydermere kan der stilles spørgsmålstejn ved forudsætningen for sammenligningen af resultater for aktiv- og kontrolgruppen, som er, at forskellen mellem unge og voksne som udgangspunkt er sammenlignelig for aktiv- og kontrolgruppen.

En sidste fejlkilde omhandlende samplet har at gøre med kontrolgruppen. Da den består af undertegnede omgangskreds, betyder det også, at det geografiske område, hvorfra deltagerne stammer, er nogenlunde begrænset til Nord- og Midtjylland, hvorimod aktivgruppen er mere spredt ud over hele landet. Endvidere kan der være en fejlkilde i forhold til, at undertegnede bekendtskaber måske ikke er repræsentative som mennesketyper. Der må derfor tages hensyn til, at kontrolgruppen ikke nødvendigvis er repræsentativ.

5.2.2 Tid

Nogle af projektets fejkilder er opstået på baggrund af manglende tid til udførelsen af undersøgelsen. En af disse er, at der ikke har været tilstrækkelig tid til at lave præmålinger. Det er en af de fejkilder, som har rigtig stor betydning for resultaterne, da det kunne have fjernet nogle af de eksisterende usikkerheder. Som compensation herfor har to af terapeuterne vurderet, hvad klienterne ville have scoret. En anden og måske mindre usikker måde at kompensere herfor er, at deltagerne kunne være blevet spurgt om, hvordan de ville have vurderet sig selv til at score inden terapien. Dette er dog ikke blevet gjort, da idéen først opstod efter deltagerne havde udfyldt spørgeskemaet, og der derfor ikke var tid nok til at kontakte deltagerne igen og bede dem udfylde endnu et spørgeskema. Desuden har denne løsningsmulighed den ulempe, at spørgeskemaet ville blive dobbelt så langt og dermed måske mere uoverskuelig for deltagerne at svare på. De manglende præmålinger har endvidere den konsekvens, at det ikke har været muligt at udregne effektstørrelsen (Cohen's d) for de to grupper, da dette kræver præscores og dertilhørende standardafvigelser. Præscoresne har udover den ulempe, at de er vurderede også den ulempe at de er vurderede samlet og generelt for aldersgruppen, da hverken undertegnede eller psykologerne, på grund af anonymisering, har kendskab til hvilke klienter, der har udfyldt spørgeskemaet. Endvidere er det vigtigt, at tage hensyn til, at det blot er to psykologer, som har vurderet

præscoresne og ikke samtlige af de psykologer, som har bidraget med deltagere til nærværende undersøgelse.

Et andet kompromis, som er indgået på grund af den tidsmæssige deadline på denne afhandling, er, at deltagerne har gået i terapi ved op til syv forskellige psykologer. Hvis tidslinjen for afhandlingen var længere, ville det være muligt kun at benytte deltagere fra en eller to psykologer, fordi der i så fald var mulighed for at vente, til de udvalgte psykologer havde haft nok klienter. Det, at deltagerne har været i terapi ved flere forskellige psykologer, kan betyde, at formen på terapien måske har afvejet.

En yderligere fejlkilde i forbindelse med den tidsmæssige begrænsning er, at det på grund af så få deltagere har været nødvendigt også at inkludere klienter, som har været i pågående forløb. Det er altså forskelligt, hvorvidt deltagerne har afsluttet et terapiforløb, eller om de er i et pågående forløb. Samtidig har det på grund af anonymitet ikke været muligt at afgøre hvilke deltagere, der er afsluttede, og hvilke, der stadig er i et forløb. Optimalt set havde alle deltagere enten afsluttet deres forløb eller haft samme antal sessioner.

5.2.3 Spørgeskema

Sidst synes der at være en række fejlkilder forbundet med spørgeskemaet og de anvendte tests. Når der anvendes elektroniske spørgeskemaer, indebærer det den fejlkilde, at nogle af spørgsmålene kan være forstået forkert. Blandt kontrolgruppen er der kommet flere reaktioner på, at dele af spørgeskemaet var svære at udfylde. Her blev FFMQ nævnt, da flere af spørgsmålene er vendt om, og det derfor skaber usikkerhed omkring, hvordan der skal svares. Endvidere er der kommet kommentarer både for aktiv- og kontrolgruppen angående overensstemmelsesdelen i VLQ. Her har tvivlen gået på, om der skal svares på hvor mange værdiladede handlinger, der er udført. Eller, som det er meningen, at deltageren scorer eksempelvis 10 på overensstemmelsesskalaen, hvis deltageren ikke finder en værdi i et domæne og ikke har udført handlinger i overensstemmelse med denne værdi. De deltagere, som har kommenteret dette, har dog valgt at udfylde skemaet efter sidst nævnte mulighed og

dermed i henhold til intentionen med testen. Composite skalaen kompenserer dog i en vis grad for eventuelle fejl i besvarelsen af overensstemmelsesskalaen, da den netop vægter handlingerne ud fra, hvorvidt disse har værdi for deltageren.

En anden fejlkilde i forbindelse med spørgeskemaet er, hvorvidt testene egentlig måler de elementer i ACT, som det var intentionen, at de skulle. De fleste af testene er udviklet til ACT, hvilket eliminerer denne usikkerhed. Dette er gældende for AAQ-II, CFQ, og VLQ, mens FFMQ er udviklet til at måle på mindfulness og altså ikke specifikt til elementerne selvet som kontekst og kontakt med nuet. Selvet som kontekst, der gennem den teoretiske redegørelse fandtes at omhandle observation af selvet og mindre opmærksomhed mod de vurderende og fordømmende tanker, synes særligt at kunne stemme overens med subskalaerne observe samt nonjudgement i FFMQ. Observe indebærer opmærksomhed mod interne og eksterne oplevelser, mens nonjudgement karakteriseres ved, at individet indtager en ikke-evaluerende indstilling til egne tanker og følelser (Baer et al, 2008, p. 330). Kontakt med nuet omhandler fuldstændig opmærksomhed i nuet samt engageret tilstedeværelse og handlinger. På baggrund heraf synes særligt act with awareness, observe og til dels også describe at stemme overens hermed. Observe, som er beskrevet ovenfor, synes at stemme overens med kontakt med nuet, idet de begge indebærer fuldstændig opmærksomhed i et givet øjeblik. Act with awareness indebærer opmærksomhed mod de handlinger, som finder sted i øjeblikket og en bevidsthed omkring disse, og stemmer dermed overens med engageret tilstedeværelse og handlinger, som er en del af kontakt med nuet. Slutteligt synes describe subskalaen også at kunne have relation til kontakt med nuet, idet der kan benyttes en beskrivelse af ydre og indre stimuli i forsøget på at komme i kontakt med nuet, hvilket er karakteristisk for describe subskalaen.

En sidste fejlkilde i forbindelse med spørgeskemaet er, at der kan være en diversitet i forhold til, hvor lang tid efter et endt terapiforløb deltagerne har udfyldt spørgeskemaet. Det kan altså være at nogle af besvarelsene nærmere er udtryk for follow-up målinger frem for postmålinger, hvilket kan have indvirkning på besvarelsene og dermed resultaterne. Det kunne endvidere være relevant at medtage denne information i en eventuel fremtidig undersøgelse af større skala.

På baggrund af de ovenfornævnte fejlkilder må det konkluderes, at nærværende pilotprojekts resultater er usikre. På trods heraf vil resultaterne i det følgende afsnit diskuteres ud fra eksisterende litteratur. Dette gøres dels, da der er mulighed for, at resultaterne kunne være de samme i en mere fejlfri undersøgelse, og dels da en litterær diskussion synes at kunne understøtte de fundne resultater. I den litterære diskussion må der dog tages forbehold for de nævnte fejlkilder.

5.3 Litterær diskussion

I følgende afsnit vil afhandlingens resultater diskuteres i forhold til forskellige eksisterende teorier. Disse teorier vil være opdelt i tre grupperinger, som er kognitiv udviklingspsykologi, psykoanalytisk udviklingspsykologi samt eksistentiel psykologi. Disse positioneringer er valgt, da de synes at udgøre en vis bredde i forhold til deres videnskabsteoretiske grundlag. Den kognitive udviklingspsykologi synes oplagt at inddrage, da ACT er en kognitiv terapiretning. Denne gruppering vil repræsenteres ved Jean Piaget og suppleres af Lev S. Vygotsky. Den psykoanalytiske teori er inddraget, da den er meget fremtrædende indenfor udviklingspsykologi. Selvom det ikke umiddelbart er oplagt at diskutere en kognitiv terapiform ud fra psykoanalytisk teori, synes det at bidrage til en bredere diskussion og endvidere at kunne bidrage med relevante forklaringer på resultaterne. Denne teorigruppering er i nærværende diskussion repræsenteret ved Erik H. Erikson samt Heinz Kohut. Den eksistentielle psykologi er valgt inddraget, da den synes at have mange lighedspunkter med ACT. Både idet de begge forstår lidelse som et grundvilkår for den menneskelige eksistens, men også, idet begge terapiformer har særligt fokus på vigtigheden af, at individet foretager valg og handlinger, som er meningsgivende. Inddragelsen af disse tre positioneringer er med til at udbrede emnet og dermed få et bredere perspektiv på de fundne resultater.

Formålet med den litterære diskussion er endvidere at undersøge mulige teoretiske forklaringer på de empiriske resultater og dermed koble teori med praksis. Teoretiske forklaringsmuligheder synes at være relevante for praksis, idet de kan have betydning for, hvordan interventionen bedst formes. Endvidere er den litterære diskussion relevant, idet de teoretiske inddragelser kan være med til enten at underbygge

eller udfordre de fundne empiriske resultater. Afsnittet vil være opbygget således, at der tages udgangspunkt i de seks kerneprocesser i ACT, som er *Accept*, *Defusion*, *Selvet som kontekst*, *Kontakt med nuet*, *Værdier* samt *Engageret handling*. Værdier samt engageret handling vil indgå i samme afsnit, da de begge måles via VLQ. Indenfor hver kerneprocess opsummeres kort, hvad undersøgelsens resultater viser, hvorefter resultaterne diskuteres i forhold til den inddragede teori. I den følgende litterære diskussion er det, som nævnt i afsnittet ”Fejlkilder”, vigtigt at tage hensyn til, at ungdomsårene i nærværende afhandling spænder bredere end i de inddragede teorier. Desuden er det generelt vigtigt i diskussionen af resultaterne at tage forbehold for de fejlkilder, som er opstået i forbindelse med udførelsen af nærværende undersøgelse.

5.3.1 Accept

Resultaterne om accept opgøres ved hjælp af AAQ-II. Desuden synes nonjudgement som tidligere nævnt, at kunne give et udtryk for graden af accept. Ligeledes synes nonreact subskalaen i FFMQ også at kunne give et mål for graden af accept. Nonreact indebærer, at individet tillader, at tanker og følelser kommer og går og ikke lader sig fange af disse (Baer et al, 2008, p. 330), hvilket indgår som en del af accept, som det forstås i ACT. Resultaterne peger overordnet på, at graden af accept generelt er lavere for unge end for voksne. Dog viser resultaterne ydermere, at der ikke synes at være forskel på effekten af ACT for unge og voksne i forhold til graden af accept. På nonjudgement skalaen tyder de overordnede resultater ligeledes på, at unge generelt scorer lavere på denne skala, men resultaterne peger endvidere på, at unge har sværere ved at inkorporere denne del af terapien. Resultaterne for nonreact subskalaen tyder ligeledes på, at unge i udgangspunktet har en lavere grad af accept. Resultaterne tyder modsat nonjudgement subskalaen dog på, at unge har særlig gavn af terapien og forbedrer sig mere end voksne gennem et terapiforløb på denne subskala.

I en diskussion af disse resultater kan Erik H. Eriksons egopsykologi inddrages. Eriksons udviklingsteori består af otte aldre, hvoraf ungdommen er den femte og kaldes for *Identitet kontra sammenblanding af roller*. Hver udviklingsfase indebærer en krise. Krisen i ungdommen er identitetsforvirring. Erikson påpeger i sin teoretise-

ring, hvordan en stor del af ungdommen på grund af identitetsdannelsen er præget af bekymringer omkring, hvad andre mener om én. Den i ungdommen tilstedeværende krise bevirker, at unge i et forsøg på at undgå identitetsforvirring identificerer sig så meget med en klike, at de mister fornemmelsen for deres egen identitet. Denne gruppekultur bliver meget vigtigt for de unge at indgå i for at undgå identitetsforvirring. Erikson påpeger endvidere, at unge som adskiller sig fra gruppens identitet fordømmes og udelukkes af gruppen. Det vil altså sige, at unge, som adskiller sig fra andre, udelukkes af den gruppe, som opfattes som en stor del af deres identitet (Erikson, 1997, pp. 245-247). Denne optagethed af at passe ind, som ifølge Erikson er karakteristisk for ungdommen, synes at stå i stor kontrast til accept, som netop handler om at acceptere sig selv, men også sine tanker og følelser. Det synes vanskeligt at acceptere egne tanker og følelser, hvis fokus er på at være som andre. Endvidere kan der argumenteres for, at de konstante bekymringer for, hvad andre tænker om en, ligeledes står i modsætning til accept af egne tanker og følelser. Ud fra et egopsykologisk perspektiv kan der altså argumenteres for, at unge på grund af en optagethed af gruppetilhørsforhold vil have en lavere grad af accept end voksne.

Ud fra Eriksons teori kan det endvidere forklares, hvorfor der på netop non-judgement skalaen ses en signifikant forskel for aktivgruppen, men ikke for kontrolgruppen. Ifølge Erikson dannes identiteten gennem en selvbedømmelse, som tager udgangspunkt i oplevelsen af, hvordan signifikante andre bedømmer én. Det vil altså sige, at den unge dømmer sig selv ud fra, hvordan han/hun tror andre, tænker om én (Erikson, 1968 p. 21). Med udgangspunkt heri kan det forestilles, at en psykisk lidelse i ungdommen vil føre til yderligere selvbedømmelse end ellers, idet det for den unge med en psykisk lidelse højst sandsynligt vil opfattes som, at andre vil bedømme én negativt på grund af en psykisk lidelse. Det kan hermed betyde, at unge, som udvikler en psykisk lidelse, i højere grad end voksne dømmer sig selv. Hermed kan det også forklares, hvorfor præ- og postscoresne peger på en sammenlignelig effekt for unge og voksne. Det vil altså sige, at unge generelt er mere fordømmende overfor sig selv, og at denne fordømmelse øges betydeligt mere for unge, som udvikler en psykisk lidelse end for voksne, men at ACT terapien har samme effekt for de to grupper.

I dele af den eksistentielle psykologi er der særligt fokus på det, der kaldes for eksistensens grundvilkår. Her pointeres det blandt andet, at kriser og lidelser er

grundvilkår for den menneskelige eksistens, ligesom det påpeges i ACT (Jacobsen, 1998, 9. 48ff). Det pointeres endvidere, at individet må se disse grundvilkår i øjnene og imødegå dem med fuld åbenhed. Kun ved at møde verden frit og åbent kan individet skabe et godt og frit liv uden angst for disse grundvilkår (ibid., p. 50f). I en artikel af Douglas J. Hacker (1994) pointeres det, at det netop i ungdommen er særligt svært at acceptere lidelse og særligt døden. Ungdommen ses ofte som netop det modsatte af dette grundvilkår – altså som karakteristisk for vitalitet og liv (ibid., p. 315). Med baggrund heri kan der argumenteres for, at det generelt for unge er sværere at acceptere lidelse og død som et grundvilkår for den menneskelige eksistens, hvilket kan forklare den generelle lavere grad af accept hos unge sammenlignet med voksne i nærværende undersøgelse. Endvidere kan det forestilles, at unge, som netop bliver ramt af lidelse i denne periode, som de unge i nærværende undersøgelses aktivgruppe har oplevet, i særlig grad vil have svært ved at acceptere denne del af livet. Dette kan muligvis forklare, hvorfor unge forbedrer sig mindre på AAQ-II gennem et terapiforløb end voksne, omend denne forskel er lille.

Piagets teoretisering synes ikke umiddelbart at omhandle accept, men den synes alligevel at kunne bidrage med et perspektiv herpå. Piagets teoretisering kan groft opdeles i to. Den ene er hans skemateori, mens den anden er hans udviklingsteori. I nærværende diskussion vil der tages udgangspunkt i Piagets udviklingsteori. Denne er opdelt i fire stadier, som er det sansemotoriske -, det præoperationelle -, det konkret-operationelle – og det formelt-operationelle stadium (Piaget, 2000, 150f). Af interesse for nærværende afhandling er særligt det formelt-operationelle stadium, som omhandler den kognitive udvikling fra cirka 12 års alderen og op. Dette stadium er særligt præget af, at den unge bygger systemer og teorier ud fra sine tanker. Den unge afprøver efterfølgende disse systemer og hypoteser. Ungdommen adskiller sig endvidere ved, at den unge er i stand til at drage konklusioner uden direkte iagttagelser (Piaget, 2000, pp. 61-63). Piaget pointerer ydermere, hvorledes ungdommen er præget af egocentrisitet, som er opdelt i to. Dels er der en egocentrisk tænkning, men Piaget benævner også en følelsesmæssig egocentrisitet, som er den, der synes at have relation til accept. Den følelsesmæssige egocentrisitet i ungdommen adskiller sig fra den, Piaget beskriver i barndommen, idet den i ungdommen er bevidst og i højere grad er præget af høje tanker om sig selv samt storhedsideer. (Piaget, 2000, p. 65f). Dette aspekt af ungdommen har ikke direkte relation til accept, men det kan tænkes,

at unge, som udvikler en psykisk lidelse, vil opleve en brist i deres egocentrisitet. Det kan altså forestilles, at unge har særligt svært ved at acceptere egne svagheder, som bliver synlige på grund af en psykisk lidelse, da de udviklingsmæssigt er i en periode med meget høje tanker om sig selv. Piagets teori synes altså ligesom Eriksons teori at kunne underbygge, at unge, som udvikler en psykisk lidelse i højere grad end ellers, er selvfordømmende.

De inddragede teorier synes ikke umiddelbart at kunne forklare, hvorfor forskellen mellem unge og voksne er mindre i aktivgruppen end i kontrolgruppen på AAQ-II. Piaget nævner dog, hvordan personligheden i de voksnes verden er et produkt af den rolle, individet spiller i samfundet (Piaget, 2000, p. 65). Dette er en pointe, som også Erikson fremlægger. Erikson pointerer, hvorledes der i ungdommen eksperimenteres med de roller, som samfundet tilbyder, hvorefter individet i voksenalderen er mere fastlagt i sine roller. En af de vigtigste roller er ifølge Erikson den beskæftigelsesmæssige identitet (Erikson, 1997, p. 245f). I forlængelse heraf kan det tænkes, at det kan være svært for voksne med psykiske lidelser at fastholde denne essentielle rolle, da psykisk lidelse ofte besværliggør fuld deltagelse på arbejdsmarkedet. Ydermere må det pointeres, at netop deltagelse på arbejdsmarkedet i høj grad forventes i nutidens samfund. Hermed kan det forestilles, at voksne med psykiske lidelser har særlige vanskeligheder med at modtage accept fra samfundet og ligeledes acceptere sig selv, da det ikke formår at udfylde sin rolle på arbejdsmarkedet. Med baggrund heri kan det tænkes, at voksne, som udvikler en psykisk lidelse, vil have en tilsvarende lav grad af accept, hvilket kan være med til at forklare den mindre procentmæssige forskel i aktivgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Det vil altså sige, at i normalbefolkningen har unge generelt en lavere grad af accept end voksne, men når voksne udvikler en psykisk lidelse, falder de muligvis procentmæssigt mere end unge i forhold til AAQ-II, fordi de mister anerkendelsen fra det omkringliggende samfund og får sværere ved at acceptere sig selv, mens unge falder procentmæssigt mere på nonjudgement subskalaen, da de i særlig grad er selvfordømmende.

De ovenstående tre teoripositioneringer synes alle at kunne bidrage med relevante forklaringer på nærværende afhandlings resultater. En kombination af de inddragede teorier synes at bekræfte tesen om, at unge generelt har en lavere grad af accept end voksne. Endvidere synes det plausibelt, at unge, som udvikler en psykisk lidelse, i

højere grad er selvførdømmende, mens voksne, der udvikler en psykisk lidelse, kan opleve særlige vanskeligheder med accept af egne svagheder. Resultaterne peger dog på, at bedringen for henholdsvis unge og voksne, som har været i et ACT terapiforløb, er sammenlignelig.

5.3.2 Defusion

Graden af defusion opgøres ved hjælp af CFQ, og resultaterne peger på, at graden af fusion generelt er højere for unge end for voksne, samt at det ikke er interventionsformen der ligger til grund for forskellen i postscores.

Disse resultater kan blandt andet diskuteres ud fra et kognitivt perspektiv i form af Jean Piaget. I det formelt-operationelle stadium sker en udvikling af de kognitive evner fra tidligere at være konkretfunderede til at blive abstrakte. Det, at de kognitive evner i ungdommen er abstrakte, betyder, at tænkningen er fri, og evnen til refleksion udvikles (Piaget, 2000, pp. 61-63). Disse evner synes at være nødvendige for at kunne frigøre sig af kognitiv fusion, idet defusionsarbejdet ofte er en smule abstrakt og videre kræver selvrefleksion. Piaget hævder endvidere, at fri tænkning og – refleksion medfører, at unge i høj grad og med lethed danner sig illusioner om fremtiden, som ofte ikke har sammenhæng med virkeligheden (ibid., p. 61). Denne forestillings-evne synes i høj grad at være det, som danner grundlag for fusionen, idet fusion netop er karakteriseret ved en optagethed af tanker frem for realiteter. I Piagets teoretisering pointeres det ydermere, at ungdommen er præget af egocentrisitet, som i henhold til tænkningen har den indvirkning, at den frie refleksion i ungdommen forstås som almægtig og altså ikke blot som forestillinger. Det pointeres i forlængelse heraf, at de systemer eller teorier, som den unge opbygger på baggrund af den frie refleksion, forstås som mere virkelige end realiteterne (ibid., p. 64). Det vil altså sige, at tanker i ungdommen har en særlig magt over individet og er langt sværere at defusionere sig fra. I slutningen af ungdommen vil der opnås en ligevægt, hvor individet i højere grad tilpasser sine tanker til erfaringen end omvendt (ibid.). Så selv om voksne har samme evne til fri refleksion, vil tænkningen ikke blive tillagt samme betydning og sandhedsværdi. På baggrund heraf synes Piagets teori at kunne forklare den

fundne forskel mellem unge og voksne og endvidere pege i samme retning som resultaterne, som viser en generelt højere grad af fusion for unge end for voksne.

Dette perspektiv synes at kunne udbygges ved hjælp af Lev S. Vygotskys udviklingsteori. Ifølge Vygotsky udvikles forestillingsevnen (imagination) og evnen til rationeltænkning (reason) nemlig uafhængigt af hinanden og på en sådan måde, at der i ungdommen er en kløft mellem disse. De udvikles begge eksponentielt, men udviklingen af rationeltænkning starter senere, hvorfor den unge har en veludviklet forestillingsevne, mens den rationelle tænkning endnu ikke er fulgt med (Vygotsky, 2004, p. 33). Det betyder, at den unge kan forestille sig ting på stort set samme niveau som voksne, men tror mere på sine forestillinger og har mindre kontrol over dem. I voksenalderen følger forestillingsevnen og den rationelle tænkning hinanden (ibid., p. 34). Denne teori kan anvendes på fusionsbegrebet i ACT, da defusion netop handler om at adskille sig selv fra sine forestillinger og tanker. Med udgangspunkt i Vygotskys udviklingsteori kan der altså argumenteres for, at unge i højere grad er fusioneret med deres tanker og forestillinger, da den rationelle tænkning er forsinket i udviklingen og dermed skaber et rum for frirum for forestillingsevnen. Det giver hermed en mulig forklaring på den fundne forskel mellem unge og voksnes score på CFQ og støtter dermed tesen om, at unge generelt er mere fusionerede med tanker og følelser.

Ydermere kan den eksistentielle psykologi bidrage til en diskussion af de fundne resultater. I eksistentiel psykologi forstås ungdommen ligeledes som en periode, hvor abstrakt tænkning bliver mulig og dermed også benyttes mere og mere. Med den abstrakte tænkning følger endvidere muligheden for refleksion. Ifølge den eksistentielle psykologi omhandler unges refleksion særligt deres selvkoncept. Det medfører mange refleksioner om fremtiden (Hacker, 1994, p. 305). Refleksioner om fremtiden synes at kunne føre til øget fusion, da det netop er den form for planlægning og forudsigelse af fremtiden, som er kendetegnet ved fusion. Det vil altså sige, at den abstrakte tænkning, som i ungdommen omhandler individets selvkoncept, kan tænkes at kunne forklare, hvorfor unge i højere grad end voksne er fusioneret med deres tanker.

De ovenforstående teorier synes i høj grad at kunne kombineres i en styrkelse af formodningen om en generelt højere grad af fusion hos unge, hvilket styrker de fundne resultater, som påpeger, at effekten af ACT dermed er sammenlignelig for unge og voksne. Den psykoanalytiske udviklingspsykologi synes ikke umiddelbart at kunne forklare resultaterne omhandlende defusion.

5.3.3 Selvet som kontekst

Som argumenteret for under afsnittet ”Fejlkilder” kan selvet som kontekst opgøres via subskalaerne observe og nonjudgement i FFMQ. Resultaterne indenfor disse subskalaer synes at være tvetydige. De peger dog i retning af, at unge generelt er mindre fleksible i forhold til selvet som kontekst. Unge synes at gavne særligt at de observerende elementer lært gennem ACT, mens den ikke-dømmende indstilling til sig selv er sværere for dem at inkorporere.

Teoretisk synes den generelt lavere grad af fleksibilitet i forhold til elementet selvet som kontekst blandt andet at kunne forklares ud fra Piagets teoretisering. Ifølge Piagets kognitive udviklingsteori sker der i ungdommen en mangedobbelthed af færdigheder i forbindelse med overgangen fra konkret til formel tænkning, hvilket i begyndelsen af ungdommen virker forvirrende på tænkningen, men som senere virker forstærkende (Piaget, 2000, p. 60). Det kan forestilles, at den momentalle forvirring, som unge oplever, kan mindske evnen til at være observerende og opmærksom i øjeblikket. Ligeledes kan udviklingen af den formelle tænkning, som gør den frie refleksion mulig, gøre det sværere blot at være observerende, idet tankerne i højere grad vil kunne vandre (ibid.). Det betyder, at den unge også i højere grad vil kunne associere, hvilket bringer individet væk fra det givne øjeblik. På baggrund heraf kan der argumenteres for, at det formelt-operationelle stadium fordrer manglende kontakt med selvet som kontekst.

Den eksistentialistiske psykologi pointerer i forlængelse heraf, at der i ungdomsårene er særligt fokus på abstrakt tænkning, da det er gennem denne, der opnås forståelse for individets selvkoncept (Hacker, 1994, p. 305). Abstrakt tænkning synes at stå i modsætning til det observerende element i ACT, da der her er fokus på at være

opmærksom på konkrete hændelser og fornemmelser. Det øgede fokus på det abstrakte står altså i modsætning til at være observerende på sig selv og sine omgivelser, hvilket kan forklare, hvorfor unge generelt scorer lavere på observe subskalaen og dermed oplever mindre fleksibilitet i forhold til elementet selvet som kontekst i hexaflex modellen.

Tendensen til, at unge i højere grad evaluerer og dømmer egne tanker og følelser, synes at kunne forklares ud fra Eriksons ego-psykologi. Her pointeres det ligesom tidligere nævnt, hvorledes identitetsdannelsen, som finder sted i ungdommen, er præget af en bedømmelse af sig selv, som skabes gennem måden, hvorpå andre bedømmer én (Erikson, 1968, p. 21). Med udgangspunkt i Eriksons teori kan det som tidligere nævnt endvidere forestilles, at en psykisk lidelse i denne periode øger usikkerheden omkring ens identitet og derfor fører til yderligere bedømmelse af sig selv. Antagelsen om, at forklaringen skulle findes i terapiformen, synes mindre plausibel, idet det modsatte er tilfældet for observe subskala, som ligeledes giver et mål for selvet som kontekst, og da præscoresne ligeledes peger i modsatte retning. Disse peger på, at unge faktisk forbedrer sig mere end voksne på nonjudgement skalaen. Det vil altså sige, at det med udgangspunkt i resultaterne og Eriksons teoretisering tyder på, at unge generelt er mere evaluerende og dømmende overfor egne tanker og følelser, hvilket mindsker fleksibiliteten i forhold til elementet selvet som kontekst. Diskussionen peger endvidere i retning af, at en psykisk lidelse i netop denne periode vil føre til en øget fordømmelse af sig selv, hvilket kan forklare den signifikante forskel fundet mellem unge og voksnes postscores. Hermed kan Erikson bidrage til en forklaringen af de vurderede præscores, samt forklare hvorfor forskellen mellem unge og voksne kun er signifikant for aktivgruppen og ikke for kontrolgruppen.

Umiddelbart synes det vanskeligt at inddrage Heinz Kohuts selvpsykologi i nærværende afhandling, da teorien omhandler udviklingen af selvet i den tidlige barndom, mens nærværende afhandling har fokus på ungdommen. I en artikel af Ernest S. Wolf, John E. Gedo og David M. Terman (1972) bliver det dog foreslået, at ungdommen er en vigtig periode i udviklingen af selvet set fra et selvpsykologisk perspektiv. Det påpeges, at der i ungdommen er behov for opbyggelse af et nyt ego-ideal, idet forældrene ikke kan forblive i den idealiserede tilstand (ibid., p. 267f). Den idealiserede instans af selvet er det, som leverer individets selvbillede, hvilket

skabes gennem en sammenligning med andre (Thielst, 1998, p. 41). Det vil altså sige, at idet de unge skal skabe deres ego-ideal, er de i høj grad optaget af at evaluere og vurdere sig selv i forhold til andre. Hermed synes der at kunne dannes en tråd til manglende kontakt med selvet som kontekst, som er karakteriseret ved en overidentifikation med vurderinger og evalueringer af sig selv. Idet ego-idealet dannes gennem vurderinger og evalueringer af sig selv i forhold til andre, synes det plausibelt, at der er en særlig risiko for at overidentificere sig med disse vurderinger og evalueringer i netop ungdommen. Der kan altså argumenteres for, at dannelsen af et ego-ideal skaber en risiko for at overidentificere sig med vurderinger og evalueringer af sig selv. Det vil sige, at med baggrund i Kohuts selvpsykologi synes det plausibelt, at unge i højere grad end voksne vil have en naturlig tendens til at identificere sig med vurderinger og evalueringer af sig selv og derved have en svækket kontakt til selvet som kontekst.

Ovenforstående teorier synes til sammen at bakke op om tesen omkring, at unge generelt er mindre psykologisk fleksible i forhold til elementet selvet som kontekst. Eriksons teori bidrager endvidere til en forklaring på de ellers tvetydige resultater på nonjudgement subskalaen, som peger på, at unge generelt er mere fordømmende overfor sig selv, og at denne fordømmelse øges mere ved udviklingen af en psykisk lidelse end hos voksne, da det er en del af identitetsdannelsen. Denne litterære diskussion sammenholdt med resultaterne peger altså på, at effekten af ACT er sammenlignelig for unge og voksne med psykiske lidelser og måske endda bedre for unge end for voksne.

5.3.4 Kontakt med nuet

Kontakt med nuet opgøres i nærværende afhandling ved hjælp af subskalaerne act with awareness, observe og describe i FFMQ. Resultaterne fra de tre subskalaer peger på, at unge generelt har mindre kontakt med nuet, men at ACT interventionen kompenserer for dette, og at de unge oplever en større bedring i forhold til dette element end voksne.

Teoretisk synes den lavere grad af kontakt med nuet, som unge generelt oplever, blandt andet at kunne forklares ved hjælp af kognitiv udviklingspsykologi. Piagets kognitive teori kan forklare den lavere grad af kontakt med nuet ud fra den mange-dobbelthed af evner, som sker i ungdommen, hvilket virker forstyrrende på tænkningen og følelseslivet (Piaget, 2000, p. 60) Det, at tænkningen, men også følelseslivet, i starten af ungdommen er forstyrret, kan forestilles at vanskeliggøre tilstedeværelsen i øjeblikket, da opmærksomheden i stedet vil være rettet mod tænkningen. Ligeledes kan udviklingen af den formelle tænkning, som indbefatter evnen til fri spontan refleksion, tænkes at vanskeliggøre tilstedeværelsen i øjeblikket både i form af tanker og handlinger (ibid., p. 62f). Dette kan der argumenteres for, idet den frie refleksion netop flytter opmærksomheden fra det givne øjeblik til enten fortiden eller fremtiden. Det er en evne, der selvfølgelig også er udviklet hos voksne, men der er ifølge Piaget mere opmærksomhed mod den i ungdommen, da det er en ny evne, som derfor skal ”undersøges” (ibid., p. 63).

Den lavere grad af kontakt med nuet hos unge kan endvidere forklares ud fra en undersøgelse af Eriksons personlighedsteori. Gerald R. Adams, Kitty G. Abraham og Carol A. Markströms har undersøgt nogle af argumenterne i Eriksons teori. Heriblandt har de undersøgt forholdet mellem identitet, selvbevidsthed og selvfokusering. Den empiriske undersøgelse peger blandt andet på, at selvbevidstheden først udvikles i den sene ungdom (Adams et al, 1987, p. 296). Selvbevidsthed forstås ifølge Erikson som en opmærksomhed mod sig selv, hvilket indebærer ens emotionelle tilstand samt ens opfattelse af sig selv (ibid., p. 292f). Det vil altså sige, at evnen til at agere med bevidsthed og også være bevidst til stede først er fuldt udviklet i den sene ungdom, hvilket kan forklare, hvorfor unge scorer lavere på de skalaer, som måler på kontakt med nuet.

Resultaterne viser som tidligere nævnt, at unge forbedrer sig mere end voksne i forhold til elementet kontakt med nuet. Den eksistentiale psykolog synes at kunne inddrages i en mulig forklaring herpå. For på trods af at ovenstående afsnit argumenterer for, hvorfor unge i lavere grad er i kontakt med nuet, så kan eksistentialismen benyttes til at argumentere for, at de har evnen til at komme i kontakt med nuet. I eksistentialismen er der som tidligere nævnt fokus på, at den abstrakte tænkning udvikles i ungdommen. Det er en form for tænkning, som i høj grad benyttes i

ACT både i forbindelse med metaforer, men også til at øge graden af mindfulness (Hacker, 1994, p. 305). Det kan forestilles, at virkningen af den terapeutiske intervention forstærkes og øges yderligere, idet den skubber i samme retning som den naturlige udvikling. Et yderligere argument for dette perspektiv kan være, at det falder de unge lettere at tænke abstrakt i forbindelse med den terapeutiske intervention, fordi de i forvejen er i gang med en naturlig udvikling, som fordrer dette, mens voksne måske er mindre bevidste omkring evnen til abstrakt tænkning, fordi denne evne er mere etableret og har været det i mange år. Det vil altså sige, at det udviklingsmæssigt kan være et godt tidspunkt at arbejde med den abstrakte tænkning, hvilket kan være det der kommer til udtryk i resultaterne.

Dette perspektiv kan endvidere støttes af Piagets kognitive udviklingsteori. Her er der fokus på udviklingen af det, Piaget kalder for den formelle tænkning, der som tidligere nævnt gør fri refleksion mulig, hvilket ligesom der blev argumenteret for herover er noget af det, der benyttes i ACT terapien (Piaget, 2000, p. 62f). Som beskrevet ovenfor kan det tyde på, at ungdommen er en periode, som udviklingsmæssigt er særligt kompatibelt med ACT interventionen og særligt med indførelsen af mindfulness. Således kan den større forbedring for unge på disse subskalaer altså forklares ud fra den kognitive udvikling, som finder sted i ungdommen.

Opsummerende synes Piaget og Eriksons teorier til sammen at bakke op om tesen omkring, at unge generelt har sværere ved at være i kontakt med nuet. Piaget kan i sammenhæng med den eksistentielle psykologi endvidere støtte resultaterne og dermed give en pejling på, at unge opnår en større effekt af terapien i forhold til elementet kontakt med nuet. Resultaterne i forhold til subskalaen *act with awareness* viser, at unge forbedrer sig mere på denne subskala end voksne, men på trods heraf er der større forskelle på unge og voksne i aktivgruppen end i kontrolgruppen. Dette resultat peger i relation til de andre resultater på, at udviklingen af en psykisk lidelse hos unge gør det sværere at agere med opmærksomhed, end det gør for voksne. Ingen af de inddragede teorier synes umiddelbart at kunne give en forklaring herpå.

5.3.5 Værdier samt Engagerede handlinger

Værdier opgøres via værdiskalaen i VLQ, mens engageret handling opgøres ved hjælp af overensstemmelses- og composite skalaen. Resultaterne fra denne test er noget tvetydige, idet resultaterne for værdiskalaen viser, at voksnes score falder, mens den stiger for unge. Modsat ser det ud på overensstemmelsesskalaen, hvor voksne forbedrer sig mere end unge, mens unge scorer højest i kontrolgruppen. For composite skalaen er der ingen forskel mellem unge og voksne. I fortolkningen og forklaringen af disse resultater er det vigtigt at påpege, at også forskellene for overensstemmelsesskalaen er meget små.

I den eksistentielle psykologi pointeres det, hvordan det for unge kan være umuligt at finde mening i livet på grund af en udviklingsmæssig fremmedgørelse overfor omgivelserne og samfundet generelt (Hacker, 1994, p. 316). Med baggrund i denne pointe synes det kontraintuitivt at arbejde med værdier i terapien med unge, da værdierne har til formål at skabe en mening. Det kan dermed forklare, hvorfor de unge ikke formår at leve i overensstemmelse med deres værdier i lige så stor grad som voksne. Den eksistentielle psykologi antager endvidere, at des ældre individet er, des mere vil det være i stand til at tage valg på baggrund af personligt holdte værdier, hvilket endvidere kan være med til at forklare den lavere score på overensstemmelsesskalaen for unge. Ydermere pointeres det, at et dilemma, som kan opstå i arbejdet med unge, er, at forældrene ikke altid tillader den unge at handle efter egen overbevisning, hvilket også er en pointe, som må medtænkes i resultaterne.

Erikson pointerer, at identitetsdannelsen er oprørsk i ungdommen og er en del af en naturlig krise (Erikson, 1968, p. 28f). I forsøget på at finde frem til sin identitet afprøver unge forskellige identiteter, og ofte vil en afprøvning af de identiteter, som i barndommen fremhæves som uønskede og endog farlige, finde sted. Dette sker som led i det Erikson kalder for moratorium, som er et særligt frirum, som det er vigtigt at give plads til i ungdommen (Mortensen, 2006, p. 106f). Værdier, som disse forstås i ACT, synes i høj grad at være koblet til identiteten. På baggrund heraf kan det forestilles, at unge, som er midt i en oprørsk identitetsdannelse, er mere usikre omkring deres værdier og dermed har sværere ved at leve i overensstemmelse med dem. Hermed kan den lavere score på overensstemmelsesskalaen for unge forklares. Dette kan

ydermere forklare, hvorfor unge i kontrolgruppen scorer lavere end voksne på værdiskalaen. Der kan med udgangspunkt i et ego-psykologisk synspunkt argumenteres for, at værdiarbejdet i ACT med unge bør udføres med forsigtighed, da det er vigtigt at give plads til moratoriet og endvidere give den unge mulighed for den naturlige krise, som er en del af identitetsdannelsen.

I forhold til det fald, som ses i voksnes score på værdiskalaen fra præ- til postscores, synes dette ikke direkte at kunne forklares ud fra de inddragede teorier. Som tidligere nævnt kan det forestilles, at voksne, hvis identitet har været stabil i flere år, qua værdiarbejdet i ACT bliver i tvivl om deres værdier og dermed identitet. Det vil altså sige, at mens værdiarbejdet er udviklingsmæssigt kompatibelt med ungdommen, så kan det tænkes at give en ny usikkerhed for voksne. Omend tesen om, at faldet i score på værdiskalaen for voksne kan skyldes, at værdiarbejdet skaber tvivl om identiteten, ikke direkte kan forklares ved hjælp af de inddragede teorier, så synes Eriksons teori alligevel at kunne støtte dele af tesen. Erikson forstår identitetsdannelsen som afsluttet i ungdommen, hvorefter den er relativt stabil gennem resten af livet, omend individet stadig må gennemleve forskellige kriser (Erikson, 1997, pp. 248-251). Det vil altså sige, at Eriksons teori understøtter, at identiteten er stabil i voksenalderen. Hvorvidt værdiarbejdet i ACT skaber usikkerhed omkring identiteten, er dog stadig blot spekulationer.

I forlængelse heraf synes Kohuts selvpsykologi også relevant at inddrage. Som tidligere nævnt sker der i ungdommen en udskiftning af det idealiserede forældremago med et ego-ideal. På baggrund heraf kan der argumenteres for, at det i ungdommen, hvor idealiseringsprocessen er i gang, er optimalt at indføre værdiarbejdet, da de bevidste og valgte værdier på baggrund heraf kan forestilles at blive en mere integreret del af selvet. Ydermere kan det tænkes, at det vil være lettere for unge at arbejde med værdier, da de udviklingsmæssigt er i gang med at danne deres idealer, hvilket er to begreber, der synes tæt forbundne. Modsat kan det forestilles, at det for voksne er sværere at finde frem til sine værdier, da ego-idealet er veletableret, og idet der kan være sket ændringer i de ubevidste værdier, individet havde i ungdommen, som er blevet en del af idealet, og som muligvis ikke stemmer overens med de bevidste og valgte værdier, som det voksne individ finder frem til gennem terapien. Det kan altså tænkes, at voksne oplever en konflikt mellem det tidligere dannede ego-

ideal og de værdier, som er vigtige for dem i voksenalderen. Hermed synes det at kunne forklares, hvorfor unges score på værdiskalaen stiger, mens den falder for voksne.

I Piagets teoretisering om ungdomsårene beskrives det, hvorledes personligheden dannes i denne periode. Personligheden består ifølge Piaget af en underordning af jeg'et under et normsystem. Dette normsystem kan først dannes i ungdomsårene, da det forudsætter formel tænkning og refleksivitet. Det at have en stærk personlighed er betinget af, at individet har et ideal, som kommer til udtryk gennem handlinger. Dannelsen af personligheden sker ifølge Piaget gennem skabelsen af et såkaldt *livsprogram*. Dette livsprogram kan først dannes i ungdommen, da det er betinget af, at individet forinden har dannet et normsystem (Piaget, 2000, p. 64f). Det, Piaget benævner, livsprogrammet synes i høj grad at kunne sammenholdes med værdier og engagerede handlinger, idet disse netop er udtryk for i hvilken retning, individet ønsker, at livet skal forme sig. Det vil altså sige, at det ifølge Piaget først er muligt at blive bevidst om og handle ud fra sine idéer fra cirka tolvårs alderen. Dette synes at stemme overens med resultaterne, hvor det i kontrolgruppen ses, at voksne er mere bevidste om deres værdier end unge. Livsprogrammet er ifølge Piaget influeret af den følelsesmæssige egocentrisitet, som er karakteristisk for ungdommen (ibid., p. 68). Det betyder, at livsprogrammet ofte kan være idealistisk og overambitiøst. Det kan forestilles, at en ung, som udvikler en psykisk lidelse, vil opleve en brist i sit livsprogram, da den forestilling den unge havde om sig selv og sin fremtid måske ikke længere synes mulig grundet den psykiske lidelse. Det kan med baggrund heri tænkes, at det vil være sværere for den unge at udføre handlinger i overensstemmelse med sit livsprogram eller værdier, som det vil kaldes i ACT, hvilket dermed kan forklare resultaterne for overensstemmelsesskalaen i nærværende undersøgelser. Her scorer unge i aktivgruppen lavere end voksne på overensstemmelsesskalaen, mens det modsatte er tilfældet for kontrolgruppen.

I ovenstående litterære diskussion synes der at være to standpunkter til værdiarbejdet. På den ene side pointerer den eksistentielle psykologi vigtigheden af værdiarbejdet, mens Erikson på den anden side pointerer behovet for en naturlig identitetskrise. Disse to standpunkter synes umiddelbart at modsige hinanden, men det behøver ikke nødvendigvis at gøre dem mindre sande eller gøre den ene mere rigtig end

den anden. Det kan tænkes, at unge netop står i et mellemland, hvor de kæmper for at finde frem til, hvem de er, og higer efter dette, men samtidig har brug for tid og plads til at afprøve forskellige roller eller identiteter for at finde frem til den ”sande”. Hvis det antages, at ungdommen er et sådant mellemland, kan det ligeledes forklare, hvorfor unge ligger højest på værdiskalaen, mens de ligger lavere end voksne på overensstemmelsesskalaen. Samlet set må det ud fra de fundne resultater og den litterære diskussion af disse påpeges, at bevidstheden om sine værdier er lettere tilgængeligt for unge end det er for voksne, mens den adfærdsmæssig ageren i forhold til sine værdier er lettere for voksne end for unge efter et ACT terapiforløb.

5.4 Opsamling

De samlede resultater tyder overordnet på, at unge generelt scorer lavere på de fire anvendte tests end voksne. Resultaterne tyder altså på, at der i normalbefolkningen er en tendens til, at unge har mindre psykologisk fleksibilitet end voksne. Dette resultat er med til at validere de psykologvurderede præscores, som overordnet set afspejler denne tendens. I aktivgruppen scorer voksne bedre på alle fire anvendte tests end unge. Det er blot på to subskalaer, hvor unge scorer bedre end voksne. Disse resultater er dog misvisende, idet både resultaterne fra kontrolgruppen og de vurderede præscores tyder på, at unge har et lavere udgangspunkt. Det vil sige, at når resultaterne i aktivgruppen analyseres og fortolkes på baggrund af de målte kontrolscores og vurderede præscores, så tyder det på, at unge opnår lige så stor effekt af terapien som voksne og i nogle tilfælde faktisk opnår en større effekt af ACT interventionen.

Den litterære diskussionen tyder overordnet på, at de fundne resultater kan forklares ved hjælp af eksisterende litteratur, hvilket er med til at styrke validiteten af de fundne tendenser, som ikke er signifikante. Det vil altså sige, at de inddragede teorier er med til at underbygge påstandene om, at de målte postscores kan forklares ud fra et lavere udgangspunkt for terapien og dermed ikke skyldes interventionsformen i sig selv. Den litterære diskussion peger i flere tilfælde på, at ACT faktisk er særligt anvendeligt for unge, da mange af elementerne i ACT er kompatible med den naturlige udvikling for unge.

I forhold til mit 9 semestersprojekt, som tidligere er henvist til, så finder nærværende projekt modsatte tendens. Denne forskel i resultaterne kan muligvis skyldes, at de inddragede studier i mit tidligere projekt anvendte symptomreduktion som mål for effekten, mens nærværende projekt måler på den psykologiske fleksibilitet. En anden vigtig faktor er, at den eksisterende litteratur om ACT og unge er meget mangelfuld, hvilket også kan være en af forklaringerne på, hvorfor mit tidligere projekt tydede på en lavere effekt for unge.

I fortolkningen af resultaterne for nærværende undersøgelse er det dog vigtigt at holde sig for øje, at der som tidligere nævnt er en del fejlkilder. En af de største fejlkilder er det meget begrænsede antal deltagere. Derfor bør resultaterne tolkes som tendenser frem for endegyldige konklusioner. I den litterære diskussion bør det endvidere pointeres, at der sikkert kan findes teorier, som kan modargumentere de anvendte. Ligeledes kan de inddragede teorier også kritiseres i sig selv, men det synes ikke relevant at komme ind på dette i et empirisk projekt, da teorierne blot er understøttende og ikke bærende for projektets resultater.

6. Konklusion

I dette konkluderende afsnit vil afhandlingen først opsummeres, hvorefter der vil følge en besvarelse af afhandlingens problemformulering samt en be- eller afkræftelse af de opstillede hypoteser. Specialeafhandlingens formål har været at undersøge effekten og anvendelsen af Acceptance and Commitment Therapy for henholdsvis unge og voksne med psykiske lidelser. Dette er blevet gjort gennem et empirisk studie med baggrund i problemformuleringen, som lyder: *Har Acceptance and Commitment Therapy samme virkning for unge og voksne med psykiske lidelser?*

Den empiriske undersøgelse tager udgangspunkt i en teoretisk redegørelse for Acceptance and Commitment Therapy samt et minireview omhandlende effekten for henholdsvis unge og voksne. Dette review finder, at forskningen omkring ACT og unge, omend denne er mangelfuld, tyder på en lavere effekt for unge end for voksne målt på symptomreduktion. På baggrund af dette vurderes det relevant at fremstille et empirisk projekt omhandlende effekten af ACT for henholdsvis unge og voksne, som

måler på psykologisk fleksibilitet frem for symptomreduktion. Gennem den teoretiske redegørelse fandtes det, at psykologisk fleksibilitet kommer til udtryk gennem seks kerneprocesser, som er accept, defusion, selvet som kontekst, kontakt med nuet, værdier samt engageret handling. Den empiriske undersøgelse består af et spørgeskema, som indeholder fire psykometriske tests, som er valgt, da de menes at kunne måle de seks førnævnte kerneprocesser. De psykometriske tests er: Acceptance and Action Questionnaire-II, Cognitive Fusion Questionnaire, Five Facet Mindfulness Questionnaire samt Valued Living Questionnaire. De fire tests udfyldes af unge og voksne, som har afsluttet et ACT terapiforløb eller haft mindst otte sessioner. Ydermere består metoden af psykologvurderede præscores samt en kontrolgruppe bestående af ”normale” unge og voksne.

Resultaterne i nærværende opgave viser overordnet, at unge generelt synes at have mindre psykologisk fleksibilitet end voksne. Dette gør sig gældende for de fire overordnede anvendte skalaer samt samtlige subskalaer på nær observe subskalaen i FFMQ samt værdiskalaen i VLQ. Når resultaterne sammenlignes med kontrolgruppen og de vurderede præscores, peger det dog også på, at unge synes at opnå cirka samme effekt af ACT som voksne og på FFMQ og enkelte subskalaer faktisk også opnår en større effekt af terapien. I diskussionen viste det sig, at de fundne resultater i høj grad synes at kunne forklares og underbygges ud fra eksisterende udviklingspsykologiske perspektiver, hvilket er med til at understøtte validiteten af fundene, og endvidere synes forklaringerne at have anvendelsesmuligheder i den kliniske praksis.

På baggrund af den samlede afhandling kan det med udgangspunkt i problemformuleringen konkluderes, at virkningen af ACT er sammenlignelig for unge og voksne med psykiske lidelser. Resultaterne peger på en større virkning for unge end for voksne indenfor subskalaerne observe samt nonreact i FFMQ. Der ses endvidere en forskel i virkningen for unge og voksne i forhold til værdi- og overensstemmelsesskalaerne i VLQ. På værdiskalaen ses en lidt større virkning af terapien for unge, mens dette ikke kan overføres til overensstemmelsesskalaen, hvor voksne opnår en bedre effekt.

De opstillede hypoteser, som er: *Efter et ACT terapiforløb vil unge opleve mindre bedring end voksne i forhold til graden af accept, graden af mindfulness samt evnen*

til at føre et mere værdibaseret liv, synes hverken at kunne direkte be- eller afkræftes, da resultaterne omhandlende accept, mindfulness samt værdier ikke er signifikante. Resultaterne i forhold til den første hypotese, som påpeger, at graden af accept vil være lavere for unge, synes ud fra resultaterne i aktivgruppen umiddelbart at kunne pege i retning af en bekræftelse. I analysen og diskussionen af resultaterne viser resultaterne fra kontrolgruppen og de vurderede præscores dog, at graden af accept generelt er lavere for unge end for voksne både i normalbefolkningen og sandsynligvis også ved præmålinger. På baggrund heraf må hypotesen altså afkræftes, og afhandlingen tegner i stedet et billede af, at effekten i forhold til graden af accept er sammenlignelig for unge og voksne. I forhold til den næste hypotese omhandlende en lavere grad af mindfulness hos unge, viser resultaterne umiddelbart at anvendeligheden af ACT er dårligere for unge end for voksne. På to af de fem subskalaer fandtes der signifikante forskelle mellem unge og voksne, som peger på en lavere grad af mindfulness hos unge. Igen viser resultaterne fra kontrolgruppen samt præscoresne, at den lavere grad af mindfulness også er tilstede i normalbefolkningen og højst sandsynligt også har været til stede før terapistart. Hermed synes denne hypotese altså også at måtte afkræftes og i stedet peger nærværende afhandling på, at unge opnår en særlig effekt af ACT i forhold til graden af mindfulness sammenlignet med voksne. Den sidste hypotese, som antager, at unge i mindre grad ville være i stand til at leve værdibaseret, synes umiddelbart bedst at kunne måles ud fra composite skalaen i VLQ. Her fandtes der ingen forskelle mellem unge og voksne, hvorfor hypotesen umiddelbart må afkræftes. Hypotesen synes dog også at kunne måles via overensstemmelsesskalaen i VLQ. På denne scorer unge i aktivgruppen lavere end voksne til trods for, at unge i kontrolgruppen scorer højere end voksne på denne skala. Præscoresne peger ligeledes på en større forbedring for voksne end for unge. Det må dog påpeges, at forskellene på denne skala er meget små, hvorfor der må stilles spørgsmålstegn ved deres betydning i praksis.

Samlet kan det konkluderes, at den tidligere fundne lavere effekt af ACT for unge målt på symptomreduktion ikke synes at være til stede, når der måles på psykologisk fleksibilitet. Faktisk tyder nærværende pilotprojekt på, at unge på nogle af de anvendte parametre opnår større effekt af terapien. I forhold til afhandlingens konklusioner må der dog tages højde for de anførte fejlkilder og den begrænsede generaliserbarhed.

7. Perspektivering

I dette perspektiverende afsnit vil afhandlingens konklusioner diskuteres i forhold til, hvilke mulige implikationer de kan have for teori og praksis. Hernæst vil der opstilles nogle forslag til videre forskning indenfor området og sidst til en videreførelse af nærværende pilotprojekt.

Nærværende pilotprojekt har ført til en antagelse om, at ACT har samme effektivitet for unge, som det har for voksne, og på nogle parametre faktisk er mere effektivt for unge. Disse resultater bør undersøges nærmere før der udstedes egentlige retningslinjer for den kliniske praksis, men det kan give anledning til spekulationer omkring, hvilke implikationer dette ville have for praksis. Resultaterne fra nærværende pilotprojekt tyder modsat mit tidligere projekt på, at der ikke er særlige vanskeligheder forbundet med at benytte ACT som terapeutisk metode i arbejdet med unge. Det tyder tværtimod på, at ACT interventionen griber ind i nogle områder, hvor unge, mere end voksne, har nogle særlige udviklingsmæssige udfordringer. ACT interventionen kompenserer i nogle tilfælde for den naturligt lavere grad af fleksibilitet og burde derfor ifølge teorien medføre højere livskvalitet for disse unge end for unge, som har modtaget andre terapiformer uden fokus herpå. Med udgangspunkt heri kan der argumenteres for, at ACT vil være særlig anvendelig som behandlingsmetode til unge med psykiske lidelser.

Udførelsen af nærværende pilotprojekt har ført til nogle overvejelser, som synes vigtige at medtænke i forbindelse med fremtidig forskning omhandlede ACT og unge. Heriblandt synes det relevant fremover at medtænke tendensen til en generelt lavere grad af psykologisk fleksibilitet hos unge sammenlignet med voksne. På baggrund heraf er det i fremtidig forskning essentielt dels at have både præ- og postmålinger samt en egentlig kontrolgruppe, eksempelvis i form af en venteliste kontrol. Endvidere kunne det i fremtiden være relevant at undersøge denne tendens nærmere og se, hvorvidt disse forskelle er signifikante i en undersøgelse med flere deltagere. Desuden kunne den litterære diskussion i nærværende pilotprojekt udbygges i en videre undersøgelse af årsagerne til denne tendens. Disse tiltag kunne være relevante,

da de kan forestilles at kunne føre til nogle mulige forslag til præventive indsatser. En yderligere faktor, som kan medtages i fremtid forskning fra denne afhandling, er, at resultaterne for undersøgelsen synes at være påvirket af, hvordan effekt måles. Som tidligere nævnt fandt mit tidligere projekt en lavere effekt for unge, når effekt måles ud fra symptomreduktion, mens nærværende projekt fandt samme og måske bedre effekt for unge, når der måles på psykologisk fleksibilitet. Det kunne være spændende at udføre en undersøgelse, som både målte på symptomreduktion, psykologisk fleksibilitet samt livskvalitet og dermed undersøge dels, om der er en forskel mellem forbedringen i symptomreduktion og psykologisk fleksibilitet, men også hvorvidt og hvordan disse har sammenhæng til øget livskvalitet, som jo er det overordnede mål med ACT terapien.

En fremtidig videreudvikling af nærværende undersøgelse bør først og fremmest have et større sample, så den statistiske power og generaliserbarheden styrkes. Samplet bør ydermere være mere homogent blandt andet i forhold til arten og varigheden af psykisk lidelse samt varigheden af terapiforløbet. Endvidere bør der være en egentlig kontrolgruppe i form af en venteliste kontrol. Desuden bør designet udformes således, at der både foretages præ-, post samt follow-up målinger. Ud over de i nærværende afhandlings anvendte tests synes det også relevant at måle på livskvalitet. Det kunne yderligere overvejes, hvorvidt der skal være mulighed for i analysen at undersøge for forskelle indenfor ungegruppen i form af præ-, midt- og sen ungdom. En sådan undersøgelse kunne være med til at klarlægge de i nærværende pilotprojekt fundne tendenser og undersøge, hvorvidt disse faktisk er egentlige forskelle eller blot udtryk for tilfældige udfald.

8. Litteraturliste

Adams, G. R., Abraham, K. G. & Markström, C. A. (1987). The Relations Among Identity Development, Self-Consciousness, and Self-Focusing During Middle and Late Adolescence in *Developmental Psychology*, vol. 23 (2), pp. 292-297.

Arendt, M. & Rosenberg, N.K. (2012) (Eds.), *Kognitiv terapi. Nyeste udvikling* (p. 577). København: Hans Reitzel.

Bach, P. A. & Moran, D. J. (2008). *ACT in practice: case conceptualization in acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications inc.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review in *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 10 (2), pp. 125-143.

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness in *Assessment*, vol. 13 (1), pp. 27-45.

Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D. & Williams, J. M. G. (2008). Construct Validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Meditating and Nonmeditating Samples in *Assessment*, vol. 15 (3), pp. 329-342.

Blakemore, S. & Mills, K. L. (2014). Is Adolescence a Sensitive Period for Sociocultural Processing? in *Annual Review of Psychology*, vol. 65, pp. 187-207.

Bohlmeijer, E. T., Fledderus, M., Rokx, T. A. J. J. & Pieterse, M. E. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial in *Behavior Research and Therapy*, vol. 49, pp. 62-67.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. C., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T. and Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance in *Behavior Therapy*, vol. 42, pp. 676-688.

Bowden, T. & Bowden, S. (2012). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): An Overview for Practitioners in *Australian Journal of Guidance and Counselling*, vol. 22 (2), pp 279-285.

Brace, N., Kemp, R. & Snelgar, R. (2009). *SPSS for Psychologists*, 4th ed., Palgrave Macmillan, heraf kap. 1, 5 og 8.

Coolican, H. (2009). *Research Methods and Statistics in Psychology*, 5th ed., Hodder education, London, heraf kap. 1, 2, 10 og 14.

-
- Erikson, E. H.** (1968). *Identity. Youth and Crisis*. New York: Norton & Company, inc, heraf pp. 20-30.
- Erikson, E. H.** (1997). *Barnet og Samfundet* (3. ed.), (Transl.). København. Hans Reitzels forlag. Heraf kapitel 7, pp. 232-259.
- Gillanders, D. T. et al** (2014). The Development and Initial Validation of the Cognitive Fusion Questionnaire in *Behavior Therapy*, vol. 45, pp. 83–101.
- Greco, L. A. & Hayes, S. C. (Eds)** (2008). *Acceptance & Mindfulness Treatment for Children and Adolescents. A Practitioner's Guide*, New Harbinger og Context Press.
- Grønlund, C.** (2012). ACT (Acceptance and Commitment Therapy). In Arendt, M. & Rosenberg, N.K. (Eds.), *Kognitiv terapi. Nyeste udvikling* (pp. 486-506). København: Hans Reitzel.
- Hacker, D. J.** (1994). An Existential View of Adolescence in *The Journal of Early Adolescence*, vol 14 (3), pp. 300-327.
- Harris, R.** (2009). *ACT made simple*. Oakland, CA: New Harbinger Publications inc.
- Hayes, L. & Rowse, J.** (2008). Acceptance and Commitment Therapy: Experiential Adolescent Group Program. Fundet her:
http://www.forumforskning.se/sites/default/files/ACT.experiential.group_.for_.Adolescents.L.Hayes_.2008.pdf d. 28.5.2014.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G.** (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The Proces and Practice of Mindfulness Change*. (2. ed.) New York: The Guilford Pres.
- Hayes, S. C., Pistorello, J. & Levin, M. E.** (2012b). Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change in *The Counseling Psychologist*, vol. 40(7), pp. 976-1002.
- Jacobsen, B.** (1998). *Eksistensens Psykologi. En introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag, heraf kap. 2, pp. 31-59.
- Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, , C. A., Herbert, J., Butryn,M., Bunnell, D., Matteucci, A. & Lowe, M.** (2013). Acceptance and Commitment Therapy as a Novel Treatment for Eating Disorder: An Initial Test of Efficacy and Mediation in *Behavior Modification*, vol. 37(4), pp. 459-488.
- Kashdan , T. B. & Tottenberg, J.** (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health in *Clinical Psychology Review*, vol. 30, pp. 865–878.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E.** (2005) Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication in *Arch Gen Psychiatry*, vol. 62, pp. 593-602.

Mortensen, K. V. (2006). *Fra neuroser til personlighedsforstyrrelser. Psykoanalytiske udviklingsstier og klassifikationer af psykopatologi* (2. ed.). København: Gyldendal, heraf kap. 4, pp. 93-114.

Murrell, A. R., Coyne, L. W. & Wilson, K. G. (2004). ACT with Children, Adolescent, and Their Parents in Hayes, S. C. & Strosahl, K. D. (Eds.) *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*, pp. 249-273.

Murrell, A. R. & Scherbarth, A. J. (2006). State of the Research & Literature Address: ACT with Children, Adolescents and Parents in *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, vol. 2 (4), pp. 531-543

O'Brien, K. M., Larson, C. M. & Murrell, A. R. (2008). Third-Wave Behavior Therapies for Children and Adolescent: Progress, Challenges, and Future Directions in Greco, L. A. & Hayes, S. C. (Eds) *Acceptance & Mindfulness Treatment for Children and Adolescents. A Practitioner's Guide*, New Harbinger og Context Press, pp. 15-36.

Öst, L. (2007). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis in *Behaviour Research and Therapy*, vol. 46, pp. 296-321.

Piaget, J. (2000). *Barnets Psykiske Udvikling* (Transl.). København: Hans Reitzels Forlag A/S.

Powers, M. B., Zum Vörde Sive Vörding, M. B. & Emmelkamp, P. M. G. (2008). Acceptance and Commitment Therapy: A Meta-Analytic Review in *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 78, pp. 73-80.

Ruiz, F. J. (2010). A Review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies in *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, vol. 10 (1), pp. 125-162.

Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and Commitment Therapy versus Traditional Cognitive Behavioral Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis of Current Empirical Evidence in *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, vol. 12 (2), pp. 333-357.

Sørensen, L. (unpub.). *Acceptance and Commitment Therapy - som behandlingsmetode til unge med psykiske lidelser*. Studentprojekt i Teori, Praksis og Videnskabelig Metode på Aalborg Universitet, Psykologi, 9. Semester.

Thielst, P. (1998). *Kohut's selvpsykologi*, København: Det Lille Forlag.

Thompson, M. & Gauntlett-Gilbert, J. (2008). Mindfulness with Children and Adolescents: Effective Clinical Application in *Clinical Child Psychology and Psychiatry* Copyright, vol 13(3), pp. 395-407

Törneke, N. (2009). *Relational Frame Theory, Teori och klinisk tillämpning*, Lund: studentlitteratur, heraf kap. 4 og 6.

Twohig, M. P. (2012). Introduction: The Basics of Acceptance and Commitment Therapy in *Cognitive and Behavioral Practice*, vol. 19, pp. 499-507.

Twohig, M. P., Hayes, S. C. & Berlin, K. S. (2008). Acceptance and Commitment Therapy for Childhood Externalizing Disorders in Greco, L. A. & Hayes, S. C. (Eds) *Acceptance & Mindfulness Treatment for Children and Adolescents. A Practitioner's Guide*, New Harbinger og Context Press.

Twohig, M. P., Hayes, S. C. & Masuda, A. (2006). Increasing Willingness to Experience Obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder in *Behavior Therapy*, vol. 37, pp. 3-13.

VanBuskirk, K. et al (2012). Confirmatory Factor Analysis of the Valued Living Questionnaire in a Black American Sample: Implications for Cognitive Research and Practice in *Cognitive Therapy and Research*, vol. 36, pp. 796–805.

Vygotsky, L. S. (2004). Imagination and Creativity in Childhood in *Journal of Russian and East European Psychology*, vol. 42, (1), pp. 7–97.

Walser, R. D., Karlin, B. E., Trockler, M., Mazina, B. & Taylor, C. B. (2013). Training in and implementation of Acceptance and Commitment Therapy for depression in the Veterans Health Administration: Therapist and patient outcomes in *Behavior Research and Therapy*, vol. 51, pp. 555-563.

Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A. & Morton, T. (1995). Effects of Psychotherapy With Children and Adolescents Revisited: A Meta-Analysis of Treatment Outcome Studies in *Psychological Bulletin*, Vol. 117 (3), pp. 450-468.

Wilson, K. G. (2009). *Mindfulness for two. An Acceptance and Commitment Therapy Approach to Mindfulness in Psychotherapy*.

Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J. & Roberts, M. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and Measuring Valued Action within a Behavioral Framework in *The Psychological Record*, vol. 60, pp. 249–272.

Wolf, E. S., Gedo, J. E. & Terman, D. M. (1972). On the Adolescent Process as a Transformation of the Self in *Journal of Youth and Adolescence*, Vol. 1 (3), pp. 257-272.

Bilag A

Bilag A består af det udsendte spørgeskema.

Hej

Jeg hedder Louise Sørensen og er specialestuderende ved Aalborg Universitet.

Som led i mit speciale har jeg brug for, at klienter, som har afsluttet et Acceptance and Commitment Therapy forløb, udfylder nogle spørgsmål. Det tager cirka 15 min. Dine svar anonymiseres.

Mange tak for din hjælp.

Køn

- (1) ☐ Mand
(2) ☐ Kvinde

Hvad er din alder?

Cognitive Fusion Questionnaire

Nedenfor er der et antal udsagn. Du skal vurdere, hvor sande du synes de er.

	Aldrig sandt	Meget sjældent sandt	Sjældent sandt	Nogle gange sandt	Ofte sandt	Næsten altid sandt	Altid sandt
1. Mine tanker giver mig ubehag eller følelsesmæssig smerte	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
2. Jeg bliver så viklet ind i mine tanker, at jeg ikke er i stand til at gøre de ting, som jeg allermest ønsker	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
3. Selv når jeg har belastende tanker, ved jeg at de på et tidspunkt bliver mindre vigtige	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐

	Aldrig sandt	Meget sjældent sandt	Sjældent sandt	Nogle gange sandt	Ofte sandt	Næsten altid sandt	Altid sandt
4. Jeg overanalyserer situationer til et stadie, hvor det ikke længere er nyttigt for mig	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
5. Jeg kæmper med mine tanker	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
6. Selv når jeg har belastende tanker, er jeg i stand til at se, at de ikke er bogstaveligt sande	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
7. Jeg bliver vred på mig selv, når jeg har visse tanker	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
8. Jeg har brug for at kontrollere de tanker, der dukker op i mit hovede	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
9. Jeg synes, at det er let at se mine tanker fra et andet perspektiv	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
10. Det virker, som om jeg bliver viklet ind i mine tanker	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
11. Det virker, som om jeg reagerer meget stærkt på mine tanker	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
12. Det er muligt for mig, at have negative tanker om mig selv og stadig synes, at jeg er i orden som menneske	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
13. Det virker, som om det er en kamp at give slip på de belastende tanker, selvom jeg ved, at det ville være hjælpsomt, hvis jeg gjorde det	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐

Acceptance and Action Questionnaire

	Aldrig sandt	Meget sjældent sandt	Sjældent sandt	Nogle gange sandt	Ofte sandt	Næsten altid sandt	Altid sandt
1. Mine smertefulde oplevelser	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐

	Aldrig sandt	Meget sjældent sandt	Sjældent sandt	Nogle gange sandt	Ofte sandt	Næsten altid sandt	Altid sandt
og erindringer gør det svært for mig at lede et liv, som jeg vil værdsætte							
2. Jeg er bange for mine følelser	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
3. Jeg er bange for, at jeg ikke vil være i stand til at kontrollere mine bekymringer og følelser	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
4. Mine smertefulde erindringer forhindrer mig i at have et fuldent liv	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
5. Følelser giver problemer i mit liv	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
6. Det virker som om de fleste mennesker håndterer deres liv bedre end mig	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
7. Bekymringer kommer i vejen for min succes	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐

Five-Facet Mindfulness Questionnaire

Vurdér venligst hvert enkelt af de følgende udsagn ved brug af nedenstående skala. Ud for hvert udsagn bedes du vælge det, som bedst beskriver *din egen opfattelse* af det, som *generelt gælder for dig*.

	Aldrig eller meget sjældent sandt	Sjældent sandt	Nogle gange sandt	Ofte sandt	Meget ofte eller altid sandt
1. Når jeg går, lægger jeg bevidst mærke til de fysiske fornemmelser af min krop, der bevæger sig.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
2. Jeg er god til at finde ord, som beskriver mine følelser.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
3. Jeg kritiserer mig selv for at have irrationelle eller upassende følelser.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
4. Jeg lægger mærke til mine fornemmelser og følelser uden at behøve at reagere på dem.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐

	Aldrig eller meget sjældent sandt	Sjældent sandt	Nogle gange sandt	Ofte sandt	Meget ofte eller altid sandt
5. Når jeg foretager mig noget, så vandrer mine tanker, og jeg bliver let distraheret.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
6. Når jeg tager et bad, er jeg opmærksom på fornemmelserne af vandet på min krop.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
7. Jeg har let ved at sætte ord på mine overbevisninger, meninger og forventninger.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
8. Jeg er ikke opmærksom på det, jeg foretager mig, fordi jeg dagdrømmer, bekymrer mig, eller fordi jeg på anden vis bliver distraheret.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
9. Jeg iagttager mine følelser uden at fortabe mig i dem.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
10. Jeg siger til mig selv, at jeg ikke burde føle, sådan som jeg føler.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
11. Jeg lægger mærke til, hvordan mad og drikke påvirker mine tanker, kropslige fornemmelser og følelser.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
12. Det er svært for mig at finde ord, som beskriver, hvad jeg tænker.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
13. Jeg bliver let distraheret.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
14. Jeg synes, nogle af mine tanker er unormale eller dårlige, og jeg burde ikke tænke sådanne tanker.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
15. Jeg lægger mærke til fysiske fornemmelser, såsom vinden i mit hår eller solstråler på mit ansigt.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐

	Aldrig eller meget sjældent sandt	Sjældent sandt	Nogle gange sandt	Ofte sandt	Meget ofte eller altid sandt
16. Det er vanskeligt for mig at finde de rette ord til at udtrykke, hvordan jeg har det med forskellige ting.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
17. Jeg vurderer, om mine tanker er gode eller dårlige.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
18. Jeg har svært ved at holde fokus på det, der sker i nuet.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
19. Når jeg har ubehagelige tanker eller billeder i hovedet, træder jeg et skridt tilbage og er opmærksom på tanken eller billedet uden at blive overvældet af det.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
20. Jeg er opmærksom på lyde, såsom ure der tikker, fugle der kvidrer, eller biler der kører forbi.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
21. I vanskelige situationer kan jeg stoppe op uden at reagere med det samme.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
22. Når jeg har en fornemmelse i min krop, er det vanskeligt for mig at beskrive den, fordi jeg ikke kan finde de rette ord.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
23. Det virker, som om jeg "kører på autopilot" uden at være ret bevidst om det, jeg laver.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
24. Når jeg har ubehagelige tanker eller billeder i hovedet, føler jeg mig rolig kort tid efter.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
25. Jeg siger til mig selv, at jeg ikke burde tænke, sådan som jeg gør.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
26. Jeg lægger mærke til, hvordan ting lugter eller smager.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐

	Aldrig eller meget sjældent sandt	Sjældent sandt	Nogle gange sandt	Ofte sandt	Meget ofte eller altid sandt
27. Selv når jeg føler mig stærkt oprevet, kan jeg sætte ord på det, som sker.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
28. Jeg skynder mig gennem aktiviteter uden rigtigt at lægge mærke til dem.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
29. Når jeg har ubehagelige tan- ker eller billeder i hovedet, er jeg i stand til blot at bemærke dem uden at reagere.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
30. Jeg synes, nogle af mine følelser er dårlige eller upassen- de, og jeg burde ikke føle dem.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
31. Jeg lægger mærke til syns- indtryk i kunst eller naturen, såsom farver, former, struktur eller mønstre af lys og skygge.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
32. Jeg har en naturlig evne til at sætte ord på mine følelser.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
33. Når jeg har ubehagelige tan- ker eller billeder i hovedet, be- mærker jeg dem blot og lader dem passere.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
34. Jeg udfører opgaver automa- tisk uden at være opmærksom på det, jeg laver.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
35. Når jeg har ubehagelige tan- ker eller billeder i hovedet, be- dømmer jeg mig selv som god eller dårlig, afhængigt af hvad tanken/billedet handler om.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
36. Jeg er opmærksom på, hvor- dan mine følelser påvirker mine tanker og handlinger.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
37. Jeg kan som regel beskrive i detaljer, hvordan jeg har det for	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐

	Aldrig eller meget sjældent sandt	Sjældent sandt	Nogle gange sandt	Ofte sandt	Meget ofte eller altid sandt
tiden.					
38. Jeg gør ting uden at være opmærksom på det.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐
39. Jeg fordømmer mig selv, når jeg får ufornuftige ideer eller indfald.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐

Valued Living Questionnaire

Nedenfor er nogle livsdomæner, som for nogle mennesker er forbundet med livskvalitet. Vi ønsker at høre om din oplevelse af livskvalitet indenfor hvert af disse domæner. Vurdér vigtigheden af hvert domæne på en skala fra 1 til 10. 1 betyder, at dette livsdomæne overhovedet ikke er vigtigt. 10 betyder, at det er meget vigtigt. Ikke alle synes, at disse domæner er lige værdifulde, eller sætter pris på alle domæner lige meget på samme tidspunkt i deres liv. Vurdér hvert domæne ud fra din egen personlige opfattelse af deres vigtighed

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Familierelationer (andet end ægteskab og forældreskab)	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐	(8) ☐	(9) ☐	(10) ☐
Ægteskab, personlige og intime forhold	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐	(8) ☐	(9) ☐	(10) ☐
Forældreskab	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐	(8) ☐	(9) ☐	(10) ☐
Venskaber/sociale relation	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐	(8) ☐	(9) ☐	(10) ☐
Arbejde	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐	(8) ☐	(9) ☐	(10) ☐
Uddannelse/træning og oplæring	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐	(8) ☐	(9) ☐	(10) ☐
Fritid	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐	(8) ☐	(9) ☐	(10) ☐
Spiritualitet/religion	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐	(8) ☐	(9) ☐	(10) ☐
Borgerskab/samfundsliv	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐	(8) ☐	(9) ☐	(10) ☐
Fysisk velbefindende	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐	(8) ☐	(9) ☐	(10) ☐

I løbet af den sidste uge

I denne del vil vi gerne have, at du vurderer, i hvor høj grad du lever efter dine værdier. Vi er ikke lige

gode indenfor alle domæner. Vi beder dig derfor IKKE om dit ideal indenfor hvert domæne.

Vi ønsker at vide, hvad du tror, at du har gjort indenfor den sidste uge. Vurdér hvert domæne på en skala fra 1 til 10, hvor 1 betyder, at du har levet i fuldstændig uoverensstemmelse med dine værdier og 10 betyder, at du har levet i fuldstændig overensstemmelse med dine værdier.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Familierelationer (andet end ægteskab og forældreskab)	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐	(8) ☐	(9) ☐	(10) ☐
Ægteskab, personlige og intime forhold	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐	(8) ☐	(9) ☐	(10) ☐
Forældreskab	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐	(8) ☐	(9) ☐	(10) ☐
Venskaber/sociale relationer	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐	(8) ☐	(9) ☐	(10) ☐
Arbejde	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐	(8) ☐	(9) ☐	(10) ☐
Uddannelse/træning og oplæring	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐	(8) ☐	(9) ☐	(10) ☐
Fritid	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐	(8) ☐	(9) ☐	(10) ☐
Spiritualitet/religion	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐	(8) ☐	(9) ☐	(10) ☐
Borgerskab/samfundslivet	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐	(8) ☐	(9) ☐	(10) ☐
Fysisk velbefindende	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐	(8) ☐	(9) ☐	(10) ☐

Mange tak for hjælpen!

Hvis du har nogle kommentarer eller spørgsmål er du velkommen til at skrive dem her.

Bilag B

Bilag B består af en Pearsons korrelationstest for antallet af sessioner og score i aktivgruppen.

Correlations

		Antal_sessioner	CFQ_sum	AAQ_sum	FFMQ_sum	composite_score
Antal_sessioner	Pearson Correlation	1	,221	,201	-,184	,056
	Sig. (2-tailed)		,490	,532	,568	,862
	N	12	12	12	12	12
CFQ_sum	Pearson Correlation	,221	1	,586*	-,475	,003
	Sig. (2-tailed)	,490		,028	,086	,991
	N	12	14	14	14	14
AAQ_sum	Pearson Correlation	,201	,586*	1	-,202	-,357
	Sig. (2-tailed)	,532	,028		,488	,211
	N	12	14	14	14	14
FFMQ_sum	Pearson Correlation	-,184	-,475	-,202	1	-,403
	Sig. (2-tailed)	,568	,086	,488		,153
	N	12	14	14	14	14
composite_score	Pearson Correlation	,056	,003	-,357	-,403	1
	Sig. (2-tailed)	,862	,991	,211	,153	
	N	12	14	14	14	14

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Bilag C

Bilag C består af en Pearsons korrelationstest for alder og score for aktivgruppen.

Correlations

		Alder	CFQ_sum	AAQ_sum	FFMQ_sum	composite_score
Alder	Pearson Correlation	1	-,587*	-,324	,431	-,004
	Sig. (2-tailed)		,027	,259	,124	,990
	N	14	14	14	14	14
CFQ_sum	Pearson Correlation	-,587*	1	,586*	-,475	,003
	Sig. (2-tailed)	,027		,028	,086	,991
	N	14	14	14	14	14
AAQ_sum	Pearson Correlation	-,324	,586*	1	-,202	-,357
	Sig. (2-tailed)	,259	,028		,488	,211
	N	14	14	14	14	14
FFMQ_sum	Pearson Correlation	,431	-,475	-,202	1	-,403
	Sig. (2-tailed)	,124	,086	,488		,153
	N	14	14	14	14	14
composite_score	Pearson Correlation	-,004	,003	-,357	-,403	1
	Sig. (2-tailed)	,990	,991	,211	,153	
	N	14	14	14	14	14

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Bilag D

Bilag D består af to uafhængige t-tests, som tester for forskelle på køn. Den første test er foretaget for aktivgruppen.

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
CFQ_sum	Equal variances assumed	,262	,618	,759	12	,463	4,00000	5,27310	-7,48909	15,48909
	Equal variances not assumed			,892	1,567	,488	4,00000	4,48229	-21,40226	29,40226
AAQ_sum	Equal variances assumed	2,994	,109	,398	12	,698	2,25000	5,65885	-10,07957	14,57957
	Equal variances not assumed			,983	11,804	,345	2,25000	2,28839	-2,74517	7,24517
FFMQ_sum	Equal variances assumed	,016	,900	,167	12	,870	1,75000	10,48320	-21,09094	24,59094
	Equal variances not assumed			,186	1,486	,874	1,75000	9,39586	-55,51275	59,01275
composite_score	Equal variances assumed	,261	,619	-1,236	12	,240	-9,15000	7,40162	-25,27675	6,97675
	Equal variances not assumed			-1,335	1,443	,354	-9,15000	6,85627	-52,77284	34,47284

Den næste test er ligeledes en uafhængig t-test, som tester for forskel på køn og de fire anvendte tests. Denne test er baseret på data fra kontrolgruppen.

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
CFQ_sum	Equal variances assumed	1,485	,241	,543	16	,595	4,10714	7,56662	-11,93338	20,14766
	Equal variances not assumed			,441	3,878	,683	4,10714	9,31999	-22,09385	30,30813
AAQ_sum	Equal variances assumed	,134	,719	,246	16	,809	,96429	3,92564	-7,35770	9,28627
	Equal variances not assumed			,278	5,927	,791	,96429	3,47234	-7,55768	9,48625
FFMQ_sum	Equal variances assumed	1,417	,251	-,203	16	,842	-2,07143	10,19217	-23,67786	19,53500
	Equal variances not assumed			-,154	3,681	,885	-2,07143	13,41216	-40,61620	36,47334
composite_score	Equal variances assumed	,400	,536	1,875	16	,079	13,46429	7,18082	-1,75836	28,68694
	Equal variances not assumed			2,243	6,626	,062	13,46429	6,00414	-,89745	27,82602