



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
Psykiaterprogrammet

# **Psykologisk flexibilitet hos barn och ungdomar med tvång, ångest och depression**

Pia Fogelberg Skoglösa & Sara Lindhagen

Psykiaterexamenuppsats 2018

Handledare: Sean Perrin & Matti Cervin

Examinator: Lars-Gunnar Lundh

## Sammanfattning

Denna studie syftade till att undersöka hur psykologisk (in)flexibilitet var kopplat till olika vanliga barnpsykiatriska symtom bland barn och ungdomar samt om det fanns en starkare koppling till vissa psykiatriska symtom. Psykologisk flexibilitet kan beskrivas som en “fundamental aspekt” av hälsa eller som en helhetsmodell för mänskligt fungerande (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; Kashdani & Rottenberg, 2010). Vårt urval bestod av 58 barn och ungdomar som sökt vård vid Barn och ungdomspsykiatriska kliniken i Lund. De unga (10-17 år), hade sökt behandling och diagnostiserats med primärt tvångssyndrom (OCD), ångestsyndrom eller depression. Deltagarna fyllde i självskattningsformulär framtagna för att mäta psykologisk flexibilitet, tvångssymtom, ångestsymtom och depressiva symtom. Vid jämförelser av diagnosgrupperna fann vi att de unga med primär diagnos av samsjuklighet mellan depression och ångest uppvisade högst nivåer av psykologisk inflexibilitet, följt av gruppen med primär ångest och slutligen gruppen med primärt tvångssyndrom (OCD). På symtomnivå såg vi signifikanta korrelationer, på så sätt att psykologisk flexibilitet korrelerade signifikant med depression och ångest. En korrelation på låg- till medelnivå framkom mellan psykologisk inflexibilitet och tvång. Dessa korrelationer tydde på att psykologisk flexibilitet kan antas verka på ett transdiagnostiskt sätt för att påverka svårighetsgraden både vad gäller ångest och depression hos unga.

Nyckelord: Psykologisk flexibilitet, psykologisk inflexibilitet, tvångssyndrom, OCD, ångestsyndrom, depression, komorbiditet, barn, ungdomar

## **Abstract**

The aim of this study was to examine how psychological (in)flexibility was related to the severity of anxiety, depression, and OCD in youth seeking treatment for these disorders, and if there was a stronger connection to some of the psychiatric symptoms. Psychological flexibility can be described as a fundamental aspect of health or as an encompassing model of human functioning (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; Kashdan & Rottenberg, 2010). Participants were 58 treatment-seeking children and adolescents (aged 10-17) who were diagnosed with primary OCD, anxiety disorder or depression. Participants completed self-report measures designed to assess psychological flexibility, OCD, anxiety and depression. In our comparison of the three diagnostic groups, we found that young people with a primary diagnosis of mixed depression and anxiety had the highest levels of psychological inflexibility, followed by those with primary anxiety, and finally those with OCD. On the symptom level, we observed significant correlations, such that psychological flexibility was strongly and significantly correlated with depression and anxiety. A low to moderate correlation was obtained between psychological flexibility and OCD. These correlations suggest that psychological flexibility may act in a transdiagnostic way to influence the severity of both anxiety and depressive symptoms among children and adolescents.

**Keywords:** Psychological flexibility, psychological inflexibility, Obsessive-Compulsive Disorder, OCD, anxiety, depression, comorbidity, children, adolescents

## **Tack**

Vi vill rikta ett stort tack till er barn och ungdomar som deltagit i studien. Tack för att ni har lagt ner tid och ansträngt er för att besvara alla frågeformulär. Materialet utgör ett viktigt bidrag till ökad kunskap och kan i förlängningen komma andra unga som drabbats av psykisk ohälsa, till hjälp. Vidare vill vi rikta ett varmt och innerligt tack till våra handledare Sean Perrin och Matti Cervin för ovärderlig hjälp med denna uppsats. Tack för era engagerade bidrag, era kloka reflektioner och er alltid lika snabba, skarpsinta och generösa feedback!

# Innehållsförteckning

Inledning.....	6
Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar.....	6
Depression.....	7
Ångestsyndrom.....	8
Tvångssyndrom.....	10
Samsjuklighet.....	10
Effekt av behandling.....	11
Psykologisk flexibilitet.....	15
Psykologisk inflexibilitet och depression.....	18
Psykologisk inflexibilitet och ångestsyndrom.....	19
Psykologisk inflexibilitet och tvångssyndrom.....	20
Psykologisk inflexibilitet och komorbiditet.....	21
Syfte.....	21
Hypoteser.....	22
Metod.....	22
Deltagare.....	22
Datainsamling.....	23
Instrument.....	24
Etiska överväganden.....	25
Analys av data.....	26
Resultat.....	27
Gruppjämförelser gällande ålder och kön samt datagranskning.....	27
Gruppskillnader gällande symptom och psykologisk inflexibilitet.....	27
Samband mellan psykologisk inflexibilitet och olika psykiatriska symtom.....	31
Diskussion.....	33
Resultatdiskussion.....	33
Metoddiskussion.....	33
Avslutande diskussion.....	35
Referenser.....	38

## **Inledning**

Vi har valt att som en del av ett pågående forskningsprojekt på barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Lund, undersöka psykologisk flexibilitet hos barn och ungdomar diagnostiserade med ångestsyndrom, tvångssyndrom och depression. För att mäta psykologisk flexibilitet har vi använt en validerad svensk version av formuläret "Avoidance and fusion questionnaire for youth" (AFQ-Y8) (Livheim et al., 2016).

Vårt syfte är att undersöka kopplingen mellan psykologisk flexibilitet och vanliga barnpsykiatriska symtom som depression, ångest samt tvångstankar och tvångshandlingar och om psykologisk flexibilitet är starkare kopplat till vissa psykiatriska symtom. Följande frågeställningar kommer att vara vägledande: Kan vi se några likheter och skillnader vad gäller psykologisk flexibilitet utifrån psykiatrisk diagnos? Kan bristande psykologisk flexibilitet ses som en transdiagnostisk faktor vid psykisk ohälsa? Vi kommer att beskriva begreppet psykologisk flexibilitet och titta på den aktuella forskning som finns inom området.

Det större forskningsprojekt, som denna uppsats är en del av, blev etikgodkänt i december 2015 (Dnr: 2015/663) och datainsamling har pågått sedan januari 2016. Det övergripande målet med projektet är att öka förståelsen för vilka generella och diagnosspecifika psykologiska mekanismer som är involverade vid psykisk ohälsa hos barn och ungdomar med tvångssyndrom, ångestsyndrom och depression. Vad är det t.ex. som gör att någon utvecklar tvångssyndrom istället för depression? Genom en ökad förståelse för underliggande faktorer är förhoppningen att behandlingar bättre ska kunna skräddarsys, så att rätt problemområden kan adresseras i behandling, vilket kan leda till effektivare och mer anpassade psykologiska behandlingar.

### **Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar**

Den psykiska ohälsan hos barn i åldern 10-17 år har ökat med över 100 procent på tio år. Detta beskriver Socialstyrelsen i en rapport som publicerades i december 2017 (Socialstyrelsen, 2017c). Ökningen gäller såväl självrapporterade psykiska besvär som diagnostiserade psykiska sjukdomar och ökningen är större i Sverige än i övriga nordiska länder. Baserat på besök inom specialiserad öppenvård eller

sjukhusvård som har lett till psykiatrisk diagnos, innebär detta i totalt antal ungefär 34 200 flickor respektive 45 300 pojkar, i åldersgruppen 10–17 år. Även barn och unga som har förskrivits läkemedel för psykisk ohälsa (även förskrivning inom primärvården ingår), är inkluderade i resultatet. Orsakerna till utvecklingen är oklara. Ökningen återfinns i ungdomsgruppen som helhet. Detta skulle kunna tyda på att orsakerna går att finna i miljöer där de flesta ungdomar vistas, exempelvis under skolperioden. Det är främst inom diagnoserna depression och olika ångestsyndrom som antalet sjukdomsfall ökar. Förutom svårigheter i skolsystemet, kan förklaringar till ökningen finnas i komplexiteten i inträdandet i "arbets- och vuxenlivet". Sjukdomstillstånden tenderar också att bli mer långvariga, vilket gör att någon minskning inte kan förväntas den närmaste framtiden (Socialstyrelsen, 2017b).

Huruvida den faktiska prevalensen av psykiatriska tillstånd har ökat är emellertid omdiskuterat eftersom det finns forskning som tyder på att omfattningen av allvarlig psykiatrisk problematik är jämnstor över tid och mellan olika kulturer (Bandeow & Michaelis, 2015; Beesdo, Knappe & Pine, 2009).

Barn och ungdomar som tidigt får psykiatriska diagnoser som depression och ångestsyndrom riskerar att vara sjuka under lång tid och därmed ökar också risken för suicidförsök och fullbordade suicid, för gruppen (Socialstyrelsen, 2017a). Av alla sjukskrivningar för psykisk ohälsa (hos vuxna) ligger diagnoser inom depressions- och ångestområdet bakom ca 90% (Socialstyrelsen, 2017a). Sju av tio patienter som söker hjälp för depression eller ångestsyndrom får vård inom primärvården och endast ca 20% remitteras vidare till specialistpsykiatri (Socialstyrelsen, 2017a). Endast 7 av 10 unga med psykiska problem söker hjälp (Gulliver, Griffiths & Christensson, 2010).

## **Depression**

Depression är ett brett begrepp som innefattar lindrig, medelsvår och svår depression. Depression ska ges hög prioritet inom sjukvården och behandlingsstart ska ske utan längre dröjsmål. Depression debuterar ofta i relativt tidig ålder och punktprevalensen beräknas vara 1-2 % för barn, och 2,8-8,2 % för ungdomar (Öst, 2010). Före puberteten är depression lika vanligt hos pojkar som hos flickor (von Knorring, von Knorring & Waern, 2013). Depression hos ungdomar är 3-4 gånger vanligare hos flickor än hos pojkar (Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri [Sfbup], 2014). Insjuknandet i depression ökar drastiskt efter

puberteten och depression hos unga är den andra till tredje vanligaste orsaken till självmord bland ungdomar (Magnusson, 2016).

Diagnoskriterierna för depression under uppväxten är desamma som för vuxna, förutom att nedstämdhet kan ersättas av irritabilitet och viktnedgång kan ersättas av utebliven förväntad viktökning (American Psychiatric Association, 2013). Den kliniska bilden karaktäriseras av ledsenhet alternativt irritation, nedstämdhet och anhedoni. Sömnstörningar, ökat sömnbehov och trötthet är vanligt samt minskad/ökad aptit. Missnöje med sig själv, svårigheter med koncentration och minne är också vanligt, vilket kan påverka skolgången negativt (von Knorring et al., 2013). Dödsönskningar och självmordstankar, isolering och allmänt sänkt aktivitet och tillbakadragenhet, är andra vanliga symtom.

Nittio procent av depressioner hos unga självläker efter 1-2 år även om de inte behandlas (Öst, 2010). När depressionen debuterar under tonåren ökar risken för återfall i depressiva episoder och för sociala och medicinska komplikationer (von Knorring et al., 2013). Sjuttiofem procent av de ungdomar som sökt vård för depression i tonåren återinsjuknar inom fem år. Ca fyrtio procent återfaller i depression inom sex månader. Vid utdragna och upprepade episoder ökar återfallsfrekvensen. Ärftlighet för depression är den enskilt viktigaste faktorn för insjuknande (Sfbup, 2014).

## **Ångestsyndrom**

Ångestsyndrom är det vanligaste psykiatriska tillståndet hos barn och ungdomar och upp mot vart femte barn lider någon gång under uppväxten av ett kliniskt ångesttillstånd (Sfbup, 2017). Ungefär vart tionde barn har allvarliga problem (Costello, Egger & Angold, 2005). Ångestsyndrom är ofta den debuterande orsaken till psykiatrisk ohälsa (Sfbup, 2017). Ångeststörningar är vanligare hos flickor än hos pojkar (Barn- och ungdomspsykiatri Stockholms läns landsting, 2012). De vanligaste ångestsyndromen hos barn och ungdomar är:

- Socialt ångestsyndrom. Ca 2-7 % av skolbarnen (Sfbup, 2017). Vanlig debutålder är 11-13 år. Fler flickor än pojkar besväras av detta (70/30). Grundar sig ofta i rädslan att bli granskad, göra bort sig eller inte räkna till, vilket kan leda till undvikande av situationer med andra människor, skola,



aktiviteter eller kompisar. Många får svårt att våga ta kontakt och prata inför andra människor (Sfbup, 2017).

- Generaliserat ångestsyndrom (GAD). Karaktäriseras av överdriven oro som känns svår att styra över. Vanligt att man söker mycket försäkringar från sin omgivning för att bli lugn. Barn/ungdomar som har GAD kan ofta söka perfektion, bli överdrivet självkritiska eller rädda för att göra misstag. Obehandlad finns risk för utveckling av sekundära depressionstillstånd (Sfbup, 2017). Vi har funnit lite olika siffror gällande prevalensen i den litteratur vi har gått igenom. Mellan 0,4 och 3,6 % av barn och ungdomar (Sfbup, 2017). 3-12 % av barn och ungdomar (Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholms läns landsting, 2012)
- Separationsångest. Ca 4 % av barn och 1,6 % av tonåringar (Sfbup, 2017). Kännetecknas av en icke åldersadekvat rädsla att vara ifrån sina föräldrar. Ofta en stark oro både för sin egen och föräldrarnas hälsa och säkerhet. Ca hälften av barn/ungdomar som skolvägrar beräknas ha separationsångest.
- Paniksyndrom. Ca 2-3 % av tonåringarna. Ovanligt hos barn, 0,4 % (Sfbup, 2017). På grund av starka och skrämmande ångestattacker med kroppsliga symtom, förknippas lätt panikattackerna med olika situationer eller platser vilket kan leda till undvikandebeteenden och agorafobi (Sfbup, 2017).
- Specifika fobier. Ca 5 % av barn och 16 % av ungdomar lider av specifika fobier. För att fobikriterierna ska vara uppfyllda ska rädslan vara så stark att den leder till undvikandebeteende som får en påverkan på funktionsnivån (Barn- och ungdomspsykiatri i Skåne, 2015; Sfbup, 2017).

Olika ångestsyndrom representerar således en variation vad gäller symtom och funktion. De klassificeras (liksom depression och tvångssyndrom) som lindriga, medelsvåra och svåra, utifrån bedömt lidande och funktionsförmåga. Nära hälften av de barn och ungdomar som behandlas för ångestsyndrom eller tvångssyndrom återinsjuknar (Sfbup, 2017). Ångest som symtom uppträder vid i princip alla barn- och ungdomspsykiatriska syndrom. Det är dock viktigt att skilja mellan symtom och syndrom. Allvarligare ångeststörningar med mer nedsatt funktionsförmåga, löper förhöjd risk att bli kroniska (Barn- och ungdomspsykiatri Stockholms läns landsting, 2012).

Det finns växande evidens för att ångestsyndrom karaktäriseras av upplevelsemässigt undvikande, oavsett huruvida det gäller upplevelsen av kroppssensationer som vid paniksyndrom (Zvolensky & Eifert, 2000), rädsla för starka emotionella sensationer som vid generaliserat ångestsyndrom (McLaughlin, Mennin & Farach, 2007), eller oro för att öppet uttrycka och exponera sig för andra människor, som vid socialt ångestsyndrom (Kashdan & Steger, 2006).

I en klinisk forskningsstudie av social ångest, kunde konstateras att större förändring i psykologisk flexibilitet i de inledande faserna av behandlingen resulterade i mindre grad av ångest under senare sessioner (Dalrymple & Herbert, 2007).

### **Tvångssyndrom**

Tvångssyndrom (Obsessive-Compulsive Disorder, OCD) kännetecknas av tvångstankar och tvångshandlingar. Tvångstankar är påträngande och återkommande tankar, impulser eller bilder som orsakar ångest. Tvångshandlingar är beteenden eller mentala ritualer som görs för att lugna och dämpa ångesten. OCD debuterar ofta i barn eller ungdomsåren och 1-3 % av barn och unga drabbas (Thomsen, 2013). Utifrån graden av lidande och funktionsnedsättning skattas även tvångssyndrom till lindrigt, medelsvårt eller svårt. Tvångstankar är ofta inom områdena aggressiva, sexuella, magiska/vidskepliga, religiösa, symmetri eller smuts/smitta. Obehandlat är tvångssyndrom ofta kroniskt. WHO har rankat tvångssyndrom som en av de tio mest funktionsnedsättande sjukdomarna alla kategorier (Sfbup, 2017). I DSM-5 har tvångssyndrom flyttats från kapitlet ångestsyndrom till ett eget kapitel; "Tvångssyndrom och relaterade syndrom". De relaterade syndromen är dysmorfofobi (BDD), samlarsyndrom (hoarding), trichotillomani och dermatillomani (skin picking) (Sfbup, 2017). Besvären har flera gemensamma nämnare med repetitiva beteenden och den psykologiska och farmakologiska behandlingen är också lik. Kognitiv beteendeterapi (KBT) rekommenderas och för trichotillomani har Habit Reversal Training (HRT) visat effekt (Rahman, McGuire, Storch & Lewin, 2017).

### **Samsjuklighet**

Mellan 40-90 % av ungdomar med depression uppfyller även kriterierna för annan psykisk ohälsa. Ångestsyndrom och PDD (persistent depressive disorder) (tidigare dystymi) tillhör de vanligaste. Unga med både depression och ångeststörning uppvisar svårare symtomatologi än de med enbart ångeststörning (Barn- och

ungdomspsykiatri Stockholms läns landsting, 2012). Cirka hälften av de deprimerade ungdomarna har minst två andra psykiatriska diagnoser, t e x ångestsyndrom, tvångssyndrom, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), ätstörning, beteendestörningar och neuropsykiatrisk problematik. Depression hos ungdomar kan ofta ses som en del i en mer komplex samsjuklighet (Barn- och ungdomspsykiatri i Skåne, 2012). Depression är också vanligt vid neuropsykiatrisk problematik, antingen som ett följdillstånd eller som ett resultat av dysfunktionen som funktionsvariansen innebär.

Mellan 60-70 % av de som lider av ångestsyndrom har annan psykiatrisk samsjuklighet (Sfbup, 2017). Vanlig komorbiditet är depression (då är ofta ångesten svårare och medför en större funktionsnedsättning), uppförandeproblematik eller uppmärksamhetsrelaterad problematik, tvångssyndrom, autism, bipolärt syndrom, ätstörning, PTSD och missbruk. Somatisk komorbiditet är också vanlig (t e x sköldkörtelproblematik, struma, migrän, astma, diabetes). Barn och ungdomar har ofta två eller flera ångesttillstånd samtidigt (Barn- och ungdomspsykiatri i Skåne, 2015). Kliniska ångestsyndrom påverkar emotionell, social, kognitiv och fysisk utveckling och ökar risken för depression, missbruk, självmord och sjukhusinläggningar (Ferdinand & Verhulst, 1995).

Mellan 60-80 % av de med tvångssyndrom har annan psykiatrisk samsjuklighet. Vanliga tillstånd är tics/tourettes, ADHD, andra OCD-relaterade tillstånd, autism, ångestsyndrom och depressiva syndrom (Sfbup, 2017).

I långtidsuppföljningar av unga som sökt vård för depression och ångeststörningar, kan vi se att bland de som gör suicidförsök eller begår suicid, har övervägande andel uppfyllt kriterierna för både depression och ångest (Socialstyrelsen, 2017b).

Hayes menar att den höga komorbiditeten mellan olika psykiatriska tillstånd inte är ett tecken på "verklig" komorbiditet, utan på ett undermåligt diagnosystem (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014). Syftet med diagnoser är att förbättra effektiviteten genom val av diagnosspecifik behandling. Dock vet vi att diagnosspecifika behandlingsmetoder har effekt på många syndrom (Hayes et al., 2014).

## **Effekt av behandling**

Det är först under de senaste två decennierna som man har gjort kontrollerade studier i syfte att kartlägga effekterna av behandling av barns psykiska ohälsa (Öst,

2010). Interventioner i behandlingar för barn och ungdomar är i stora drag anpassningar av det som man känner till är hjälpsamt vid behandling för vuxna. Med adekvata behandlingsinsatser kan de flesta barn/ungdomar uppnå remission. Minskade symtom och en höjd funktionsnivå är rimliga behandlingsmål, inte att för alltid vara helt fri från symtom. Återfallsfrekvensen är hög (Öst, 2010).

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom (2017) är KBT förstahandsval vad gäller psykologisk behandling för såväl depression, ångestsyndrom och OCD. Rekommendationerna är att SSRI-behandling bör erbjudas som kombinationsbehandling vid medelsvår till svår depression. Vid svår depression som är behandlingsresistent alternativt med psykotiska symtom eller katatoni är rekommendationen att ECT bör erbjudas (Socialstyrelsen, 2017a). Vid ångestsyndrom är också rekommendationerna att SSRI bör erbjudas som kombinationsbehandling med KBT (Socialstyrelsen, 2017a). Vid tvångssyndrom bör i första hand KBT med exponering och responsprevention (ERP) erbjudas, vid medelsvårt till svårt tvångssyndrom kan SSRI erbjudas (Socialstyrelsen, 2017a).

En korrekt diagnos och snabb respons i behandlingen är avgörande för att lyckas med remission (Sfbup, 2014). I DSM-5 betonas att behandlingsresponsen behöver följas och utvärderas över tid, tills patienten uppnått fullt tillfrisknande. Risken för återfall eller att den depressiva episoden övergår i ihållande depression är mycket högre om patienten fortfarande uppvisar subkliniska symtom (Sfbup, 2014).

För yngre barn är evidensläget för depressionsbehandling högst bristfälligt. För ungdomar är det viktigt att det är depressionen som adresseras. Det är inte tillräckligt med t.ex. familjeterapeutiska interventioner (Sfbup, 2014). Resultaten från "The Treatment for Adolescents With Depression Study: Long-Term Effectiveness and Safety Outcomes" (TADS, 2004) har länge setts som "golden standard" för behandling av ungdomar med depression (Nel, 2014). Studien är designad med fyra armar: enbart fluoxetin, enbart KBT, KBT och fluoxetin tillsammans, samt placebo. Man kom fram till att kombinationsbehandling av fluoxetin och KBT bör erbjudas vid medelsvår till svår depression. Nel (2014) ställer sig dock tveksam till dessa resultat och generaliserbarheten av dessa. Han hävdar i sin artikel att vi har högst begränsat och svagt forskningsstöd kring vad som är hjälpsamt och effektivt i depressionsbehandlingar även för ungdomar. Han lyfter svårigheten att tolka de forskningsresultat som finns. Det är ytterst komplext att designa behandlingar där

utfallet låter sig jämföras. Författaren konstaterar i artikeln att man i vissa studier jämfört KBT med "icke-behandlingar" (t.ex. avslappningsövningar). Ibland har mängden behandling patienterna fått varierat mycket, vilket gör att det blir svårt att jämföra effektiviteten. Inklusions- och exklusionskriterierna har också sett olika ut, det har varit förhållandevis små samples, socialgruppsfaktorer, korttids- och långtidsuppföljningar samt enbart självskattade resultat, är några av svårigheterna som gör behandlingsresultaten svårtolkade. Vidare har man i många studier inte specificerat huruvida det rör sig om en lindrig eller en svår depression. Den KBT-behandling som erbjudits i olika studier har också sett olika ut, vilket gör att reliabiliteten blir högst osäker (Nel, 2014).

Effektiva psykologiska och farmakologiska behandlingar finns för såväl tvångs- som ångestsyndrom, men som nämnts tidigare, så söker de flesta inte vård (Merikangas et al., 2010) och på många ställen, nationellt och internationellt, finns inte adekvat vård att tillgå. Det finns flera studier som tyder på att spontantillfrisknandet vid ångestsyndrom under barn- och ungdomsåren, är större än att syndromen kvarstår (Barn- och ungdomspsykiatri Stockholms läns landsting). Tidiga behandlingsinsatser är dock viktiga för att förhindra utveckling av komorbiditet och att de ska bli kroniska.

Nära hälften av de barn och ungdomar som behandlas för ångestsyndrom eller tvångssyndrom återinsjuknar (Sfbup, 2017). En nogsam vidmakthållandeplan och möjlighet till boostersessioner är av största vikt. Utan adekvat behandling är ångest- och tvångssyndrom ofta kroniska, med påverkan på såväl psykosocial funktion, lägre utbildnings- och socioekonomisk nivå och nedsatt livskvalitet. Obehandlade ångest- och tvångssyndrom ökar risken för depression, missbruk, självskadebeteende och suicidalitet (Sfbup, 2017).

1994 publicerade Kendall den första randomiserade och kontrollerade studien (RCT) vad gäller behandling av ångeststörningar för barn- och ungdomar som baserades på behandlingsprogrammet Coping Cat (Öst, 2010). Coping Cat tänkte man var så pass överlappande och generell att det skulle fungera för både generaliserat ångestsyndrom, separationsångest och social fobi. Därefter har det publicerats ytterligare tjugotvå randomiserade kontrollerade studier på behandlingsmetoden (Öst, 2010). I vissa av studierna har man även inkluderat barn/ungdomar med annan komorbiditet. Detta innebär svårigheter att idag uttala sig om effekten av denna behandling för respektive diagnos (Öst, 2010).

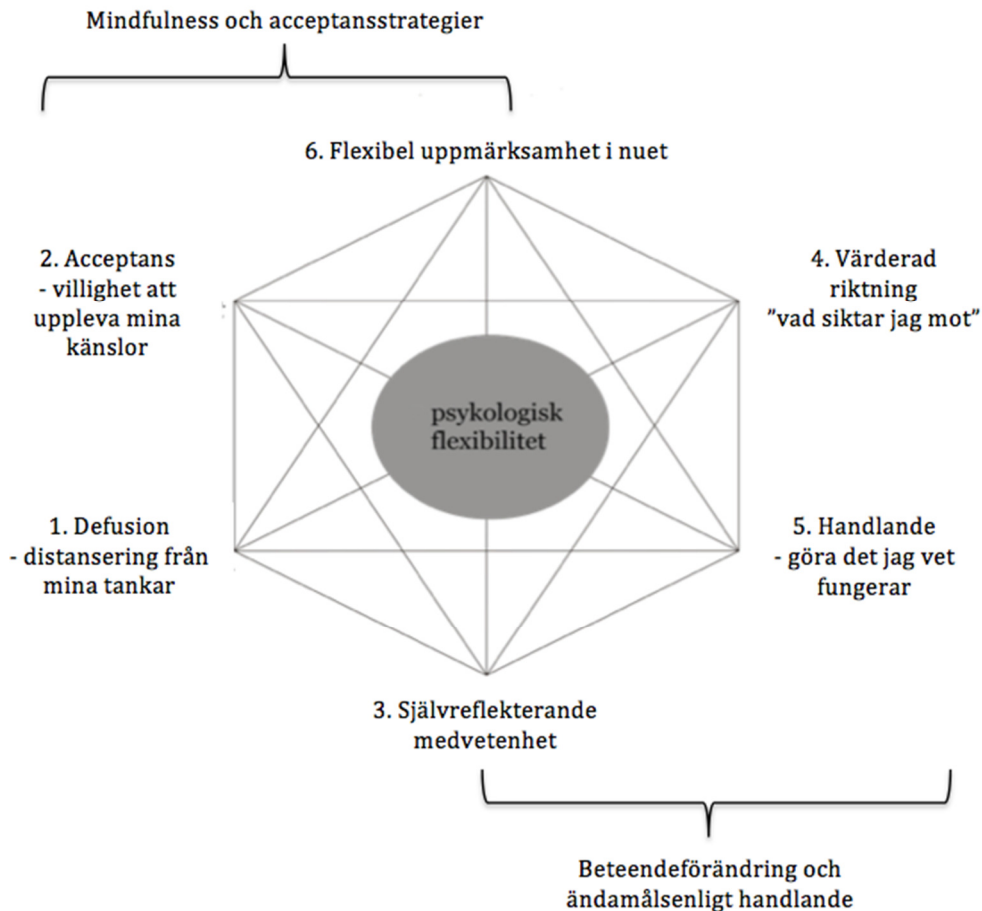
I Östs meta-analys av KBT vid social ångest hos barn och ungdomar har 432 individer genomgått KBT-behandling. Efter behandlingen hade 58% fått en klinisk respons och vid uppföljningen (1-60 månader senare), hade denna siffra ökat till 71% (Öst, 2010).

SSRI-behandling har visat på god effekt vid behandling av såväl depression som ångeststörningar hos barn och ungdomar. Ju lägre funktionsnivå patienten har, desto större nytta av psykofarmaka (Sfbup, 2014). Långtidsuppföljningar av SSRI-behandling finns dock inte än (Barn- och ungdomspsykiatri i Skåne, 2015).

På senare år har de transdiagnostiska behandlingarna uppmärksammats allt mer och får efterhand ett allt starkare forskningsstöd. Se exempelvis Barlow et al., 2017, gällande ångestbehandling för vuxna. Utifrån den höga komorbiditeten och att det på många håll saknas både resurser och ibland kompetens att bedriva diagnosspecifika evidensbaserade behandlingar kan transdiagnostiska behandlingar fylla en stor funktion (Ewing, Monsen, Thompson, Cartwright-Hatton & Field, 2013).

För tvångssyndrom rekommenderas exponering med responsprevention, ERP. (Socialstyrelsen, 2017a). Öst har sammanställt de randomiserade studier som finns vad gäller barn- och ungdomsbehandling med ERP vid OCD (Öst, 2010). Av de 365 barn och ungdomar som fick behandling, hade 71% fått en klinisk respons efter avslutad behandling. Vid ettårsuppföljning uppvisade 78% ett bra behandlingsresultat (Öst, 2010).

# Psykologisk flexibilitet



**Figur 1a**

Psykologisk flexibilitet som helhetsmodell för mänskligt fungerande.

Återgiven med tillstånd av Steven C. Hayes.

Psykologisk flexibilitet är ett av grundbegreppen inom Acceptance and Commitment Therapy (ACT) (Hayes et al., 1999). Psykologisk (in)flexibilitet är ett relativt nytt sätt att betrakta och mäta vår psykiska hälsa. Det syftar på förmågan att ha en bred beteenderepertoar även i närvaro av obehagliga inre upplevelser som till exempel ångest eller rädsla (Hayes et al., 1999). Psykologisk flexibilitet innefattar med andra ord förmågan att kunna välja mellan en rad olika beteenden i en situation, inte bara det beteende som minskar, t.ex. ångest.

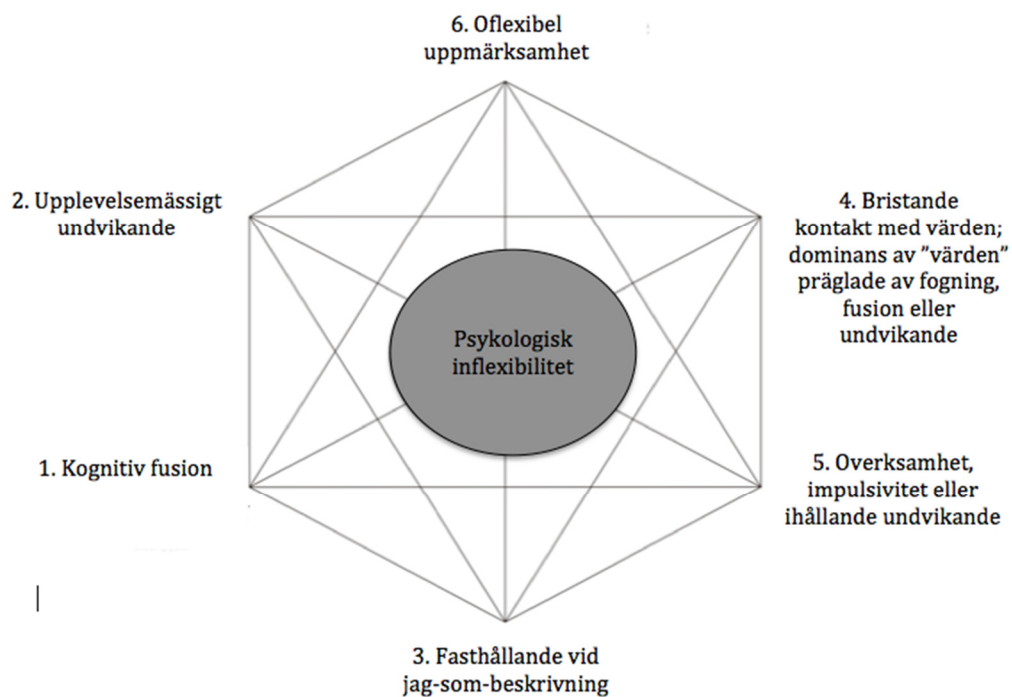
Det finns sedan tidigare flertalet teorier kring vad som utgör och bidrar till psykisk hälsa. Traditionellt har psykisk hälsa mest beskrivits utifrån positiva känslor. Några teorier lyfter fram intensiteten och balansen mellan positiva och negativa livserfarenheter. Andra teorier fokuserar på människans psykologiska basbehov av att

känna sig i kontakt med betydelsefulla andra, att känna hanterbarhet, kompetens och autonomi. Den psykologiska flexibilitetsmodellen motsäger självfallet inte ovanstående, men menar att teorierna behöver kompletteras med ett mindre statistiskt perspektiv (Kashdan & Rottenberg, 2010). Forskningsmässigt har man blivit allt mer klar över att psykopatologi är relativt oberoende av individens positiva livserfarenheter (Kashdan & Rottenberg, 2010).

Hayes, Strosahl och Wilson (1999) beskriver psykologisk flexibilitet som en helhetsmodell för mänskligt fungerande, d.v.s. människans funktions- och anpassningsförmåga. I Kashdans och Rottenbergs artikel (2010) beskrivs psykologisk flexibilitet som en "fundamental aspekt" av hälsa. Personer med god psykologisk flexibilitet strävar mot hälsa och fastnar inte så lätt i psykisk ohälsa (Kashdan & Rottenberg, 2010). I artikeln menar man, att man i tidigare sätt att beskriva psykisk hälsa, missar det oerhört komplexa i vad det innebär att förhålla sig till en föränderlig miljö och en social omvärld, där vi hela tiden behöver förhålla oss till ovisshet och kontinuerligt måste välja bland kontextuellt gångbara och specifika beteenden (Kashdan & Rottenberg, 2010). Att vara mentalt flexibel och ha en bred beteenderepertoar och känna att man kan påverka och välja olika beteenden utifrån den situation som råder, är utgångspunkter i den psykologiska flexibilitetsmodellen. Likaså att känna att man har en balans mellan olika viktiga livsområden och att man är klar över och lever utifrån sina prioriteringar och värderingar i livet. Tre viktiga faktorer som har stor påverkan på psykologisk flexibilitet är våra exekutiva funktioner, vår förmåga till generalisering/automatisering och våra personella mönster (Kashdan & Rottenberg, 2010).

De grundprocesser där det finns påtagliga brister är de som bör adresseras under terapin. Arbetar man med en av grundprocesserna "aktiveras" även de flesta av de andra processerna. Och ändras en eller flera av grundprocesserna, så ökar den psykologiska flexibiliteten och patientens välmående ökar (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014). Studier har funnit signifikanta positiva korrelationer mellan psykologisk flexibilitet och livskvalitet. När man har kontrollerat för bland annat ålder och utbildning har man funnit att cirka en tredjedel av variansen i livskvalitet kan förklaras av psykologisk flexibilitet (Wicksell, Renöfält, Olsson, Bond & Melin, 2008). Sammantaget kan man säga att psykologisk flexibilitet korrelerar väl med andra egenskaper som ses som personella "styrkor".





**Figur 1b**

Psykologisk inflexibilitet som modell för psykopatologi.

Återgiven med tillstånd av Steven C. Hayes.

Omvänt ser alltså Hayes, Strosahl och Wilson (1999) psykologisk inflexibilitet som roten till psykopatologi och till människans lidande. Personer som har hög grad av psykologisk inflexibilitet strävar ofta efter att undertrycka, kontrollera eller undvika svåra erfarenheter (bristande öppenhet), de ältar och grubblar över saker som har hänt och/eller oroar sig för framtiden, vilket gör att de får lite utrymme att leva i nuet (bristande närvaro). Det blir lätt att styras av konstruerade regler som inte ger direkt mening och att tappa kontakten med sina personliga värden (bristande engagemang) (Strosahl, Robinson & Gustavsson, 2014). Om man låter obehagliga upplevelser styra sina handlingar i alltför hög grad leder detta ofta till ett undvikandebeteende och en förlust av positiva förstärkare i livet. Upplevelsemässigt undvikande och kognitiv fusion får oss att tappa förmågan att flexibelt och avsiktligt lyssna och förhålla oss till det som händer inuti och utanför oss själva (Hayes et al., 2014).

En relativt ny holländsk icke-klinisk studie undersökte sambandet mellan psykologisk inflexibilitet mätt med AFQ-Y och andra psykologiska konstrukt, såväl känslomässiga symtom som beteendeproblem hos 341 unga mellan 12 och 18 år. Man fann positiva samband med olika typer av symtom, som i många fall förblev signifikanta över tid. Man föreslår följaktligen att psykologisk inflexibilitet är en viktig faktor för ungas psykiska hälsa, som bör undersökas närmare (Muris et al., 2017).

Det finns en mängd forskning som pekar på psykologisk inflexibilitet som en transdiagnostisk process som en del av flera diagnoser såsom, ångest, depression, och kroniska smärttillstånd (Hayes et al., 1996; Hayes et al., 2006; Kashdan, Barrios, Forsyth, & Steger, 2006; Ruiz, 2010). Spännvidden av problem som undersökts utifrån modellen är stor; arbetsrelaterad stress, kronisk smärta, rökning, diabetesvård, droganvändning, epilepsi, omställning vid cancer och viktproblematik är några, förutom psykiatriska diagnoser som t.ex. depression, ångestsyndrom, tvångssyndrom, psykosjukdomar och emotionellt instabil personlighetsstörning (Hayes et al., 2014). Modellen föreslås ses som en transdiagnostisk mekanism för att förstå såväl utveckling, vidmakthållande och behandling av psykisk ohälsa (Levin et al., 2014). Senare forskning har också börjat undersöka individens psykologiska flexibilitet inom familjen och funnit ett samband mellan föräldrars psykologiska flexibilitet och barnens psykosociala mående (Brassell, Rosenberg, Parent, Rough, Fondacaro, Seehuus 2016; Cheron, Ehrenreich, & Pincus, 2009; Williams, Ciarrochi, & Heaven, 2012; Moyer & Sandoz, 2015). Man menar att den spännvidd av problem som undersökts utifrån modellen, är ett av de främsta vetenskapliga kraven, för att modellen ska kunna räknas som transdiagnostisk och enhetlig (Hayes et al., 2014).

### **Psykologisk inflexibilitet och depression**

Flera av depressionskriterierna indikerar i sig, psykologisk inflexibilitet (Kashdan & Rottenberg, 2010). Anhedoni och rumination t.ex. leder lätt till passivitet och att vardagliga rutiner blir svåra att upprätthålla. Den "kognitiva triaden" vid depression innebär att man får negativa tankar om sig själv, om andra och om framtiden. Fysiologiskt ökar också inflexibiliteten. Ansiktsmimik och rörelsemönster blir ofta stela och långsamma och man svarar inte an känslomässigt på olika stimuli (Ellgring, 1989). Kashdan och Rottenberg har förespråkat att vi ska förstå depression

som ett allvarligt psykologiskt syndrom som förstör framförallt vår motivation, något de kallar "emotion context insensitivity" (Kashdan & Rottenberg, 2010). Inom ACT tänker man sig att låg psykologisk flexibilitet är en stark riskfaktor för depression då den låga flexibiliteten kan leda till en starkt begränsad beteenderepertoar. Ruiz och Odriozola-González (2016), har undersökt kopplingen mellan psykologisk inflexibilitet och Beck's kognitiva depressionsmodell bland studenter. Man såg att depressiva scheman, depressiva symtom och negativa automatiska tankar korrelerade väl med hög självskattad psykologisk inflexibilitet.

I "Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders" (2014) såg författarna att de som uppfyllde kriterierna för depression, skattade signifikant högre på psykologisk inflexibilitet än de som inte uppfyllde kriterierna för diagnos. De med ihållande depression/PDD, skattade ytterligare högre grad av psykologisk inflexibilitet än de med egentlig depression.

Ruiz (2010) fann 22 olika korrelationsstudier där man undersökte sambandet mellan psykologisk flexibilitet och depression. I denna review av korrelationsstudier fanns starkt stöd för ACT-modellen och därmed den psykologiska (in)flexibilitetsmodellen.

### **Psykologisk inflexibilitet och ångestsyndrom**

Gemensamt för ångestsyndromen är att de innehåller rädsla, oro och undvikanden. Just undvikanden, som ofta blir en vidmakthållande faktor (Kashdan & Rottenberg, 2010), ser lite olika ut beroende på vilken typ av ångestproblematik man har, men funktionen är densamma. Det finns ett signifikant samband mellan ångestsyndrom hos barn i åldrarna 8-10 år och psykologisk inflexibilitet (Greco, Baer & Lambert, 2008). Om olika ångestsyndrom delas upp finns ett starkare samband mellan psykologisk inflexibilitet och paniksyndrom medan det är mindre starkt i relation till social fobi och specifik fobi (Simon & Verboon, 2016). Författarnas hypotes kring resultatet, är att vid paniksyndrom upplever man extrem fusion i samband med panikattackerna. Detta gäller såväl känslomässiga, kognitiva som kroppsliga symtom. Vidare är generaliseringen ofta stor vilket leder till många olika slags undvikanden. Vid specifika fobier generaliseras ofta inte problemen på samma sätt (Simon & Verboon, 2016). Forskning visar vidare att personer med olika ångestsyndrom generellt har en minskad flexibilitet vad gäller automatiska responser (Thayer, Friedman & Borkovec, 1996).

I Levin et al, studie (2014), fanns det också signifikant större samband mellan grupperna med olika ångestsyndrom och psykologisk inflexibilitet, i jämförelse med gruppen som inte uppfyllde kriterierna för psykisk ohälsa. Resultaten skilde sig från det som Simon och Verboon såg i sin studie, se ovan (2016). I Levin et al studie, skattade gruppen med generaliserat ångestsyndrom allra högst grad av psykologisk inflexibilitet (i gruppen med ångestsyndrom), följt av gruppen med socialt ångestsyndrom och ångest UNS (utan närmre specifikation) (Levin et al, 2014).

I Ruiz studie (2010), fann han 15 korrelationsstudier med positivt samband mellan psykologisk inflexibilitet och ångest.

### **Psykologisk inflexibilitet och tvångssyndrom**

På liknande sätt som vid ångestsyndrom har personer med tvångssyndrom tankar som skrämmer på olika sätt. För att undvika obehaget neutraliserar man med olika slags tvångshandlingar eller mentala ritualer (Kashdan & Rottenberg, 2010). Olika sorters undvikande får även här en stark vidmakthållande effekt.

En metaanalys har gjorts som presenterar ett flertal studier vad gäller koppling mellan ångest- och tvångssymtom och psykologisk inflexibilitet mätt med Acceptance and Action Questionnaire (AAQ och AAQ-II) hos collegestuderter och vuxna (Bluett, Homan, Morrison, Levin & Twohig, 2014). Här har man funnit positiva signifikanta små till stora korrelationer mellan psykologisk inflexibilitet och skattningar av ångest generellt, men även för diagnosspecifika skattningar som t.ex. för tvång. För psykologisk inflexibilitet och OCD redovisas en signifikant korrelation på medelnivå ( $p < 0.001$ ). I Levin et al studie (2014) uppvisade gruppen som uppfyllde kriterierna för tvångssyndrom signifikant högre grad av psykologisk inflexibilitet än grupperna som inte uppvisade psykisk ohälsa gjorde. Graden av psykologisk inflexibilitet var för denna OCD-grupp, högre än samtliga ångestgrupper och även högre än gruppen som uppfyllde kriterierna för depression (dock var den lägre än för gruppen med ihållande depression) (Levin et al, 2014).

I en RCT från 2015 “Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder” mäts psykologisk flexibilitet efter varje session (8 behandlingstillfällen), samt vid uppföljningssession efter tre månader. Kontrollgruppen erbjöds progressiv avslappning. Sammanfattningsvis sågs ACT som en bättre OCD-behandling (Twohig, Vilaradaga, Levin & Hayes, 2015). Författarna påtalar att även om ERP (exponering med

responsprevention) är den i nuläget mest effektiva behandlingen vid tvångssyndrom, så vet vi att den inte hjälper alla. Effektiva behandlingsalternativ är av stor vikt (Twohig et al., 2015).

Vad gäller studier på psykologisk inflexibilitet och OCD hos barn och unga, har vi endast funnit en artikel. Studien innefattade endast behandling av 3 ungdomar (12-17 år) som behandlades med ACT för tvångssyndrom. Behandlingen bedömdes som framgångsrik för deltagarna, som uppnådde en stor symtomminskning (Armstrong, 2012). Med tanke på att det endast var tre ungdomar med i studien får resultatet utläsas med försiktighet.

### **Psykologisk inflexibilitet och komorbiditet**

I en studie på nästan 1000 collestudenter mellan 17 och 20 år, undersöktes självskattad psykologisk flexibilitet, efter att ungdomarna bedömts med hjälp av SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV Diagnosis) en semistrukturerad intervju för psykiatrisk diagnostik (Levin et al, 2014). Psykologisk flexibilitet mättes i denna studie med AAQ-II (Acceptance and Action Questionnaire). Man såg att de som uppfyllde kriterierna för depression- och ångestdiagnoser skattade signifikant högre på psykologisk inflexibilitet än de som inte uppfyllde kriterierna för diagnos. Av de ungdomar som uppfyllde kriterierna för både depressions- och ångestdiagnos, ökade den psykologiska inflexibiliteten signifikant i jämförelse med de som endast hade en diagnos (Levin et al, 2014). Elva personer uppfyllde kriterierna för tvångssyndrom. Denna grupp skattade högre på psykologisk inflexibilitet än både de med pågående depression, bortsett från de som även uppfyllde kriterierna för PDD (ihållande depression), och de med olika ångestsyndrom (Levin et al, 2014).

### **Syfte**

Vårt syfte är att undersöka kopplingen mellan psykologisk flexibilitet och vanliga barnpsykiatriska symtom som nedstämdhet, ångest samt tvångsproblematik, genom att studera psykologisk flexibilitet hos barn och ungdomar med tvång, ångest och komorbid depression och ångest. Vi vill även undersöka om psykologisk flexibilitet är starkare kopplat till vissa psykiatriska symtom. Vi utgår från följande frågeställningar:

- Skiljer sig grad av psykologisk flexibilitet hos barn/ungdomar som söker hjälp för primärt tvångssyndrom, primärt ångestsyndrom och samsjuklighet mellan depression och ångest?
- Hur ser sambandet ut mellan psykologisk flexibilitet och svårighetsgrad vad gäller tvång, ångest samt depression hos barn/ ungdomar som söker behandling för dessa syndrom?

## **Hypoteser**

Det finns en mängd forskning som pekar på psykologisk inflexibilitet som en transdiagnostisk faktor som en del av flera diagnoser, som t.ex. ångest, depression, och kroniska smärttillstånd (Hayes et al., 1996; Hayes et al., 2006; Kashdan et al., 2006; Ruiz, 2010).

Tillgänglig forskning och litteratur tyder på att vuxna patienter med depression uppvisar lägre nivåer av psykologisk flexibilitet än andra grupper med känslomässigt relaterad problematik. Resultaten är dock inte entydiga vilket möjligen kan förklaras av den höga samsjukligheten hos patienter med depression, ångest och tvångssyndrom. Sambandet mellan primär diagnos (inklusive tvångssyndrom, ångestsyndrom och depression) och psykologisk flexibilitet har, utifrån vad vi funnit, sällan undersökts hos unga. Sålunda avser vi att undersöka huruvida skattning av psykologisk flexibilitet skiljer sig åt mellan unga med primär diagnos tvångssyndrom, ångestsyndrom eller depression som söker vård inom Barn- och ungdomspsykiatri. Utifrån den forskning vi tagit del av förväntar vi oss att den komorbida gruppen med depression och ångest kommer att ha signifikant högre nivåer av psykologisk inflexibilitet än övriga två grupper (1a), som vi inte tror kommer att skilja sig åt (1b).

Utifrån den forskning och litteratur vi har gått igenom (som nästan uteslutande baseras på studier av vuxna), förutser vi att högre grad av psykologisk inflexibilitet kommer att vara kopplad till högre nivåer av symtom på tvång, ångest och depression (2).

## **Metod**

### **Deltagare**

I vår studie inkluderades totalt 58 barn och ungdomar som sökt hjälp för depression, ångest eller tvång på Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen i Lund. Barnen och ungdomarna var i åldrarna 10,33 - 17,75 år ( $M = 15,0$ ,  $SD = 2,14$ ).

Då det fanns färre unga att tillgå med primär diagnos depression, skapades denna grupp först. Denna matchades därefter med en lika stor grupp unga med ångestdiagnos/diagnoser (dock utan depression eller OCD) och sedan matchades med en lika stor grupp unga med OCD (utan depression eller ångest).

Nitton unga diagnostiserades med primärt tvångssyndrom (utan samsjuklig ångest eller depression), 19 med primärt ångestsyndrom och 20 med samsjuklighet depression och ångest. Av de 19 unga i ångestgruppen, diagnostiserades 13 med socialt ångestsyndrom, 4 med generaliserat ångestsyndrom och 2 med specifik fobi. I gruppen med samsjuklighet mellan depression och ångest, diagnostiserades 6 personer med primär depression, 8 med generaliserat ångestsyndrom, 4 hade paniksyndrom och 2 unga hade social ångest som primärdiagnos. Initialt var vår intention att jämföra ångest- respektive tvångsgruppen med en lika stor grupp av unga som diagnostiserats med primär depression. Då depressionsgruppen inkluderats senare än de andra i det stora projektet fanns inte lika stort underlag att tillgå vad gäller denna patientgrupp. Av denna anledning valde vi att istället inkludera en grupp med samsjuklighet i depression och ångest. För mer information om deltagarna se Tabell 1.

### Tabell 1

*Presentation av undersökningsgruppen, fördelad på de tre undergrupperna (n=58)*

		Primär Diagnosgrupp			Statistik	
		OCD (N=19)	Ångest (N=19)	Depression /ångest (N=20)	<i>F / X<sup>2</sup></i>	Signifikanta post-hoc- jämförelser
Ålder i år	<i>M(SD)</i>	14,0 (1,8)	15,4 (2,2)	15,6 (2,1)	<i>F(2,55) =</i> 3.5*	OCD < Dep/Ångest OCD < Ångest
Kön N (%)	Flicka Pojke	16 (84) 3 (16)	16 (84) 3 (16)	19 (95) 1 (5)	<i>X<sup>2</sup>(2) =</i> 1.4	Inga skillnader

*Not. OCD=Tvångssyndrom; \* p <.05*

### Datainsamling

Samtliga deltagare i studien har vid besök hos behandlare på BUP genomgått Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents -MINI-

KID (Sheehan et al., 2010). MINI-KID är en strukturerad diagnostisk intervju som rekommenderas av Socialstyrelsen för screening av vanliga barnpsykiatriska diagnoser (Socialstyrelsen, 2017a). Patienterna och deras föräldrar har härefter bjudits in till att delta i forskningen. Deltagande familjer har fyllt i ett omfattande frågebatteri. Inkluderat i frågebatteriet finns Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y), Children's Depression Inventory (CDI), Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders – Revised (SCARED-R) och Obsessive Compulsive Inventory - Child Version (OCI-CV).

## **Instrument**

**Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y; Greco et al, 2008)** är ett ACT-specifikt skattningsinstrument som tagits fram för att mäta psykologisk inflexibilitet, som karaktäriseras av kognitiv fusion och upplevelsemässigt undvikande. Ursprungsversionen av AFQ har 17 frågor. 2016 blev formuläret validerat i Sverige, efter att ha testats inom Statens institutionsstyrelser (SIS) på 160 ungdomar (Livheim et al., 2016). Då jämfördes även den kortare version på 8 frågor med den ursprungliga och man fann att den korta versionen var att föredra (Livheim et al., 2016). Simon och Verboon (2016) gjorde samma erfarenhet, d v s att AFQ-Y8 bättre mätte psykologisk inflexibilitet för denna åldersgrupp, än ursprungsformuläret med 17 frågor. I vår studie används således den kortare versionen. Instrumentet har en femgradig skala som går från 0 = ”Inte alls sant” till 4 = ”Helt sant”. Poäng: 0 - 32 (Livheim et al., 2016) med cut-off på 15 (Renshaw, 2017). Psykologisk inflexibilitet ökar med högre totalpoäng. Cronbach's alfa i vår studie var 0,89.

**Children's Depression Inventory (CDI-S; Kovacs, 1992).** CDI-S är ett skattningsformulär som togs fram som en barnversion av Beck Depression Inventory (Öst, 2010). CDI mäter kognitiva, affektiva och beteendemässiga tecken på depression hos barn och ungdomar 6-17 år. CDI finns i kortversion och långversion med 10 respektive 27 frågor, där varje fråga skattas på en tregradig skala 0-2 (Kovacs, 1992). I denna studie används kortversionen CDI-S. Denna svenska version av CDI (CDI-S), har visat sig ha bra psykometriska egenskaper (intern reliabilitet och test-retest reliabilitet har visat sig vara  $r = 0,74$  respektive  $r = 0,83$ ) (Dunerfeldt, Elmund & Söderström, 2010). Cronbach's alfa i vår studie var 0,88.



**Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R;** Birmaher et al. 1997). SCARED-R är en självskattningsskala som innefattar ångestdiagnoser som separationsångest, social fobi, generaliserad ångest, paniksyndrom och skolångest utifrån DSM-IV hos barn och ungdomar (Birmaher et al., 1997). Även ett samlat mått på övergripande ångestsymtom ges, vilket var det måttet som användes i den här studien. Skattningarna görs på en tregradig Likertskala mellan 0 = ”Passar inte alls in, eller väldigt sällan” till 2 = ”Passar väldigt bra, eller passar ofta”. I vår studie används frågeformulär med 41 frågor. Denna svenska version av SCARED-R, har visat sig ha goda psykometriska egenskaper (Ivarsson et al., 2018). Cronbach´s alfa i vår studie var 0,92.

**Obsessive Compulsive Inventory - Child Version (OCI-CV;** Foa et al., 2010). OCI-CV är ett självskattningsformulär som mäter symtom på tvångssyndrom. Varje fråga i OCI-CV skattas på en tregradig skala 0-2 och ger samlade poäng på sex delskalor för olika symtomgrupper av tvång (checking/kontroll, tvångstankar, samlande, tvättande, arrangerande och neutraliserande) samt en totalpoäng på 0-42 poäng. I denna studie användes enbart det samlade måttet. Frågeformuläret har 21 frågor och har översatts till svenska av forskare från Karolinska institutet. (<https://rucklab.files.wordpress.com/2012/03/oci-cv-swedish.pdf>). Cronbach´s alfa i vår studie var 0,86.

### **Etiska överväganden**

Denna studie är del av ett större forskningsprojekt, godkänt av den regionala etiknämnden i Lund (Dnr: 2015/663). Alla barn och ungdomar som deltog i studien gjorde det på frivillig basis och deltagande barn/ungdom och vårdnadshavare skrev på ett informerat samtycke. För att säkerställa deltagarnas anonymitet användes ett system med kodlista, vilket gjort att ingen enskild deltagares identitet blev känd för oss.

De självskattningsformulär som använts i denna studie har varit del i bedömnings- och behandlingsprocessen på BUP, dit ungdomarna sökt sig. Om deltagande i studien eller ifyllandet av formulären, på något sätt lett till någon konsekvens för den unge eller dennes familj, har detta kunnat tas om hand via personalen på BUP. Mätinstrument likt de som använts i denna studie, har använts i

hundratals andra studier med vårdsökande unga. Det har inte framkommit några rapporter om att de på något sätt skulle kunna tillfoga någon skada.

Ett annat viktigt etiskt ställningstagande är huruvida det är motiverat att belasta de unga med dessa ytterligare bedömningsformulär. Även om vi har effektiva behandlingar för OCD, ångestsyndrom och depression för barn och unga (som vi beskrivit i inledningen), så vet vi att behandlingsresultaten många gånger är relativt modesta. Det råder konsensus kring behovet av att bättre förstå de mekanismer som påverkar behandlingsutfall, samt vilka egenskaper som kännetecknar de patienter som predicerar bra respektive dåliga resultat. Den typen av kunskap kan hjälpa oss att öka behandlingseffekten. Därmed blir det försvarbart att be de unga om hjälp med information och deltagande i forskningsstudier som denna. Besväret för dem kan förhoppningsvis balanseras upp av potentiellt bättre behandlingseffekter.

### **Analys av data**

All statistisk bearbetning av materialet skedde i IBM Statistical Package for the Social Sciences, Version 24 (IBM, 2016). Missing items var 26 av 4640, d.v.s. 6 %. Dessa hanterades genom att vi ersatte de saknade värdena med medelvärdet på den enskilda skalan för de frågor som var besvarade (Livheim et al., 2016). Reliabilitet för de olika skalorna beräknades med Cronbach's alfa. Vi började med att jämföra grupperna gällande ålder och kön. För ålder använde vi envägs variansanalys och för kön Chi-två-test. För att jämföra symtom på depression, ångest, tvång och psykologisk flexibilitet mellan diagnosgrupper genomförde vi en rad envägs variansanalyser med grupp som faktor och depression, ångest, tvång och psykologisk inflexibilitet som enskilda utfallsvariabler.

För att undersöka hur psykologisk inflexibilitet korrelerade med olika typer av symtom, oavsett gruppstillhörighet, genomfördes korrelationsanalys mellan depression, ångest, tvång och psykologisk inflexibilitet.

För att undersöka hur psykologisk inflexibilitet var kopplat till depression respektive ångest, genomfördes två regressionsanalyser. Här undersöktes huruvida psykologisk flexibilitet var unikt bidragande till variationen i: a) sammanlagt skattningsvärde för ångest, efter att ha kontrollerat för effekt av depression (regression 1); och b) sammanlagt skattningsvärde för depression, efter att ha kontrollerat för effekt av ångest (regression 2).

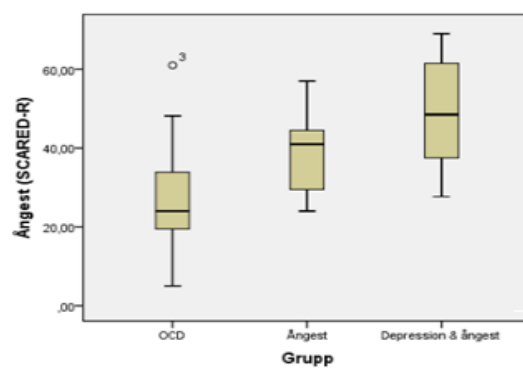
## Resultat

### Gruppjämförelser gällande ålder och kön samt datagranskning

Vid inledande variansanalys av eventuella åldersskillnader framkom signifikant skillnad mellan grupperna vad gäller ålder,  $F(2,55) = 3,54$ ,  $p = 0,04$ . Tukey post hoc-test visade att OCD-gruppen var signifikant yngre än gruppen med depression och ångest ( $p = 0,017$ ). Inga andra statistiskt signifikanta skillnader gällande ålder framkom. De tre grupperna var jämnstora. Gällande kön visade chi två-test att grupperna inte skilde sig åt. De allra flesta deltagare var flickor (se Tabell 1).

### Gruppskillnader gällande symptom och psykologisk inflexibilitet

I Tabell 2 presenteras medelvärden och standardavvikelser för depression, ångest, tvång och psykologisk inflexibilitet för de tre grupperna. Unga från de olika diagnosgrupperna rapporterade samtliga symtom på såväl depression, ångest som tvång, dock i olika grad, vilket framgår av Tabell 2. Se även Figur 3 för grafisk gestaltning av skillnad i skattningar mellan grupperna. Vi kontrollerade datan efter outliers (extrema värden) och normalfördelning genom kontroll i boxplot. Vi fann ett extremt värde gällande ångestskattning i OCD-gruppen (se Figur 2).



**Figur 2**

*Boxplots för ångest för de tre grupperna (n=58)*

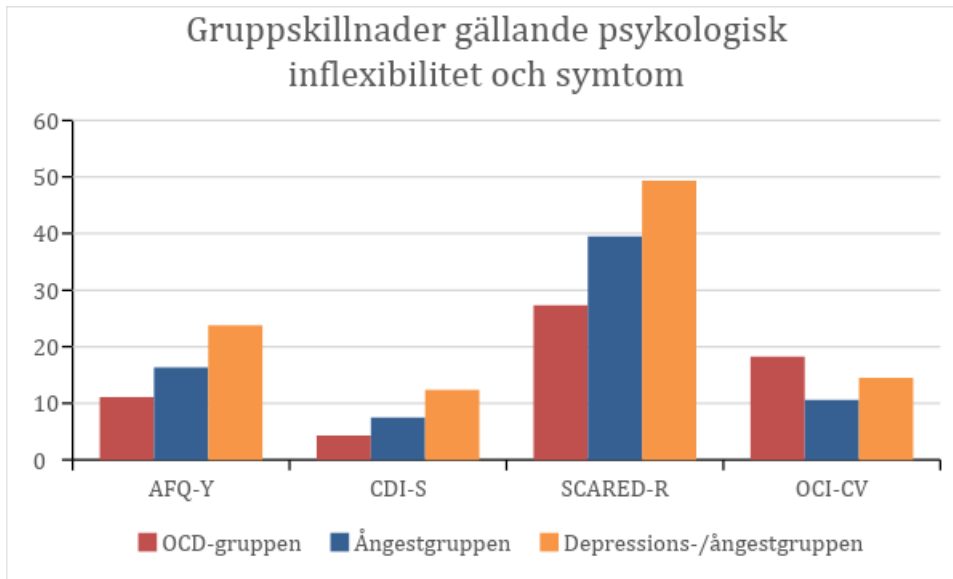
Med Shapiro-Wilks test av normalfördelning fann vi en avvikelse för depressionsskattning i OCD-gruppen ( $p \leq 0,01$ ). I övrigt fann vi ingen avvikelse från antaganden om normalfördelning i vårt material. Med Levene's test kontrollerades att spridningen inom grupperna var densamma. Detta antagande motsades för skattningarna av tvång ( $p = 0,03$ ) och för psykologisk flexibilitet ( $p = 0,04$ ), men inte för depression ( $p = 0,78$ ) och ångest ( $p = 0,27$ ). Eftersom spridningen skilde sig mellan grupperna använde vi Welchs ANOVA-test med Games-Howell posthoc-test vid flergruppsjämförelserna av depression, ångest, tvång och psykologisk inflexibilitet.

**Tabell 2**

Medelvärde och standardavvikelse för totalpoäng på CDI-S, SCARED-R, OCI-CV och AFQ-Y för deltagare med tvångssyndrom (OCD) (N=19), ångestsyndrom (N=19) och depression/ångest (N=20).

Skattning	Primär Diagnosgrupp			Statistik	Signifikant Post-Hoc-analys
	OCD (N=19)	Ångest (N=19)	Depression/ ångest (N=20)		
	M (SD)	M (SD)	M(SD)		
Depression (CDI)	4,32 (3,24)	7,45 (3,2)	12,37 (3,73)	$F(2, 36,64) = 25,53^{***}$	OCD < Ångest OCD < Depression/ångest Ångest < Depression/ångest
Ångest (SCARED-R)	27,32 (14,46)	39,48 (10,14)	49,32 (13,32)	$F(2, 35,85) = 11,95^{***}$	OCD < Ångest OCD < Depression/ångest Ångest < Depression/ångest
OCD (OCI-CV)	18,26 (7,83)	10,58 (6,9)	14,51 (4,89)	$F(2, 34,56) = 5,12^{**}$	Ångest < Depression/ångest Ångest < OCD Depression/ångest < OCD
Psykologisk flexibilitet (AFQ-Y)	11,08 (6,50)	16,32 (6,82)	23,79 (4,0)	$F(2,33,68) = 28,81^{***}$	OCD < Ångest OCD < Depression/ångest Ångest < Depression/ångest

Not. CDI = Children's Depression Inventory, SCARED-R = Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders, OCI-CV = Obsessive Compulsive Inventory – Child Version, AFQ-Y = Avoidance and Fusion Questionnaire for youth. \* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ . \*\*\* $p < 0,001$



**Figur 3**

Medelvärde för totalpoäng på AFQ-Y, CDI-S, SCARED-R och OCI-CV för deltagare med tvångssyndrom (OCD) (N=19), ångestsyndrom (N=19) och depression/ångest (N=20).

Vid envägs variansanalys fastställdes att grupperna skilde sig statistiskt signifikant åt gällande samtliga variabler (se tabell 2). Post hoc-analyser med hjälp av Games-Howell-test visade att depressions/ångest-gruppen hade högre skattningar på depressionssymtom än ångestgruppen ( $p < 0,01$ ) och OCD-gruppen ( $p < 0,01$ ), medan ångestgruppen hade högre än OCD-gruppen ( $p = 0,014$ ). För ångestsymtom hade depressions/ångest-gruppen högre skattningar än ångestgruppen ( $p = 0,035$ ) och OCD-gruppen ( $p < 0,001$ ), medan ångestgruppen hade högre än OCD-gruppen ( $p = 0,014$ ). För tvångssymtom hade OCD-gruppen högre skattningar än ångestgruppen ( $p < 0,01$ ), men inte än depressions/ångest-gruppen ( $p = 0,192$ ), ångest och depressions/ångestgruppen skilde sig inte statistiskt signifikant åt ( $p = 0,118$ ).

Gällande huvudvariabeln som står i fokus för vår uppsats, nämligen psykologisk inflexibilitet, skilde sig depressions/ångest-gruppen signifikant från både OCD-gruppen ( $p < 0,01$ ) och ångestgruppen ( $p < 0,01$ ) och uppvisade högre värden av psykologisk inflexibilitet. Ångestgruppen skattade högre än OCD-gruppen ( $p = 0,053$ ), men grupperna skilde sig inte signifikant åt. Således fann vi att de unga med samsjuklighet mellan depression och ångest, hade högst grad av psykologisk

inflexibilitet, följt av gruppen unga som hade primär ångest och slutligen gruppen med tvångssyndrom (Tabell 2).

### **Samband mellan psykologisk inflexibilitet och olika psykiatriska symtom**

För att undersöka hur psykologisk inflexibilitet korrelerar med olika typer av symtom, oavsett gruppstillhörighet, undersökte vi korrelationer mellan depression, ångest, tvång och psykologisk inflexibilitet (se Tabell 3). Här framkom signifikanta korrelationer på symtomnivå. Psykologisk inflexibilitet var starkt positivt och statistiskt signifikant korrelerat med både självskattad depression och ångest. En korrelation på låg- till medelnivå framkom mellan psykologisk flexibilitet och tvång. Eftersom denna korrelation inte var statistiskt signifikant, vilket troligen berodde på litet underlag (litet *N*-tal), utelämnades tvång vid nästa steg i analysen.

### **Tabell 3**

*Korrelationer (Pearson correlation) mellan självskattade depressionssymtom, ångestsymtom, tvångssymtom och psykologisk inflexibilitet (n = 58).*

	AFQ-Y	CDI-S	SCARED-R	OCI-CV
AFQ-Y	1	,735**	,710**	,236
CDI-S		1	,715**	,100
SCARED-R			1	,185
OCI-CV				1

*Not. CDI = Children's Depression Inventory, SCARED-R = Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders, OCI-CV = Obsessive Compulsive Inventory – Child Version, AFQ-Y = Avoidance and Fusion Questionnaire for youth.*

*\*\*  $p < 0,01$*

**Tabell 4**

*Resultat av regressionsanalys (1) för variabelers bidrag till variansen i ångestsymtom skattade med SCARED- R, samt resultat av regressionsanalys (2) för variabelers bidrag till variansen i depressionssymtom skattade med CDI-S.*

Variabel	Modell 1		Modell 2	
	B	<i>B</i>	B	<i>B</i>
1. Konstant	0,485***		0,344***	
CDI-S	0,570***	0,715***	0,335**	0,421**
AFQ-Y			0,019**	0,401**
Justerad R <sup>2</sup>				0,571
2. Konstant	-0,39		-0,129	
SCARED-R	0,898***	0,715***	0,489**	0,390**
AFQ-Y			0,028***	0,458***
Justerad R <sup>2</sup>				0,602

*Not. N= 58, CDI = Children´s Depression Inventory, SCARED - R = The Screen for Child Anxiety Related Disorders Revised, AFQ-Y=Avoidance and Fusion Questionnaire for youth.*

*\*p < 0,05. \*\*p < 0,01. \*\*\* p < .0,001*

Som framgår ur översta delen av Tabell 4 visade den första regressionsanalysen att psykologisk inflexibilitet utgjorde ett signifikant bidrag till variansen i ångest, efter kontroll för effekten av depression. Sammantaget stod depression och psykologisk flexibilitet för 57,1% av variansen i ångest.

Den nedre delen av Tabell 4 visar resultaten av den andra regressionsanalysen. Psykologisk inflexibilitet bidrog signifikant till variansen i depression efter kontroll för effekten av ångest. Sammantaget stod ångest och psykologisk inflexibilitet för 60,2% av variansen i depression.



## Diskussion

### Resultatdiskussion

Resultaten visar att depressions/ångestgruppen skattar högre på CDI-S än övriga grupper och att OCD-gruppen skattar högre på OCI-CV än övriga grupper. Ångestgruppen skattar högre på SCARED-R än OCD-gruppen gör, men lägre än depressions/ångestgruppen. Vi förutsåg att gruppen med samsjuklighet skulle skatta mer ångestsymtom än övriga grupper, då vi vet att komorbid depression ofta medför en svårare ångest och en lägre funktionsförmåga (Barn och ungdomspsykiatri i Skåne, 2012).

Vår första hypotes var att graden av psykologisk inflexibilitet skulle skilja sig åt mellan grupperna. Våra resultat visar att depressions/ångestgruppen uppvisar signifikant högre värden av psykologisk inflexibilitet än både OCD-gruppen och ångestgruppen. Vidare visar ångestgruppen högre värden än OCD-gruppen. Gruppen med tvångssyndrom uppvisar således lägst grad av psykologisk inflexibilitet av grupperna vi jämför i vår studie.

På gruppnivå skiljer sig våra resultat från resultaten i exempelvis Levins et als studie (2014), där unga med OCD skattar högre grad av psykologisk inflexibilitet än unga med ångest eller depression gör. I Levins undersökning är ungdomarna dock äldre än i vår studie (17-20 år), vilket kan vara en bidragande faktor till skillnaden i utfallen. Medelåldern i vår OCD-grupp är 14,0 år, vilket är signifikant yngre än deltagarna i våra två andra grupper. I Levins et als studie (2014) ses vidare att de personer som uppfyller kriterierna för PDD, skattar högst psykologisk inflexibilitet av alla grupperna. Detta resultat skulle kunna stödja tanken om att tiden man har lidit av psykisk ohälsa är en faktor av betydelse vad gäller psykologisk flexibilitet.

Gällande samband mellan psykologisk flexibilitet och olika symtom visar våra resultat att psykologisk inflexibilitet korrelerade med samtliga variabler utom tvång (oavsett grupptillhörighet). Våra resultat antyder således att psykologisk flexibilitet är en transdiagnostisk påverkansfaktor för unga med ångest och depression, på liknande sätt som man sett i forskningen avseende vuxna.

### Metoddiskussion

En svaghet med vår studie är som tidigare nämnts att vi inte hade en "ren" depressionsgrupp att tillgå. Detta skulle möjligen ge ett annat utfall. Endast sex av

tjugo i den komorbida gruppen hade depression som primär diagnos, vilket får ses som en faktor som kan ha påverkat resultaten. Om övervägande antal ungdomar i den komorbida gruppen hade haft depression som primär diagnos, skulle möjligen gruppen stuckit ut ytterligare på skattningarna för psykologisk flexibilitet. Å andra sidan är det med utgångspunkt i Levins et als studie (2014) möjligt att anta att det är just samsjukligheten som ökar den psykologiska inflexibiliteten.

Genom att analysera vår data med hjälp av regressionsanalyser försökte vi bedöma i vilken utsträckning psykologisk flexibilitet bidrar till effekten av depressiva symtom på ångest, och vice versa. Detta är viktigt för att kunna avgöra i vilken grad psykologisk flexibilitet är en transdiagnostisk faktor hos barn/unga som söker hjälp för depression och ångest. Accepterar vi att depression och ångest överlappar varandra gällande vissa symtom men förblir distinkta emotionella konstrukt länkade till specifika diagnoser, skulle detta innebära att psykologisk flexibilitet kan anses vara en transdiagnostisk faktor för vårdsökande barn och unga med depression och ångest.

En annan svaghet med vår studie är att psykologisk flexibilitet endast mäts vid ett tillfälle genom självskattning och inte genom bedömningar av faktiska färdigheter vid olika tillfällen (Kashdan & Rottenberg, 2010). Detta gör att vi inte kan säga något om orsakssamband eller riktning mellan psykologisk flexibilitet och symtom. Våra data baseras på självskattningar från barnen och ungdomarna. I viss litteratur påpekas att detta gör att det som mäts är den aktuella upplevelsen, som är mer känslig för aktuella omständigheter (exempelvis dålig sömn under natten), i motsats till om man använder även föräldraskattningar som troligen ger en mer översiktlig bild av barnets/ungdomens fungerande.

Könsfördelningen i vårt sample som helhet ( $n = 58$ ) är ojämn, 88 % är flickor ( $n = 51$ ). I vår inledning har vi siffror från Socialstyrelsen där pojkarna generellt är överrepresenterade som vårdsökande för psykisk ohälsa. Då vi vet att flickor mellan 10-17 år är klart överrepresenterade både när det gäller depressions- och ångeststörningar, kan vi anta att ökningen bland pojkar har att göra med att neuropsykiatrisk problematik uppmärksammas mycket de senare åren. Det har varit en stor ökning av f f a pojkar som utreds för detta. Vidare har substansberoende av olika slag ökat och det är mestadels unga män (och pojkar) som söker vård för det (Socialstyrelsen, 2017b). I gruppen med neuropsykiatrisk problematik är missbruk och substansberoende extra stort. Det stora antalet flyktingar som kommit till Sverige där

en stor grupp varit ensamkommande barn, företrädesvis pojkar, gör att vi förutser att vi kommer se en fortsatt ökning av vårdsökande pojkar.

### **Avslutande diskussion**

Psykisk ohälsa bland barn och ungdomar är vanligt. Det förefaller också vara ett växande problem och ökningen de senaste tio åren i Sverige är stor. Ökningen återfinns i ungdomsgruppen som helhet. Forskningsmässigt är vi också allt klarare över att psykopatologi är relativt oberoende av individens positiva/negativa livserfarenheter. De senaste decennierna har vi utvecklat allt bättre och effektivare behandlingsmodeller för att motverka psykisk ohälsa. Vi vet dock att modellerna inte är effektiva för alla, och att risken för återfall är hög. Väntetiden för behandling är ofta lång. Många med psykisk ohälsa söker inte vård och många av de som söker får inte rätt insatser. Vilka mekanismer som gör en behandling effektiv är fortfarande oklart och ett område som kräver ytterligare forskning. I vår studie ser vi att psykologisk flexibilitet har starka kopplingar till depression och ångestsymtom. En viktig fråga som är obesvarad är huruvida psykologisk inflexibilitet är en antecedent eller en konsekvens av psykopatologi? I Twohig et al's studie (2015) ser man att förändringar i psykologisk flexibilitet förutspår förändringar i OCD (mättes via Y-BOCS) på ett bättre sätt än omvänt, d.v.s. hur förändringar i OCD gav förändringar i psykologisk flexibilitet. Detta skulle kunna tyda på låg psykologisk flexibilitet som en påverkbar sårbarhetsfaktor för psykisk ohälsa, vi vet samtidigt att psykisk ohälsa ökar den psykologiska inflexibiliteten. Vi kan utifrån vår studie inte dra några vidare slutsatser om detta.

När vi går igenom litteratur och forskning på området kan vi konstatera att vi vet relativt lite om vad som är hjälpsamt vid depression hos barn och ungdomar och att det är ett fält som behöver utforskas ytterligare. Det är också komplext att tolka den evidens och det forskningsstöd som finns. Resultat från olika studier visar sig många gånger svåra att jämföra. Ett högaktuellt exempel på detta är Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångest, som rönt livlig debatt.

Psykologisk inflexibilitet ses inom ACT som en transdiagnostisk faktor som är grunden till psykisk ohälsa. Det förutses således att grad av psykologisk flexibilitet har inverkan på vårt fungerande och på vår upplevda hälsa. I mängder av studier påvisas hur psykologisk flexibilitet är kopplad till psykisk hälsa och på motsvarande sätt att psykologisk inflexibilitet är kopplat till psykisk ohälsa. Vi har dock endast funnit

några studier där man jämfört hur psykologisk flexibilitet är kopplat till olika typer av diagnoser. En holländsk icke-klinisk studie av unga mellan 12 och 18 år ( $n = 341$ ), visar på positiva samband mellan psykologisk inflexibilitet och olika typer av symtom hos unga, samband som dessutom förblir signifikanta över tid (Muris et al., 2017). I en annan icke-klinisk amerikansk studie (Levin et al., 2014) ser man på liknande sätt hur den psykologiska flexibiliteten skiljer sig åt mellan olika diagnoser. Samma studie visar också på att unga som inte uppfyller (och inte heller tidigare har uppfyllt) kriterierna för psykiatriska diagnoser visar högre grad av psykologisk flexibilitet än de som lider, eller tidigare har lidit, av psykisk ohälsa (Levin et al, 2014). I artikeln betonas vidare att samsjuklighetsaspekten relaterar ytterligare till psykologisk inflexibilitet, i jämförelse med de utan samsjuklighet (Levin et al, 2014). Vid 10-årsuppföljningar av ungdomar som sökt vård för depression och ångest ser man att graden av psykiskt lidande också förefaller öka på liknande sätt. Bland de som gör suicidförsök och bland de som begår suicid har övervägande andel lidit av en samsjuklighet (Socialstyrelsen, 2017b).

I de transdiagnostiska behandlingarna strävar man efter att adressera gemensamma underliggande processer för psykisk ohälsa, d.v.s. de processer som beskrivs i den psykologiska inflexibilitetsmodellen. Vi hoppas på att framöver få ta del av fler väl designade forskningsstudier där transdiagnostiska behandlingar jämförs med diagnosspecifika behandlingar. Effektiva diagnosspecifika behandlingar har vi. Vi vet dock att de inte är effektiva för alla. Med tanke på att de flesta av våra patienter uppfyller kriterierna för flertalet psykiatriska diagnoser, kan man fundera på vad detta gör med effektiviteten av behandlingarna. Å andra sidan vet vi att en effektiv diagnosspecifik behandling ger utfall även på andra diagnoser, vilket talar för att det är gemensamma psykologiska konstrukt som aktiveras. I DSM-5 anges diagnoskriterier som man antingen uppfyller eller inte uppfyller. En spännande tanke är hur det skulle se ut om man vänder på det, om diagnos skulle sättas utifrån personens funktionalitet och hur väl man klarar av att skapa sig en tillvaro som känns någorlunda meningsfull och hanterbar. Att leva ett meningsfullt liv som av individen uppfattas som funktionellt är på många sätt viktigare än avsaknaden av psykiatriska symtom.

Att merparten av våra patienter har flertalet olika psykiatriska diagnoser gör att vi behöver hitta metoder där vi adresserar de gemensamma konstrukt som påverkar den psykiska ohälsan. Att en framgångsrik diagnosspecifik behandling även ger gott utfall på sekundära diagnoser är ett tecken på att de gemensamma konstrukten finns.

Vår förhoppning är att vi framöver kommer få en ökad förståelse för dessa bitar så att vi kan skapa ännu effektivare behandlingar och därmed hjälpa fler människor från psykisk ohälsa och lidande. Det är rimligt att tro att den psykologiska flexibiliteten korrelerar med att vara ung och i en pågående utvecklingsfas, i sig. Att psykologisk flexibilitet hos unga med depression, ångest och tvång är ett understuderat fenomen är tydligt. Vi hoppas på att framöver få ta del av fler studier som belyser detta då det kan vara viktiga bitar för att ytterligare förstå och för att i ett tidigare skede kunna uppmärksamma, förebygga och behandla psykisk ohälsa. Förhoppningsvis kan resultaten från vår studie, där vi ser att psykologisk inflexibilitet utgör ett signifikant bidrag till variansen i både depression och ångest, utgöra ett bidrag till detta.

## Referenser

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: APA.
- Armstrong, A. B. (2012). Acceptance and commitment therapy for adolescent obsessive-compulsive disorder. *Networked Digital Library of Theses & Dissertations*.
- Barn- och ungdomspsykiatri i Skåne. (2012). Regionalt vårdprogram för barn och ungdomar med depression.
- Barn- och ungdomspsykiatri i Skåne. (2015). Regionalt vårdprogram för barn och ungdomar med ångest/OCD.
- Barn- och ungdomspsykiatri Stockholms läns landsting. (2012). Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling 2012.
- Bandelow, B. & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 327–335.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Ametaj, A., Carl J. R., Boettcher, H. T. & Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 174(9), 875-884.  
doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.2164.
- Beesdo, K., Knappe, S. & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V. *The Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483–524.  
doi.org/10.1016/j.psc.2009.06.002.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J. & Neer, S. M. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 545-553.
- Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E. & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: an empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 612-624.  
doi:10.1016/j.janxdis.2014.06.008.

- Bobes, J., Gonzalez, M., Bascaran, M., Arango, C., Saiz, P. & Bousoño, M. (2001). Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry, 16*(4), 239-245. doi:10.1016/S0924-9338(01)00571-5.
- Brassell, A. A., Rosenberg, E., Parent, J., Rough, J. N., Fondacaro, K. & Seehuus, M. (2016). Parent's psychological flexibility: Associations with parenting and child psychosocial well-being. *Journal of Contextual Behavioral Science, 5*, 111-120. doi:10.1016/j.jcbs.2016.03.001.
- Cheron, D. M., Ehrenreich, J. T. & Pincus, D. B. (2009). Assessment of parental experiential avoidance in a clinical sample of children with anxiety disorders. *Child Psychiatry and Human Development, 40*(3), 383-403. doi: 10.1007/s10578-009-0135-z.
- Costello, E. J., Egger, H. L. & Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 14*(4), 631–648.
- Dalrymple, K. L. & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior Modification, 31*(5), 543-568.
- Dunerfeldt, M., Elmund, A. & Söderström, B. (2010). Bedömningsinstrument inom BUP i Stockholm. Kartläggning och faktasammanställning. Stockholm : Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholms läns landsting, 2010.
- Ellgring, H. (1989). *Nonverbal communication in depression*. European Monographs in Social Psychiatry, England: Cambridge University Press.
- Ewing, D. L., Mosen, J. J., Thompson, E. J., Cartwright-Hatton, S. & Field, A. (2015). A meta-analysis of transdiagnostic cognitive behavioural therapy in the treatment of child and young person anxiety disorders. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy, 43*(5), 562–577. doi:10.1017/S1352465813001094.
- Ferdinand, R. & Verhulst, F. (1995). Psychopathology from adolescence into young adulthood: an 8-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry, 152*(11), 1586–1594. doi.org/10.1176/ajp.152.11.1586.
- Foa, E., Coles, M., Huppert, J., Pasupuleti, R., Franklin, M. & March, J. (2010). Development and validation of a child version of the Obsessive Compulsive Inventory. *Behavior Therapy, 41*(1), 121-132. doi:10.1016/j.beth.2009.02.001.
- Greco, L. A., Baer, R. A. & Lambert, W. (2008). Psychological inflexibility in childhood and adolescence: Development and evaluation of the Avoidance and

- Fusion Questionnaire for Youth. *Psychological Assessment*, 20(2), 93-102.  
doi:10.1037/1040-3590.20.2.93.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M. & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 30, 10-113. doi:10.1186/1471-244X-10-113.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. & Lillis, J.(2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006.
- Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment therapy. An experiential approach to behavior change*. New York; London: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2014). *ACT Acceptance and commitment therapy i teori och tillämpning. Vägen till psykologisk flexibilitet*. Sverige: Natur & Kultur, 2014 (Letland).
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E.V., Follette, V.M. & Strosahl K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-68.
- IBM Corp (2016). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Ivarsson, T., Skarphedinsson, G., Andersson, M. & Jarbin (2018). The Validity of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders Revised (SCARED-R) Scale and Sub-Scales in Swedish Youth. *Child Psychiatry and Human Development*, 49(2), 234-243. doi.org/10.1007/s10578-017-0746-8.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P. & Steger, M.F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies *Behaviour Research & Therapy* 44, 1301–1320. doi:10.1016/j.brat.2005.10.003.
- Kashdan, T. B. & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865-878.  
doi:10.1016/j.cpr.2010.03.001.
- Kashdan, T. B. & Steger, M. F. (2006). Expanding the topography of social anxiety: An experience sampling assessment of positive emotions and events, and emotion suppression. *Psychological Science*, 17(2), 120-128.
- Kovacs, M. (1992) Children's depression inventory (CDI)



[https://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/generic/ChildrensDepressionInventory\(CDI\)/Resources/Technical.pdf](https://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/generic/ChildrensDepressionInventory(CDI)/Resources/Technical.pdf)

- Levin, M. E., Maclane, C., Daflos, S., Seeley, J. R., Hayes, S. C., Biglan, A. & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 155-163. doi:10.1016/j.jcbs.2014.06.003.
- Livheim, F., Tengström, A., Bond, F. W., Andersson, G., Dahl, J. & Rosendahl, I. (2016). Psychometric properties of the avoidance and fusion questionnaire for youth: a psychological measure of psychological inflexibility in youth. *Journal Of Contextual Behavioral Science*, 5(2), 103-110. doi:10.1016/j.jcbs.2016.04.001.
- Magnusson, F. (2016). Användning av antidepressiva hos unga: Evidens och alternativ. Tillgänglig: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-295632>.
- McLaughlin, K. A., Mennin, D. S. & Farach, F. J. (2007). The contributory role of worry in emotion generation and dysregulation in generalized anxiety disorders. *Behaviour Research & Therapy*, 45(8), 1735-1752.
- March, J., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K., Fairbank, J., Burns, B., Domino, M., McNulty, S., Vitiello, B. & Severe, J. (2007). The Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): Long-term effectiveness and safety outcome. *Archives of General Psychiatry*, 64(10), 1132-1143.
- Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Katholiki, G. & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in us adolescents: results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989. doi:10.1016/j.jaac.2010.05.017.
- Moyer, D. & Sandoz, E. (2015). The role of psychological flexibility in the relationship between parent and adolescent distress. *Journal of Child & Family Studies*, 24(5), 1406-1418. doi:10.1007/s10826-014-9947-y.
- Muris, P., Meesters, C., Herings, A., Jansen, M., Vossen, C. & Kersten, P. (2017). Inflexible youngsters: psychological and psychopathological correlates of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youths in Nonclinical Dutch Adolescents. *Mindfulness*, 8(5), 1381-1392. doi:10.1007/s12671-017-0714-1.
- Nel, P. W. (2014). The NICE guideline on the treatment of child and adolescent depression: a meta-review of the evidence for individual CBT. *European*

*Journal of Psychotherapy & Counselling*, 16(3), 267-287  
doi:10.1080/13642537.2014.929595.

- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S. & Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review* 40, 91-110. doi:10.1016/j.cpr.2015.06.002.
- Rahman, O., McGuire, J., Storch, E. A. & Lewin, A. B. (2017). Preliminary randomized controlled trial of habit reversal training for treatment of hair pulling in youth. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 27(2), 132-139. doi:10.1089/cap.2016.0085.
- Renshaw, T. L. (2017). Screening for psychological inflexibility: initial validation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth as a school mental health screener. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 35(5), 482-493.
- Renshaw, T. L. <http://tylerrenshaw.com/afq-y8/>
- Ruiz, F. J. & Odriozola-González, P. (2016). The role of psychological inflexibility in Beck's cognitive model of depression in a sample of undergraduates. *Anales De Psicología*, 32(2), 441-447. doi:10.6018/analesps.32.2.214551.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of acceptance and commitment therapy (act) empirical evidence: correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
- Serrano, T. & Espírito-Santo, H. A. (2017). Music, ballet, mindfulness, and psychological inflexibility. *Psychology of Music*, 45(5), 725-738. doi:10.1177/0305735616689298.
- Sheehan, D. V., Sheehan, K. H., Shytle, R. D., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J. E., Milo, K. M., Stock, S. L. & Wilkinson, B. (2010). Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(3), 313-26. doi: 10.4088/JCP.09m05305whi.
- Simon, E. & Verboon, P. (2016). Psychological inflexibility and child anxiety. *Journal of Child & Family Studies*, 25(12), 3565-3573.
- Socialstyrelsen (2017a). Nationella riktlinjer. Vård vid depression och ångestsyndrom - Stöd för styrning och ledning. *Publikationer 2017*. Artikelnr 2017-12-4.

- Socialstyrelsen (2017b). Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna - Till och med 2016. *Publikationer 2017*. Artikelnr: 2017-12-29.
- Socialstyrelsen (2017c). Kraftig ökning av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. Tillgänglig:<http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2017/kraftigokningavpsykiskohalsahosbarnochungavuxna>
- Strosahl, K., Robinson, P. & Gustavsson, T. (2014). *Fokuserad ACT*. Stockholm: Natur & Kultur, 2014 (Lettland).
- Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (Sfbup) (2014). Riktlinje depression
- Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (Sfbup) (2017). Kliniska riktlinjer för ångestsyndrom och tvångssyndrom.
- Thayer, J. F., Friedman, B. H. & Borkovec, T. D. (1996). Autonomic characteristics of generalised anxiety disorder and worry. *Biological Psychiatry*, 39(4), 255 - 266. doi:10.1016/0006-3223(95)00136-0.
- Thomsen, P. H. (2013). Obsessive-compulsive disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22, 23-28. doi:10.1007/s00787-012-0357-7.
- Twohig, M. P., Vilardaga, J. P., Levin, M. E. & Hayes, S.C. (2015). Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(3), 196-202. doi:10.1016/j.jcbs.2015.07.001.
- von Knorring, A-L., von Knorring, L. & Waern, M. (2013). Depression från vaggan till graven. *Läkartidningen*, 2013-02-26, nummer 9.
- Wicksell, Renöfält, Olsson, Bond & Melin, (2008). Avoidance and cognitive fusion--central components in pain related disability? Development and preliminary validation of the Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS). *European Journal of Pain*, 12(4), 491-500 doi:10.1016/j.ejpain.2007.08.003.
- Williams, K. E., Ciarrochi, J. & Heaven, P, C. (2012). Inflexible parents, inflexible kids: a 6-year longitudinal study of parenting style and the development of psychological flexibility in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence* 41(8), 1053-66. doi:10.1007/s10964-012-9744-0.
- Zvolensky, M. J. & Eifert, G. H. (2000). A review of psychological factors processes affecting anxious responding during voluntary hyperventilation and inhalations of carbon dioxide-enriched air. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 375-400.

Öst, L-G. (2010). *KBT inom barn- och ungdomspsykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur.