

Förbättrad parrelation

En randomiserad kontrollerad prövning av "Du och jag och adhd"-kursen

Victoria Aarikka & Maka Chlaidze

Psykologiska institutionen/Department of Psychology
Examensarbete 30 hp /Degree 30 HE credits
Psykologi/Psychology
Psykologprogrammet (300 hp)/Psychologist program
(300 HE credits)
Vårterminen/Spring term 2024
Handledare/Supervisors: Per Carlbring & Therese
Anderbro
English title: An improved romantic relationship: a
randomized controlled trial of the course 'You and I
and adhd'.



FÖRBÄTTRAD PARRELATION: EN RANDOMISERAD KONTROLLERAD PRÖVNING AV ”DU OCH JAG OCH ADHD”-KURSEN

Victoria Aarikka och Maka Chlaidze

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (adhd) är en av de vanligast förekommande psykiatriska diagnoserna bland vuxna och förknippas med en negativ funktionspåverkan på flera livsområden, däribland kärleksrelationer. Trots detta har det hittills saknats vetenskapligt beprövade interventioner i Sverige för par där ena eller båda har adhd. Härvarande studie utgjorde en pilottestning av kursen *Du och jag och adhd* i en svensk kontext för att undersöka dess effekter samt deltagarnas upplevelser av den. Totalt 160 deltagare randomiserades till antingen interventions- eller väntelistgrupp och mättes vid tre tidpunkter. Statistiska analyser med Linear Mixed Models och enligt intention-to-treat visade inga signifikanta effekter på huvudutfallsmåttet relationskvalitet, däremot återfanns en signifikant huvudeffekt av tid för båda grupperna avseende stress, oro/ångest, adhd-symtom och adhd-relaterad livskvalitet med små effektstorlekar (från $d=0,21$ till $d=0,47$). En nöjdhetskattning visade att deltagarna i interventionsgruppen var generellt nöjda med kursen och en innehållsanalys av en kvalitativ utvärderingsenkät kastade ljus på uppskattade aspekter respektive förbättringsförslag. Utifrån det sammanslagna resultatet lyfts förslag på hur kommande versioner av kursen skulle kunna utvecklas så att den kan hjälpa målgruppen i största möjliga mån.

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (adhd) är en av de vanligast förekommande psykiatriska diagnoserna bland både barn och vuxna. Prevalensen uppskattas ligga kring 5,9% bland barn och unga samt 2,5% bland vuxna över hela världen (Faraone et al., 2021). Diagnosen förknippas med funktionsnedsättningar bland annat i form av en lägre livskvalitet och utbildningsnivå, högre arbetslöshet, högre förekomst av beroendeproblematik samt emotionella och sociala svårigheter (Faraone et al., 2021). Även kärleksrelationen påverkas av adhd-symtom då både personer med adhd och deras partners tenderar att uppleva problem till följd av diagnosen. Personer med adhd skiljer sig oftare än normalpopulationen (Soares et al., 2021) och både de och deras partners är generellt mindre nöjda med sin kärleksrelation (Eakin et al., 2004). Trots detta saknas det i Sverige vetenskapligt utvärderade interventioner för par där en eller båda har adhd.

Adhd - symtom och prevalens

Adhd är en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som karaktäriseras av symtom av ouppmärksamhet och hyperaktivitet/impulsivitet (American Psychiatric Association, 2013). För att få en diagnos ska symtomen ha funnits innan 12 års ålder, ha pågått i mer än 6 månader samt

ha orsakat en funktionsnedsättning inom flera livsområden, exempelvis både hemma och i skolan eller på arbetet. Den kombinerade formen av adhd där kriterierna för både ouppmärksamhet och hyperaktivitet/impulsivitet uppfylls är vanligast. Dessutom finns både en huvudsakligen ouppmärksam form (som tidigare benämndes som add) respektive en huvudsakligen hyperaktiv/impulsiv form där endast ena dimensionens kriterier uppfylls, och en ospecificerad form (UNS) där diagnoskriterierna inte uppfylls helt men där symtomen orsakar stora svårigheter i vardagen (American Psychiatric Association, 2013).

Det har under lång tid rått oenighet inom adhd-forskningen om hur vanligt förekommande adhd egentligen är. De siffror som rapporterats för prevalensen av adhd har nämligen varierat väldigt mycket både över tid och mellan olika delar av världen. Polanczyk, Willcutt, Salum, Kieling och Rohde (2014) har undersökt detta fenomen och konstaterat att det inte finns någon association mellan antalet diagnostiserade individer, den geografiska platsen eller tidpunkten och variationen i prevalensen. Studien visade att adhd finns över hela världen och att dess prevalens inte har förändrats under ett tidsspänn på 30 år (Polanczyk et al., 2014). Rydell, Lundström, Gillberg, Lichtenstein och Larsson (2018) studerade barn i Sverige över en period på 10 år och fann inte heller evidens för en prevalensökning.

Trots att prevalensen av adhd alltså inte har ökat signifikant finns det ändå fler individer som diagnostiserats och behandlats på senare tid, även i Sverige (Giacobini, Medin, Ahnemark, Russo & Carlqvist, 2018). Antalet diagnostiserade i Sverige har gått upp från 1,1 per 1000 invånare år 2006 till 4,8 per 1000 invånare år 2011 (Giacobini et al., 2018). Ökningen var större bland kvinnor samt i åldersgruppen över 22 år, vilket kan vara kopplad till en ökad medvetenhet om diagnosen inom dessa grupper (Giacobini et al., 2018). Rydell et al. (2018) som undersökte prevalensen bland barn i Sverige tillskrev också ökningen förändrade procedurer i diagnostisering, administrativa förändringar i rapportering av diagnoser, bättre utredningar och större medvetenhet om adhd bland skol- och vårdpersonal samt föräldrar.

Samtidigt som diagnostiseringen av adhd generellt har ökat är det fortfarande färre vuxna än barn som får diagnosen. Tidigare ansågs det att adhd endast förekom under barndomen och att symtomen växte bort med åren (Faraone, Biederman & Mick, 2006). Under de senaste decennierna har mer evidens tillkommit på att många individer som har fått adhd-diagnos i barndomen fortsätter att uppleva funktionsnedsättande symtom även i vuxen ålder. Ofta minskas de hyperaktiva och impulsiva symtomen med ökad ålder, men de symtom som är kopplade till ouppmärksamhet tenderar att kvarstå i större utsträckning (Faraone et al., 2006). Undersökningar på hur diagnosen förändras över tid har visat att endast 1 av 6 personer med adhd i barndomen fortfarande uppfyller diagnoskriterierna vid 25 års ålder (Faraone et al., 2006). Samtidigt har mer än hälften av dessa kvarstående symtom som orsakar en funktionsnedsättning (Faraone et al., 2006). Huruvida diagnosen anses kvarstå till vuxen ålder kan alltså bero på hur den definieras, om samtliga kriterier fortfarande måste vara uppfyllda eller om det är tillräckligt att de kvarstående symtomen fortfarande påverkar funktionsnivån (*partiell remission* enligt diagnoskriterierna). Det har i forskningsfältet lyfts kritik mot känsligheten av diagnoskriterierna, närmare bestämt att de anses inte fullt fånga upp den komplexitet av symtomen som ofta finns hos vuxna med adhd. Exempelvis kan vuxna ha lärt sig att hantera sina symtom bättre över tid (ex. sitta still under längre tider) samtidigt som symtomen fortfarande orsakar lidande (Faraone et al., 2006). Kessler och kollegor (2006) förklarar att diagnoskriterierna kan brista i att fånga upp symtomen hos vuxna eftersom de utgår från symtombilden hos barn. Symtomen hos vuxna kan ofta vara mer subtila och mer heterogena (Kessler et al., 2006).

När det gäller könsskillnader i diagnostisering av adhd i barndomen bedöms ungefär 5 till 9 gånger fler pojkar än flickor uppfylla kriterierna (Kooij et al., 2019). Könsskillnaderna avtar däremot med ökad ålder, vilket tyder på att en stor del av denna diskrepans snarare kan förklaras med bristande diagnostisering av flickor. Medan den kombinerade formen av adhd är vanligare hos pojkar är den huvudsakligen ouppmärksamma formen vanligare hos flickor (Willcutt, 2012). Att färre flickor än pojkar har hyperaktiva symtom kan då göra att deras svårigheter blir mindre uppenbara för omgivningen, exempelvis för lärare eller föräldrar. Flickor har också visats ofta utveckla fler strategier för att både hantera sina symtom och maskera dem från omgivningen. Det är därför först när dessa strategier inte längre räcker till vid ökade krav exempelvis i studierna eller arbetet som många flickors eller kvinnors svårigheter uppmärksammas. Ytterligare förklaringar till att färre flickor får diagnosen är bristande kunskap om hur adhd ser ut hos flickor då diagnoskriterierna utgår från symtombilden hos pojkar. Det har dessutom observerats en tendens till att felaktigt förklara flickors adhd-symtom med vanliga komorbida tillstånd såsom ångest (Kooij et al., 2019). Bland just flickor kan genetiska och neuroendokrina faktorer dessutom påverka hur adhd-symtom uttrycks, vilket ytterligare försvårar diagnostiseringen av flickor och kvinnor med adhd (Quinn & Madhoo, 2014).

Forskning om adhd bland vuxna

Förutom bristande kunskap om hur adhd ser ut hos flickor finns det även stora kunskapsluckor kopplat till diagnosen bland vuxna. Forskningsområdet adhd i vuxen ålder är relativt nytt och forskningsunderlaget begränsat - även när studier inkluderar vuxna med diagnosen är dessa sällan över 30 år gamla (Faraone et al., 2006). Bland vuxna är prevalensen av adhd mer jämnt fördelad (Simon, Czobor, Bálint, Mészáros & Bitter, 2009), även om diagnosen fortfarande är vanligare förekommande hos män än hos kvinnor (Kessler et al., 2006). Kvinnor diagnostiseras med adhd i genomsnitt senare i livet, ofta först när de söker hjälp på egen hand och kan själva beskriva sina symtom som de i många fall maskerat som barn (Simon et al., 2009). Kvinnor med adhd söker också vård i större utsträckning (Kessler et al., 2006).

Även bland vuxna är adhd en av de vanligast förekommande psykiatriska diagnoserna (Das, Cherbuin, Butterworth, Anstey & Easteal, 2012) och orsakar stora funktionsnedsättningar (Kessler et al., 2006). Adhd-symtom har visats korrelera starkt med förstämningssyndrom, ångest och substansbrukssyndrom samt leda till lägre relationskvalitet, hälsa och välbefinnande hos medelålders vuxna. Adhd associeras också med en lägre utbildningsnivå, arbetslöshet, misslyckade äktenskap och en större risk för trafikolyckor (Simon et al., 2009). Den negativa effekt som adhd kan ha på individen återspeglas även i den ekonomiska påfrestning som påverkar både individens privatekonomi men också samhället i stort. Kostnaden för hälso- och sjukvård i Sverige har visats vara dubbelt så hög för personer med barndoms-adhd och trippelt för vuxna med adhd jämfört med personer utan diagnosen (Du Rietz et al., 2020).

Adhd samvarierar ofta med svårigheter med emotionsreglering (Faraone et al., 2019). En bristande förmåga till emotionsreglering påverkar också individens fungerande, exempelvis sociala och adaptiva färdigheter. Bristande emotionsreglering definieras som en kombination av impulsiva och intensiva känslor (emotionell impulsivitet) och svårigheter med att reglera egna emotioner och förhindra problematiska reaktioner på dem (bristande emotionell självreglering). Ofta behövs det mindre stimuli för att emotioner ska framkallas och de stiger högre på en kortare tid och klingar av långsammare. Båda aspekterna av bristande emotionell reglering behöver dock inte förekomma samtidigt. Exempelvis kan en individ med adhd i samband med en konflikt på arbetet eller med sin partner uppleva negativa känslor i samma intensitet som någon utan adhd

men ha svårare att reglera sin ilska och hantera situationen på adaptiva sätt. Intensiteten eller självregleringen fungerar likadant oavsett typ av känsla, alltså kan även positiva känslor upplevas mer intensivt och leda till känslostyrda beteenden. Svårigheter med emotionsreglering kan leda till en lägre livs- och relationskvalitet, sämre social anpassning och arbetslöshet (Faraone et al., 2019).

Behandlingar

Majoriteten av vuxna med adhd-diagnos i Sverige får farmakologisk behandling mot sina symtom (Giacobini et al., 2018). Många som medicinerar mot adhd upplever dock fortfarande kvarstående symtom och en funktionspåverkan som indikerar behovet av ytterligare insatser (Young, Moghaddam & Tickle, 2020). Kooij och kollegor (2019) konstaterar i sin kunskapsöversikt att behandlingen av vuxna med adhd bör följa ett multimodalt och multidisciplinärt tillvägagångssätt och anpassas efter individens behov. I Sverige rekommenderas ett utbud av icke-farmakologiska behandlingar - KBT, psykoedukation, social färdighetsträning, anpassningar och kognitivt stöd (Socialstyrelsen, 2022). KBT-insatser kan innefatta inslag av färdighetsträning inriktad på planering, organisering och mindfulness och har visats ha god effekt på symtom av adhd (Nationella vård- och insatsprogram, u.å.). KBT för adhd ges i manualbaserat format och de manualer som oftast används i Sverige i dagsläget är *Safren* och *Hesslinger* (Nationella vård- och insatsprogram, u.å.). Anhöriga uppmanas till att delta i vården i så hög grad som möjligt då de kan bidra med information om individens kontext och hjälpa till med att anpassa och tillämpa behandlingen. Dock kan det innebära en belastning för anhöriga att fungera som stöd varför det även finns insatser för närstående där de får information, stöd och hjälp med stresshantering (Nationella vård- och insatsprogram, u.å.).

Psykoedukation ses som ett viktigt inslag i adhd-behandlingar för både den som har diagnosen och personens anhöriga. Det finns stöd för att deltagande i strukturerade psykoedukativa insatser leder till både ökad förståelse för diagnosen, förbättringar i relationskvalitet samt ökat psykologiskt välmående (Kooij et al., 2019). På psykiatrimottagningar i Sverige erbjuds olika typer av så kallade *Patient- och närståendebildningar* (PNU) rutinmässigt till nydiagnostiserade. Den manualbaserade psykoedukativa insatsen *PEGASUS* är ett exempel på en sådan (Hirvikoski et al., 2017). Den är en introduktionskurs i grupp som ger kunskap om diagnosen och tillgängliga behandlingar samt innefattar en möjlighet till informationsutbyte deltagarna emellan (Nationella vård- och insatsprogram, u.å.).

När det gäller svårigheter med emotionsreglering vid adhd har farmakologisk behandling visat sig ha positiva effekter, men i mindre utsträckning än på andra symtom vid adhd. Det finns även icke-farmakologiska, beteendebaserade behandlingar som har visats ha goda effekter på förmågan till emotionsreglering. Ett exempel är programmet *The incredible years* (de otroliga åren) som utformats för barn med adhd och deras föräldrar och består av inslag om etablering av rutiner, social färdighetsträning, emotionsreglering och problemlösning (Trillingsgaard, Trillingsgaard & Webster-Stratton, 2014). Kognitiv beteendeterapi (KBT), dialektisk beteendeterapi och mindfulnessbaserad terapi har också visats förbättra förmågan till emotionsreglering vid adhd (Faraone et al., 2019).

Effekter av att vara samboende i vuxen ålder

En av de faktorer som starkast påverkar en persons subjektiva välmående är kvaliteten av hens interpersonella relationer, och i synnerhet kvaliteten av romantiska relationer (Kansky, 2018). Att vara del av en fungerande romantisk relation i vuxen ålder är ett centralt mål för

många vuxna och har i forskning visats leda till en rad positiva effekter. Även om största delen av denna forskning har gjorts på gifta par (Kamp Dush & Amato, 2005; Kansky, 2018) kan de positiva effekterna av romantiska relationer i de flesta fall även generaliseras till samborelationer (Evans, Gray & Reimondos, 2023), varför vi härnäst hänvisar till både gifta och samboende par som *sambos*.

Många sambos gynnas bland annat av det emotionella och sociala stöd de får av sin partner i vardagen (Evans et al., 2023; Kamp Dush & Amato, 2005). Stödet utgör en buffert mot effekterna av belastande livshändelser såsom sjukdom eller arbetslöshet (House, Umberson & Landis, 2003; Kansky, 2018). Sambos med gemensam ekonomi har ofta bättre ekonomiska möjligheter än singlar (Evans et al., 2023). Andra människor runtomkring dem kan enligt forskare få ett mer positivt intryck av dem än av singlar eftersom det är socialt önskvärt att ha en romantisk partner i vuxen ålder (Evans et al., 2023). Forskare lyfter dessutom en så kallad "*marriage benefit*": gifta vuxna har i genomsnitt högre fysisk och psykisk hälsa och lägre stressnivåer än ensamstående (Kansky, 2018). De positiva effekterna av samboskap har visats gälla även samkönade par (Kansky, 2018).

När det gäller tvåkönade relationer har det länge varit oklart huruvida båda könen gynnas lika mycket av samboskap. Det har påståtts att män med ett annars skralt socialt nätverk gynnas allra mest av samboskap då sambon blir en central källa till socialt stöd (Evans et al., 2023). Kvinnor har påståtts gynnas mindre än männen, främst då hushållssysslorna tenderar att fördelas orättvist i många tvåkönade samborelationer: i 2008 lade kvinnorna i genomsnitt 70 minuter mer på hushållssysslor varje dag än männen (Eurostat & Union européenne, 2008). Samtidigt har andra studier inte hittat några könsskillnader (Williams, 2003). Idag råder det konsensus om att det snarare är relationens *kvalitet* och parternas nöjdhet med relationen som avgör, i stället för kön, vad samboskapet får för effekter på måendet (bl.a. Evans et al., 2023; Kansky, 2018; Williams, 2003). Personer i goda samborelationer tenderar nämligen att må bättre än ensamstående, samtidigt som ensamstående mår bättre än samboende par som är missnöjda med sin relation (Ross, 1995).

Förutom effekten av relationskvalitet lyfts den så kallade *selektionsteorin* (*selection theory*) som en alternativ förklaring till varför samboskap har en positiv effekt på måendet. Enligt teorin beror den här kopplingen på att välmående personer i regel har lättare att inleda och bevara romantiska relationer (Kamp Dush & Amato, 2005) samt behandlar sin partner på sätt som gynnar relationen (Kansky, 2018). Longitudinella studier har däremot bekräftat att samboskapets positiva effekter på måendet återstår även när eventuella selektionsfaktorer har tagits hänsyn till i statistiska analyser (Kamp Dush & Amato, 2005).

Relationsproblem

I början av en romantisk relation, under det som ofta kallas för *förälskelsefasen*, visar kärlekspar i regel mycket uppskattning för varandra och är väldigt tillmötesgående och måna om att den andre ska ha det bra (Zetino Duarte, 2003). Konflikter löses oftast relativt enkelt och olikheter när det kommer till värderingar och personlighetsdrag (exempelvis sparande vs. slöaktighet, introversion vs. extroversion) tenderar att uppfattas som attraktiva (Andersson, Burman, Carlbring & Norlander, 2018). Ofta rör paret mycket vid varandra och har mycket sex (Zetino Duarte, 2003). Relationen innebär dock utmaningar bland annat i form av att paret behöver organisera sin gemensamma vardag, komma överens om frågor gällande bland annat ekonomin och hushållsarbetet, och balansera mellan att vårda sin relation och samtidigt ändå ge utrymme till sina individuella önskemål, behov och intressen (Lönnefjord & Petersen, 2007).

Konflikter uppstår då båda parterna står fast vid sin ståndpunkt vid meningsskiljaktigheter och försöker få den andre att ge med sig (Zetino Duarte, 2003). Dessutom kan relationen sättas på prov av olika belastande förutsättningar såsom svår sjukdom i familjen, missbruk eller otrohet (Lönnfjord & Petersen, 2007). Saknas det då goda färdigheter för att hantera meningsskiljaktigheter samt för att deeskalera och lösa konflikter, ökar risken för att paret eventuellt separerar.

Sverige har en av de högsta skilsmäsofrekvenserna i Europa, och även många av de samboende men ogifta paren separerar över tid (Lundblad, 2005). Enligt data från Statistiska centralbyrån skilde 39,000 personer sig i Sverige år 2022, efter ett i genomsnitt 12,2 år långt äktenskap (Statistiska Centralbyrån, 2023). Sedan 1960-talet har fler svenska par valt att leva i samboförhållanden i stället för att gifta sig, och samborelationer utgör idag ungefär 30% av alla parrelationer i Sverige (Lundström, 2022). Data från Statistiska centralbyrån tyder däremot på att ungefär hälften av alla nyinledda samborelationer slutar i separation inom 10 år (Lundström, 2022).

Turbulens och missnöje i kärleksrelationer kan påverka hela hushållet negativt (Lebow & Snyder, 2022) och leda till stora kostnader för samhället (Gurman & Fraenkel, 2002). Själva parterna i en dysfunktionell parrelation har en ökad risk för både akuta och kroniska fysiska besvär och olika typer av psykiska besvär såsom ångest, depression och suicidalitet (Gurman & Fraenkel, 2002). Barn till vuxna med allvarliga relationsproblem kan drabbas av både fysisk och psykisk ohälsa, en försämrad skolprestation (Bernet, Wamboldt & Narrow, 2016) och beteendeproblem (Gurman & Fraenkel, 2002).

Interventioner för par

Ett sätt att försöka lösa ens relationsproblem är att söka sig till parterapi. Parterapi (*couples therapy*) består av evidensbaserade metoder som anpassas efter det specifika parets behov och har som mål att förbättra parternas subjektiva upplevelse av relationens kvalitet (Bradbury & Bodenmann, 2020). I Sverige utförs parterapi i regel av psykologer eller psykoterapeuter och oftast i privatfinansierad form.

De första formerna av parterapi utvecklades på 1930-talet och bestod då främst av psykoedukation och rådgivning (Gurman & Fraenkel, 2002). Över tid har fler och mer definierade former av parterapi utvecklats, och dessa har samlat gott forskningsstöd både när det gäller terapiernas effekter och teorierna bakom terapiformerna (Lebow & Snyder, 2022). Exempelvis visade Roddy och kollegors (2020) meta-analys att parterapi har en stor effekt på relationstillfredsställelse jämfört med kontrollgrupp (Hedge's $g = 0,91$) (Roddy, Walsh, Rothman, Hatch & Doss, 2020). Bradbury och Bodenmann (2020) fann en effekt på $d=0,80$ för de två terapiformerna med mest forskningsevidens i nuläget, BCT (*Behavioral couples therapy*) och EFCT (*Emotionally focused couples therapy*).

Förutom parterapeuter erbjuder även Familjerådgivningen individuella samtal för vuxna par med relationsproblem. Enligt Socialtjänstlagen skall varje kommun i Sverige erbjuda familjerådgivning till de par som begär det (Sveriges kommunala familjerådgivare, u.å.). Familjerådgivning bedrivs antingen av kommunen eller av företag som tecknat avtal med kommunen. Familjerådgivningssamtal kan innefatta både rådgivande och behandlande inslag baserat på parets behov. Detta och att även familjerådgivare behöver ha en relevant utbildning gör att familjerådgivning och parterapi liknar varandra i många avseenden. Till skillnad från privatfinansierad parterapi erbjuder familjerådgivningen däremot oftast maximalt 5–6 samtal per par (Magnusson Österberg, 2023).

Även om många par alltså söker sig till parterapi eller familjerådgivning vid relationsproblem finns det fortfarande en stor andel som inte gör det, eller som gör det först när problemen har blivit ganska allvarliga och/eller när de redan närmar sig separation (Bradbury & Bodenmann, 2020). Ofta beror detta på bristande ekonomiska möjligheter eller svårigheter kring logistiska frågor såsom schemaläggning eller tillgänglighet (Megale et al., 2022). Dessutom kan par undvika att söka sig till individuella parsamtal på grund av stigmatisering kopplat till hjälpsökande eller oro eller bristande motivation kopplat till den stora emotionella ansträngning som samtalen ofta kräver (Hubbard & Anderson, 2022).

I ljuset av ovannämnda begränsningar kan preventiva insatser för par utgöra ett billigare och mer tillgängligt alternativ till att förbättra relationen. Preventiva insatser för par har som syfte att minska risken för att en tidigare välfungerande relation blir dysfunktionell (*primär prevention*) eller att par med befintliga problem eller sårbarheter försämras ytterligare (*sekundär prevention*) (Bradbury & Bodenmann, 2020). I vissa fall riktas preventiva insatser mot par som anses befinna sig i en riskgrupp för relationsproblem, exempelvis ekonomiskt utsatta par, par med psykisk ohälsa eller par som väntar barn (Bradbury & Bodenmann, 2020).

Preventiva insatser för par är ofta av mer pedagogisk karaktär än individuella parsamtal och utförs i regel i form av parkurser, ofta i gruppformat (Bradbury & Bodenmann, 2020). Kursformatet gör att innehållet i insatserna blir mindre individanpassat än i individuella samtal, och ofta utförs insatserna under en kortare tid. Insatserna innefattar ofta interventioner inriktade på att förbättra centrala relationsfärdigheter såsom kommunikations- eller problemlösningsfärdigheter (Bradbury & Bodenmann, 2020). På engelska kallas insatser av den här typen ofta för *couple relationship education* (CRE) (Bradbury & Bodenmann, 2020). CRE:s har i meta-analyser visats få små effekter på relationskvalitet jämfört med kontrollgrupp ($d = 0,30-0,36$) (Hawkins, Blanchard, Baldwin & Fawcett, 2008). Effekterna är alltså något lägre än i parterapi, dock antas detta delvis bero på att preventiva insatser i regel ges till par med mindre allvarliga problem varför utrymmet för förbättring också är mindre (Bradbury & Bodenmann, 2020). Oavsett är det centralt att erbjuda par stödjande insatser redan i ett tidigt skede, inte minst eftersom detta på lång sikt minskar belastningen på flera samhällsverksamheter såsom Socialtjänsten, hälso- och sjukvården och Försäkringskassan (Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd [MFoF], 2022).

Adhd i kärleksrelationer

Att ingå i en romantisk relation i vuxen ålder med en partner med adhd associeras med vissa positiva effekter på relationen. Partners till personer med adhd har exempelvis angett att de uppskattar sin partners kreativitet, spontanitet och humor samt den uppmärksamhet de får i de fall där partnern "hyperfokuserar" på relationen under förälskelsefasen (Halverstadt, 1998). Som tidigare konstaterats har personer med adhd visats kunna uppleva känslor mer intensivt än andra, vilket gör att de även kan uppleva mer intensiva kärlekskänslor gentemot sin partner än personer utan adhd (Soares et al., 2021).

Samtidigt lyfter forskningen många fler negativa aspekter av adhd i kärleksrelationer. Vuxna med adhd tenderar att vara mindre nöjda med sin kärleksrelation (Eakin et al., 2004; Murphy & Barkley, 1996). Jämfört med par utan adhd tenderar par där ena eller båda parterna har adhd ha fler meningsskiljaktigheter när det kommer till viktiga teman inom relationen såsom hushållssysslor, fritid eller ekonomi (Eakin et al., 2004). De är i regel mindre nöjda med sitt sexliv och hur närhet (*affection*) uttrycks i relationen (Eakin et al., 2004). Ju svårare adhd-symtom, desto färre goda konflikthanteringsstrategier brukar personen använda vid konflikter

med sin partner (Knies, 2018) och ju fler symtom på ouppmärksamhet, desto lägre är förekomsten av uttryck av kärlek och närhet i relationen (Soares et al., 2021). På populationsnivå skiljer personer med adhd sig oftare (28% av personerna i adhd-gruppen jämfört mot 15% i kontrollgruppen i Faraone et al., 2021); de gifter sig även fler gånger än den övriga populationen (Murphy & Barkley, 1996), vilket tyder på att deras äktenskap inte varar lika länge.

Sambos till personer med adhd behöver i många fall kompensera för sin partners brister genom att ta större ansvar för saker såsom hushållssysslor (Eakin et al., 2004), organisering eller ekonomiska beslut (Dixon, 1995). Många beskriver att de är tvungna att bli hushållets "projektledare", vilket innebär en belastning och att de egna behoven får mindre utrymme (Zeides Taubin & Maeir, 2023). Partners till personer med adhd rapporterar att adhd-symtomen påverkar flera livsområden, exempelvis kärleksrelationen och barnuppfostran. När det gäller kärleksrelationer lyfts exempelvis frekventa bråk, kommunikationsproblem och svårigheter att hålla sig till gemensamma planer och överenskommelser (Eakin et al., 2004). Problem som kan uppstå kopplat till barnuppfostran handlar bland annat om otålighet med barnen, glömska när det gäller åtaganden relaterat till barnen, och bristande delaktighet i gränssättning gentemot dem (Eakin et al., 2004). Ytterligare egenskaper som lyfts som problematiska av sambos är partners impulsivitet, ouppmärksamhet och begränsade förmåga till emotionsreglering och planering (Zeides Taubin & Maeir, 2023). Dessutom kan sambos till personer med adhd ha svårt att förstå och hantera plötsliga variationer i partners funktionsnivå (Zeides Taubin & Maeir, 2023).

Effekterna av adhd på kärleksrelationer är däremot mer komplexa än hur de ofta framställs i forskningen. Knies (2018) lyfter att forskningen om adhd och romantiska relationer har länge kännetecknats av en anklagande ton gentemot personen med adhd och bortsett från hur den neurotypiska partnern (partnern utan någon neuropsykiatrisk diagnos) också bidrar till relationen. Det har visats att neurotypiska partners kunskap om och förståelse för adhd-relaterade svårigheter minskar symptomens negativa påverkan på relationskvaliteten (Zeides Taubin & Maeir, 2023). Ofta uppstår relationsproblemen av att beteenden som beror på adhd-symtom (ex. att partnern glömmar bort viktiga åtaganden) misstolkas och upplevs härstamma från ointresse eller lathet (Zeides Taubin & Maeir, 2023). Därför kan utbildning om adhd gynna båda parterna i relationen (Zeides Taubin & Maeir, 2023). Det har även visats att psykisk ohälsa hos den neurotypiska partnern också påverkar relationskvaliteten och hens upplevelse av relationen (Eakin et al., 2004). Dessutom tyder adhd-forskningen på att partners med adhd tenderar att överskatta sina symtoms negativa effekter på familjens fungerande. Deras partners upplever ofta inte symptomens effekter som lika allvarliga (Eakin et al., 2004).

Trots de svårigheter som en adhd-diagnos alltså kan orsaka i en romantisk relation saknas det i dagsläget insatser inriktade på denna målgrupp i Sverige. I USA har en integrativ preventiv insats där inslag av parterapi kombineras med inslag av KBT för adhd testats bland vuxna par där ena parten har adhd och fått goda effekter på relationskvalitet, $d=0,47$ (Wymbs & Molina, 2015), men denna eller liknande insatser har inte spridit sig till Sverige än. Det enda som erbjuds i Sverige idag är olika typer av Patient- och närståendebildningar för personer med adhd och deras närmaste anhöriga. Dessa har däremot, som namnet antyder, alla typer av anhöriga som målgrupp, och innefattar oftast begränsat eller inget innehåll om adhd-diagnosens effekter just i en kärleksrelation.

Du og jeg og adhd

Den norska adhd-parkursen *Du og jeg og adhd - Grunnkurs i å ta vare på parforholdet når en eller begge har adhd* utvecklades till följd av observationer av att de befintliga

parkurserna inom norska familjerådgivningen (*Familievernet*) inte fick optimal effekt på par där ena eller båda parter har adhd (Skarsvaag, 2018). De norska psykologerna Line Lotherington och Anne Marie Fosse Teigen skapade därför kursen på uppdrag av ADHD Norge (ADHD Norge, 2020). Kursen kombinerar information om adhd med teori och inslag från parterapi (Skarsvaag, 2018). Den ges oftast i form av veckovisa träffar med hemuppgifter mellan gångerna. Den har utvecklats stegvis och utifrån feedback från tidigare kursomgångar (Skarsvaag, 2018). Dess form är dessutom anpassad efter målgruppen, exempelvis är pauserna och övningarna fler än i en liknande kurs för neurotypiska par, för att kursdeltagarna med adhd ska ha lättare att koncentrera sig under kursens gång (Skarsvaag, 2018). Kursen har i en nöjdhetsskattning gällande deltagarnas nöjdhet med kursen i allmänhet fått en snittpoäng på 5,4 på en 6-gradig Likertskala med svarsalternativ från 1 = “inte alls nöjd” till 6 = “mycket nöjd” (Skarsvaag, 2018) och ingår idag i norska familjerådgivningens ordinarie kursutbud (<https://www.bufdir.no/familie/par/>).

Syfte

Medan den ovannämnda kursen alltså redan har blivit en del av den ordinarie vården i Norge saknas det i Sverige vetenskapligt utvärderade interventioner som stödjer par där ena eller båda parterna har adhd. Socialstyrelsen har mot denna bakgrund initierat det forskningsprojekt som härvarande uppsats skrivs inom, som syftar till att utvärdera och tillämpa en anpassad version av den norska adhd-kursen i en svensk kontext. Föreliggande uppsats riktar sig mer specifikt in på effekterna av samt deltagarnas åsikter om kursen *Du och jag och adhd – en grundkurs i parrelationer när en eller båda har adhd*, fortsättningsvis kallad *Du och jag och adhd*. Syftet med uppsatsen är att undersöka vad kursen har för omedelbara och fördröjda effekter på deltagarnas relationskvalitet och mående, mätt med standardiserade självskattningsformulär, samt deltagarnas åsikter om centrala aspekter av kursen, mätt med en kvantitativ nöjdhetsskattning och utvalda frågor från en kvalitativ utvärderingsenkät. Kursen utvecklades med förhoppningen att den kan hjälpa paren att bli bättre på att hantera adhd-symtom i relationen och i längden även få en bättre relation. Det långsiktiga målet med forskningsprojektet är att optimera kursen så att den till slut kan utgöra en del av den ordinarie vården för vuxna med adhd i Sverige. Detta skulle bidra till både sparade samhällsresurser och minskat lidande bland målgruppen.

Frågeställningar

1. Vilka effekter har kursen *Du och jag och adhd* på självskattad relationskvalitet?
2. Vilka effekter har kursen *Du och jag och adhd* på självskattade symtom på stress, nedstämdhet och oro/ångest?
3. Vilka effekter har kursen *Du och jag och adhd* på självskattade symtom på adhd samt adhd-relaterad livskvalitet bland undersökningsdeltagare med adhd-diagnos?
4. Hur nöjda är deltagarna med kursen och vad har de för åsikter om den?

Metod

Föreliggande uppsats skrevs inom ramen för en större RCT-studie (*randomized controlled trial*) som genomförs på psykologiska institutionen vid Stockholms universitet och på uppdrag av Socialstyrelsen. Forskningsprojektet undersöker förutom föreliggande uppsatsens utfall även väntelistgruppens resultat efter genomförd kurs samt kursens genomförbarhet och beräknas att bli klar hösten 2024. Dessutom genomförs i en parallell uppsats inom projektet

kvalitativa djupintervjuer för att mer genomgående än vad som fick utrymme i härvarande uppsats undersöka deltagarnas upplevelser av kursen. Interventionsgruppen erbjöds kursen hösten 2023 och efter 3-månadersuppföljningen blev väntelistgruppen också erbjuden samma kurs under våren 2024. Väntelistgruppens resultat efter genomgången kurs ingick däremot inte i härvarande uppsats utan gruppen utgjorde endast en väntelistkontroll.

Rekrytering

Rekryteringen till forskningsprojektet skedde via annonsering på nätet med en länk till skriftlig forskningspersonsinformation. Annonsen delades på sociala medier samt inom olika adhd-patientföreningar och vuxenpsykiatriska mottagningar. I samband med intresseanmälan på plattformen Iterapi (Vlaescu, Alasjö, Miloff & Carlbring, 2016) lämnade de potentiella deltagarna sitt informerade samtycke samt fyllde i självskattningsformulär vars resultat användes för beslut kring inkludering och exkludering i studien.

Deltagande i kurserna var kostnadsfritt och interventionsgruppen erhöll kostnadsfri lunch och fika på båda kursdagarna. Ett presentkort på 99 kronor skickades ut till undersökningsdeltagarna efter ifyllda skattningar vid varje mättillfälle, annars utgick ingen ersättning för deltagande i studien.

Inklusionskriterier var:

- båda i paret ville delta i projektet
- båda i paret var minst 20 år
- båda i paret kunde tala, läsa och skriva på svenska
- att paret hade varit tillsammans i minst ett år och samboende sedan minst sex månader
- att minst en i paret hade diagnostiserats med adhd
- att paret var bosatta inom cirka en timmes resväg till centrala Stockholm där kursen hölls
- om någon i paret tog medicin för adhd och/eller psykiska besvär skulle dosen ha varit stabil i minst 3 månader.

Exklusionskriterier var:

- Förekomst av misshandel inom parrelationen
- Svår depression (*Patient Health Questionnaire 9-Item Scale* [PHQ-9; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001] över 19 poäng)
- Suicidalitet (minst 2 poäng på PHQ-9 fråga 9)
- Om en eller båda i paret hade en annan pågående psykologisk behandling
- Om någon i paret hade en annan primär, svårare psykiatrisk problematik som bedömdes kräva annan behandling i första hand (t.ex. psykos, schizofreni, bipolär sjukdom).

Undersökningsdeltagare

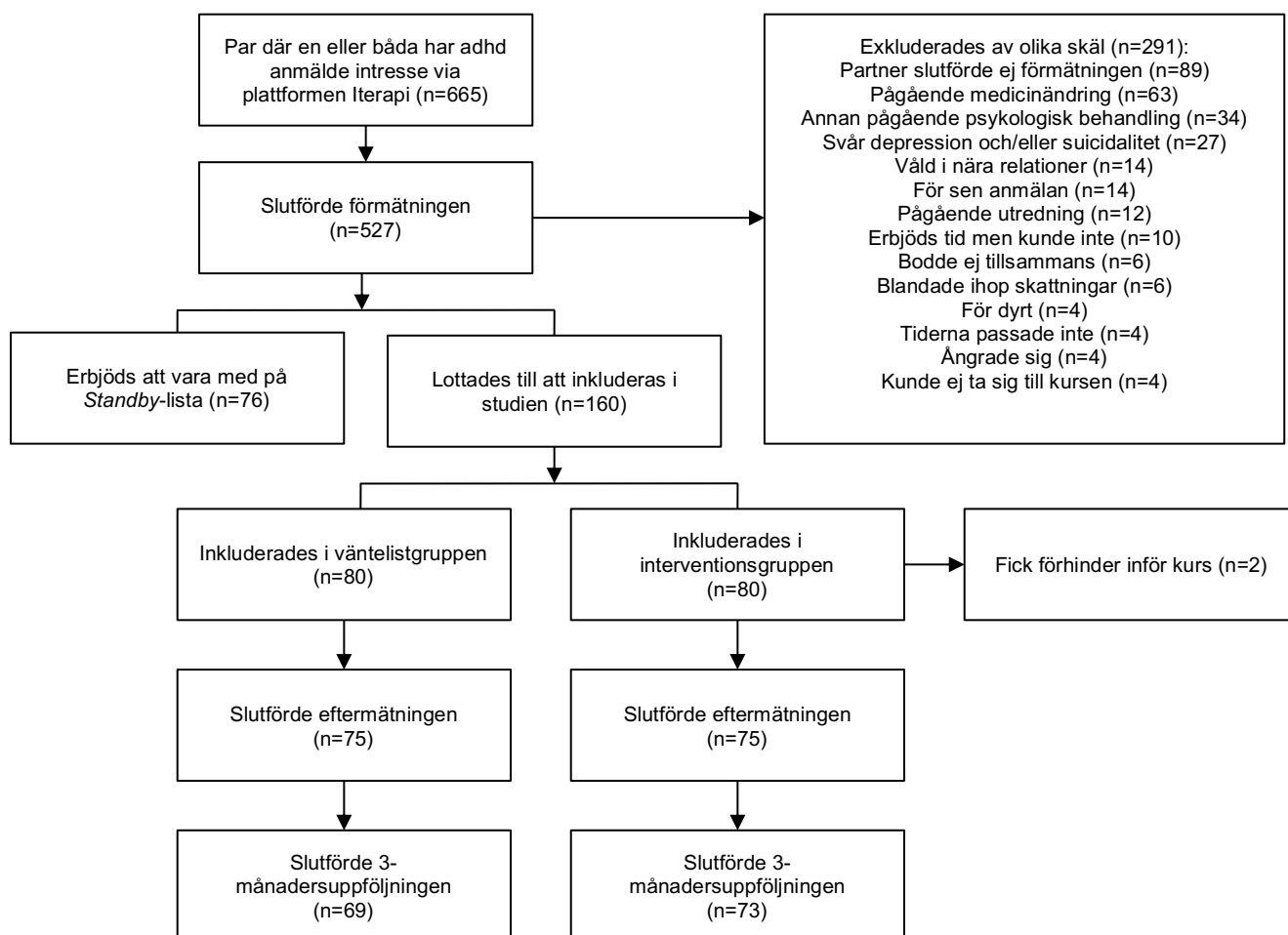
Totalt 665 personer anmälde intresse för forskningsprojektet och 527 fyllde i förmätningen. Av dessa exkluderades 291 efter ifylld förmätning, se figur 1. Slutligen inkluderades 160 deltagare, varav 80 randomiserades till väntelisgruppen och 80 till interventionsgruppen av huvudansvariga forskaren. Randomiseringen skedde via en online randomiseringsgenerator (www.random.org). En i förväg genomförd power-analys uppskattade att även med ett bortfall av 20% av deltagarna (130 deltagare kvar av 160) skulle en power på 0,80 med $\alpha = ,05$ fortfarande kunna erhållas, givet en effektstorlek på minst Cohen's $d = 0,36$.

Av de 160 deltagarna var 84 personer (52,5%) kvinnor och 76 (47,5%) män, inga deltagare identifierade sig som icke-binära. Samtliga deltagare var mellan 25 och 63 år ($M = 40,98$, $SD = 7,68$). Utbildningsmässigt hade 4 personer (2,5%) en utbildning på grundskolenivå, 49 (30,6%) på gymnasienivå, 47 (29,4%) upp till tre års högskoleutbildning och 60 (37,5%) mer än tre års högskoleutbildning. Tretton personer (8,1%) var studerande, 6 (3,8%) var arbetssökande, 4 (2,5%) var föräldralediga och resterande 137 personer (85,6%) förvärvsarbetade. Av de 137 som arbetade hade 114 (83,2 %) en heltidsanställning. Längden på parens relationer varierade från 1 till 32 år ($M = 10,75$, $SD = 8,16$), och de hade varit sambos från allt mellan 0,5 till 31 år ($M = 9,49$, $SD = 7,81$). Totalt 111 personer angav i eftermätningen att de hade hemmavarande barn, allt mellan 1 till 4 barn, i genomsnitt 2 barn per hushåll.

Av samtliga deltagare hade 85 någon typ av adhd-diagnos och hade diagnostiserats från allt mellan 1 till 23 år tillbaka ($M = 7,07$, $SD = 4,71$). Endast 5 par fanns där båda i paret hade adhd-diagnos. När det gäller medicinering tog 65 av samtliga deltagare någon typ av psykofarmaka varav 55 tog någon typ av medicin mot adhd. De vanligaste typerna av adhd-mediciner var Elvanse och Concerta som kombinerat utgjorde ungefär hälften av alla adhd-medicinerna.

Figur 1

Flödesschema över deltagande i forskningsprojektet.



Intervention

Kursen som utgjorde interventionen baserades alltså, som tidigare konstaterats, på en norsk parkurs om adhd som skapats av Line Lotherington och Anne Marie Fosse Teigen. Tre legitimerade psykologer som ingick i forskningsprojektet bakom härvarande uppsats anpassade kursens innehåll till den aktuella svenska kontexten. Grundstrukturen i den anpassade svenska kursen är densamma som i den norska kursen men kursinnehållet har komprimerats något för att göra det mer lättillgängligt för målgruppen. Detta då den svenska versionen av kursen i form av en helkurs innefattade färre kurstimmar än den norska versionen som brukar bestå av kortare men fler kurstillfällen samt hemuppgifter mellan gångerna. Exempel på inslag som föll bort var ”att bygga en partnerkarta”, ”erkänna fel och förlåta sig själv” och ”veckoschema med fasta rutiner” (Fosse Teigen & Lotherington, 2018).

Kurserna ägde rum mellan kl. 10 och 15 på två helgdagar i november-december 2023. Kurslokalen var ett konferensrum på ett hotell i centrala Stockholm. Två team på en legitimerad psykolog och en psykologstudent på termin 9 (uppsatsskribenterna VA och MC) turades om i att leda kurserna. Tio par där antingen den ena eller båda parterna har adhd genomgick kursen tillsammans. Kursagendan bestod av information om adhd och kärleksrelationer samt edukativa inslag och övningar om problemlösning, konflikthantering, känsloreglering, målformulering och samtalsfärdigheter (se bilaga 1 för utförlig beskrivning av kursagenda och innehåll). Deltagarna hade i samband med varje inslag möjlighet till att parvis diskutera och öva på de färdigheter som presenterades och ställa frågor till kursledarna. Sedan gavs det även möjlighet till att diskutera övningarna och dela med sig av sina personliga erfarenheter i helgrupp. Utöver lunchrasten inkluderades pauser efter varje 45-minuterspass med syfte att underlätta för deltagarna att bibehålla koncentrationen. Efter genomförd kurs fick deltagarna med sig en översatt version av den norska kursboken *Du og jeg og adhd - Grunnkurs i å ta vare på parforholdet når en eller begge har adhd* (Fosse Teigen & Lotherington, 2018) samt ett häfte med den information och de övningar som kursagendan bestod av. Allt material fanns också tillgängligt i digitalt format på plattformen Iterapi (Vlaescu et al., 2016) även efter genomförd kurs. Deltagarna uppmanades till att fortsätta arbeta vidare med materialet på egen hand.

Material

Primärt utfallsmått

Relationskvalitet. För att besvara den första och primära frågeställningen, vilken effekt kursen har på självskattad relationskvalitet, användes skattningsformuläret *Quality of Dyadic Relationships-36* (QDR-36; Ahlborg, Lilleengen, Lönnfjord & Petersen, 2009), som är en svensk vidareutveckling av *Dyadic Adjustment Scale* (DAS; Spanier, 1976). QDR-36 består av totalt 36 frågor och 5 delskalor. Svartalternativen varierar men handlar ofta om frekvens och skattas på en 6-gradig Likertskala. Delskalan *dyadisk enighet* består av 11 frågor och undersöker till vilken grad parterna kommer överens om teman såsom ekonomi, gemensam tid, viktiga beslut och hushållsarbete. Ett exempel på frågorna är ”I hur hög grad är du och din partner överens/inte överens om familjens ekonomi?” och besvaras på en skala från 6 = ”alltid överens” till 1 = ”alltid oense”. *Dyadisk samhörighet* innefattar 4 frågor som handlar bland annat om hur ofta personen anser sig ha ett stimulerande tankeutbyte med sin partner. *Dyadisk tillfredsställelse* består av 11 frågor som handlar om hur ofta paret har diskuterat eller övervägt separation samt hur ofta parterna anförtror sig åt sin partner eller missförstår varandra. *Dyadisk sensualitet* och *dyadisk*

sexualitet består av 5 frågor vardera och handlar om frekvensen av uttryck av närhet i relationen respektive frekvensen av sexuell lust och sexuell aktivitet samt parternas nöjdhet med sitt sexliv. Poängsättning sker genom att ett medelvärde beräknas för varje delskala och sedan summeras. De negativt formulerade frågorna poängsätts reverserat. De summerade poängen utgör sedan en totalpoäng för hela skalan, vilket ger en möjlig spridning från 5 till 30 där höga poäng indikerar en högre relationskvalitet. I en svensk psykometrisk utvärderingsstudie av formuläret av Gudjonsdottir, Eklund, Ingberg och Ström (2020) var medianen för helskalan 24,6 för hela stickprovet bestående av 47 samboende par. Studien visade också att formuläret har god intern konsistens (reliabilitet), Cronbachs $\alpha = 0,90$ (Gudjonsdottir et al., 2020).

Sekundära utfallsmått

De sekundära utfallsmåtten var ämnade att besvara frågeställning 2, kursens effekter på måendet i form av stress, nedstämdhet och oro/ångest samt frågeställning 3, kursens effekter på adhd-symtom och adhd-relaterad livskvalitet.

Stress. För att mäta symtom på stress användes självskattningsformuläret *Perceived Stress Scale* (PSS-10; Nordin & Nordin, 2013). PSS-10 mäter allmän upplevd stress i form av hur ofta respondenten upplevt sitt liv som oförutsägbart, okontrollerbart och överbelastande den senaste månaden. Formuläret består av 10 frågor som besvaras med en 5-gradig Likertskala från 0 = “aldrig” till 4 = “mycket ofta”. En exempelfråga är “Under den senaste månaden, hur ofta har du ... känt att du inte kunnat hantera allt som du måste göra?”. Poäng från frågorna summeras till en totalpoäng. Maximal totalpoäng är 40 och höga poäng motsvarar hög stress. Ingen officiell cut-off gräns för poängnivåer har angetts. Formulärets interna konsistens har uppmätts till $\alpha = 0,84$ och konstruktvaliditet till $r = 0,68$ med ångest, $r = 0,57$ med depression och $r = 0,71$ med utmattning (Nordin & Nordin, 2013).

Nedstämdhet. För att mäta symtom på depression användes självskattningsformuläret *Patient Health Questionnaire 9-Item Scale* (PHQ-9; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001). Formuläret avser mäta depressiva symtom under de senaste två veckorna. Det består av 9 frågor samt en avslutande fråga. Frågorna 1–9 speglar diagnoskriterierna för egentlig depression och besvaras på en 4-gradig Likertskala med svarsalternativ från 0 = “inte alls” till 3 = “nästan varje dag”. En exempelfråga lyder “Under de senaste två veckorna ... hur ofta har du känt dig nedstämd, deprimerad eller upplevt känsla av hopplöshet?”. Den avslutande frågan handlar om i vilken utsträckning respondenten anser att depressionssymtomen påverkat hens funktionsnivå. Poängen summeras och maximal totalpoäng är 27. Enligt utländska normer är gränsvärden 0–4 = ingen eller minimal depression; 5–9 = mild depression; 10–14 = måttlig depression; 15–19 = måttlig till svår depression och 20–27 = svår depression (Kroenke et al., 2001). Formulärets interna konsistens har uppmätts till $\alpha = 0,89$ och test-retest reliabilitet till $r = 0,84$ (Kroenke et al., 2001).

Oro/ångest. För att mäta symtom på oro och ångest användes självskattningsformuläret *Generalised Anxiety Disorder 7-item scale* (GAD-7; Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006). Formuläret avser mäta symtom på ångest under de senaste två veckorna. Det består av 7 frågor som besvaras på en 4-gradig Likertskala med svarsalternativ från 0 = “inte alls” till 3 = “dagligen”. En exempelfråga är “Har du under de senaste två veckorna ... ängslats för mycket om olika saker?”. Dessutom finns en avslutande fråga som handlar om i vilken utsträckning respondenten anser att symtomen på oro/ångest påverkat hens funktionsnivå. Poängen summeras och maximal totalpoäng är 21. Gränsvärden för mild, måttlig och allvarlig ångest är 5, 10

respektive 15 poäng. Formulärets interna konsistens har uppmätts till $\alpha = 0,92$ och test-retest reliabilitet till $r = 0,83$ (Spitzer et al., 2006).

Adhd-symtom. För att mäta adhd-symtom bland deltagare med diagnosen användes självskattningsformuläret *Adult ADHD Self-Report Scale-V1.1* (ASRS-V1.1; Kessler et al., 2005). Formuläret avser mäta symtom på adhd det senaste halvåret. Det består av 18 frågor uppdelade i två dimensioner, ouppmärksamhet och hyperaktivitet/impulsivitet, och besvaras på en 5-gradig Likertskala med svarsalternativ från 0 = "aldrig" till 4 = "mycket ofta". En exempelfråga är "Hur ofta händer det att du undviker eller skjuter på att sätta igång med en uppgift som kräver mycket tankemöda?". Poängen summeras och maxpoäng är 72. Gränsvärdet är fler än 17 poäng i någon av dimensionerna för sannolik adhd och fler än 24 för mycket sannolik adhd (Rodriguez, Ginsberg, Fernholm & Nyberg, 2007). Formulärets interna konsistens har uppmätts till $\alpha = 0,88$ (Adler et al., 2006) och test-retest reliabilitet till $r = 0,58-0,77$ (Kessler et al., 2007).

Adhd-specifik livskvalitet. För att mäta adhd-specifik livskvalitet bland deltagare med diagnosen användes självskattningsformuläret *Adult ADHD Quality of Life Questionnaire* (AAQoL; Brod, Johnston, Able & Swindle, 2006). Formuläret avser mäta hur adhd påverkat respondentens liv under de senaste två veckorna. Det består av 29 frågor som besvaras på en 5-gradig Likertskala som går från 1 = "inte alls" till 5 = "extremt mycket" eller 1 = "aldrig" till 5 = "mycket ofta". En exempelfråga är "Under de två senaste veckorna, hur ofta har du känt att ... du kan styra ditt liv på ett bra sätt?". Poängsättningen sker genom att transformera delskalspoängen till en 0–100-skala (1=0, 2=25, 3=50, 4=75, 5=100) och sedan beräkna medelvärde. Maximal totalpoäng för hela skalan är 100 och höga poäng indikerar en hög livskvalitet. Formulärets interna konsistens har uppmätts till $\alpha = 0,93$ och test-retest reliabilitet till $r = 0,88$ (Matza, Van Brunt, Cates & Murray, 2011).

Övriga mätningar

För att mäta interventionsgruppens upplevelser av kursen fick de efter genomgången kurs även besvara en kvantitativ nöjdhetsskattning samt en kvalitativ utvärderingsenkät. Resultaten från dessa användes för att besvara frågeställning 4, det vill säga hur nöjda deltagarna var med kursen och vad de tyckte i allmänhet om den. Nöjdhetsskattningen bestod av 9 frågor som besvarades med en fyrgradig skala. En exempelfråga är "Totalt sett, hur nöjd är du med den kurs du har fått?" och besvarades på en fyrgradig Likertskala som gick från 1 = "missnöjd" till 4 = "mycket nöjd". Höga poäng indikerar högre nöjdhet. Den kvalitativa utvärderingsenkäten bestod av 12 frågor om hur deltagarna upplevde kursen i allmänhet samt olika aspekter av den såsom innehållet, kursmaterialet och bemötandet från kursledarna. Frågorna besvarades i fritext och svarsrutan kunde lämnas tomt. Tre frågor som ansågs som representativa av resten av utvärderingen valdes ut för en kvalitativ analys: fråga 1, "Vad tyckte du i allmänhet om kursen?", fråga 2, "Var det något som var särskilt bra?" och fråga 3, "Var det något som var dåligt eller verkligen kan bli bättre?". Dessa övriga mätningar användes för att besvara frågeställning 4, det vill säga hur nöjda deltagarna var med kursen och vad de tyckte i allmänhet om den.

Datainsamling

Datainsamlingen i föreliggande uppsats skedde vid tre tidpunkter: en förmätning i samband med intresseanmälan, en eftermätning direkt efter interventionsgruppens kurs samt en tremånadersuppföljning. Kontrollgruppen fyllde i skattningarna vid samma tidpunkter som

interventionsgruppen vid alla tre mättillfällen. Deltagarna hade en vecka på sig att fylla i skattningarna, varefter de fick påminnelser via mejl och sms. All data samlades in digitalt, genom att deltagarna efter att ha lämnat informerat samtycke fick en personlig inloggningskod till plattformen Iterapi (Vlaescu et al., 2016) samt länkar till skattningarna.

Databearbetning

Statistikprogrammet SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, version 29.0) användes för databearbetningen. En deskriptiv analys genomfördes i första hand för att få en överblick över deltagarnas demografiska data. Linear mixed-effects model (LMM) valdes som metod för att analysera effekten av parkurserna över tid och mellan interventions- och väntelistgruppen. Bortfall av data hanterades enligt principen *intention-to-treat* som innebär att samtliga deltagare som vid studiens start randomiserades till de två grupperna också inkluderas i analysen oavsett om de genomgått kursen, hoppat av under studiens gång eller saknar datapunkter. Detta gjordes för att bevara fördelarna med randomiseringen, minska bias i resultatet och säkerställa jämförbarheten mellan grupperna vilket ska bidra till att göra resultatet mer tillförlitligt och generaliserbart (Groenwold, Karel, Moons & Vandenbroucke, 2014).

LMM valdes som analysmetod då den kan på ett flexibelt sätt analysera och ta hänsyn till det inre beroendet hos upprepade mätningar över tid. Dessutom hanterar LMM obalanserade longitudinella data med saknade datapunkter, förutsatt att punkterna saknas slumpmässigt, genom att den tillhandahåller tillförlitliga uppskattningar (West, Welch & Galecki, 2014). På det sättet kunde modellen behålla observationer från deltagare även om de inte hade fyllt i samtliga skattningar vid alla 3 mättillfällen. Modellen inkluderade en *fixed effect* för variabeln Grupp (intervention och väntelista), en *fixed effect* för variabeln Tid (förmätning, eftermätning och 3-månadersuppföljning) samt en interaktionseffekt mellan Grupp och Tid för att undersöka förändringarna över tid i effekterna av interventionen. Modellen inkluderade även *random effects* för varje deltagare för variabeln Tid för att ta hänsyn till individuella skillnader mellan deltagarna som inte kunde förklaras av tidigare nämnda *fixed effects*. Kovariansstruktursmatrisen som valdes var av typen *Unstructured*, vilket är en av de mer konservativa matriserna som inte antar några förutbestämda mönster eller begränsningar vid estimeringen av varians eller kovarians mellan mätpunkterna. Modellen använde *Restricted Maximum Likelihood* (REML) för estimeringen samt korregerade p-värdet för multipla jämförelser med *Bonferroni*. För mer detaljerade resultat av LMM gjordes dessutom parvisa jämförelser av *estimated marginal means* (emmeans) över tid och mellan grupperna. Beroendevariabeln utgjordes av resultaten från skattningsskalorna och modellen återupprepades för samtliga utfallsmått.

För att analysera effektstyrka för inom- och mellangruppseffekter användes beräkningen av Cohen's *d* med hjälp av de observerade medelvärden och standardavvikelser som togs fram i SPSS. Analysen skedde i Excel version 16.83 med hjälp av formeln: $Cohen's\ d = (M1 - M2) / \text{spooled}$. Storleken på effektstyrkan tolkades i enlighet med de generella riktlinjerna där $d = 0,20$ betraktas som en liten effekt, $d = 0,50$ som en måttlig/medelstor och $d = 0,80$ som en stor effekt (Cohen, 1988).

Kvalitativ analys

I samband med eftermätningen efter genomgången kurs skickades det ut en kvalitativ utvärderingsenkät till interventionsgruppen bestående av 12 fritextfrågor om hur de hade upplevt olika aspekter av kursen. Enkätens tre första frågor som gällde deltagarnas upplevelser av kursen i allmänhet samt aspekter av kursen som de ansåg som särskilt bra respektive dåligt eller

upplevde skulle behöva förbättras, valdes ut som underlag till en kvalitativ innehållsanalys enligt Krippendorffs (2013) steg. Kvalitativa innehållsanalyser beskrivs som ett flexibelt sätt att analysera texter och få större förståelse för fenomenet av intresse (Hsieh & Shannon, 2005). En induktiv, alltså utforskande, ansats valdes eftersom forskningsunderlaget och därigenom teorierna om målgruppens upplevelser av liknande kurser är begränsade (Hsieh & Shannon, 2005). Analysen genomfördes av uppsatsskribenterna VA och MC, i skrivande stund båda studenter på psykologprogrammets tionde termin vid Stockholms universitet, under handledning av uppsatshandledarna PC och TA som båda även är legitimerade psykologer.

Uppsatsskribenterna har både god teoretisk kunskap om adhd, erfarenhet av arbete med personer med adhd-diagnos och närstående med adhd, däremot har de ingen egenupplevd erfarenhet av diagnosen. De är även väl insatta i innehållet i parkurserna tack vare sin medverkan i dem som co-kursledare, något som kan ha påverkat deras tolkning av datan. Analysen genomfördes i enlighet med Krippendorffs (2013) steg:

1. *Insamling och rensning av data.* Samtliga svar på de tre första enkätfrågorna exporterades från plattformen Iterapi. Tomma svarsrutor och för frågeställningen irrelevanta svar uteslöts.
2. *Skapande av meningsbärande enheter.* Alla svarsdata lästes flera gånger för att skapa en uppfattning av helheten. Meningsbärande enheter, det vill säga för frågeställningen relevanta ord eller fraser, plockades ut, färgmarkerades och vid behov kondenserades på ett så textnära sätt som möjligt.
3. *Kodning.* De meningsbärande enheterna diskuterades tills konsensus uppnåddes angående hur de kunde abstraheras och kodas. Ett exempel på en kod som skapades är “mer hjälp att implementera verktyg”.
4. *Kategorisering.* Koderna jämfördes och deras relationer sinsemellan diskuterades. Därefter delades koderna in i slutgiltiga och ömsesidigt uteslutande huvud- och underkategorier. Exempelvis grupperades föregående kod till huvudkategorin *önskad utveckling av kursen* och underkategorin *mer stöd*, se under “kvalitativa resultat”.

Etiska aspekter

I arbetet med föreliggande uppsats har de regelverk och etiska principer som ger vägledning kring god hantering av referenser, förvarande av data, behandling av personuppgifter samt information gentemot studiedeltagarna beaktats (Vetenskapsrådet, 2017). Forskningsprojektet som uppsatsen skrevs inom har granskats och godkänts av Etikprövningsmyndigheten (DNR: 2023-04245-01).

Innan ställningstagande till eventuellt deltagande i projektet hade de potentiella deltagarna möjlighet att ställa frågor till forskargruppen. I samband med intresseanmälan informerades de om att deltagandet var helt frivilligt och kunde avbrytas när som helst. Då förmedlades även ett dokument med forskningspersonsinformation där bland annat eventuella fördelar och risker med att delta i projektet beskrevs. Då både självskattningsformulären och kurserna berörde psykisk ohälsa och relationsproblem fanns en risk för ökad medvetenhet om egna eller delade svårigheter. Stöd fanns tillgängligt under studiens gång till eventuella deltagare som drabbades av stress eller negativa känslor i samband med kursen. De deltagare som exkluderades från projektet erbjöds rekommendationer om andra instanser de kunde vända sig till istället. I de fall där båda i paret exkluderades för att en i paret uppfyllde något exklusionskriterium informerades den andre av sekretesskäl inte om anledningen till exklusion.

I samband med forskningsprojektet samlades det in känsliga personuppgifter om bland annat undersökningsdeltagarnas hälsa och samliv. Även uppgifter om namn, kön, ålder, civilstånd och utbildning samlades in vid förmätning, där det dessutom ställdes frågor utifrån inklusions- och exklusionskriterierna, inklusive en screening för våld i relationen med hjälp av Socialstyrelsens FREDÅ-frågor (Socialstyrelsen, 2014). All datainsamling skedde digitalt via den krypterade forskningsplattformen Iterapi (Vlaescu et al., 2016) som lagrar data i Sverige. Deltagarna avidentifierades via pseudonymiserade kodnycklar, och dessa användes vid all databearbetning.

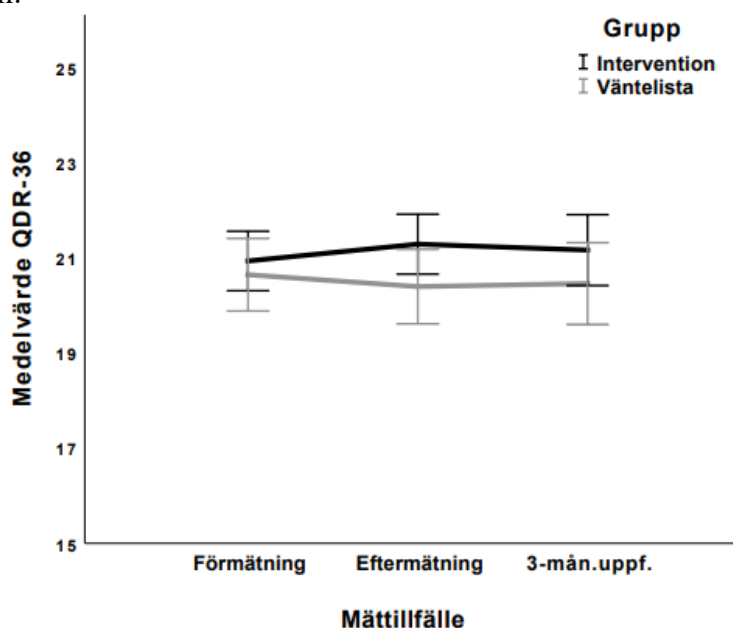
Resultat

Slutligen genomgick 78 av 80 planerade deltagare kursen. Fyra deltagare fick förhinder inför kurstillfällena och två av dessa kunde ersättas med ett annat par från standby-listan. Eftermätningen fylldes i av 75 deltagare i interventionsgruppen och 75 i väntelistgruppen, alltså sammanlagt av 150 (93,8%) av 160 deltagare. Tremånadersuppföljningen fylldes i av 73 deltagare i interventionsgruppen och 69 deltagare i väntelistgruppen, sammanlagt av 142 deltagare (88,8%). Enligt Intention To Treat (ITT)-principen inkluderades även de deltagare som inte fyllt i mätningarna i alla statistiska analyser. Enligt deskriptiva analyser på förmätningarna låg deltagarnas genomsnittliga relationskvalitet när de inkluderades i studien runt 21 poäng av 30 på QDR-36 ($M=20,79$, $SD=3,17$, median=20,73).

För att undersöka den primära frågeställningen, alltså vilken effekt kursen har på deltagarnas självskattade relationskvalitet (QDR-36), användes statistiska analysmodellen Linear Mixed Effects Model (LMM). Resultatet visade ingen signifikant huvudeffekt av vare sig tid eller grupp, se tabell 1. För både eftermätningen och 3-månadersuppföljningen var mellangruppseffekten liten, $d=0,29$ respektive $d=0,21$. Se figur 2 för utvecklingen av gruppernas genomsnittliga QDR-36-skattningar över tid.

Figur 2

Deltagarnas genomsnittliga QDR-36-skattningar vid de tre olika mättillfällena, med 95% konfidensintervall.



Tabell 1

Resultat av estimerade medelvärden (M) och standardavvikelser (SD) vid samtliga mätpunkter, huvud- och interaktionseffekter samt mellangruppsseffektstorlekar vid eftermätning och 3-månadersuppföljning.

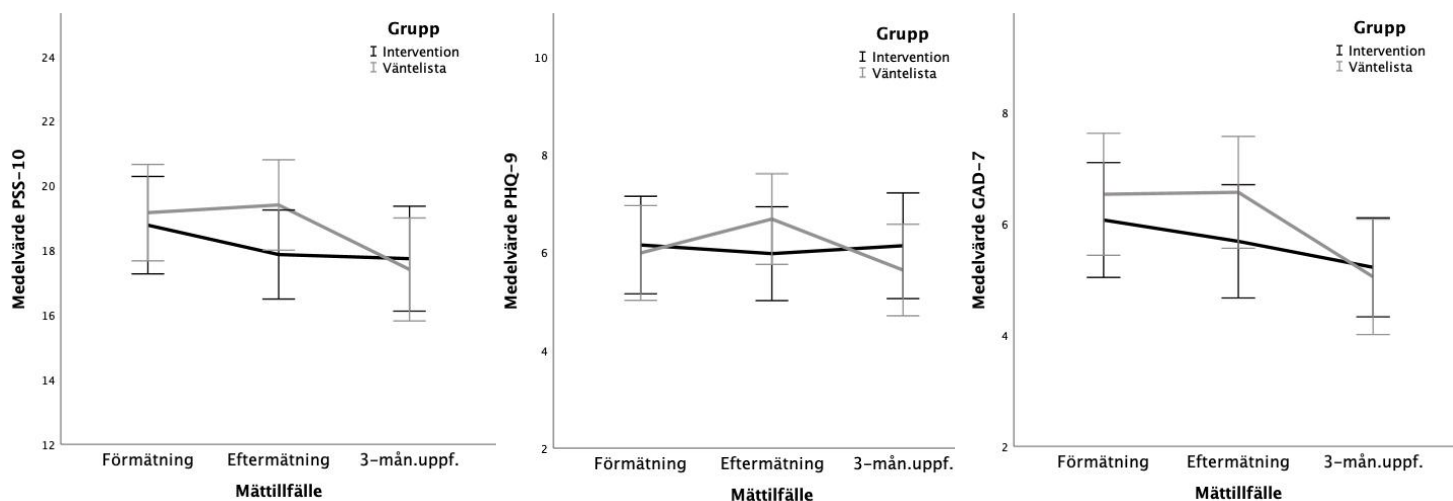
Beroendevariabel	Intervention n = 80 M(SD)	Väntelista n = 80 M(SD)	F (df)	Cohen's d Inomgruppseffekt Förm.–3-mån.uppf.	Cohen's d Mellangruppsseffekt Vid eftermätning och uppföljning
Relationskvalitet (QDR-36)					Intervention vs. väntelista
Förmätning	20,94 (3,13)	20,65 (3,13)	G (1,158) = 1,26	Intervention: 0,07	
Eftermätning	21,17 (3,01)	20,40 (3,01)	T (2,145) = 0,01	Väntelista: -0,05	0,29
3-mån.uppf.	21,09 (3,22)	20,52 (3,25)	I (2,145) = 1,37	Båda: 0,00	0,21
Stress (PSS-10)					Intervention vs. väntelista
Förmätning	18,76 (6,74)	19,16 (6,74)	G (1,158) = 0,40	Intervention: 0,15	
Eftermätning	17,94 (5,91)	19,34 (5,91)	T (2, 147) = 5,31**	Väntelista: 0,26	0,25
3-mån.uppf.	17,68 (6,43)	17,67 (6,50)	I (2,147) = 2,04	Båda: 0,21	0,05
Nedstämdhet (PHQ-9)					Intervention vs. väntelista
Förmätning	6,15 (4,42)	5,99 (4,42)	G (1,157) = 0,01	Intervention: 0,00	
Eftermätning	6,10 (4,06)	6,66 (4,06)	T (2,148) = 1,19	Väntelista: 0,08	0,17
3-mån.uppf.	6,11 (4,28)	5,90 (4,20)	I (2,148) = 1,41	Båda: 0,04	0,12
Oro/ångest (GAD-7)					Intervention vs. väntelista
Förmätning	6,06 (4,78)	6,53 (4,78)	G (1,159) = 0,46	Intervention: 0,20	
Eftermätning	5,70 (4,33)	6,52 (4,33)	T (2,145) = 10,24**	Väntelista: 0,32	0,20
3-mån.uppf.	5,16 (4,00)	5,14 (3,93)	I (2,145) = 1,11	Båda: 0,26	0,04
Adhd-symtom (ASRS)					Intervention vs. väntelista
Förmätning	44,51 (10,28)	46,58 (10,28)	G (1,83) = 0,02	Intervention: 0,24	
Eftermätning	43,07 (10,41)	42,74 (10,40)	T (2,74) = 27,70**	Väntelista: 0,61	0,01
3-mån.uppf.	42,34 (10,87)	39,71 (10,64)	I (2,74) = 7,00**	Båda: 0,43	0,24
Adhd-specifik livskvalitet (AAQoL)					Intervention vs. väntelista
Förmätning	46,73 (14,18)	45,42 (14,18)	G (1,83) = 0,38	Intervention: 0,44	
Eftermätning	50,36 (12,14)	47,42 (12,13)	T (2,76) = 12,89**	Väntelista: 0,60	0,33
3-mån.uppf.	52,41 (13,73)	51,60 (13,50)	I (2,76) = 0,67	Båda: 0,47	0,00

Not. *p<,05, **<,01. G = huvudeffekt av grupp, T = huvudeffekt av tid, I = interaktionseffekt av tid x grupp.

LMM användes även för att besvara frågeställningarna 2 och 3 om kursens effekter på självskattade symtom på stress, nedstämdhet och oro/ångest respektive adhd-relaterade symtom och livskvalitet bland deltagarna med adhd. Vad gäller stress mätt med PSS-10 återfanns ingen signifikant huvudeffekt av grupp eller någon interaktionseffekt, däremot erhöles en signifikant huvudeffekt av tid ($p<,01$) med inomgruppseffekt $d=0,21$ för båda grupperna (figur 3). Gällande nedstämdhet mätt med PHQ-9 återfanns det inte heller några signifikanta huvudeffekter vare sig beträffande grupp eller tid eller interaktionen mellan dessa. Oro/ångest mätt med GAD-7 påvisade ingen signifikant huvudeffekt av grupp eller en interaktionseffekt, däremot fanns en huvudeffekt av tid ($p<,01$) med inomgruppseffekt $d=0,26$ för båda grupperna.

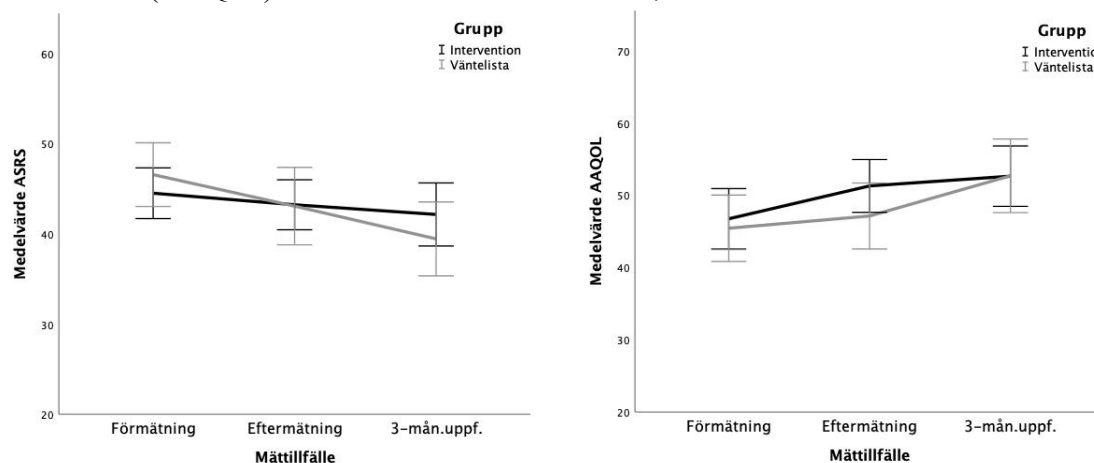
Figur 3

Deltagarnas genomsnittliga skattningar av stress (PSS-10), nedstämdhet (PHQ-9) samt oro/ångest (GAD-7) vid de tre olika mättillfällena, med 95% konfidensintervall.



Figur 4

De två gruppernas genomsnittliga skattningar av adhd-symtom (ASRS) och adhd-specifik livskvalitet (AAQoL) vid de tre olika mättillfällena, med 95% konfidensintervall.



Vad gäller de adhd-specifika mätningarna visade data från adhd-symtomskattningen ASRS ingen huvudeffekt av grupp. Däremot fanns en huvudeffekt av tid ($p<,01$) samt en interaktionseffekt ($p<,01$), se figur 4. Inomgruppseffekten för båda grupperna var $d=0,43$, se tabell 1. Slutligen visade adhd-specifika livskvalitetsskattningen AAQoL ingen huvudeffekt av vare sig grupp eller interaktionen mellan tid och grupp. Däremot återfanns en huvudeffekt av tid ($p<,01$) med en inomgruppseffekt $d=0,47$. Parvisa jämförelser vid förmätningen visade inga signifikanta skillnader mellan grupperna för samtliga utfallsmått.

Nöjdhetsskattning

Totalt besvarade 76 deltagare nöjdhetsskattningen vid eftermätningen, se tabell 2 för sammanfattade resultat.

Tabell 2

Nöjdhetsskattningens medelvärde, standardavvikelse och minimum- och maximumvärden per fråga (n=76).

Fråga	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min.	Max.
1. Hur bedömer du kvalitén på kursen du har gått?	3,38	0,59	2	4
2. I vilken utsträckning har kursen varit relevant för dig och din partners relation?	3,22	0,78	2	4
3. Hur nöjd är du med möjligheten att ställa frågor om innehållet i kursen?	3,46	0,70	2	4
4. Hur nöjd är du med helgkursens längd?	3,42	0,74	1	4
5. I vilken omfattning tror du att du och din partner kommer arbeta vidare med kursen på egen hand?	3,04	0,66	1	4
6. Hur nöjd är du med kursmaterialet?	3,34	0,66	1	4
7. Har kursen haft någon inverkan på hur du hanterar din relation?	3,09	0,75	1	4
8. Totalt sett, hur nöjd är du med den kurs du har fått?	3,42	0,68	1	4
9. Om en vän var i behov av liknande hjälp, skulle du då rekommendera denna kurs till honom eller henne?	3,70	0,57	2	4

Besvaras 1–4 där 1 poäng indikerar missnöjdhet och 4 poäng indikerar maximal nöjdhet.

Kvalitativa resultat

Totalt besvarade 75 deltagare den kvalitativa utvärderingsenkäten. Den kvalitativa innehållsanalysen av svaren på enkäten resulterade i huvudkategorierna *uppskattade aspekter* och *önskad utveckling av kursen*, vilket var förväntat utifrån formuleringen av de tre frågor som analysen baserades på. Huvudkategorierna utgörs av ytterligare 8 underkategorier.

Uppskattade aspekter

Huvudkategorin *uppskattade aspekter* bestod av underkategorierna *innehåll och upplägg*, *samhörighet*, *ökad förståelse*, *gav något unikt* och *lyhörda kursledare*.

Innehåll och upplägg. Många kursdeltagare beskrev att kursens innehåll var "intressant" och "lärorikt". De uppskattade särskilt informationen om parrelationer och samtliga övningar, speciellt nämndes övningarna *SMARTa mål* och *situationsanalys*. Även konkreta verktyg och tips nämndes som positiva aspekter: "Väldigt bra, konkreta tips och utbyte av erfarenheter i olika situationer". En annan deltagare beskrev: "Jag tycker verktygen i kursmaterialet var superbra. Och att man som par fick göra de övningarna.". Upplägget upplevde många kursdeltagare som "bra", "strukturerat" och väl anpassat utifrån adhd-problematiken med korta pass, praktiska övningar och många pauser. En deltagare uttryckte det som "Det var bra med lagom balans i teori, övningar och pauser för att hålla kvar fokus". En annan skrev "Det korta intervallet och balansen mellan kurs och paus. Perfekt för oss med adhd".

Samhörighet. Stämningen på kursen upplevde många deltagare som "öppen", "trygg" och "positiv". Den förstående och accepterande miljön gjorde att många par delade med sig av sina personliga erfarenheter under gruppdiskussionerna. Detta gjorde att de även kände sig "mindre ensamma" i sin situation: "Att träffa andra i samma situation och få höra att man inte är ensam om de här problemen som uppstår"; "Att träffa flera par som sliter med samma/liknande situationer och svårigheter i sina relationer var fantastiskt bra..".

Ökad förståelse. Många deltagare uttryckte att kursen gav dem en större förståelse för både hur adhd kan påverka olika människor samt för båda parternas position i relationen. En deltagare beskrev det som: "Jag fick lära mig mycket om hur adhd kan vara för många olika människor utöver min partner, det gav mig perspektiv.". Fokuset på båda parterna i relationen uppskattades av många deltagare: "Bra att prata om parrelationen och inte bara om den ena som har en diagnos. Väldigt stort behov av det!"; "Ökad förståelse för bådassidor genom att höra andra par sätta ord på sina svårigheter.". Deltagarna beskrev även att de fick ett större perspektiv på sin relation: "Ökad förståelse för det som varit, och verktyg att göra det bättre framöver..".

Gav något unikt. Kursen beskrevs ha satt fingret på något som många andra insatser för personer med adhd har saknat då den kombinerade båda parternas perspektiv och möjliggjorde att tillsammans arbeta med att förbättra relationen: "Att få vara där tillsammans med sin partner. De flesta andra kurser vänder sig ju bara till enskilda individer vilket gör att den nya kompetensen hos den personen inte säkert påverkar hela parrelationen.". En annan deltagare beskrev: "Kursen tog upp något jag saknat under mina år som adhd-person och de behandlingar jag gjort.". En tredje deltagare beskrev: "Det blev en ögonöppnare för mycket man tänkt men kanske inte förstått i lika stor omfattning".

Lyhörda kursledare. Kursledarna beskrevs som en bidragande faktor till den trygga stämningen på kursen: "Kursledarna var väldigt bra på att skapa en trygg miljö". De uppfattades av många som "lyhörda", "förtroendeingivande" och "kompetenta". Flera deltagare lyfte även att kursledarna gav stöd när det behövdes.

Önskad utveckling av kursen

Huvudkategorin *önskad utveckling av kursen* innehöll kategorierna *mer stöd*, *mer tid och struktur i gruppdiskussioner* och *förbättring av innehåll och upplägg*.

Mer stöd. Önskemålen om mer stöd i samband med kursen handlade om både mer tid åt övningar, fler kurstillfällen eller -timmar och något slags uppföljningssamtal efter kursen. Deltagarna beskrev exempelvis "Det var alldeles för kort tid. Sånt här behöver upprepas.", "Kursen hade behövt vara längre, det kändes som att vi skrapade lite på ytan. Kanske även lite

mer individuell coaching.”. Det önskades även mer stöd i att applicera de nyinlärda strategierna i vardagen. En deltagare beskrev:

Jag hade kanske önskat att få hjälp med strategier för att implementera de verktyg som togs upp. Ofta kan man med adhd veta vad som är bra att göra men ha svårt att få det gjort eller veta hur det ska göras på bästa sätt.

Mer tid och struktur i gruppdiskussioner. Gruppdiskussionerna beskrev många deltagare hade kunnat ges ännu större vikt under kurserna då delning av erfarenheter mellan paren ansågs som värdefullt: “Inte dåligt men hade önskat mer tid att diskutera med de andra paren! Det ger väldigt mycket att få höra att andra har liknande upplevelser och man kan ge varandra tips och stöd.”. Utöver diskussioner i helgrupp önskades även diskussioner i mindre grupper: “Kanske ibland också ha bikupsdiskussioner? Alltså att man inte bara diskuterar en specifik fråga med sin partner, utan att två par kan prata om samma fråga.”. Dessutom hade några av deltagarna önskat mer struktur och styrning av kursledarna i de fall där några av paren tog en större del av tiden under gruppdiskussionerna: “Jag tyckte att vissa par tog upp för mycket tid. Då de "svävade" iväg och kändes som de använde det här tillfället för att ha sin egna parterapi.”.

Förbättring av innehåll och upplägg. När det gäller kursens innehåll och upplägg hade deltagarna flera olika typer av förbättringsförslag. Det önskades exempelvis tydligare instruktioner inför övningar och fler praktiska exempel. Vissa deltagare ansåg att innehållet om framförallt adhd-diagnosen var för allmänt och hade kunnat förkortas för att lämna mer utrymme åt annat innehåll: “Ge mer tid för själva metoden. Mindre tid för baskunskap om adhd.”. Vissa önskade att kursen skulle varit djupare och mer “terapiaktig” från början. Andra önskade mer innehåll om exempelvis känsloreglering eller strategier när det även finns barn med i bilden. Några par upplevde dessutom att kursen hade för stort fokus på personen med adhd och att mer innehåll hade behövts om de svårigheter som även partnern utan adhd kan ha i relationen: “Att öka upp fokus för båda parter. Många gånger är det hur närstående ska hitta verktyg för den andre men det är ju en relation och då behöver båda parter kunna mötas oavsett om man har diagnos eller ej.”.

Regelbrott

Som det tidigare konstaterats utgjorde samtidig psykologisk behandling eller nyligen genomförda eller planerade medicinändringar exklusionskriterier till att få delta i forskningsprojektet, och deltagarna i både interventions- och väntelistgruppen uppmanades till att i möjligaste mån undvika att inleda några nya psykologiska eller medicinska behandlingar under sitt deltagande i projektet. Deltagarnas svar på relaterade frågor i eftermätningen och 3-månadersuppföljningen visade däremot att ett antal deltagare (sammanlagt 32, det vill säga 20%) ändå hade brutit mot dessa ramar under studiens gång. Överträdelser mot studiens ramar var i stort sett lika vanligt i interventions- som i väntelistgruppen. Av 160 deltagare hade sammanlagt 12 personer (7,5%) det vill säga 6 par inlett antingen parterapi eller familjerådgivningssamtal och 9 personer (5,6%) en individuell behandlingskontakt under sitt deltagande i studien. När det gäller olika typer av medicinändringar (in- eller utsättning, höjning eller sänkning, byte av märke) var motsvarande antalet 11 personer (6,9%). De flesta medicinändringar gällde adhd-mediciner.

Diskussion

De allra flesta personer önskar att ha en stabil romantisk relation i vuxen ålder. Däremot ingår svårigheter och konflikter i alla relationer, och när en eller båda parterna i relationen dessutom har adhd ökar risken för relationsproblem ytterligare. Trots detta och de höga separations- och skilsmässotalen bland personer med adhd har det i Sverige saknats vetenskapligt utvärderade interventioner för par där ena eller båda har adhd. Syftet med föreliggande uppsats var att utvärdera omedelbara och fördröjda effekterna av kursen *Du och jag och adhd* samt undersöka deltagarnas nöjdhet med och åsikter om den.

Resultatet av de statistiska analyserna visade inga signifikanta effekter - varken en huvudeffekt av grupp, av tid eller av deras interaktion - på relationskvalitet mätt med QDR-36. Med andra ord fanns det ingen påvisad skillnad i relationskvalitet över tid, oavsett om deltagarna genomgick kursen eller inte. Det fanns inte heller några signifikanta skillnader mellan interventions- och väntelistgruppen avseende de sekundära utfallsmåtten. Däremot återfanns signifikanta effekter av tid på stress, oro/ångest, adhd-symtom och adhd-specifik livskvalitet. Båda grupperna förbättrades med tiden avseende dessa utfall, dock med små inomgruppseffekter. Det påvisades endast en interaktionseffekt mellan tid och grupp när det gällde adhd-symtom genom att väntelistans skattningar av adhd-symtom minskade i större utsträckning än interventionsgruppens, dock var även dessa inomgruppseffekter små.

Nöjdhetsskattningen som interventionsgruppen genomförde efter genomgången kurs visade att kursdeltagarna överlag var nöjda med kursen, och en innehållsanalys av deras svar på kvalitativa utvärderingsenkäten identifierade olika aspekter av kursen som deltagarna uppskattade respektive hade förbättringsförslag kring. Dessa förbättringsförslag kan utgöra ett viktigt underlag för framtida vidareutveckling av denna eller liknande kurser.

Relationskvalitet

Som tidigare nämnts återfanns ingen signifikant förbättring av relationskvaliteten bland paren som genomgick kursen, vilket tyder på att interventionen kan behöva optimeras och pilottestas ytterligare för att den ska uppnå den önskade effekten. Dock fanns en liten men icke-signifikant mellangruppseffekt vid eftermätningen, $d=0,29$ och 3-månadersuppföljningen, $d=0,21$. Även små effekter kan vara lovande för en målgrupp som hittills har saknat liknande insatser. Det aktuella stickprovets lägre medianvärden på relationskvalitet än hos stickprovet i Gudjonsdottir och kollegors (2020) svenska utvärderingsstudie (ungefär 21 respektive 24 poäng) styrker också att relationskvaliteten hos personer med adhd och deras partners påverkas negativt av diagnosen, vilket indikerar ett behov av insatser för denna grupp.

Att resultatet inte förändrades mellan eftermätningen och 3-månadersuppföljningen kan tolkas som att några månaders extra tid att eventuellt arbeta med kursens övningar i vardagen inte har lett till vare sig en positiv eller negativ effekt på deltagarnas upplevda relationskvalitet vid uppföljningen. Det är svårt att avgöra huruvida detta beror på att deltagarna inte har arbetat med kursinnehållet efter kursen eller på att de har haft svårt att implementera verktygen på egen hand.

Forskningsläget om liknande interventioner för par med adhd är som tidigare konstaterats skralt, vilket gör det svårt att sätta våra resultat i ett större sammanhang. Den norska kursen *Du og jeg og adhd* använde endast en nöjdhetsskattning i deras utvärdering av resultaten varför inga statistiska data finns som skulle kunna jämföras med våra resultat. Wymbs och Molina (2015), i sin tur, testade ett liknande preventivt program för par med adhd i USA men använde sig av ett annat utfallsmått där relationskvalitet operationaliseras som ett tvådimensionellt konstrukt som

utgörs av positiva respektive negativa upplevelser gentemot ens partner och relation. Deras program resulterade i att aspekter i den negativa dimensionen minskade hos deltagarna, $d=0,47$, men ingen ökning av de positiva aspekterna återfanns, $d=0,03$.

Icke-adhd-specifik forskning av primära eller sekundära insatser för par har som tidigare nämnts utmynnat i stora effektstorlekar för parterapi ($d=0,80$) och små sådana för parkurser som CRE:s ($d=0,30-0,36$) (Bradbury & Bodenmann, 2020). Skillnaden i effektstorlekarna förklaras med att parterapi i regel söks av par med större relationsproblem varför utrymmet för förbättring också är större. Detta speglas även i Bradbury och Bodenmanns (2020) fynd där de interventioner som ingick i review-artikeln utmynnade i genomsnittligt större effekter bland paren med initialt lägre relationskvalitet. Preventiva insatser för par förväntas alltså inte kunna producera lika höga effekter som parterapi.

En aspekt som kan ha påverkat resultatet avseende relationskvalitet är att den norska versionen av kursen i regel löper under en längre tid och består av fler och kortare träffar än den svenska versionen samt innefattar hemuppgifter mellan gångerna. Att kursen *Du och jag och adhd* endast löpte under en helg och saknade hemuppgifter kan vara en delorsak till att inga signifikanta skillnader mellan grupperna återfanns avseende relationskvalitet, se ”nöjdhet och åsikter om kursen” för en mer ingående beskrivning av detta.

Resultaten från den tidigare forskning som nämns ovan kan dessutom tyda på att relationskvalitet inte nödvändigtvis är det optimala måttet när det gäller effekterna av preventiva insatser för par. Wymbs och Molina (2015) fick som nämnt endast effekt på den negativa dimensionen av relationskvalitet men inte den positiva, och Bradbury och Bodenmanns (2020) review visade att CRE:s fått i snitt större effekter på parens kommunikation ($d=0,44$) än deras relationskvalitet ($d=0,36$). Stora delar av kursen *Du och jag och adhd* byggde på att lära deltagarna nya färdigheter varför en utvärdering med fokus på relationsfärdigheter kan tänkas ha kunnat i större utsträckning fånga upp en eventuell förbättring.

Sekundära utfallsmått

De effekter som härvarande studie kunde påvisa var en huvudeffekt av tid på stress, oro/ångest, adhd-symtom och adhd-specifik livskvalitet. När det gäller stress och oro/ångest minskade dessa för båda grupperna med tiden, dock med små inomgruppseffekter, $d=0,20$ för stress och $d=0,26$ för oro/ångest. Minskningen på stress och ångest som uppmättes vid eftermätningen kvarstod för interventionsgruppen vid uppföljning och när det gäller väntelistan minskade symtomen ytterligare över tid. Att deltagandet i forskningsprojektet ledde till minskad stress och oro även bland väntelistgruppen kan antas bero på förväntanseffekter eller spontanförbättringar. Väntelistgruppen hade nämligen under sin väntetid fått fylla i en mängd formulär om sitt mående, samtidigt som de såg fram emot att få gå kursen några månader senare. Möjligen har de även börjat uppmärksamma och fundera över sina svårigheter och sin tillvaro i större utsträckning under denna tid och därför upplevt sitt mående som bättre.

Deltagarna med adhd hade oavsett grupp signifikant minskade adhd-symtom och en ökad adhd-relaterad livskvalitet över tid, dock med små inomgruppseffekter ($d=0,44$ respektive $d=0,47$). Adhd-specifik livskvalitet i synnerhet hade ökat för båda grupperna vid 3-månadersuppföljningen. Detta tyder på att de har påverkats positivt av att ha medverkat i forskningsprojektet inte endast vid eftermätning utan även vid uppföljningen.

Förbättringen avseende symtom på adhd mätt med ASRS går i linje med Wymbs och Molinas (2015) resultat som påvisade en inomgruppseffekt $d=0,38$ för minskning av symtom på ouppmärksamhet samt $d=0,50$ för impulsivitet/hyperaktivitet. Psykoedukativa insatser såsom

PEGASUS som syftar till att öka förståelsen för adhd har utmynnat i en förhållandevis lägre effekt än härvarande studie på förbättring av livskvalitet bland deltagare med adhd och deras anhöriga, $d=0.25$ (Hirvikoski et al., 2017). Dock använde Hirvikoski och kollegors (2017) studie det mer generella utfallsmåttet *Satisfaction With Life Scale* (SWLS), vilket kan vara en delförklaring till denna skillnad. Ett förvånande fynd i våra resultat var interaktionseffekten för adhd-symtom där väntelistgruppens symtomskattningar minskade i större utsträckning än interventionsgruppen. Denna effekt skulle som tidigare nämnt förslagsvis kunna bero på förväntanseffekter till följd av att väntelistan byggde upp sina förväntningar inför sin kursomgång och därför skattade sina symtom i ett mer positivt ljus.

Nöjdhet och åsikter om kursen

Den fjärde frågeställningen besvarades utifrån nöjdhetsskattningen och en kvalitativ innehållsanalys av fritextsvar på 3 kvalitativa utvärderingsfrågor. Svarsfrekvenser på 95% respektive 94% på dessa utvärderingar tyder på engagemang bland deltagarna och innebär en minskad risk för systematiskt avsaknade data. Snittpoängen 3,42 på en skala 1–4 på fråga 8 om vad deltagarna tyckte om kursen totalt sett visar att deltagarna var nöjda med kursen i allmänhet. Resultatet stämmer överens med utfallen från nöjdhetsskattningar av den norska versionen av kursen (5,4 på en skala 1–6). Högst skattades frågan gällande huruvida deltagarna skulle rekommendera kursen till en vän i en liknande situation, och lägst, men ändå genomsnittligt 3 det vill säga “viss positiv inverkan”, frågan om huruvida kursen haft någon inverkan på hur deltagaren hanterar sin relation.

Resultaten från innehållsanalysen lyfter många aspekter av kursen som deltagarna var nöjda med. Exempelvis uppskattades många aspekter av kursens innehåll och upplägg, något som var glädjande och förväntat utifrån att dessa hade skraddarsyts efter målgruppen. Samtidigt önskades mer innehåll om bland annat känslohantering, barnuppföstran och den svåra roll som partnern utan adhd kan ha i relationen, vilket är förståeligt utifrån att dessa teman ofta lyfts i forskningen som vanliga problemområden vid adhd (ex. Faraone et al., 2019; Zeides Taubin & Maeir, 2023). Känslohantering och “anhörigperspektivet” berördes i kursagendan men innehåll om barn saknades helt. Ett annat återkommande tema var att deltagarna hade önskat mer stöd i form av exempelvis fler eller längre träffar, uppföljningar eller individuella samtal för att underlätta implementerandet av det inlärd i vardagen. Adhd-forskningen lyfter mycket riktigt att personer med adhd ofta har särskilt svårt att applicera nyinlärd strategier och rutiner i sin vardag. Detta anses inte bero på avsaknaden av kunskap om vad eller hur detta ska göras utan snarare på den bristande motivation och uthållighet som diagnosen ofta innebär (Ramsay & Rostain, 2016). Implementeringstips och -tekniker har därför påvisats utgöra ett viktigt komplement i psykoterapi för personer med adhd (Ramsay & Rostain, 2016), något som vi anser torde vara lika centralt även när det gäller sekundära interventioner för den aktuella målgruppen. Otillräckligt innehåll kopplat till implementering kan alltså betraktas som en delförklaring till att kursen fick otillfredsställande effekter på de kvantitativa utfallsmåtten vid uppföljningen.

Vid tolkningen av resultaten från nöjdhetsskattningen och innehållsanalysen behöver deras omfattning tas hänsyn till. Huruvida 3 enkätfrågor med 75 svar per fråga genererar tillräckligt med data för en gedigen innehållsanalys är oklart eftersom inga formella riktlinjer kring minimi-datamängder finns. Pope och Mays (1995) påpekar att syftet med kvalitativ forskning inte är att kvantifiera eller generalisera utan snarare att utforska och beskriva fenomen, varför datans djup och komplexitet har större betydelse än dess mängd. De tre utvalda enkätfrågorna var de första frågorna i enkäten och öppet formulerade och genererade svar varav

många var flera meningar långa. Förhoppningsvis har det alltså funnits tillräckligt med data för att skapa en god förståelse av deltagarnas åsikter om kursen.

Studiens styrkor och svagheter

Många olika metodologiska faktorer har bidragit till att göra härvarande studies resultat tillförlitliga. Randomiseringen och inkluderingen av en väntelista-kontroll är en stor styrka och har minimerat effekten av flertalet bias på resultatet, såsom *sekvens effekter* (effekter som uppstår av att deltagarna fyller i samma skattningsskalor flera gånger) och *careless responding* (långa skattningsskalor ökar risken för slarviga svar på grund av tristess (Eisele et al., 2020)). Intention to treat-analysen har genom att inkludera data från samtliga deltagare oavsett saknade datapunkter eller bortfall gett en mer realistisk bild av utfallen. Detta tillsammans med valet av en *unstructured*-kovariansmatrisstruktur har möjliggjort mer konservativa uppskattningar av studiens resultat och minimerat risken för typ I-fel. Å andra sidan har de förhållandevis många regelbrott mot önskemålen om stabil medicinering samt ingen samtidig psykologisk behandling under projektets gång som uppgavs av en femtedel av deltagarna kan tänkas ha utgjort en risk för snedvridning av resultaten, exempelvis kan de deltagare som avslutat sin adhd-medicinering under studiens gång ha mått sämre till följd av detta.

De flesta skattningsskalor som användes för att mäta de primära och sekundära utfallen är väletablerade och har god evidens. Det primära utfallsmåttet QDR-36 har sin grund i Spaniers (1976) välbeprövade Dyadic Adjustment Scale och utvecklades för att möta den kritik som hade lyfts angående bland annat DAS konstruktvaliditet (Ahlborg et al., 2009). Både QDR-36 och de andra utvalda utfallsmåtten har med undantag av PSS-10 fått goda evalueringar när det gäller deras psykometriska egenskaper. PSS-10 har fått kritik för att dess andra delskala bestående av positivt formulerade påståenden kopplat till upplevelser av stress (ex. upplevd kontroll på saker och ting) har visats ha bristande reliabilitet (Rozental, Forsström & Johansson, 2023). Rozental och kollegor (2023) anser att skalan mäter två olika aspekter av stress - upplevelser av stress respektive förmågan att *hantera* stress - och förespråkar därför användningen av endast den negativa subskalan. Samtidigt har andra forskare argumenterat för att skalan ändå ska kunna användas i sin helhet på grund av de höga korrelationerna mellan de två subskalorna (Eklund, Bäckström & Tuveusson, 2014).

Uppsatsförfattarnas dubbla roller som både utvärderare av kursens effekter och kursledare kan ha inneburit en risk för intressekonflikter. Med det sagt, när forskare utvärderar interventioner som de själva utformat eller på andra sätt varit mycket delaktiga i att genomföra ökar oftast risken för att interventionens kvantitativa effekter överdrivs (Clark, Choby, Ainsworth & Thompson, 2015). I härvarande uppsats återfinns inga uppseendeväckande höga effektstyrkor utan de kvantitativa resultaten framställer interventionen snarare på ett mer ofördelaktigt sätt än andra liknande studies interventioner.

En metodologisk aspekt som skulle kunna vara en begränsning för resultatet är att härvarande studies deltagare ingår i par och därför påverkar varandra men har inte betraktats som par i de statistiska analyserna. Ett sätt att hantera detta hade kunnat vara genom *Nesting*, alltså att parens resultat skulle vara grupperade med varandra, genom att inkludera en *random* effekt för par i de statistiska beräkningarna, eftersom det finns ett speciellt beroende mellan dem (West, Welch & Galecki, 2014). Uppsatsförfattarna bestämde däremot att vi ville analysera deltagarna som individer eftersom syftet med studien var att undersöka hur relationskvaliteten och måendet hos samtliga deltagare påverkas av medverkan i kursen. Deltagarna betraktades som individer eftersom de kan ha olika förutsättningar och olika upplevelser av relationen även om de ingår i

samma relation, vilket vi ville fånga upp. Det finns dock en risk att detta beslut kan ha lett till mindre precisa resultat då vi inte har kunnat kontrollera påverkan inom enskilda par.

Avseende resultaten av den kvalitativa innehållsanalysen är det svårare att ta ställning till huruvida bias i analysförfarandet kan ha påverkat resultaten. Det faktum att de utvalda enkätsvaren även innefattade åsikter om kursledarna har gjort att vi uppsatsförfattare behövde vara extra noggranna med att försöka analysera svaren så opartiskt som möjligt. Däremot kvarstår risken för omedveten bias i analysförfarandet, och inga ytterligare åtgärder (ex. inkludering av en tredje oberoende bedömare) har kunnat tas för att minimera denna risk.

När det gäller stickprovet har dess storlek och det små bortfallet ökat den externa validiteten. Samtidigt visar demografiska datan att högutbildade och heltidsarbetande deltagare dominerade stickprovet (107 deltagare eller 67% hade en högskoleutbildning och 104 eller 65% heltidsarbetade), något som förmodligen inte motsvarar verkligheten där personer med adhd slutför sina studier samt förvärvsarbetar i lägre utsträckning än den övriga populationen (Simon et al., 2009). Dessutom fanns endast 5 par där båda i relationen hade diagnostiserad adhd, varför representativiteten för par där båda har diagnosen också är låg. Slutligen var även geografiska representativiteten låg eftersom endast deltagare som bodde i Stockholm eller närliggande städer kunde delta, vilket minskar generaliserbarheten. För vissa deltagare uppstod dessutom indirekta kostnader av deltagandet i form av att de behövde anlita barnvakt eller pendla till eller övernatta i Stockholm. Dessa kostnader kan ha minskat möjligheterna för vissa att delta i projektet även om själva kursen var kostnadsfri.

Samtidigt ska det ändå uppmärksammas att projektet erbjudit deltagarna en kostnadsfri kurs med syfte att förbättra relationskvaliteten hos många individer som inte hade sökt eller fått hjälp från andra håll. Deltagarna var generellt nöjda med kursen och många ansåg att den hade gett dem någonting som vården hade saknat hittills.

Framtida forskning

Det stora forskningsprojektet bakom härvarande uppsats fortsätter och kommer i snar framtid generera resultat även från de kursomgångar som väntelistgruppen gått våren 2024. Där finns alltså potential för att en större mängd data preciserar resultaten och förtydligar eventuella samband. Härvarande uppsats utgjorde en första pilottestning av den svenska versionen av kursen. Utifrån de resultat som vi har att tillgå i skrivande stund ser vi flera aspekter av interventionen som kan utvecklas, vilket i längden förhoppningsvis även skulle kunna göra kursen mer effektiv.

I ljuset av liknande tidigare studiers utfallsmått kan det vara fördelaktigt att förutom QDR-36 inkludera ytterligare utfallsmått när det gäller aspekter av relationen. Exempelvis kan ett liknande utfallsmått som i Wymbs och Molinas (2015) studie användas för att mer specifikt fånga upp ändringar i den negativa dimensionen av relationskvalitet hos deltagarna. Utfallsmått med fokus på relationsfärdigheter såsom kommunikation kan i sin tur fånga upp förbättringar som i längden även kan leda till en bättre relation.

Med hjälp av en moderatoranalys hade kursens resultat avseende både de primära och de sekundära utfallsmåtten kunnat undersökas vidare, något som tyvärr inte rymdes i härvarande uppsats. Fördjupade analyser på kursens effekter på exempelvis relationskvalitet, stress och oro/ångest uppdelat på kön samt förekomst av adhd-diagnos hade kunnat visa eventuella skillnader eller tak- eller golfeffekter i resultaten. Liknande preventiva insatser har nämligen visats kunna få olika effekter beroende på kön, exempelvis fann Wymbs och Molina (2015) att deras intervention hade en större effekt på männens upplevda relationskvalitet än kvinnornas.

Dessutom är det möjligt att deltagarna med adhd kan ha mått genomsnittligt sämre vid baseline på grund av diagnosens associationer med ökade stress- och orosnivåer (Kessler et al., 2006). Skulle deltagarna utan diagnosen i sin tur ha mått relativt bra redan vid baseline hade detta kunnat leda till en golveffekt på resultaten. Å andra sidan finns det även forskningsstöd för att partners till personer med adhd också upplever stress och oro till följd av att vara närstående till någon med diagnosen varför de alltså inte nödvändigtvis mår bättre än sina partners (Zeides Taubin & Maeir, 2023).

En svaghet med kursen i dess nuvarande form är de geografiska och ekonomiska begränsningar som kan uppstå av att den hålls på plats. Att även skapa en digital version av kursen där deltagarna kan delta via länk från olika håll i Sverige skulle kunna underlätta för fler att delta och minska de indirekta kostnaderna för deltagande. I eventuella framtida studier skulle detta dessutom öka den geografiska representativiteten. Å andra sidan kan koncentrationssvårigheterna som personer med adhd ofta har göra att de har svårt att ta till sig innehållet i digitala kurser. Med tanke på detta skulle en eventuell digital version av kursen behöva anpassas ännu mer till målgruppen för att möjliggöra optimala förhållanden för inläring.

Den kvalitativa utvärderingsenkäten har också resulterat i en hel del lärdomar när det gäller olika aspekter av kursen. Deltagarnas upplevelser av hjälpsamma delar av programmet visade att många aspekter av kursen fungerade väl samtidigt som önskemål om mer innehåll kring känslohantering, barnuppfostran och "anhörigperspektivet" lyftes. Dessutom önskades mer stöd i form av fler träffar, uppföljningar samt individuella samtal med kursledarna eller andra kursdeltagare. Många deltagare uttryckte dessutom att mer stöd hade behövts i form av hjälp när det gäller att implementera nyinlärda strategier i vardagen. Ett sätt att underlätta implementering kan vara att dela upp kursen i flera kortare tillfällen och inkludera hemuppgifter mellan dessa med fokus på att testa de inlärda strategierna i vardagssituationer. Inkluderandet av implementeringsstöd samt de ytterligare förslagen ovan anser vi förhoppningsvis kunna effektivisera kursen i framtida testningar av denna eller liknande insatser för par där ena eller båda parterna har adhd.

Slutsatser

Den härvarande pilottestningen av kursen *Du och jag och adhd* saknade signifikanta effekter på huvudutfallsmåttet relationskvalitet och sekundära utfallsmåttet nedstämdhet. Små signifikanta effekter av tid på stress, oro/ångest, adhd-symtom och adhd-relaterad livskvalitet återfanns i både interventions- och väntelistgruppen, något som tyder på att deltagarna påverkades positivt av att ingå i projektet. Nöjdhetsskattningar och kvalitativa enkätsvar från deltagarna visade att de var huvudsakligen nöjda med många aspekter av kursen. Kursen har utgjort en första version av en viktig insats för par där en adhd-diagnos påverkar både relationen men också många andra livsområden. Med hjälp av förslag från deltagarna och lärdomar från härvarande uppsats hoppas vi kunna ge idéer till vidareutveckling av interventionen så att en framtida version av kursen kan skapas som ger bästa möjliga stöd till personer med adhd och deras partners.

Referenser

- ADHD Norge. (2020). *Samlevnads kurs spesifisert for par med ADHD i familien*. Hämtad 30 januari 2024 från <https://www.adhdnorge.no/artikkel/adhd-og-parforhold>.
- Adler, L. A., Spencer, T., Faraone, S. V., Kessler, R. C., Howes, M. J., Biederman, J., et al. (2006). Validity of Pilot Adult ADHD Self- Report Scale (ASRS) to Rate Adult ADHD Symptoms. *Annals of Clinical Psychiatry*, 18(3), 145–148. <https://doi.org/10.1080/10401230600801077>

- Ahlborg, T., Lilleengen, A.-M., Lönnfjord, V., & Petersen, C. (2009). Quality of dyadic relationship in Swedish men and women living in long-term relationships and in couples in family counselling – Introduction of a new self-report measure, QDR36. *Nordic Psychology*, 61(3), 23–46. <https://doi.org/10.1027/1901-2276.61.3.23>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5:e uppl.). American Psychiatric Association.
- Andersson, G., Burman, M., Carlbring, P., & Norlander, A.-K. (2018). *Närmare varandra: Nio veckor till en starkare parrelation*. Natur & Kultur.
- Bernet, W., Wamboldt, M., & Narrow, W. (2016). Child Affected by Parental Relationship Distress. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(7), 571–579. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.04.018>
- Bradbury, T. N., & Bodenmann, G. (2020). Interventions for Couples. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16(1), 99–123. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071519-020546>
- Brod, M., Johnston, J., Able, S., & Swindle, R. (2006). Validation of the Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Quality-of-Life Scale (AAQoL): A Disease-Specific Quality-of-Life Measure. *Quality of Life Research*, 15(1), 117–129. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-8325-z>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Das, D., Cherbuin, N., Butterworth, P., Anstey, K. J., & Easta, S. (2012). A Population-Based Study of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms and Associated Impairment in Middle-Aged Adults. *PLoS ONE*, 7(2), e31500. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031500>
- Dixon, E. B. (1995). Impact of adult ADD on the family. I K. G. Nadeau (Red.), *A comprehensive guide to attention deficit disorder in adults: Research, diagnosis, and treatment* (s. 236–259). Brunner/Mazel.
- Du Rietz, E., Jangmo, A., Kuja-Halkola, R., Chang, Z., D’Onofrio, B. M., Ahnemark, E., et al. (2020). Trajectories of healthcare utilization and costs of psychiatric and somatic multimorbidity in adults with childhood ADHD: A prospective register-based study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(9), 959–968. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13206>
- Eakin, L., Minde, K., Hechtman, L., Ochs, E., Krane, E., Bouffard, R., et al. (2004). The marital and family functioning of adults with ADHD and their spouses. *Journal of Attention Disorders*, 8(1), 1–10. <https://doi.org/10.1177/108705470400800101>
- Eisele, G., Vachon, H., Lafit, G., Kuppens, P., Houben, M., Myin-Germeys, I., et al. (2020). The Effects of Sampling Frequency and Questionnaire Length on Perceived Burden, Compliance, and Careless Responding in Experience Sampling Data in a Student Population. *Assessment*, 29. <https://doi.org/10.1177/1073191120957102>
- Eklund, M., Bäckström, M., & Tuve, H. (2014). Psychometric properties and factor structure of the Swedish version of the Perceived Stress Scale. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(7), 494–499. <https://doi.org/10.3109/08039488.2013.877072>
- Eurostat, & Union européenne (Red.). (2008). *The life of women and men in Europe: A statistical portrait* (2008 edition). Office for official publications of the European communities.
- Evans, A., Gray, E., & Reimondos, A. (2023). Having a Partner or Living with a Partner: Differences in Life Satisfaction and Mental Health. *Applied Research in Quality of Life*, 18(5), 2295–2313. <https://doi.org/10.1007/s11482-023-10186-9>
- Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., et al. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 128, 789–818. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>
- Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36(2), 159–165. <https://doi.org/10.1017/S003329170500471X>

- Faraone, S. V., Rostain, A. L., Blader, J., Busch, B., Childress, A. C., Connor, D. F., et al. (2019). Practitioner Review: Emotional dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder – implications for clinical recognition and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(2), 133–150. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12899>
- Fosse Teigen, A. M., & Lotherington, L. (2018). *Du og jeg og ADHD - Grunnkurs i å ta vare på parforholdet når en eller begge har ADHD*. [Opplæringsbok]. ADHD Norge.
- Giacobini, M., Medin, E., Ahnemark, E., Russo, L. J., & Carlqvist, P. (2018). Prevalence, Patient Characteristics, and Pharmacological Treatment of Children, Adolescents, and Adults Diagnosed With ADHD in Sweden. *Journal of Attention Disorders*, 22(1), 3–13. <https://doi.org/10.1177/1087054714554617>
- Groenwold, R. H. H., Moons, K. G. M., & Vandenbroucke, J. P. (2014). Randomized trials with missing outcome data: How to analyze and what to report. *Canadian Medical Association Journal*, 186(15), 1153–1157. <https://doi.org/10.1503/cmaj.131353>
- Gudjonsdottir, J., Eklund, M., Ingberg, E., & Strom, J. O. (2020). Psychometric evaluation of the Swedish Quality of Dyadic Relationships scale - homogeneity and construct validity: Psychometrics of Swedish QDR scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(2), 468–475. <https://doi.org/10.1111/scs.12858>
- Gurman, A. S., & Fraenkel, P. (2002). The History of Couple Therapy: A Millennial Review. *Family Process*, 41(2), 199–260. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2002.41204.x>
- Halverstadt, J. S. (1998). *A. D. D. and Romance: Finding Fulfillment in Love, Sex, and Relationships*. Rowman & Littlefield.
- Hawkins, A. J., Blanchard, V. L., Baldwin, S. A., & Fawcett, E. B. (2008). Does marriage and relationship education work? A meta-analytic study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 723–734. <https://doi.org/10.1037/a0012584>
- Hirvikoski, T., Lindström, T., Carlsson, J., Waaler, E., Jokinen, J., & Bölte, S. (2017). Psychoeducational groups for adults with ADHD and their significant others (PEGASUS): A pragmatic multicenter and randomized controlled trial. *European Psychiatry*, 44, 141–152. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.04.005>
- House, J., Umberson, D., & Landis, K. (2003). Structures and Processes of Social Support. *Annu Rev Sociol*, 14, 293–318. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.14.080188.001453>
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative health research*, 15, 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Hubbard, A. K., & Anderson, J. R. (2022). Understanding barriers to couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 48(4), 1147–1162. <https://doi.org/10.1111/jmft.12589>
- Kamp Dush, C., & Amato, P. (2005). *Consequences of relationship status and quality for subjective well-being*. 22, 607–627. <https://doi.org/10.1177/0265407505056438>
- Kansky, J. (2018). What's Love Got to Do With it? Romantic Relationships and Well-Being. I E. Diener, S. Oishi, & L. Tay (Red.), *Handbook of Well-Being* (s. 1–24). DEF Publishers.
- Kessler, R. C., Adler, L. A., Gruber, M. J., Sarawate, C. A., Spencer, T., & Van Brunt, D. L. (2007). Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(2), 52–65. <https://doi.org/10.1002/mpr.208>
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., et al. (2005). The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35(2), 245–256. <https://doi.org/10.1017/S0033291704002892>
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., et al. (2006). The Prevalence and Correlates of Adult ADHD in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716–723. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.716>
- Knies, K. (2018). *ADHD Symptoms And Adult Romantic Relationships: The Role Of Partner Attachment*

- Style, Emotion Recognition, And Personality*. [Doktorsavhandling, University of South Carolina]. Theses and Dissertations, <https://scholarcommons.sc.edu/etd/4839/>
- Kooij, J. J. S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., et al. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*, 56(1), 14–34. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001>
- Krippendorff, K. (2013). *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*. SAGE.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lebow, J., & Snyder, D. K. (2022). Couple therapy in the 2020s: Current status and emerging developments. *Family Process*, 61(4), 1359–1385. <https://doi.org/10.1111/famp.12824>
- Lundblad, A.-M. (2005). *Kärlek och hälsa: Par-behandling i ett folkhälsooperspektiv*. Doktorsavhandling, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV).
- Lundström, K. (2022). *Vartannat sambopar bor fortfarande ihop efter tio år*. Statistiska Centralbyrån. Hämtad den 18 januari 2024 från <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2022/vartannat-sambopar-bor-fortfarande-ihop-efter-tio-ar/>.
- Lönnfjör, V., & Petersen, C. (2007). *Parrelationer och familjerådgivning*. (C-uppsats). Karlstads universitet, Fakulteten för ekonomi, kommunikation och IT.
- Magnusson Österberg, J. (2023). *Familjerådgivning*. Hämtad den 6 februari 2024 från <https://www.1177.se/liv--halsa/psykisk-halsa/att-soka-stod-och-hjalp/familjeradgivning/>.
- Matza, L. S., Van Brunt, D. L., Cates, C., & Murray, L. T. (2011). Test–Retest Reliability of Two Patient-Report Measures for Use in Adults With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 15(7), 557–563. <https://doi.org/10.1177/1087054710372488>
- Megale, A., Peterson, E., & Friedlander, M. L. (2022). How Effective is Online Couple Relationship Education? A Systematic Meta-Content Review. *Contemporary Family Therapy*, 44(3), 294–304. <https://doi.org/10.1007/s10591-021-09585-7>
- Murphy, K., & Barkley, R. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder adults: Comorbidities and adaptive impairments. *Comprehensive psychiatry*, 37, 393–401. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(96\)90022-X](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(96)90022-X)
- Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF). (2022). *Vägledning, familjerådgivning: MFoF:s vägledande material för arbetet med familjerådgivning i Sveriges kommuner*. Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF).
- Nationella vård- och insatsprogram. (u.å.). *Adhd*. Hämtad den 23 januari 2024 från <https://www.vardochinsats.se/adhd/>.
- Nordin, M., & Nordin, S. (2013). Psychometric evaluation and normative data of the Swedish version of the 10-item perceived stress scale. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54(6), 502–507. <https://doi.org/10.1111/sjop.12071>
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434–442. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt261>
- Pope, C., & Mays, N. (1995). Qualitative Research: Reaching the Parts Other Methods Cannot Reach: An Introduction to Qualitative Methods in Health and Health Services Research. *BMJ (Clinical research ed.)*, 311, 42–45. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.6996.42>
- Quinn, P. O., & Madhoo, M. (2014). A Review of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Women and Girls: Uncovering This Hidden Diagnosis. *The Primary Care Companion For CNS Disorders*, 16(3). <https://doi.org/10.4088/PCC.13r01596>
- Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2016). Adult attention-deficit/hyperactivity disorder as an implementation problem: Clinical significance, underlying mechanisms, and psychosocial treatment. *Practice Innovations*, 1(1), 36–52. <https://doi.org/10.1037/pri0000016>
- Roddy, M. K., Walsh, L. M., Rothman, K., Hatch, S. G., & Doss, B. D. (2020). Meta-analysis of couple therapy: Effects across outcomes, designs, timeframes, and other moderators. *Journal of*

- Consulting and Clinical Psychology*, 88(7), 583–596. <https://doi.org/10.1037/ccp0000514>
- Rodriguez, A., Ginsberg, Y., Fernholm, A., & Nyberg, L. (2007). ADHD svårt att diagnostisera hos vuxna. Skattningsinstrumentet ASRS v1.1 ger värdefull hjälp – nu översatt till svenska. *Läkartidningen*, 104(18), 1398–1400.
- Ross, C. E. (1995). Reconceptualizing Marital Status as a Continuum of Social Attachment. *Journal of Marriage and Family*, 57(1), 129–140. <https://doi.org/10.2307/353822>
- Rozental, A., Forsström, D., & Johansson, M. (2023). A psychometric evaluation of the Swedish translation of the Perceived Stress Scale: A Rasch analysis. *BMC Psychiatry*, 23(1), 690. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05162-4>
- Rydell, M., Lundström, S., Gillberg, C., Lichtenstein, P., & Larsson, H. (2018). Has the attention deficit hyperactivity disorder phenotype become more common in children between 2004 and 2014? Trends over 10 years from a Swedish general population sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(8), 863–871. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12882>
- Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, Á., & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 194(3), 204–211. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048827>
- Skarsvaag. (2018). *Samlivskurset Du og jeg og ADHD*. ADHD Norge. https://mestring.no/wp-content/uploads/2018/11/C4_2_Skarsvaag.pdf
- Soares, L., Alves, A., Costa, D., Malloy-Diniz, L., de Paula, J., Romano-Silva, M. A., et al. (2021). Common Venues in Romantic Relationships of Adults With Symptoms of Autism and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 593150. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.593150>
- Socialstyrelsen. (2014). *FREDA-kortfrågor – FREDA standardiserade bedömningsmetoder för socialtjänstens arbete mot våld i nära relationer*. Stockholm.
- Socialstyrelsen. (2022). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism*. Socialstyrelsen.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38(1), 15–28. <https://doi.org/10.2307/350547>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Statistiska Centralbyrån. (2023). *Gifta i Sverige*. Hämtad den 18 januari 2024 från <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/gifta-i-sverige/>
- Sveriges Kommunal Familjerådgivare. (u.å.). *Vad är kommunal familjerådgivning?* Hämtad den 6 februari 2024 från <https://www.sverigeskfr.se/kommunal-familjeradgivning-2/vad-ar-kommunal-familjeradgivning/>.
- Trillingsgaard, T., Trillingsgaard, A., & Webster-Stratton, C. (2014). Assessing the effectiveness of the ‘Incredible Years[®] parent training’ to parents of young children with ADHD symptoms – a preliminary report. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55(6), 538–545. <https://doi.org/10.1111/sjop.12155>
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2017-08-29-god-forskningssed.html>
- Vlaescu, G., Alasjö, A., Miloff, A., Carlbring, P., & Andersson, G. (2016). Features and functionality of the Iterapi platform for internet-based psychological treatment. *Internet Interventions*, 6, 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.09.006>
- West, B. T., Welch, K. B., & Galecki, A. T. (2014). *Linear Mixed Models: A Practical Guide Using Statistical Software, Second Edition* (2:a uppl.). Chapman and Hall/CRC. <https://doi.org/10.1201/b17198>
- Willcutt, E. G. (2012). The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490–499. <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8>
- Williams, K. (2003). Has the Future of Marriage Arrived? A Contemporary Examination of Gender,

- Marriage, and Psychological Well-Being. *Journal of health and social behavior*, 44(4), 470–487.
- Wymbs, B. T., & Molina, B. S. G. (2015). Integrative Couples Group Treatment for Emerging Adults With ADHD Symptoms. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(2), 161–171.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.06.008>
- Young, Z., Moghaddam, N., & Tickle, A. (2020). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Adults With ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Attention Disorders*, 24(6), 875–888. <https://doi.org/10.1177/1087054716664413>
- Zeides Taubin, D., & Maeir, A. (2023). “I wish it wasn’t all on me”: Women’s experiences living with a partner with ADHD. *Disability and Rehabilitation*, 1–9.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2023.2239158>
- Zetino Duarte, M. (2003). *Vi kanske kommer igen, om det låser sig: Kvinnors och mäns möte med familjerådgivning*. [Doktorsavhandling, Lunds universitet]. Lund Dissertations in Sociology, <https://lup.lub.lu.se/search/publication/21451>.

Bilaga 1

Agenda i den svenska versionen av *Du och jag och adhd*-kursen.

Dag 1	Tema	Innehåll
Del 1 45 min	Introduktion	Introduktionsrunda: kursledarnas namn och bakgrund; deltagarnas förnamn och förväntningar Genomgång av kursens agenda, mål och grundregler
	Förstå mer om adhd	Om adhd som diagnos och vanliga symtom Två sidor av samma mynt: möjliga tillgångar i symtomen Övning i par: <i>Två sidor av samma mynt</i> : diskutera vilka tillgångar som finns i adhd-symtomen Gruppdiskussion
15 min	Paus	
Del 2 45 min	Parrelationen – från förälskelse till problem	Parrelationers typiska utveckling från förälskelsefasen till polarisering och konflikter Försök att förändra sin partner: närmande vs tillbakadragande Övning i par: <i>Hur påverkar ni varandra</i> : diskutera hur ni försöker påverka varandra vid konflikter och hur ni reagerar på det Gruppdiskussion
1 tim	Lunch	
Del 3 45 min	Adhd i parrelationen	Adhd-symtom som kan orsaka problem i relationen Sex och adhd Övning i par: <i>Hur påverkar adhd er relation?</i> : diskutera parvis saker ni stött på och hur ni hanterat dem Gruppdiskussion
15 min	Paus	
Del 4 45 min	Målsättning för relationen	SMARTa mål: rational, stegen och exempel Övning i par: <i>Mål för relationen</i> : fundera på mål ni vill uppnå i er relation och formulera målen i enlighet med SMART Gruppdiskussion
	Avslutning	Övning: <i>Minnesslapp</i> : gör en minnesslapp över era viktigaste lärdomar från dagen Gruppdiskussion

Dag 2	Tema	Innehåll
	Introduktion	Repetition: kursagenda, mål
Del 1 45 min	Analysera problemsituationer	Situationsanalys: rational, stegen, exempel Övning i par: <i>Situationsanalys</i> : välj en problemsituation ni upplevt nyligen och gör en situationsanalys på den Gruppdiskussion
15 min	Paus	
Del 2 45 min	Samtalsfärdigheter	Samtalsfärdigheter för talaren och lyssnaren Demonstration: anklagande vs. konstruktivt samtal Övning i par: <i>Min drömsemester</i> : turas om i att beskriva er drömsemester och använd teknikerna för att vara en bättre talare/lyssnare Övning i par: <i>Min mardrömssemester</i> : turas om i att beskriva er mardrömssemester och använd teknikerna för att vara en bättre talare/lyssnare Gruppdiskussion
1 tim	Lunch	
Del 3 45 min	Problemlösning	Problemlösning: rational, stegen, exempel Övning i par: <i>Problemlösning</i> : problemlös kring situationen ni analyserade under <i>situationsanalys</i> Gruppdiskussion
15 min	Paus	
Del 4 45 min	Hantera starka känslor	Förebygg sårbara situationer: rational och exempel Strategier när känslonivån är hög: rational och exempel Övning: <i>När höjs känslonivån i er relation?</i> : välj ut 1-2 tidigare konfliktsituationer och beskriv för er partner vad som varit hjälpsamt för er före, under och efter situationerna Gruppdiskussion
	Avslutning	Instruktioner till material på hemsidan att arbeta vidare med