

GÖTEBORGS UNIVERSITET  
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Skills - Psykoedukation i grupp för ungdomar med ADHD**

Sandra Allard

Examensarbete 15 poäng  
Psykoterapeutprogrammet  
PT 2211/PT 2212  
Vårterminen 2017

Handledare: Johan Isaksson

## Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	2
<b>Inledning</b> .....	2
<b>Metod</b> .....	5
Deltagare.....	6
Behandling.....	6
Tillvägagångssätt.....	7
Instrument.....	7
Databearbetning.....	9
<b>Resultat</b> .....	9
Genomförbarhet.....	9
Förändring av symtom, livskvalitet och vardagligt fungerande .....	12
<b>Diskussion</b> .....	14
<b>Referenser</b> .....	17
<b>Bilaga 1: Enkät</b>	

# Skills - psykoedukation i grupp för ungdomar med ADHD

Sandra Allard

**Sammanfattning.** Studien undersökte om en psykoedukativ gruppbehandling var genomförbar inom Barn- och Ungdomspsykiatri och om den medförde symtomlättning, ökad livskvalitet och minskad funktionsnedsättning. Deltagare var ungdomar 15-18 år (n=16) med Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Deltagare och föräldrar fyllde i formulären "Adult ADHD Self-Report Scale Adolescent version" (ASRS-A/AP), "Global Quality of Life Scale" (GQL) och "Child Sheehan Disability Scale" (CSDS) före och efter behandlingen, ungdomarna gavs också en enkät efter behandlingen. Behandlingen bedömdes genomförbar utifrån uppställda kriterier samt enkätsvar. Föräldrar skattade ungdomarnas fungerande och dess påverkan på familjelivet som förbättrat medan ungdomarna inte skattade någon funktionsförbättring. Ungdomarnas enkätsvar indikerade nytta och nöjdhet med behandlingen. Inga förändringar uppmättes avseende upplevda symtom eller livskvalitet. Studier med större urval behövs för att säkrare värdera behandlingseffekter och för att kunna studera specifika undergrupper.

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) är i dagsläget ett av de mest frekvent diagnostiserade barnpsykiatriska tillstånden, såväl i Sverige som i många andra delar av världen (Socialstyrelsen, 2014). Prevalensen globalt har i metastudier bedömts ligga kring 5-7% för barn och ungdomar och ADHD har bedömts vara ungefär 2,5 gånger vanligare hos pojkar än hos flickor (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman & Rohde, 2007; Willcutt, 2012). Enligt den diagnostiska manualen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), version 5 (APA, 2013) delas ADHD in i tre undertyper, baserat på förekomst av funktionsnedsättande symtom inom områdena bristande uppmärksamhet, impulsivitet och överaktivitet, antingen i kombination eller med huvudsaklig symtombild inom ett eller två av områdena. I föreliggande text används ADHD som ett paraplybegrepp och inkluderar alla i DSM specificerade varianter. ADHD medför funktionsnedsättning inom flera viktiga områden i livet såsom skola, familjeliv och relationer (Loe & Feldman, 2007; Nijmeijer et al, 2008). Vidare är ADHD associerat med annan psykisk problematik med beteendestörningar, inlärningssvårigheter och olika typer av ångest som det vanligast förekommande (Pliszka, 2007). Studier har visat att såväl de direkta sjukvårdskostnaderna som de indirekta kostnaderna för barn med ADHD motsvarat 2-3 gånger de som gäller för barn utan ADHD (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, 2013).

I svenska och amerikanska riktlinjer (Socialstyrelsen, 2014; Socialstyrelsen, 2015; Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri, SFBUP, 2016; Pliszka, 2007) rekommenderas en kombination av olika typer av behandlingar vid ADHD, där pedagogiska anpassningar, föräldrautbildning och medicinering förefaller vara de

vanligaste. Vidare betonas också barnets/ungdomens behov av psykoedukation. I en rapport från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2013) beskrevs evidens för att farmakologisk behandling med metylfenidat och atomoxetin lindrade ADHD-symtom hos barn. Det betonades att det finns en rad biverkningar som kan försvåra medicinering och att långtidseffekten är oklar. Det fanns också ett mycket begränsat vetenskapligt underlag för att uttala sig om effekten av olika typer av icke-farmakologisk behandling vid ADHD (SBU, 2013). I en översiktsartikel rapporterades ett visst stöd för icke-farmakologisk behandling för barn med ADHD, främst på beteendeterapeutisk grund och riktad till föräldrar och skolpersonal (Chronis, Jones & Raggi, 2006), särskilt i kombination med medicinering, på ADHD-symtom hos barn. Även beteendeterapeutiska interventioner riktade direkt till barnen, i kombination med andra insatser, hade ett visst stöd (Chronis et al, 2006). Författarna menade dock att det inte fanns stöd för någon icke-farmakologisk behandlingsmetod riktad till ungdomar. Även Evans, Owens och Bunford (2013) bedömde att behandlingar riktade till föräldrar och skolpersonal, hade relativt god evidens, framförallt för yngre barn. Det framhölls att träningsprogram för barn och ungdomar med fokus på att lära sig organisera och planera visat lovande resultat.

Psykoedukation som hel eller del av intervention, nämndes inte i ovan refererade översikter. Begreppen psykoedukation och psykopedagogik används omväxlande i litteraturen och förefaller vara helt synonyma. I föreliggande text används begreppet psykoedukation men med innebörd enligt Socialstyrelsens (2014) definition av psykopedagogik: ”utbildning och information som syftar till att öka förståelsen för barnets funktionsnedsättning samt ge strategier att handskas med vardagen i familjen och i förskolan eller skolan. Hit räknas även information om samhällets stödinsatser” (s 52). Psykoedukation har visat sig ha positiva konsekvenser för patienter och anhöriga vid en rad olika psykiska och somatiska tillstånd, exempelvis cancer, diabetes, schizofreni och bipolär sjukdom (Linton & Flink, 2011). I en SBU-rapport (2014) uppgavs att det fanns betydande kunskapsluckor avseende positiva och negativa effekter av psykoedukativa behandlingsinsatser vid ADHD. En nyligen utvecklad psykoedukativ gruppbehandling för vuxna med ADHD har visat på goda resultat (Hirvikoski, 2013). Sprich, Burbridge, Lerner och Safren (2015) rapporterade även lovande resultat i en pilotstudie avseende en tonårsanpassad variant av en KBT-behandling som visat gott resultat för vuxna. Psykoedukation ingick här som en inledande del av behandlingen. Vidal et al (2015) har betonat behovet av forskning kring icke-farmakologiska behandlingar för ungdomar med ADHD och visade i en studie att en kognitiv-beteendeariktad (KBT) gruppbehandling för ungdomar i åldrarna 15-21, med 12 gruppstillfällen, medförde minskade ADHD-symtom och ökad funktionsnivå. Psykoedukation fanns även här med som inledning, men huvuddelen av behandlingen var KBT-baserat arbete med förändring på områden som är centrala vid ADHD, varför specifika effekter av psykoedukation inte kunde utvärderas.

Ett område som har lyfts fram som viktigt i behandlingsarbetet med barn och ungdomar är deras egen syn på sina ADHD-symtom och behandling (Bussing, Zima,

Mason, Porter & Garvan, 2011). Bussing et al (2011) undersökte hur föräldrar respektive ungdomar såg på sitt behov av behandling av ADHD och hur det var kopplat till deras attityd till ADHD i sig. Man fann att ungdomens bild av ADHD-symtom och funktionsnivå ofta skilde sig från föräldrarnas bild. Resultaten visade också att ungdomens attityd till ADHD var det som mest påverkade huruvida man dels sökte, dels upprätthöll behandling över tid. Författarna menade att det fanns en tydlig stigmatisering avseende ADHD bland ungdomarna och att detta var en starkt påverkande faktor för huruvida man sökte och fullföljde behandling för sina svårigheter. Utifrån sitt resonemang, rekommenderade de en för utvecklingsnivån anpassad psykoedukation för ungdomar, där man adresserar sådant som attityder till ADHD och den behandling som finns. MacKay och Corkum (2006) uppgav att 25-50% av barnen med ADHD och deras föräldrar inte startade eller fullföljde den ADHD-behandling som erbjudits dem. Författarna menade att omgivningen ofta hade bristande kunskaper om ADHD och att detta bland annat gjorde att föräldrar var skeptiska till behandling och fick svårt att bemöta barnen på ett fungerande sätt. Vidare tog författarna upp att psykoedukation har visat sig påverka föräldrar positivt avseende hur de ser på ADHD, dess behandling och sin egen upplevelse av kompetens. De menade också att det inte fanns någon forskning på barns kunskap om ADHD och deras syn på behandling av ADHD. Författarna bedömde att detta var ett viktigt område då det var sannolikt att barnens syn på ADHD och den behandling som erbjuds hade en tydlig och med åldern ökande påverkan på val av behandling samt att barnen fick sin kunskap från föräldrar som enligt ovanstående resonemang alltså ofta hade inkorrekta uppfattningar. Författarna menade att barnen sannolikt skulle vara stärkta av att på ett välgrundat vis förstå sig själv och därmed kunna hävda sina behov. Utifrån detta, utformades en psykoedukativ ”demystification workshop”, som sedan testades på 8-12-åringar med ADHD, i grupper om ungefär fem barn. Interventionen innebar ett tillfälle på två timmar som på ett barnanpassat vis innehöll information om ADHD och behandling, möjlighet för barnen att undersöka sina egna starka sidor och brister, utforskande av möjliga hjälpare och identifiering av individuella utmaningar. Resultaten visade att barnen ökade sin kunskap om ADHD generellt och avseende sig själva, utvecklade en mer positiv attityd till ADHD och behandling samt identifierade fler hjälpsamma personer och fler strategier för att hantera sin ADHD. Det visade sig också att föräldrar generellt överskattade hur mycket och vad barnen visste om ADHD. Slutligen föreslog författarna att workshoppen skulle kunna vara ett tillägg till övrig behandling. Även Lopez, Toprac, Crismon, Boemer och Baumgartner (2005) har undersökt ett psykoedukativt program riktat till barn och ungdomar samt deras anhöriga och lärare. Psykoedukationen gavs främst individuellt som kortare inslag i kontakten med kliniken och genom att i olika former och forum ge information om och strategier för att hantera ADHD-symtom. Lopez et al (2005) beskrev att omkring 80 % av såväl barn och ungdomar som föräldrar upplevde att de i stort sett fick lagom mycket information och att det varit hjälpsamt för dem. Författarna (2005) drog slutsatsen att psykoedukativa program skulle kunna vara ett positivt inslag i behandling vid ADHD.

Gajaria, Yeung, Goodale och Charach (2011) beskrev i en studie av facebookgrupper, hur ungdomar med ADHD använde sig av varandra för att diskutera sina upplevelser av att ha ADHD och arbetade för att reducera egen och omgivningens stigmatisering, inte minst genom att använda humor. Författarna menade att fler studier behövs av hur ungdomar kan använda gruppformatet för att hantera ADHD och de attityder som finns kring diagnosen.

Även om det på senare år har kommit icke-farmakologiska behandlingsalternativ för barn och ungdomar med ADHD, så är kunskapsläget oklart. Psykoedukation betraktas ändå som en starkt rekommenderad del i behandlingen vid ADHD. De få studier som gjorts har kunnat påvisa tendenser till positiva effekter men det är fortfarande oklart hur psykoedukation påverkar symtombild och funktionsnivå. I samband med en pågående multicenterstudie, fanns möjligheten att närma sig området psykoedukation för ungdomar med ADHD. Syftet med denna pilotstudie var att undersöka om en nyligen konstruerad psykoedukativ gruppbehandling, kallad Skills, för ungdomar med ADHD var genomförbar inom Barn- och ungdomspsykiatri samt om denna behandling ledde till minskade ADHD-symtom, minskad funktionsnedsättning till följd av ADHD-symtom i vardagen och förbättrad uppskattad generell livskvalitet. Utifrån denna bakgrund formulerades följande frågeställningar:

1. Är Skills genomförbar inom Barn- och Ungdomspsykiatri?
2. Medför Skills minskade ADHD-symtom?
3. Medför Skills förbättrad livskvalitet?
4. Medför Skills förbättrat vardagligt fungerande?

## **Metod**

Föreliggande studie baseras på data från en pågående randomiserad, kontrollerad multicenterstudie som startade 2015 och leds av forskare på Uppsala universitet med Landstinget i Uppsala län, barn- och ungdomspsykiatri som forskningshuvudman. Deltagarna fördelas slumpmässigt till antingen en manualiserad gruppbehandling baserad på Dialektisk Beteendeterapi (DBT) eller till Skills, som utgör kontrollgrupp. Behandlingseffekten bedöms utifrån upprepade symtomskattningar, före, under och efter behandlingen. Mätningen sker med standardiserade frågeformulär till både ungdomar och vårdnadshavare. Studien har godkänts av den regionala etikprövningsnämnden i Uppsala, dnr 2015/257. Föreliggande studie bygger enbart på data från Skills-gruppen och inkluderar för- och eftermätningar. Den bör betraktas som en mindre pilotstudie inför det slutliga utformandet av manualen och för eventuella kommande studier.

## **Deltagare**

Deltagare i studien var ungdomar mellan 15 och 18 år, med konstaterad diagnos inom ADHD-spektrat och som var patienter på någon av de fyra deltagande BUP-mottagningarna (Uppsala, Karlstad, Falun och Växjö). De ungdomar som deltog i studien kunde ha pågående medicinsk behandling, men läkemedelsbehandlingen skulle vara välinställd och inte ändras under projektets gång. Ungdomarna skulle inte ha annan pågående psykologisk behandling under tiden för deltagande i studien och vårdnadshavare skulle inte ha pågående föräldrautbildning. Patienter med följande samsjuklighet exkluderades: missbruk under de senaste tre månaderna, suicidalitet, diagnostiserad intellektuell funktionsnedsättning, diagnostiserad organisk hjärnsjukdom, autismspektrumtillstånd, psykos, samt aktuell manisk eller svår depressiv symtombild. Bakgrundsinformation om föräldrar eller familjesituation samlades inte in.

Rekrytering till studien skedde via behandlare på respektive BUP-mottagning via informationsblad på mottagningar, samt via brev/telefon till familjer med kontakt på BUP. Om intresse fanns gavs skriftlig information med bifogat skriftligt samtycke för deltagande i studien. Därefter bokades bedömningssamtal hos ansvarig behandlare för att ungdom och förälder skulle få tillfälle att ställa frågor och få mer information. Diagnostisk bedömning skedde genom inhämtande av diagnos från ungdomens journal, samt genom att diagnosen validerades via diagnostisk intervju med ADHD-delen av Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju (MINI-Kid, Sheehan et al, 2010).

Deltagarna förseddes med varsin kod och randomisering utfördes sedan av representant för forskargruppen, hälften randomiserades till Skills, vilket innebar 24 ungdomar (n=14 flickor, n=10 pojkar).

Kompletta mätningar inkom från från 16 deltagare inklusive föräldraskattningar (11 flickor, 5 pojkar). Av dessa rapporterade 13 att de hade pågående medicinering riktad mot ADHD. På vissa item kunde svar saknas, som minst gjordes beräkningar på 14 svar. Enkäten besvarades av 14 ungdomar.

Totalt 24 deltagare randomiserades till Skills, varav tre hoppade av innan påbörjad behandling. Av de som påbörjade, deltog 21 (87,5 %) vid minst ett tillfälle och 18 deltagare var med vid två eller alla tre tillfällena, vilket innebär att 75% av de randomiserade och 85 % av de som påbörjade deltog vid minst två tredjedelar av behandlingstillfällena.

## **Behandling**

I föreliggande studie används data från fem genomförda grupper. En klinik har genomfört två grupper, övriga en vardera. Antalet deltagande ungdomar var mellan tre och sex per grupp. De psykoedukativa grupperna leddes av två behandlare från respektive BUP-mottagning. Gruppledarna hade fått utbildning i metoden Skills som är manualbaserad och utformad av forskargruppen (Måns Lööf, Marcus Nyström och Johan Isaksson). Grupperna träffades vid tre tillfällena à två timmar, inklusive fikapaus.

Tiden mellan gruppstillfällena varierade mellan klinikerna men samtliga tre tillfällen skulle genomföras under samma period som respektive kliniks DBT-grupp, som pågår över 14 veckovisa sessioner. Skills innehåller psykoedukation om vad ADHD innebär och hur man påverkas av symtomen, samt genomgång av strategier och tips för att hantera sina symtom samt problemlösning med två hemuppgifter. Ungdomen får också ett skriftligt material att läsa mellan träffarna (Riksförbundet Attentions skrift "Så här! Få skolan att funka", 2015). Skills är uppbyggt i tre nivåer, "levels". Första tillfället, level 1, handlar om vad ADHD är och hur det kan förstås. Man går igenom fakta och myter om ADHD och beskriver hur hjärnan fungerar vid ADHD. Vidare tas affektreglering upp och hur detta kan fungera vid ADHD. Stor vikt läggs vid såväl utmaningar som fördelar med ADHD och exempel på kända personer med ADHD ges. Det finns också inslag av videoklipp och diskussioner uppmuntras. En hemuppgift ges, som innebär att deltagarna spelar ett slags känsloring för att träna på att identifiera känslor hos sig själv och förstå hur de uppkommer. Nästa tillfälle, level 2, kallas "Ta kontroll över vardagen". Vid detta tillfälle går man igenom sömn, mat, motion och stresshantering. Ungdomarna får information om de olika områdena och varför de är viktiga för hur man påverkas av och kan påverka sina ADHD-symtom. De får också lära sig olika strategier, främst stressförebyggande åtgärder och en modell för stegvis problemlösning. Hemuppgiften är att prova problemlösningssmodellen i vardagen. Sista tillfället, level 3, handlar om att ta kontroll över sina svårigheter. Ungdomarna introduceras till en modell för hur de kan stanna upp och analysera sin situation och genom bland annat att använda level-2-strategierna (sina Skills) kunna agera konstruktivt och målinriktat. Vid detta tillfälle arbetar gruppen vidare med sina nya färdigheter, (Skills), med fokus på att öka graden av struktur exempelvis genom rutiner, förberedelser och listor. Deltagarna lär sig också att använda hjälpmedel såsom klockor och olika funktioner i mobiltelefonen. Slutligen diskuteras hur man kan ta hjälp av andra, såsom föräldrar, andra vuxna och kompisar.

## **Tillvägagångssätt**

Deltagarna och deras vårdnadshavare har fyllt i skattningsformulär 1-2 veckor före behandlingsstart och 1-2 veckor efter avslutad behandling. En enkät (Ekspong, 2016, se bilaga 1) har också ingått i ungdomarnas eftermätning. Formulären har skickats med post hem till vårdnadshavare och lämnats in personligen eller skickats tillbaka i ett bifogat svarskuvert alternativt ifyllts online. I föreliggande studie har följande tre formulär från för- och eftermätning samt enkäten valts ut då dessa bedömts kunna ge relevant information utifrån syfte och hypoteser.

## **Instrument**

1. Adult ADHD Self-Report Scale Adolescent version (ASRS-A) (Sonnby et al., 2015; Sjölander, Vadlin, Olofsdotter & Sonnby, 2016). ASRS-A är en symtomchecklista



för självskattning av ADHD-symtom på hos ungdomar, baserad på kriterierna i DSM. Skalan baseras på ASRS, en självskattningsskala för ADHD hos vuxna. ASRS-A samt föräldraversionen ASRS-AP har uppvisat tillfredsställande psykometriska egenskaper (Sonnby et al., 2015, Sjölander et al, 2016) även om författarna noterade en lägre diagnostisk säkerhet jämfört med vuxenskalen. Författarna resonerade kring att symtomen som skattas också kan ingå i normalutvecklingen avseende neuropsykologisk mognad och således i högre grad kan ses hos ungdomar utan ADHD jämfört med hos vuxna. Skalan har 18 items, med påståenden där svarsalternativen går från 0 (aldrig) till 4 (alltid). Ungdomar med ADHD hade i Sonnby et al (2015) studie i medeltal 45 poäng medan medel för ungdomar utan ADHD låg på 31. Föräldrar till ungdomar med ADHD skattar i medeltal 44,6 poäng medan föräldrar till ungdomar utan ADHD i medel låg på 25,6.

2. Global Quality of Life scale (GQL) (Ivarsson, Malm, Lindström & Norlander, 2010). GQL är en VAS-skala där deltagarna får sätta ett streck på en decimeterlång linje mellan två poler: bästa tänkbara respektive sämsta tänkbara livssituation. Med hjälp av linjal kan sedan streckets placering mätas och anges som ett numeriskt värde mellan noll och tio. GQL har använts i såväl forskning som i klinisk verksamhet och bör kunna användas för att få en global skattning av upplevd livssituation. GQL fylls i av ungdomen. Högre poäng indikerar högre livskvalitet.
3. Child Sheehan Disability Scale (CSDS) (Sheehan, Harnett-Sheehan & Raj, 1996). Skalan mäter vardaglig funktionsnivå på tre delskalor: arbetsförmåga, socialt liv och familjeliv. Vuxenskalen Sheehan Disability Scale (SDS) har anpassats för att användas på barn och ungdomar och kallas då Child-SDS (CSDS) (Whiteside, 2009). CSDS fylls i av både ungdom och vårdnadshavare. CSDS har tre items (svårigheternas inverkan på skola, kamratrelationer och hemsituation) för ungdomen och fem för föräldrar (påverkan på ungdomens skola och sociala liv, påverkan föräldrarnas arbete och sociala situation samt påverkan på gemensamt familjeliv), påståenden där svarsalternativen går från 0 (inte alls) till 10 (extremt mycket). Högre poäng indikerar alltså att svårigheterna har högre negativ inverkan på vardagen.
4. Enkät (Ekspong, 2016, se bilaga 1) avseende upplevelsen av gruppdeltagande. Enkäten, som konstruerades inom ramen för det övergripande forskningsprojektet, innehåller frågor och påståenden med två till fem fasta svarsalternativ samt två öppna frågor, kring sådant som hur mycket deltagarnas kunskap om ADHD ökat, i vilken grad de kan kontrollera ADHD-relaterade problem, hur stor nytta man haft av behandlingen och om man kan rekommendera den till andra samt en rad frågor om de inslag som ingår vid gruppstillfällena.

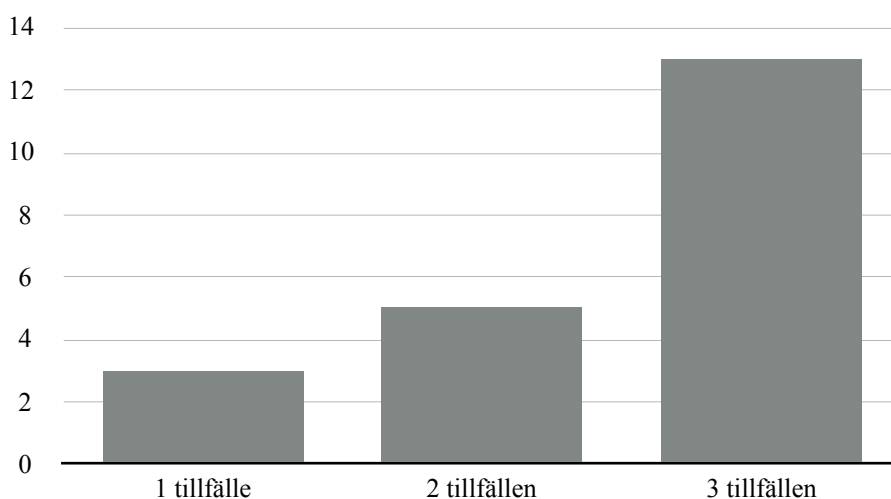
## Databearbetning

Resultat från enkät presenterades deskriptivt. Genomförbarheten bedömdes på basis av de kriterier som använts i en liknande studie (Morgensterns, Alfredsson & Hirvikoski, 2016), där man definierade genomförbarhet som: 1) högst 25% av deltagarna hoppar av och 2) deltagarna närvarade vid minst två tredjedelar av behandlingstillfällena. Vidare användes ungdomarnas enkätsvar för bedömning av genomförbarhet. Även Bonete, Calero & Fernandez-Parra (2015) använde två tredjedelars deltagande som nedre gräns för genomförbarhet. En jämförelse mellan för- och eftermätningar gjordes i Statistical Package for Social Sciences (SPSS-24), med paired-sample t-test. Ett  $p$ -värde på  $< 0.05$  betraktades som signifikant. För den statistiska analysen användes de skattningar där såväl för- som eftermätning inkommit från respektive deltagare/förälder. Data från alla deltagare som deltagit vid minst ett tillfälle, och således hade tagit del av behandlingen i någon mån, och som hade kompletta för- och eftermätningar ingick i bearbetningen.

## Resultat

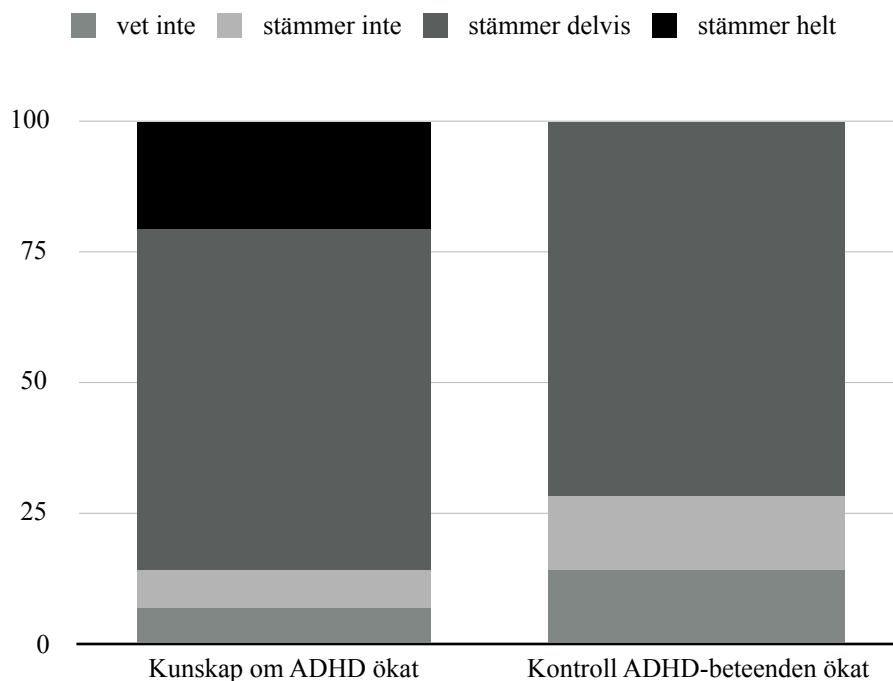
### Genomförbarhet

Totalt 24 deltagare randomiserades till Skills, varav tre hoppade av innan påbörjad behandling. Således deltog 21 (87,5 %) vid minst ett tillfälle och 18 deltagare var med vid två eller alla tre tillfällen, vilket innebär att 75% av de randomiserade och 85 % av de som påbörjade deltog vid minst två tredjedelar av behandlingstillfällena (figur 1).



*Figur 1:* Antal deltagare som närvarade vid ett, två respektive tre behandlingstillfällen.

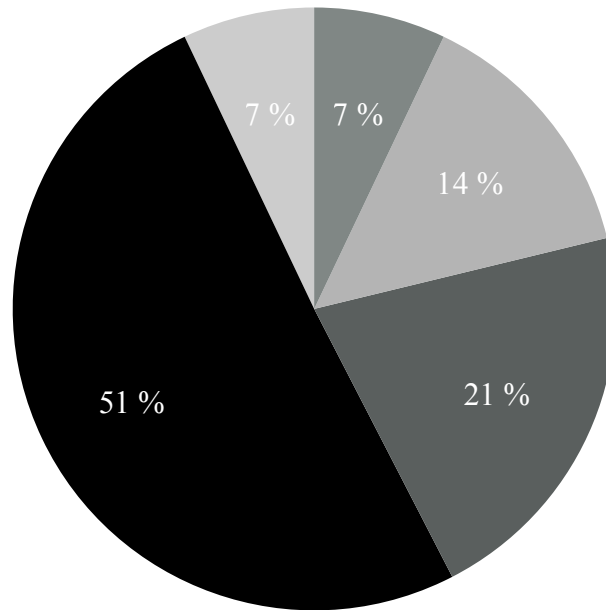
Enkätsvaren visar att 86 % upplevde att deras kunskap om ADHD ökat helt eller delvis (figur 2) och 72 % upplevde delvis att de bättre kunde kontrollera problem kopplade till ADHD (figur 2).



Figur 2: Procentuell fördelning över svarsalternativ på två enkätfrågor.

Av ungdomarna ansåg 58 % att de haft stor eller mycket stor (4-5 på 5-gradig skala) nytta av gruppen (figur 3).

● 1 (ingen nytta) ● 2 ● 3 ● 4 ● 5 (mycket stor nytta)



Figur 3: "Hur stor nytta tycker du att behandlingen haft för dig?"

Enkäten innehöll frågor som rörde formen för gruppen, på dessa skattade mellan 60 % och 79 % av deltagarna att det var lagom med tid per gång, lagom antal deltagare samt lagom mängd information, videoklipp och hemuppgifter. 64 % ansåg att det var för lite övningar och för få träffar. I den öppna frågan om vad deltagarna skulle vilja ändra på i behandlingen, är det tre aspekter som återkommer: att det skulle vara fler tillfällen, att deltagarna skulle få prata och diskutera mer samt att det skulle ingå mer övningar. Samtliga deltagare, 100%, uppgav att de skulle rekommendera andra att delta i gruppen.

## Förändring av symtom, livskvalitet och vardagligt fungerande

Det framkom inga skillnader i upplevda ADHD-symtom mellan för- och eftermätningar på ASRS, vare sig för ungdomarna själva eller föräldrar. Såväl för föräldrar som för ungdomar låg resultaten på skattningarna i nivå med de som Sonnby et al (2015) och Sjölander et al (2016) rapporterar för ungdomar med ADHD.

Det framkom ingen skillnad mellan för- och eftermätning i upplevd livskvalitet mätt med GQL (tabell 1).

Tabell 1, *Global Quality of Life scale (GQL)*

	medel före	medel efter	standard-avvikelse	t	df	<i>p</i>
Ungdom	5,75	6,44	0,69	-1,55	15	0,143

Gällande funktionsnivå mätt med CSDS, skattade ungdomarna inga skillnader i funktion efter behandling jämfört med förmätningen. Däremot skattade föräldrar mindre nedsättning avseende funktion (totalpoäng på helskala) efter behandlingen ( $t(13)=2,39$ ,  $p=0,033$ ), mindre påverkan på ungdomens sociala liv ( $t(14)=2,23$ ,  $p=0,043$ ) samt mindre påverkan på förälders arbetsliv ( $t(14)=2,17$ ,  $p=0,048$ ) (tabell 2).

Tabell 2, *Sheehan Disability Scale (CSDS)*

	medelvärde före	medelvärde efter	standardavvikelse	t	df	p
Förälder: helskala	25,0	21,5	3,42	2,39	13	0,033*
Förälder: problem ungdomens skola	6,4	5,9	0,44	0,81	15	0,430
Förälder: problem ungdomens sociala liv	5,7	4,8	0,9	2,23	14	0,043*
Förälder: påverkan på förälders arbete	4,5	3,4	1,1	2,17	14	0,048*
Förälder: påverkan på förälders sociala liv	3,4	3,1	0,31	0,75	15	0,464
Förälder: påverkan familjeliv	5,0	4,6	0,38	1,31	15	0,211

\* *signifikant*,  $p = < 0,05$

## Diskussion

Syftet med denna pilotstudie var att undersöka om en psykoedukativ gruppbehandling, kallad Skills, för ungdomar med ADHD är genomförbar på BUP samt om denna behandling leder till symtomlättning, förbättrat vardagligt fungerande och förbättrad livskvalitet hos ungdomarna. Skills bedömdes vara genomförbar och en majoritet av ungdomarna upplevde sig ha haft nytta av att delta och alla skulle rekommendera andra att delta i Skills. Behandlingen resulterade inte i någon symtomförändring avseende ADHD-symtom eller livskvalitet. Däremot skattade föräldrar en förbättrad funktion för ungdom och familj, där ADHD-symtomen i mindre grad upplevdes påverka ungdomens sociala liv och föräldrarnas eget arbetsliv efter Skills-deltagande. Enkätsvaren visade att ungdomarna i viss mån upplevde sig bättre kunna kontrollera problem kopplade till ADHD och att de i hög grad hade ökat sin kunskap om ADHD.

Bedömning av genomförbarhet baserades på Morgensterns et al (2016) som ställde upp kriterierna 1) högst 25% avhopp och 2) deltagande vid två tredjedelar av tillfällena. Resultatet visar att deltagandet uppfyllde dessa kriterier, vilket indikerar att behandlingen kan bedömas som genomförbar i reguljär barnpsykiatrisk öppenvård. Att alla deltagare uppger att de skulle kunna rekommendera andra att delta och att upplägget vid gruppträffarna överlag bedömdes som ”lagom”, bekräftar genomförbarheten. Det ligger också i linje med det barn och ungdomar rapporterade efter den psykoedukativa insats som utvärderats av Lopez et al (2005) och som visade att relativt begränsad information och råd kring strategier för att hantera ADHD upplevdes hjälpsamt.

Inga skillnader kunde uppmätas avseende ADHD-symtom mellan för- och efterskattningar gjorda av ungdomar respektive föräldrar. Vidal et al (2015) beskrev symtomlättning efter en intervention där psykoedukation varit en del av behandlingen som i övrigt varit inriktad på förändring genom KBT-strategier. Även Sprich et al (2015) använde psykoedukation som en del av en i huvudsak KBT-inriktad behandling som visade på förbättring. Att dra slutsatser om psykoedukationens roll för upplevd symtomlättning är således svårt utifrån den begränsade forskning som finns och inte heller i föreliggande studie kunde något sådant mönster skönjas. Bussing et al (2011) beskrev psykoedukation som ett sätt att öka acceptansen för behandling, vilket också framhölls av McKay & Corkum (2006) som betonade just en förändring i synen på ADHD och behandling som ett viktigt resultat av den psykoedukativa workshop för barn som de studerat. Ungdomarna i föreliggande studie uppgav i enkäten att de i hög grad ökat sina kunskaper om ADHD, vilket indikerar att Skills i likhet med interventionerna i de refererade studierna skulle kunna fungera som grund för vidare insatser som i sin tur kan minska symtomen. Eftermätningarna gjordes i samband med behandlingens avslutning. En möjlighet är att psykoedukationen på längre sikt kan bidra till symtomlättning, om individen börjar tillämpa den kunskap och de strategier de lärt sig i Skills och därigenom påverkar hur ADHD:n tar sig uttryck.

Vidare fanns inga skillnader i rapporterad livskvalitet mätt med GQL. Enkät svar visade att ungdomarna i hög grad upplevde att de hanterade svårigheterna bättre efter behandlingen och att de skulle vilja ha mer tid/fler gånger att prata och diskutera med varandra. Detta skulle kunna vara indikationer på att Skills i någon mån förbättrade livskvaliteten för deltagarna. Önskemålet om att få träffas mer går i linje med det Gajaria et al (2011) tar upp om vikten av att i grupp få träffa och kommunicera med andra som har ADHD.

I likhet med studierna av McKay & Corkum (2006) och Lopez et al (2005) finns i Skills ett tydligt fokus på att stödja deltagarna att lära sig och att använda olika strategier för att hantera sina ADHD-symtom. Att individen får hjälp att förändra sitt förhållningssätt till sina egna svårigheter ingår alltså i begreppet psykoedukation, vilket också är tydligt i Socialstyrelsens (2014) definition. Föräldrarnas men inte ungdomarnas skattningar på CSDS visar på signifikant förbättring avseende vardagligt fungerande på några av de undersökta områdena. Påståendena i CSDS är relativt övergripande och möjligen kan ungdomarna ha svårt att värdera sina svårigheters påverkan på olika områden och förändringar i detta utifrån så pass generella påståenden. Däremot framkommer det i enkäten att ungdomarna upplever stor nytta av psykoedukationen och att de förbättrat sin förmåga att hantera ADHD-relaterade problem. Detta tyder på att Skills kan ha bidragit till förbättrat vardagligt fungerande hos ungdomarna, vilket är i linje med det Evans et al (2013) beskriver avseende träningsprogram som ökat barn och ungdomars förmåga att organisera och planera. Föräldrarna rapporterar förbättrat fungerande hos ungdomarna och upplever också att deras egen situation påverkas mindre negativt av ungdomarnas svårigheter. Det är rimligt att tänka sig att när ungdomens egen förmåga ökar, minskar behovet av förälderns stöd och det är tänkbart att även oro för ungdomen minskar hos föräldern.

Det skulle kunna anföras att graden av upplevd kunskap, nytta och kontroll som rapporteras i enkäten, är relativt låg, med övervägande andel ”delvis”-svar. Detta måste dock ställas i relation till behandlingens omfång, som är relativt begränsat såväl avseende effektiv tid som tidsperiod den pågår samt den ”grundläggande” karaktär som problematiken innebär. Utifrån detta torde ”delvis” förändring kunna innebära en kliniskt signifikant förbättring i deltagarnas vardag.

Denna studie har begränsningar som bör nämnas. Den är en pilotstudie och fler studier med större studiepopulation behövs. Det finns med ett litet urval en stor risk för falska negativa fynd, då underlaget är för litet för att få statistisk power. Ett exempel i föreliggande studie är resultatet på GQL, där medelvärdet efter var högre än medelvärdet före och det är möjligt att resultatet skulle ha kunnat bli signifikant med ett något större antal deltagare då det låg relativt nära signifikant nivå. I denna studie ingick ungdomar 15-18 år, medan många barn och ungdomar får sin ADHD-diagnos vid yngre åldrar. Kommande studier bör inkludera även yngre åldersgrupper. Vidare har i föreliggande studie ingen skillnad gjorts avseende vilken typ av ADHD som individerna har. Detta skulle i ett större urval kunna vara en parameter att analysera i relation till utfallet. Även kön, ålder, medicinering och antal tillfällen man deltar skulle kunna vara



aspekter att titta närmare på för att se om det finns skillnader i utfall och upplevelse av gruppdeltagande. Exempelvis kan det i den aktuella studien noteras att flickor är överrepresenterade som deltagare vilket skulle kunna indikera att flickor åtminstone på förhand är mer positivt inställda än pojkar till att delta. I föreliggande studie har olika sorters samsjuklighet exkluderats. Då samsjuklighet är vanligt vid ADHD, skulle det också kunna inkluderas deltagare med vissa av de tillstånd som exkluderats i denna studie men som är vanliga vid ADHD, exempelvis autism, för att göra urvalet mer representativt för den kliniska patientgruppen och utgöra grund för modifieringar av behandlingen utifrån olika behov. I framtida studier bör också, vid sidan om statistisk signifikans, definieras vad som ska betraktas som kliniskt signifikanta förändringar, alltså vilken förändring i mätningarna som bedöms representera tydlig och relevant upplevd förändring för individen. Potentiellt negativa effekter av att delta i psykoedukation bör också undersökas.

Rekryteringsprocessen skulle kunna se annorlunda ut i kommande studier om Skills ingår som del av den multimodala insats som enligt riktlinjerna (Socialstyrelsen, 2014; Socialstyrelsen, 2015; Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri, SFBUP, 2016; Pliszka, 2007) bör erbjudas efter fastställd diagnos. Detta skulle kunna ge ett större underlag med en mindre tidskrävande arbetsinsats än med den modell för rekrytering som användes i denna studie. En annan faktor är att Skills utgjort kontrollgrupp i den större studien, vilket deltagarna informerats om under rekryteringen. Detta kan ha påverkat en del deltagare att bli mindre intresserade och kanske mer benägna att hoppa av före eller under behandlingen. En studie med fokus på Skills kan möjligen öka graden av deltagande ytterligare. Där skulle man också kunna rikta mer specifika frågor och kanske välja andra mätinstrument, såväl kvantitativa som kvalitativa, beroende på vilket mål och vilka förväntningar man kan ställa upp för en psykoedukativ insats. Vidare kan ADHD-problematiken i sig göra det svårare att starta och fullfölja deltagande samt att komma ihåg och orka fylla i formulär. Framtida studier skulle kunna undersöka aspekter såsom motivationshöjande faktorer och underlättande praktiska faktorer för deltagande samt genomförande av hemuppgifter och mätningar.

Sammanfattningsvis upplevdes Skills övervägande positivt av deltagarna och det psykoedukativa innehållet förefaller stämma väl överens med aktuella riktlinjer (Socialstyrelsen, 2014, Socialstyrelsen, 2015; Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri, SFBUP, 2016; Pliszka, 2007). Enligt dessa ska medicinsk behandling inte utgöra första valet eller ges som enda behandling. Psykoedukation i grupp skulle på ett rimligt kostnadseffektivt sätt kunna dels bidra till en god kunskapsbas för barn och ungdomar, dels ge dem möjlighet att möta och dela erfarenheter med andra i liknande situation.

## Referenser

- American Psychiatric Association, APA, (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition.* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bonete, S., Calero, M.D. och Fernandez-Parra, A. (2015). *Group training in interpersonal problem-solving skills for workplace adaptation of adolescents and adults with Asperger syndrome: A preliminary study.* Autism 19, 409-420.
- Bussin, R., Zima, B.T., Mason, D.M., Porter, P. C. & Garvan, C. W. (2011). *Receiving Treatment for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Do the Perspectives of Adolescents Matter?* Journal of Adolescent Health 49, 7-14.
- Chronis, A.M., Jones, H.A. & Raggi, V.L. (2006). *Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder.* Clinical Psychology Review 26, 486–502.
- Ekspong, A. (2016). *Gruppbehandling för ungdomar med ADHD – En studie av två behandlingar, SKILLS och en DBT-baserad behandling, vad gäller genomförbarhet, nöjdhet och eventuella förändringar gällande livskvalité och vardaglig funktion.* Uppsala Universitet: Institutionen för psykologi, Uppsala.
- Evans, S.W., Owens, J.S. & Bunford, N. (2013). *Evidence-based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.* Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 2013:1, 1-25.
- Gajaria, A., Yeung, E., Goodale, T. & Charach, A. (2011). *Beliefs About Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Response to Stereotypes: Youth Postings in Facebook Groups.* Journal of Adolescent Health 49, 15-20.
- Hirvikoski, T. (2013). *Psykologiska behandlingar för vuxna med ADHD.* Socialmedicinsk Tidskrift, 3/2013, 347-351.
- Ivarsson, B., Malm, U., Lindström, L., Norlander, T. (2010). *The self-assessment Global Quality of Life scale: Reliability and construct validity.* International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 14(4), 287-297.
- Linton, S., J. & Flink, I. (2011). *12 verktyg i KBT.* Stockholm: Natur & Kultur.
- Loe, I.M. & Feldman, H.M. (2007). *Academic and educational outcomes of children with ADHD.* Journal of Pediatric Psychology 32, 643-654.
- Lopez, M., Toprac, M.G., Crismon, M.L., Boemer, C. & Baumgartner, J. (2005). *A Psychoeducational Program for Children with ADHD or Depression and their Families: Results from the CMAP Feasibility Study.* Community Mental Health Journal, 41, 51-66.
- MacKay, L. & Corkum, P. (2006). *Evaluation of a Demystification Workshop for Children with ADHD.* Journal of Developmental and Physical Disabilities, 18, 319-332.
- Morgensterns, E., Alfredsson, J. och Hirvikoski, T. (2016). *Structured skills training for adults with ADHD in an outpatient psychiatric context: an open feasibility trial.* ADHD: attention deficit hyperactivity disorders, 8, 101-111.

- Nijmeijer, J.S., Minderaa, R.B., Buitelaar, J.K., Mulligan, A., Hartman, C.A. & Hoekstra, P.J. (2008). *Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning*. *Clinical Psychology Review*, 28, 692-708.
- Pliszka, S. (2007). *Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 894-921.
- Polanczyk, G., de Lima, M., Horta, B., Biederman, J., & Rohde, L. (2007). *The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis*. *American Journal of Psychiatry*, 164, 942–948.
- Riksförbundet Attention (2015). *Så Här! Få skolan att funka*. Stockholm: Riksförbundet Attention.
- Sheehan, D.V., Harnett-Sheehan, K., Raj, B.A. (1996). *The measurement of disability*. *International Clinical Psychopharmacology*, 11, 89-95.
- Sheehan, D. V ; Sheehan, K. H, Shytle, R. D., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J. E., Milo, K.M., Stock, S.L. & Wilkinson, B. (2010). *Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID)*. *Journal of Clinical Psychiatry*. 71, 313–326.
- Sjölander, L, Vadlin, S, Olofsdotter, S, Sonnby, K. (2016). *Validation of the parent version of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale for adolescents*. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(4), 255-261.
- Socialstyrelsen (2014). *Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd – ett kunskapsstöd*. Hämtad från [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), 161111.
- Socialstyrelsen (2015). *Läkemedelsbehandling av adhd hos barn och vuxna*. Hämtad från [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), 170425
- Sonnby,, K., Skordas, K., Olofsdotter, S., Vadlin, S., Nilsson, K.W., Ramklint, M. (2015). *Validation of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale for adolescents*. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(3), 216-23.
- Sprich, S., Burbridge, J., Lerner, J.A. & Safren, S.A. (2015). *Cognitive-Behavioral Therapy for ADHD in Adolescents: Clinical Considerations and a Case Series*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22, 116-126.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2013). *ADHD – Diagnostik och behandling, vårdens organisation och patientens delaktighet. En systematisk litteratur - översikt. -rapport nr 217*. Hämtad från [www.sbu.se](http://www.sbu.se) 161202.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU (2014). *Behandlingsmetoder vid adhd – de tio viktigaste kunskapsluckorna*. Hämtad från [www.sbu.se](http://www.sbu.se) 161111.
- Svenska Föreningen för barn- och ungdomspsykiatri, SFBUP (2016). *Riktlinje ADHD 2016*. Hämtad från [www.svenskabupforeningen.se](http://www.svenskabupforeningen.se), 161111.
- Whiteside, S.P. (2009). *Adapting the Sheehan Disability Scale to Assess Child and Parent Impairment Related to Childhood Anxiety Disorders*. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38:5, 721-730.

- Vidal, R., Castells, J., Richarte, V., Palomar, G., García, M., Nicolau, R., Lazaro, L., Casas, M. & Ramos-Quiroga, J.A., (2015). *Group Therapy for Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized Controlled Trial*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54.4, 275-282.
- Willcutt, E.G. (2012) *The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review*. *Neurotherapeutics*, 9, 490

## Bilaga 1

### FRÅGEFORMULÄR vid gruppens avslut

Mina kunskaper om ADHD har ökat

Vet inte       Stämmer inte       Stämmer delvis       Stämmer helt

Jag kan bättre kontrollera problem som är kopplade till ADHD

Vet inte       Stämmer inte       Stämmer delvis       Stämmer helt

Skulle du rekommendera någon annan att gå den här gruppen?

Ja       Nej

När du ser tillbaka på vad som ingått i gruppträffarna, hur stor nytta tycker du att behandlingen haft för dig? (skatta 0 - 5, 0 = "ingen nytta alls", till 5 = "mycket stor nytta")

1                      2                      3                      4                      5

Ingen nytta alls

Mycket stor nytta

Vad tyckte du om att gruppen träffades två timmar? Var det

för kort tid       lagom       för lång tid

Vad tyckte du om antal tillfällen vi träffades?

för få       lagom       för många

Vad tyckte du om antalet deltagare i gruppen?

- för få                       lagom                       för många

Det här tyckte jag var bra med gruppträffarna:

	för lite	lagom	för mycket
Informationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videoklipp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Övningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemuppgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Det här skulle jag vilja ändra på:

.....  
.....

.....  
.....

.....  
.....

Om du slutade ditt deltagande, vad var anledningen till det?

.....  
.....