

Venneproblemers virkning på opplevd livskvalitet hos ungdom
med symptomer på ADHD og depresjon.

Engelsk tittel:

“The effect of peer problems on perceived quality of life in adolescents with symptoms of
ADHD and depression.”

Prosjektorganisasjon:

Masterstudent og prosjektmedarbeider: Eva Gulliksrud

Veileder og prosjektleder: Frode Stenseng, Førsteamanuensis, RKBU

Veileder: Ingunn Ranøyen, Postdoktor, RKBU

Summary

In a clinical sample of Norwegian adolescents, we examined whether there was a correlation between perceived quality of life and peer problems, whether perceived quality of life was differently related to symptoms of ADHD and emotional symptoms, and whether there were differences between girls and boys. Finally, we tested to which extent peer problems enhanced or reduced the correlation between symptoms of ADHD and emotional symptoms with quality of life, in other words whether peer problems was a mediator.

We used data from "Helseundersøkelsen i Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk (Hel-BUP)" which is a cross-sectional study among all adolescent patients aged 13-18 years at the BUP-Klinikk, St. Olav's Hospital (data collection conducted between 2009-2011). The youth answered online questionnaires about their health, and journal data with diagnoses and results of clinical procedures were collected.

We found that emotional symptoms to a greater extent were related to peer problems compared to ADHD symptoms, and that emotional symptoms were more strongly related to poor quality of life than ADHD symptoms. Results showed that adolescents with emotional problems had low quality of life, and we found girls to have lower quality of life than boys. We also found that peer problems may increase the effects of emotional symptoms on poor quality of life.

Forord

I min kliniske hverdag møter jeg ungdommer med sammensatte og tidvis omfattende psykiatriske vansker. Vanskene er ofte av en slik karakter at de utgjør store utfordringer i den daglige fungeringen hos ungdommen. Vanskene har variasjoner i grad av symptomtrykk og ungdommer beskriver ulik påvirkning av opplevd livskvalitet.

I denne masteroppgaven, som skrives som en del av et masterstudium i barn og unges psykiske helse, har vi blant annet forsøkt å beskrive hvilken innvirkning venneproblemer kan ha på opplevd livskvalitet for ungdom med emosjonelle vansker og ADHD-symptomer. Vi har forsøkt finne ut om jenter og gutter opplever disse symptomene forskjellig, og om venneproblemer har en medvirkende effekt og innvirkning på opplevd livskvalitet.

Oppgaveprosessen har vært lang, og tidkrevende. Jeg sitter tilbake med en stor følelse av takknemmelighet overfor min familie, som har holdt ut med meg i hektiske stunder. Deres toleranse, støtte og motivasjon har vært helt avgjørende for at jeg skulle komme i mål.

Jeg har lært utrolig mye på denne reisen, og jeg opplever å sitte igjen med kunnskap om hvordan jeg kan bringe ny faglig utvikling inn i min arbeidshverdag, i tillegg til kunnskap om hvordan man skal oppsøke og erverve ny viten og hvordan denne kan forstås.

For størstedelen av denne berikelsen må jeg rette en enorm takk til mine fantastiske veiledere, Frode Stenseng og Ingunn Ranøyen. Dere har delt raust med deres kunnskap og hatt tålmodighet og forståelse for at dette er nytt for meg. Dere har gjort en vanskelig og krevende prosess gjennomførbar, lærerik og spennende. Takk for konkrete og motiverende tilbakemeldinger, og hjelp og støtte i «fastlåste» situasjoner.

Spikkestad, 1.6.2016

Eva Gulliksrud

Innhold

Summary	2
Forord	3
Introduksjon	6
Livskvalitet.....	7
Kjønnforskjeller og livskvalitet	8
Psykiske vansker og psykiske lidelser	8
Kjønnforskjeller og psykiske lidelser	9
Emosjonelle vansker	9
Angst	10
Forekomst ved angst.....	10
Depresjon	11
Forekomst ved depresjon	11
Kjønnforskjeller ved depresjon.....	11
ADHD	12
Forekomst ved ADHD	13
Kjønnforskjeller ved ADHD.....	13
Venneproblemer	14
Forholdet mellom venneproblemer og ADHD-symptomer	14
Forholdet mellom venneproblemer og emosjonelle vansker	15
Forholdet mellom venneproblemer og (lav) livskvalitet.....	15
Denne studien.....	16
Problemstilling	16
Metode.....	17
Deltakere og prosedyre.....	17
Deltakere	17
Prosedyre.....	17
Instrumenter	18
Livskvalitet.....	18
Psykiske vansker	18
Etikk	19
Statistikk.....	20
Statistiske analyser	20
Resultater.....	20
Korrelasjonsanalyse og kjønnforskjeller	21
Stianalyse	22
Diskusjon.....	24

Livskvalitet hos ungdom med emosjonelle vansker vs. ADHD-symptomer	24
Forholdet mellom livskvalitet og emosjonelle vansker.....	25
Forholdet mellom livskvalitet og ADHD-symptomer	26
Kjønnsforskjeller i livskvalitet	26
Kjønnsforskjeller og emosjonelle vansker	27
Kjønnsforskjeller og ADHD-symptomer	27
Hva betyr venneproblemer i denne sammenhengen?.....	28
Emosjonelle vanskers innvirkning på venneproblemer	28
ADHD-symptomers innvirkning på venneproblemer	29
Begrensninger og konklusjon.....	30
Referanser.....	33
Vedlegg	43

Introduksjon

Ungdomstiden er for mange en krevende tid, og ungdom opplever forventninger og utfordringer på flere arenaer i hverdagen. Det være seg skolefaglige prestasjoner, fritidsinteresser, relasjon til jevnaldrende og hvordan de har det i familien sin. Summen av hvordan den enkelte ungdom opplever å strekke til eller mestre den enkelte arena vil gi oss antakelser om den enkeltes opplevde livskvalitet.

Livskvalitet kan defineres som en subjektiv opplevelse av eget følelsesmessig velvære, mellommenneskelige relasjoner, materiell velferd, personlig utvikling, fysisk velvære, selvbestemmelse, sosial inkludering og opplevelse av rettigheter som respekt, verdighet og likhet (Jozefiak, 2008, 2009; Mattejat & Remschmidt, 1998; Schei mfl. 2013). Livskvalitet er relatert til psykisk helse, og ungdommer med psykiske lidelser som depresjon eller Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) rapporteres å ha en betydelig lavere livskvalitet enn ungdom uten psykiske lidelser (Schei m.fl. 2013). Psykiske vansker er ofte langvarige og har med seg alvorlige ringvirkninger på flere av livets arenaer. Nyere studier viser at livskvalitet kan bedres ved behandling selv om symptomene vedvarer (Bastiaansen, Koot & Ferdinand, 2005). Livskvalitet kan derfor være et alternativt angrepspunkt i terapi. Jenter og gutter opplever symptomer på depresjon og ADHD ulikt (Bennett m.fl., 2005, Biederman & Faraone, 2005), men det er få studier som sammenligner livskvalitet hos jenter og gutter med symptomer på depresjon og ADHD. Vi vet også lite om venneproblemer blant ungdom med slike symptomer og om venneproblemer har innvirkning på opplevd livskvalitet.

Denne studien har til hensikt å bidra med kunnskap om det er en sammenheng mellom symptomer på ADHD, emosjonelle symptomer og opplevd livskvalitet hos ungdom i behandling i barne- og ungdomspsykiatrien. Vi vil se på om det er en sammenheng mellom venneproblemer og opplevd livskvalitet, og om det er forskjeller i livskvalitet mellom ungdom med symptomer på ADHD og emosjonelle symptomer. Dernest undersøker vi om opplevd livskvalitet hos ungdom med ADHD-symptomer og emosjonelle symptomer er forskjellig for jenter og gutter. Til sist vil vi se på om venneproblemer har en medierende effekt på opplevd livskvalitet hos ungdom med disse to vanskeområder.

Vi vil benytte data fra Helseundersøkelsen i Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk (Hel-BUP) som er en krysseksjonell studie blant alle ungdomspasienter i alderen 13-18 år ved BUP-klinikk, St. Olavs Hospital, med datainnsamling foretatt i perioden 2009-2011.

Ungdommene besvarte elektroniske spørreskjema om egen helse, og journaldata med

diagnoser og resultater fra kliniske prosedyrer ble innsamlet. Funn vil bidra til økt kunnskap om forskjeller på opplevd livskvalitet mellom disse to symptomgruppene og opplevde venneproblemer samt kjønnsforskjeller. Kunnskap fra prosjektet kan dermed bidra til økt behandlingskvalitet og forståelse av kompleksitet i symptombildet for unge med slike problemer.

Livskvalitet

Vår psykiske helse har stor innvirkning på vår opplevde livskvalitet. Livskvalitet som begrep er flerdimensjonalt og har ulike definisjoner (Coghill, m.fl., 2009). En ser ofte livskvalitet referert til som subjektivt oppfattet velvære og tilfredshet innen flere livsdomener (Mattejat & Remschmidt, 1998), som for eksempel fysisk og psykisk helse, venner, familie, skole, og tid alene.

Verdens Helseorganisasjon (WHO) definerte i 1947 livskvalitet som «en tilstand der man opplever fullstendig fysisk, mental og sosial velvære, og ikke bare fraværet av sykdom og karaktersvakhet» (Larsen, 2005). Det vil være nyttig med undersøkelser om barn og unges opplevelse av egen livskvalitet, da denne informasjonen kan gi viktig informasjon om folkehelsen og bidra i den videre forskningen på dette temaet. Opplevd livskvalitet er en subjektiv vurdering av egen tilstand, og det vil være nærliggende å tro at barn og unge er de beste informanter om egen livskvalitet. I motsetning til forskning på livskvalitet hos voksne, har vi (fortsett) få studier av barn og unge, og spesielt livskvalitet ved psykiske lidelser (Jozefiak, 2009).

I et klinisk utvalg gjennomførte Sawyer (2002) en studie der hensikten var å sammenligne helserelatert livskvalitet (HRQL) hos ulike grupper barn i alderen 6-17 år. Barna i undersøkelsen hadde enten ADHD, depresjon, atferdsforstyrrelser, en somatisk lidelse, eller ingen av disse diagnosene. Resultatene når de kontrollerte for alder, kjønn, og familiestruktur, var at barn med psykiske lidelser ble rapportert å ha en betydelig lavere livskvalitet på flere områder enn barn med somatisk lidelse, eller barn med ingen av disse lidelsene/ diagnosene. Studier viser at livskvaliteten hos barn og unge med psykiske lidelser kan øke under behandling selv om de psykiatriske symptomene vedvarer (Bastiaansen, Koot & Ferdinand, 2005). Dette viser at mer kunnskap om livskvalitet ved psykiske lidelser er viktig og kan være et alternativt angrepspunkt i behandling der symptomlette viser seg å være vanskelig.

I Midt-Norge har Thomas Jozefiak undersøkt livskvalitet målt hos barn og unge i alderen 8-16 år fra den generelle populasjonen i et skoleutvalg, der barna selv har skåret egen livskvalitet ved å benytte «Inventory for the Assessment of Life Quality in Children» (ILC). Jozefiaks data var innhentet fra 61 tilfeldig valgte årskull (blant skoletrinnene 4., 6., 8. og 10. klasse) der totalt 1.997 elever og deres foreldre utfylte to spørreskjemaer («vanlig befolkning»), samt 345 barn (og deres foreldre) som var henvist til BUP besvarte de samme skjemaene (Jozefiak, 2008). Jozefiak fant at det var lite samsvar mellom hvordan barna selv og deres foreldre vurderte barnets livskvalitet. I tillegg vurderte foreldre til barn i behandling ved BUP barnas livskvalitet som lavere enn det barna gjorde selv – i den vanlige befolkningen skårer barna egen livskvalitet noe lavere enn foreldrene. Barn med mentale helseproblemer og deres foreldre rapporterer også egen livskvalitet lavere enn barn med somatiske plager/utfordringer (Jozefiak, 2008).

Kjønnsforskjeller og livskvalitet

Både gruppen med barn som hadde vært i kontakt med BUP og gruppen av barn med somatiske plager rapporterte egen livskvalitet lavere enn hva friske barn gjorde (Jozefiak, 2008). Jenter rapporterte en lavere livskvalitet enn gutter (forskjellene var små, men signifikante). Disse funnene er i samsvar med resultatene fra tidligere forskning der jenter rapporterte lavere livskvalitet enn gutter (Ravens-Sieberer, Görtler & Bullinger, 2000; Ravens-Sieberer, Bettge & Erhart, 2003; Mattejat, m.fl. 2003).

Studier viser at ungdom med ulike psykiatriske diagnoser ikke rapporterer signifikant forskjellig livskvalitet (Bastiaansen, m.fl. 2004), men vi har ikke vært i stand til å finne studier som sammenligner livskvaliteten hos jenter og gutter med ulike psykiske symptomer. I tillegg kan det tenkes at symptomtrykk og alvorlighetsgrad heller enn diagnostiske kategorier påvirker livskvalitet (Bastiaansen m.fl., 2004). For å ta høyde for dette vil vi i denne studien ta utgangspunkt i symptomer på Emosjonelle vansker og ADHD i stedet for diagnoser og undersøke om mengden av slike symptomer har ulik betydning for livskvalitet.

Psykiske vansker og psykiske lidelser

For at man best skal forstå grad av symptomer og lidelsestrykk må vi skille mellom psykiske vansker og psykiske lidelser. Ved psykiske lidelser oppleves symptomtrykk å være så høyt at man kan sette en diagnose for å beskrive vanskene (f.eks. angst, depresjon eller ADHD). En diagnose settes på bakgrunn av en grundig kartlegging og vurdering av en psykolog eller en barne- og ungdomspsykiater (Mathiesen, 2009).

Psykiske vansker brukes som beskrivelse når vanskene er av en slik karakter at de går ut over funksjonsnivå, læring, trivsel og sosiale relasjoner/samvær. Ved psykiske vansker vil ikke vanskene være av en slik karakter at kriterier for en diagnose tilfredsstilles (Mathiesen, 2009).

Man anslår at 15 – 20 % av barn og unge under 18 år har nedsatt funksjon på grunn av psykiske vansker (Mathiesen, 2009). Analyserte data fra levekårsundersøkelsen 2005 gjort av Folkehelseinstituttet fant at 13 % av ungdommene rapporterte betydelige emosjonelle vansker (Helland & Mathiesen, 2009). Blant barn og unge med psykiske helseproblemer i Europa estimerer man at en femtedel opplever emosjonelle, atferdsproblemer eller hyperaktive vansker som påvirker deres funksjon i hjemmet, på skolen og i samfunnet generelt (WHO, 2004), to av de mest vanlige psykiske vansker i barndommen er nettopp symptomer på emosjonelle vansker og ADHD (Swords m.fl., 2011). Når disse vanskene er av en slik karakter at de går ut over funksjonsnivå, konsentrasjonsevne og sosiale relasjoner, er det nærliggende å tro at disse har en stor innvirkning på opplevd livskvalitet.

Kjønnsforskjeller og psykiske lidelser

Før fylte 12 år, er to av tre barn med diagnostiserbare psykiske lidelser gutter. Etter puberteten endrer dette bildet seg, da to av tre unge med psykiske lidelser er jenter (Wichstrøm, 1999). Hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker, atferdsforstyrrelser og ADHD er de vanligste henvisningsgrunnene for gutter. Flest jenter blir henvist på grunn av tristhet, depresjon og emosjonelle symptomer. Men sett under ett er angstlidelser den vanligste typen psykiske lidelser blant barn og unge (Mathisen, 2009). Fra 12 til 14 årsalderen og fremover i ungdomsårene er angst og depresjon de klart største diagnosegruppene med henholdsvis 10 - 15 %, og 3 - 8 % (Merikangas, 2005).

Emosjonelle vansker

Ved emosjonelle vansker er både depresjons- og angstsymptomer sentrale. Vanskene beskrives ofte som internaliserende symptomer og plager og inkluderer nedstemthet, tristhet, engstelse, og problemer med spising og søvn (Achenbach, 1991; Idsøe, 2012). Angst og depresjon er blant de hyppigste psykiske lidelsene i barne- og ungdomsårene (Costello, m. fl., 2003; Merikangas, 2005). Det er en sterk samvariasjon mellom angst og depresjon også i tidlig barndom og videre i ungdomstiden (Anderson & Hope, 2008; Idsøe, 2012). Rundt 40 % av unge med en depresjonslidelse har samtidig en angstlidelse, og rundt 20 % av ungdom med en angstlidelse har også en depresjonslidelse (Angold, Costello, & Erkanli 1999; Avenevoli,

S. & Steinberg, 2001). Angstlidelser utvikles ofte tidligere enn depresjon. Dette kan tilsi at depresjon er sekundært til angst, eller at begge lidelser har utgangspunkt i en felles sårbarhet (Eley & Stevenson, 1999).

Komorbiditet mellom depresjon og andre psykiske lidelser er vanlig (Lewinsohn, m.fl., 2003). To tredjedeler av barn henvist til psykiatrisk behandling med depresjon hadde minst en annen psykiatrisk diagnose, og depresjonen kom senest i forløpet i 74 % av tilfellene (Sorensen m.fl., 2005). Man kan derfor anta at en ren depressiv tilstand er svært sjelden (Sund, 2012). Angstlidelser er som nevnt en av de vanligste psykiske lidelser i barndommen, der en i tidlig skolealder kan se flere barn streve med for eksempel separasjonsangst (Grøholt, Sommerschild & Garløv, 2003). Depresjon har høy komorbiditet med andre psykiske vansker og lidelser. Komorbiditet ser ut til å være en regel, fremfor et unntak, og da spesielt hos ungdom (Brent & Weersing, 2008). Resultater fra ulike studier av ungdom viser at de vanligste komorbide lidelsene er angst, samt atferds-, spise- og rusproblemer (Avenevoli m.fl., 2008). I møte med deprimerte barn vil det for øvrig være viktig å være observant for at de har en forhøyet risiko for angst, atferdsforstyrrelser, spiseforstyrrelser og rusmisbruk (Avenevoli mfl., 2008; Rohde, Lewinsohn & Seeley, 1991).

Angst

Skillet mellom normal frykt og symptomer på en angstlidelse må ses i sammenheng med barnets modenhetsnivå. Symptomer ved en angstlidelse kommer til uttrykk når barnet viser engstelse som er atypisk for sin alder, oppleves skremt (intens styrke) og der disse opplevelsene forårsaker mye ubehag og påvirker barnets daglige fungering hjemme, på skolen, eller blant venner og familie (Mathisen, 2009).

Forekomst ved angst

Forekomsten av angst kan variere mellom angsttyper og fra studie til studie, men på tross av dette anslås det at rundt 20 % vil få en angstlidelse i løpet av oppveksten. Opp mot halvparten av disse vil ha tydelig funksjonsnedsettelse på grunn av angstproblemene (Merikangas, 2005; Costello m. fl., 2005). Både i barn- og i ungdomsalder er det flere jenter som blir henvist på grunn av emosjonelle symptomer enn gutter. Sett under ett er angstlidelser den vanligste typen psykiske lidelser blant barn og unge (Mathisen, 2009).

Depresjon

Depresjon rangeres av Verdens Helseorganisasjon som nummer fire av sykdommer når det gjelder redusert livskvalitet og funksjon (Dalgard & Bøen, 2008). Symptomer på depresjon er noen av de mest vanlige plagene i ungdomsårene og kjennetegnes av en vedvarende og gjennomgripende tristhet, tiltaksløshet i forhold til at man mister interessen for aktiviteter man før fant interessante og irritabilitet. Den unge kan vise en relativt lav interesse for sosial interaksjon, samt være lite mottakelig for oppmerksomhet fra andre (Brent & Weersing, 2008). Studier basert på diagnostiske intervjuer og selvrappport indikerer at symptomer på depresjon øker sterkt i ungdomstiden, og at denne økningen begynner i 13-15-års alder. Ungdom som sliter med en depresjon fungerer som regel dårligere sammen med familie og venner, og de presterer ofte dårligere på skolen sammenlignet med ungdom uten depresjon (Mathiesen m.fl., 2007).

Depressive lidelser vurderes fra milde og moderate til alvorlige og klassifiseres på bakgrunn av gjennomgripenhet, samt tilstedeværelse eller fravær av mani (Brent & Weersing, 2008). Det vurderes også om tilstanden er kronisk, og med eller uten psykotiske symptomer. Typisk ved en alvorlig depresjon er at et knippe av symptomer forekommer samtidig, dessuten er den daglige fungeringen ganske mye nedsatt. Depresjon er ikke veldig forskjellig hos barn og hos voksne, men for barn kan symptomene være vanskeligere å se for omgivelsene (Sund, 2006).

Forekomst ved depresjon

En sammenfatning av ulike studier indikerer at alvorlig depresjon rammer mellom 1-7 % av alle ungdommer i populasjonen (Neumer & Aalberg, 2005). Tallene er utledet fra internasjonale studier. En sammenfatning av norske studier indikerer imidlertid at 15-20 % av ungdom har betydelige symptomer på depresjon, og at opptil 5 % har en diagnostiserbar depressiv lidelse (Rosenvinge, 2011).

Kjønnsforskjeller ved depresjon

Depresjon finnes i alle aldersgrupper, fra små barn til ungdommer, men noen av symptomene kan være ulik i de ulike aldersgruppene (Brent & Weersing, 2008). Før puberteten finner man hos gutter en lik eller noe forhøyet forekomst av angst eller depresjon sammenlignet med jentene (Zahn-Waxler, Crick, Shirtcliff & Woods, 2006; Sund m.fl., 2012). Dette ser ut til å endre seg noe i ungdomsårene (ca. 15 års alder), der en finner at det er

en dobbelt sannsynlighet for at jenter har opplev en depressiv episode fremfor gutter (Cyranowski, Frank, Young, & Shear, 2000; Sund m. fl., 2011).

En studie, gjort av Bennett, Ambrosini, Kudes & Rabinovich (2005), fant at det eksisterer noen ulikheter i symptombildet hos gutter og jenter i ungdomsårene. Sett opp mot guttene, var deprimerte jenter mer preget av skyldfølelse og dårlig selvtillit. De hadde også en større grad av kroppskomplekser, liten tro på egne evner, konsentrasjonsproblemer, tristhet, søvnproblemer og bekymringer over egen helse. Gutter viste imidlertid mer tegn på nedstemthet og tiltaksløshet. Slike forskjeller i symptombilde kan også tenkes å påvirke hvordan jenter og gutter med depressive symptomer opplever sin livskvalitet.

Forhøyet forekomst av symptomer på angst og depresjon blant jenter i puberteten kan ses i sammenheng med utviklingsprosesser i jentenes liv. Store endringer i hormoner og hormonreseptorer, ulik utvikling i hjernen på tvers av kjønn og interaksjonen av disse faktorene med genetik og miljø har alle blitt foreslått som årsaker til kjønnsforskjeller i unges angst og depresjon (Paus, Keshavan & Giedd, 2008).

Ungdom er i stor utvikling og er utsatt for flere typer påkjenninger som kan medføre depressive vansker. Et fåtall får alvorlige depresjoner, mens det store flertallet opplever mildere depresjoner i en tidsavgrenset periode. Som Brent & Weersing, (2008) skriver, vil ungdom med alvorlige depresjoner få betydelig redusert livskvalitet, men vi vet mindre om ulikt symptomtrykk gir ulik opplevelse av livskvalitet og hvordan dette er relatert til opplevd livskvalitet ved andre psykiske symptomer.

ADHD

Hyperaktive vansker og atferdsvansker kan gjenkjennes ved eksternaliserende symptomer og atferd som aggresjon, irritabilitet, norm- og regelbrudd, impulsivitet, hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker/ uoppmerksomhet (Achenbach, 1991; Gillberg, 2010), for å nevne noen.

Ved hyperaktive vansker finner man flere forenelige symptomer med Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). ADHD er en nevrologisk forstyrrelse som først og fremst innebærer økt uro og vansker med oppmerksomhet. Diagnosen er godt kjent innen barne- og ungdomspsykiatrien. Pasienter med ADHD har diagnostiske kjennetegn som konsentrasjonsproblemer, hyperaktivitet og impulsivitet.

Studier har vist at tilleggsvansker som emosjonelle- og atferdsproblemer vesentlig øker pasientens sårbarhet (Steinhausen mfl. 2006; Gillberg 2010) og risiko for et ugunstig langsiktig utfall (Althoff, mfl., 2010; Biederman mfl. 2009). Det er også vanlig med psykiske problemer som angst, depresjon og lav selvfølelse (Rasmussen m.fl. 2001; Torgersen m.fl. 2006). Nåværende dokumentasjon tyder på at ADHD til dels er en arvelig lidelse (Nigg, Nikolas & Burt, 2010).

Forekomst ved ADHD

ADHD er en av de vanligste psykiske lidelser i barndommen (Merikangas m.fl. 2010), som påvirker 3 - 9 % av alle barn i skolealder (APA, 2000) og med et verdensomspennende prevalensestimert på 5 % (Polanczkk m.fl. 2007). I Norge regner Sosial- og Helsedirektoratet med at 3-5 % av barn og unge under 18 år har ADHD, noe som innebærer at det i gjennomsnitt er ett barn med ADHD i hver skoleklasse. Barn og unge med ADHD opplever langvarige vansker på flere områder knyttet til livskvalitet og sosial tilpasning (Lee m.fl., 2008). Problemer i forhold til jevnaldrende er kjent å være særlig gjennomgripende og hemmende (Hoza 2007; Landau m. fl., 1998; Pelham & Fabiano, 2008).

Kjønnsforskjeller ved ADHD

Befolkningsundersøkelser viser at dobbelt så mange gutter som jenter har symptomer på ADHD. Blant barn som henvises til spesialist, er det inntil ni gutter for hver jente som får diagnosen ADHD (Arnold, 1996).

Årsakene til kjønnsforskjellene er ikke kjent, men en hypotese er at ADHD arter seg annerledes hos jenter enn gutter; at jenter er mindre urolige og hyperaktive, men i større grad har oppmerksomhetsproblemer. Jenter får oftere diagnosen i ungdomsårene og ung voksen alder enn i barneskolealder, blant annet fordi de selv kontakter helsevesenet når de blir eldre. At så mange flere gutter enn jenter henvises i skolealder, kan delvis skyldes at gutter oftere har vansker med utagerende atferd, og at dette skaper problemer i undervisningssituasjonen (Biederman & Faraone, 2005).

Ut i fra dette kan man anta at jenter med en senere diagnostisering har en opplevelse av dårligere livskvalitet, da de har strevet lenge med problemene på egenhånd. Gutter, med tidligere diagnostisering, kan med tidligere behandling/hjelp få en bedring i sin opplevde livskvalitet. Ut i fra dette kan man også anta at jenter og gutter vil skåre opplevd livskvalitet forskjellig.

Venneproblemer

Flere barn og unge har utfordringer i forhold til jevnaldrende, og disse vanskene kommer til uttrykk på forskjellig vis hos den enkelte. Blant utfordringene man finner er vansker med å få innpass i jevnaldningsgruppen, samt etablere og holde på vennskap (Ogden, 2011). Den enkeltes sosiale kompetanse vil være avgjørende for hvordan en vil lykkes med en slik integrering i jevnaldergruppen (Ogden, 2011).

Barn og ungdom som mislykkes i sine forsøk på å etablere sosiale relasjoner og vennskap blir ofte avvist eller oversett, og en kan ofte se at disse barna har aldersadekvate mangler om sosiale ferdigheter. Dette kan igjen skyldes at barnet ikke har lært hvordan det skal etablere sosiale relasjoner til de rundt seg (Ogden, 2011).

Venner er viktig for utviklingen på flere områder. Et venneforhold er et unikt forhold, der begge involverte parter har lik status, og av den grunn blir den primære arena hvor barn og unge lærer seg samarbeid, forhandling og konfliktløsning, noe som er svært viktige sosiale egenskaper for å kunne ha sosiale liv (Hoza, 2007). Sett i dette perspektivet kan en for barn og unge med venneproblemer også forutse utfordringer senere i livet (f.eks. lovovertridelser, avbrutt skolegang, misbruk av rusmidler, læringsproblemer, skulking og psykologisk mistilpasning) som en følge av disse vanskene (Hoza, 2007). Faktisk tilsier funn at påvirkning fra venner er mer prediktive når det gjelder senere psykisk funksjonsnivå enn andre typiske undersøkte variabler, som f.eks. karakterer, IQ eller mål på fravær (Hoza, 2007).

Respons og reaksjoner fra vennegruppen kan i stor grad påvirke og vedlikeholde ungdommens vansker over lengre tid (Deater-Deckard 2001). Man vet gjennom studier og litteratur at vennegruppens holdninger, handlinger/oppførsel og intensjoner rettet mot de som har vanskene i stor grad er negative (Adler & Wahl, 1998; Walker, Coleman, Lee, Squire & Friesen, 2008; Weiss, 1986, 1994), dette selv om undervisning og kunnskapsintervensjoner kan ha en positiv innflytelse og effekt (Naylor, Cowie, Walters, Talamelli & Dawkins, 2009).

Forholdet mellom venneproblemer og ADHD-symptomer

Venneavvisning er gjennomgripende blant barn med ADHD og er karakteriserende for 52-82 % av barn med disse vanskene (Hoza, Mrug m.fl., 2005; Pelham, Bender, 1982), dette avhengig av definisjonen om avvisning og hvilke utvalg som er benyttet. Venneavvisning utvikler seg raskt i nye sosiale grupper (Erhardt, Hinshaw, 1994), og når denne er etablert oppleves denne å være vanskelig å skulle endre. Disse vanskelighetene kjennetegner barn med ADHD av begge kjønn og begynner i tidlig alder, for eksempel 7-års alderen (Hoza, Mrug m.

fl., 2005), og en kan da anta at venneavvisningen vil hemme disse barnas viktige utviklingsmuligheter med jevnaldrende inn i ungdomsårene (Murry-Close m.fl., 2010).

Flere studier viser til at barn med ADHD har lavere sosiale preferanser og færre vennskap (Hoza, Mrug m.fl., 2005; Hoza, Murg, Gerdes m.fl., 2005) enn sine jevnaldrende. En ser også at selv når vennskap dannes, så ser disse ut til å være mindre stabile og av en dårligere kvalitet enn de som typisk utvikles hos jevnaldrende (Blachman & Hinshaw, 2002). I en studie av Hoza, Murg og Gerdes (2005) fant man at 52 % av barn med ADHD kom i kategorien «avvist» og at under 1 % kom i kategorien «populær». Disse tallene er konsistente i forhold til tidligere undersøkelser, der man finner at 82 % av barn med ADHD har avvisningskårer på ett standardavvik eller mer over gjennomsnittet, og at 60 % har to standardavvik eller mer over gjennomsnittet (Hoza, Murg, Gerdes m.fl., 2005).

Forholdet mellom venneproblemer og emosjonelle vansker

Emosjonelle vansker defineres som psykiske vansker (ikke psykiske lidelser) som har en internaliserende karakter, som for eksempel nedstemthet, tristhet eller engstelse. En betydelig andel av de som har emosjonelle vansker i perioder har også i perioder atferdsvansker, det vil si utagerende atferd som aggresjon, norm- og regelbrudd (Idsøe, 2012). Mobbing er et eksempel på en emosjonell belastning som kan utløse emosjonelle vansker, og undersøkelser (Siegel, La Greca & Harrison, 2009) har vist at barn og unge som kommer inn i skolen med allerede eksisterende emosjonelle vansker (for eksempel angstsymptomer) kan være ekstra utsatt for mobbing. Mobbing kan i denne sammenhengen forstås som venneproblemer. Ungdom med utagerende adferd (for eksempel som konsekvens av emosjonelle vansker) vil også være sårbare for å oppleve venneproblemer.

Forholdet mellom venneproblemer og (lav) livskvalitet

I tidlig barndom markerer det seg et tydelig utviklingsskille, der kvaliteten på jevnaldrende relasjoner, roller og omdømme utfordres og en er i behov av at en utvikler seg i takt med jevnaldrende gruppen (Hoglund & Chrisholm, 2013). Utviklingen i jevnaldrende gruppen blir nå stadig med fremtredende for barnets psykososiale justering, slik som deres evne til å regulere følelser som sinne, tristhet og angst (Rubin, Bukowski, Parker & Bowker, 2008). Det er dessverre noen av barna som etablerer dårligere forhold til jevnaldrende, og utvikler et negativt omdømme innad i gruppen. Det å bli mislikt, eller ekskludert av jevnaldrende gruppen har en tendens til å være mer stabilt over tid tidlig i ungdomstiden, enn tidlig i barndommen (Leadbeater, Hoglund, 2009 ; Pettit, m.fl., 1996). En

kan ut i fra dette tenke at ungdom med disse vanskene, over tid har gjort seg flere uheldige erfaringer på flere områder i den sosiale utviklingen, og at dette vil ha innvirkning på opplevd livskvalitet. Det har ikke lyktes å finne studier som undersøker denne sammenhengen spesifikt.

Denne studien

Problemstilling

Med bakgrunn i den presenterte forskningslitteraturen, kommer det frem at man fortsatt vet lite om hvordan vennerelasjoner er relatert til opplevd livskvalitet hos ungdom med ADHD-symptomer og Emosjonelle vansker under klinisk oppfølging. Det er uklart om dårlige vennerelasjoner kan forverre allerede lav livskvalitet hos ungdommer med ADHD-symptomer og Emosjonelle vansker, men også motsatt, om gode relasjoner kan gi forbedret livskvalitet hos slike ungdommer. Det er også uklart i hvilken grad kjønn spiller noen rolle i dette bildet.

Vi ønsker i denne studien å undersøke sammenhenger mellom livskvalitet, ADHD-symptomer, emosjonelle symptomer og opplevde venneproblemer hos ungdom med symptomer på ADHD og symptomer på Emosjonelle vansker. I første omgang ønsker vi å undersøke om det er sammenheng mellom opplevd livskvalitet og venneproblemer. Deretter om det er forskjeller i opplevd livskvalitet mellom ungdommer med symptomer på ADHD og symptomer på depresjon, og om det er forskjeller mellom jenter og gutter. Til slutt ønsket vi å teste i hvilken grad venneproblemer forsterker eller reduserer sammenhengen mellom symptomer på ADHD og depresjon med livskvalitet, altså om venneproblemer er en mediator.

Opgavens tema og problemstilling er «Venneproblemers virkning på opplevd livskvalitet hos ungdom med symptomer på ADHD og depresjon».

Vi har valgt å konkretisere følgende forskningsspørsmål:

- *Er det sammenhenger mellom livskvalitet, ADHD- symptomer, emosjonelle symptomer og opplevde venneproblemer?*
- *Er eventuelle sammenhenger mellom disse variablene forskjellige for jenter og gutter?*
- *Har venneproblemer en medvirkende effekt på opplevd livskvalitet hos ungdom med ADHD- symptomer og emosjonelle symptomer?*

Metode

Det er benyttet data fra Helseundersøkelsen i Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk (Hel-BUP) som er en krysseksjonell studie blant alle ungdomspasienter i alderen 13-18 år ved BUP-klinikk, St. Olavs Hospital, med datainnsamling foretatt i perioden 2009-2011.

Ungdommene og deres foreldre besvarte elektroniske spørreskjema om egen og familiens psykiske helse. I tillegg gjennomførte ungdommene en kort klinisk undersøkelse, og genetisk materiale og journaldata ble innsamlet. Journaldata omfatter diagnoser og resultater fra kliniske prosedyrer. I dette prosjektet vil spørreskjemadata fra ungdom og journaldata bli benyttet.

Deltakere og prosedyre

Deltakere

Alle pasienter i aldersgruppen 13-18 år som besøkte BUP-klinikk minst én gang mellom februar 2009 og februar 2011 og med hjemstedsadresse i Sør-Trøndelag ble invitert til å delta i undersøkelsen (inklusionskriterier). Eksklusjonskriteriene for deltakelse i studiet var språkproblemer, psykisk helsetilstand, kognitiv tilstand eller synsproblemer. Akuttpasienter ble invitert til å delta når de ble stabile.

2032 ungdommer oppfylte inklusionskriteriet, mens 289 oppfylte eksklusjonskriteriene. I tillegg gikk 95 tapt i registreringsprosessen (dvs. mangler, se Schei, m.fl. 2013). 1648 (81,1 %) ungdommer ble invitert til å delta i undersøkelsen, hvorav 717 (43,5 %) gjennomførte undersøkelsen. Dette utgjorde 393 jenter (54,8 %) og 324 gutter (45,2 %), og gjennomsnittsalder var 15,6 år (standardavvik 1,65).

Prosedyre

Pasienter mellom 13 og 18 år mottok i innkallingsbrev fra BUP-klinikk en orientering om forskningsprosjektet sammen med en informasjonsbrosjyre. Ved personlig oppmøte ved klinikken fikk ungdom og foreldre mer informasjon om forskningsprosjektet fra forskningsassistenter.

Ungdommen (og deres foreldre dersom ungdommen var under 16 år) ble bedt om å undertegne informert samtykke og tillatelse til uthenting av opplysninger fra journal ved BUP-klinikk. Deltakere besvarte elektroniske spørreskjema på pc ved klinikken.

Prosjektbeskrivelse ble godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Instrumenter

Livskvalitet

Livskvalitet ble målt med Inventory of Life Quality in Children and Adolescents (ILC). Denne skalaen måler helsereelatert livskvalitet hos barn og unge med psykiske og somatiske lidelser i alderen 6-18 år på ulike livsområder som skole, sosial kontakt, fritidsaktiviteter, fysisk og psykisk helse (Jozefiak, 2012). Spørreskjemaet består av sju ledd samt to testledd som måler henholdsvis livskvalitet og sykdomsbelastning. I denne studien ble leddene som måler livskvalitet benyttet. Disse måles på en fem-punkt skala (1 = veldig bra, 5 = veldig dårlig). Den norske oversettelsen av Thomas Jozefiak og Ulrich Linnemann er utført i tråd med internasjonale retningslinjer og basert på den tyske originalen av ILC utviklet av Mattejat og Remschmidt i 2006.

Det foreligger norske normer basert på et representativt populasjonsutvalg av barn og unge, 6-18 år, i Sør-Trøndelag fylke. Fra samme fylke er det også kliniske sammenligningsverdier fra et barne- og ungdomspsykiatrisk utvalg.

Psykiske vansker

Symptomer på hyperaktivitet/ADHD og emosjonelle symptomer og venneproblemer ble målt ved hjelp av den norske versjonen (Van Roy, Grøholt, Heyerdahl & Clench-Aas, 2006) av Strengths and Difficulties Questionnaire ("SDQ") (Goodman, 1997). SDQ er et selvrapportert spørreskjema med 25 spørsmål som måler atferdsproblemer, emosjonelle problemer, aggressiv atferd og oppmerksomhetsproblemer (Goodman, 1997). I denne studien ble subskalaene emosjonelle problemer, hyperaktive vansker og venneproblemer benyttet.

Hvert spørsmål har 3 svaralternativer: «stemmer ikke», «stemmer delvis» og «stemmer helt». Svarene kan skåres 0-2 og temaområdene kan skåres separat (0-10).

Subskalaene har tilfredsstillende til god indre konsistens (Becker m.fl., 2006).

SDQ sitt selvrapporteringsskjema for ungdom har vist tilfredsstillende begrepsvaliditet og indre konsistens (Goodman, 2001), samt i en fersk norsk studie (Van Roy, Veenstra & Clench-Aas, 2008). SDQ er utviklet for å måle psykologiske tilpasninger/endringer hos barn og ungdom (Goodman, 1997), og har etablert seg som et vidt anvendt verktøy/instrument i psykiske helseundersøkelser (Vostanis, 2006).

Delskalaene i SDQ er ikke laget for å være i tråd med ICD-10 eller DSM-IV diagnoser, men Hyperaktivitet beskriver atferd mange vil forbinde med ADHD, så som uoppmerksomhet, konsentrasjonsvansker og impulsivitet (Achenbach, McConaughy & Howell, 2008).

Emosjonelle vansker beskriver atferd som tristhet, tilbaketrekking og angst (Idsøe, 2012). Venneproblemer beskriver en tilstand med lav sosial kompetanse med utfordringer tilknyttet etablering av nære vennskap og innpass i vennegrupper (Ogden, 2011).

Etikk

Hel-BUP ble utført med godkjenning fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. Ungdommene og deres foresatte fikk både skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet, og alle deltakere (og minst en forelder når ungdommen var under 16 år) ga skriftlig informert samtykke til å delta i undersøkelsen.

Deltakere ble forsikret om at deltakelse var frivillig og ikke smertefullt, og at de når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen uten negative konsekvenser. De ble spesielt informert om at trekk fra undersøkelsen ikke ville påvirke deres behandlingstilbud. En forskningsassistent fulgte med på eventuelle emosjonelle reaksjoner hos deltakerne. Dersom slike reaksjoner inntraff, ble behandlere ved BUP-klinikk kontaktet.

Data ble behandlet og oppbevart konfidensielt. Data er aidentifisert og forskere vil ikke få tilgang til personidentifiserbare opplysninger. Denne studien søkes godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Statistikk

Statistiske analyser

For statistiske analyser ble Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows, versjon 21 benyttet. I analysen ble deskriptiv statistikk samt bivariate analyser og stianalyse anvendt. Den foreslåtte stimodellen ble testet i AMOS. 21.0, som er et program for å utføre strukturell ligningsmodellering (SEM-analyser).

Deskriptiv statistikk ble anvendt for å beskrive datasettet ved for eksempel gjennomsnitt, median og standardavvik (beskrivelse av fordeling på variabler). I bivariate analyser bruker man to variabler og analyserer hvordan disse forholder seg til hverandre.

Uavhengig *t-test* ble brukt for å se om det var statistisk signifikante kjønnsforskjeller mellom opplevd livskvalitet, hyperaktive vansker, emosjonelle vansker og venneproblemer.

Forskjell på andelen mellom grupper ble analysert ved hjelp av en *t-test* (for normalfordelte variabler). En *p-verdi* på 0,05 ble vurdert som statistisk signifikant.

I stianalyser har man muligheten til å undersøke i hvilken grad en teoretisk modell samsvarer med mønstre i et datamateriale, også inkludert latente faktorer. I modellen ble Emosjonelle vansker og ADHD-symptomer plassert som uavhengige prediktorvariabler helt til venstre i modellen, mens Lav livskvalitet ble plassert som avhengig variabel lengst til høyre i modellen. Mellom disse plasserte vi Venneproblemer, siden denne ble foreslått som en mediatorvariabel (se Figur 1). Vi la inn en korrelasjon mellom Emosjonelle vansker og ADHD-symptomer siden disse kan antas å overlape hverandre i noen grad. Videre la vi inn «sekker» for feilvarians i modellen (e_1 og e_2).

Resultater

Vi undersøkte hvordan ungdommene i utvalget fordelte seg på de utvalgte variabler. For variablene Emosjonelle vansker, ADHD-symptomer og Venneproblemer går skaleringen fra 0-10, der skalering 1 tilsier liten grad av vansker, og skalering 10 tilsier stor grad av vansker. Skårer for opplevd livskvalitet går livskvalitet skalaen fra 6-36, der 6 ligger i området høy grad (god) av livskvalitet og 36 ligger i området lav grad av livskvalitet (dårlig livskvalitet). Jo høyere skåre, jo lavere livskvalitet. Tabell 1 viser gjennomsnittsskåre og standardavvik for variablene i denne studien.

Tabell 1 Oversikt variabler på forholdstallsnivå benyttet i analyse

	N	Range	Min	Max	Mean	Sd
Fødselsår	717	8	1990	1998	1994,27	1,75
Emosjonelle vansker	628	10	0	10	4,68	2,67
ADHD- symptomer	628	10	0	10	5,48	2,37
Venneproblemer	628	10	0	10	2,72	2,05
Lav livskvalitet/ Livskvalitet	703	29	6	35	16,84	5,17

Tabellen beskriver utvalgsstørrelser, range, minimums- og maksimumsverdier, gjennomsnitt og standardavvik.

Korrelasjonsanalyse og kjønnsforskjeller

Korrelasjoner er beskrevet med positive eller negative sammenhenger og betegnes i tillegg som svake, moderate, eller sterke. For psykologiske mål ses eksempelvis en korrelasjon på 0,15 som svak, en på 0,35 er moderat, mens en på 0,55 er høy (Svartdal, 2015). I denne studien vil vi benytte denne definisjonen.

Tabell 2 Pearsons *r*

	1.	2.	3.	4.	5.
1. Kjønn	-				
2. Emosjonelle	-,52**	-			
3. ADHD- symptomer	-,09*	,25**	-		
4. Venneproblemer	-,05	,34**	,04	-	
5. Lav livskvalitet	-,31**	,52**	,29**	,34**	-

* Korrelasjonen er signifikant på 0,05 verdien (2-halet)

** Korrelasjonen er signifikant på 0,01 verdien (2-halet)

Tabell 2 viser at Emosjonelle vansker har en sterk sammenheng (korrelerer høyt) med opplevd Lav livskvalitet (.52, $p < 0,01$). Vi finner også at Emosjonelle vansker har en sterk negativ korrelasjon med kjønn (-.52, $p < 0,01$), som forteller oss at jenter skårer høyere enn gutter på emosjonelle vansker. Vi finner også en svak, men signifikant sammenheng mellom Emosjonelle vansker og ADHD-symptomer (.25, $p < 0,01$).

ADHD-symptomer har en svak men signifikant sammenheng med Lav livskvalitet (.29, $p < 0,01$). Sammenhengen mellom ADHD-symptomer og kjønn er svak (negativ), men signifikant (-.09, $p < 0,05$) (en svak overvekt av jenter som rapporterer å ha hyperaktive vansker).

Vi finner ingen signifikant sammenheng mellom ADHD-symptomer og venneproblemer. Mens for Emosjonelle vansker og venneproblemer finner vi en moderat

sammenheng (.34, $p < 0,01$). Venneproblemer har en moderat sammenheng med Lav livskvalitet (.34, $p < 0,01$) og ingen signifikant sammenheng med kjønn.

Det kan da se ut som at ungdom med Emosjonelle vansker i større grad har venneproblemer enn ungdommer med ADHD-symptomer, og at ungdom med Emosjonelle vansker opplever å ha en dårligere livskvalitet enn ungdommer med ADHD-symptomer.

Vi ønsket å se på sammenheng mellom venneproblemer og opplevd livskvalitet og fant en moderat sammenheng mellom variablene, men ingen signifikant sammenheng med kjønn. Ungdommer med emosjonelle vansker har lav livskvalitet, og jenter har lavere livskvalitet enn gutter. Det kan se ut til at ungdom med venneproblemer opplever å ha en dårligere livskvalitet enn ungdom med ADHD-symptomer.

Tabell 3 Kjønnforskjeller (t-test)

	Emosjonelle v.*		ADHD- symptomer		Venneproblemer		Lav livskvalitet*	
	Jenter	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter	Gutter
n	349	279	349	279	349	279	389	314
Mean	5,91	3,15	5,66	5,25	2,82	2,60	18,3	15,0
SD	2,45	2,05	2,36	2,37	2,04	2,07	5,15	4,59
t	15,36		2,13		1,338		8,861	
df	624,7		626		626		694,2	
p	0,001		0,034		0,181		0,001	

* Levenes test for like varianser er signifikant (ved konfidensintervall = 95 %)

Tabell 3 viser at signifikant flere jenter ($M=5,91$; $SD\ 2,45$) rapporterte om Emosjonelle vansker sammenlignet med gutter ($M=3,15$; $SD\ 2,05$), ($t(625)=15,36$, $p < 0,001$). For ADHD- symptomer var fordelingen mer lik: jenter ($M=5,66$; $SD\ 2,36$) mens de for gutter var ($M=5,25$; $SD\ 2,37$), ($t(626)=2,13$, $p < 0,05$). Det vil si at en veldig svak, men signifikant overvekt av jentene rapporterte om ADHD-symptomer. For venneproblemer fant vi ingen signifikant forskjell på opplevde venneproblemer blant jenter ($M=2,82$; $SD\ 2,04$) og gutter ($M=2,60$; $SD\ 2,06$), ($t(626)=1,34$, $p > 0,05$). Jenter hadde signifikant lavere livskvalitet ($M=18,3$; $SD\ 5,16$) enn gutter ($M=15$; $SD\ 4,59$), ($t(694)=8,86$, $p < 0,001$)).

Stianalyse

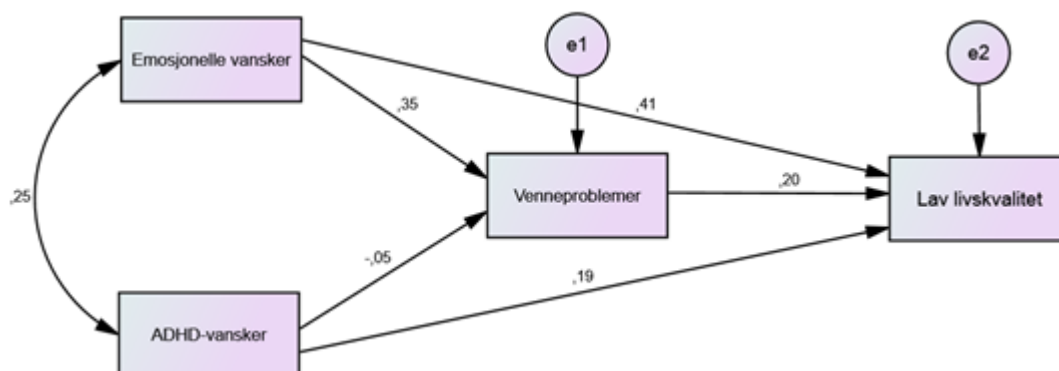
Analysene av stimodellen (se Figur 1) viste at både Emosjonelle vansker og ADHD-symptomer hadde en effekt på Lav livskvalitet (respektive beta-effekter på $\beta = .41$, $p < .001$

og $\beta = .19, p < .001$). Videre hadde Emosjonelle vansker en effekt på Venneproblemer ($\beta = .35, p < .001$), mens ADHD-symptomer ikke hadde det ($\beta = -.05, p = .23$), Venneproblemer hadde en effekt på Lav livskvalitet ($\beta = .20, p < .001$). Emosjonelle vansker korrelerte med ADHD-symptomer ($r = .25, p < .001$).

I forhold til vår hypotese om at venneproblemer kan forsterke effekten av Emosjonelle vansker og ADHD-symptomer på Lav livskvalitet, så bekreftet medieringsanalysene dette for Emosjonelle vansker (indirekte effekt på $z = .13, p < .01$), mens den ikke var signifikant for ADHD-symptomer ($z = -.02, p > .10$).

Modellen ble også analysert for gutter og jenter hver for seg, og med kontroll for alder. Resultatene viste at modellene var forholdsvis like for begge kjønn, og at alder hadde liten betydning for funnene. Venneproblemer hadde en tilnærmet lik negativ effekt på Lav livskvalitet hos gutter ($\beta = .27, p < .001$) og jenter ($\beta = .23, p < .001$). Det samme gjaldt for effekten av Emosjonelle vansker på Lav livskvalitet (gutter: $\beta = .09, p = .002$; jenter : $\beta = .13, p < .001$) og ADHD-symptomer på Lav livskvalitet (gutter: $\beta = .08, p = .001$). Av størst betydning for våre hypoteser fant vi at medieringseffekten var signifikant blant både gutter og jenter (gutter: $z = .11, p < .001$; jenter: $z = .08, p < .001$).

En klinisk relevant slutning vi kan trekke ut av dette er at det er viktigere for ungdommer med emosjonelle vansker å oppleve gode vennerelasjoner enn de med reguleringsvansker. Dette kan ha konsekvenser for både utredning og behandling.



Figur 1. Stianalyse av sammenhengene mellom psykiske vansker, venneproblemer, og lav livskvalitet.

Diskusjon

I denne studien fant vi at lav livskvalitet hang sammen med ADHD-symptomer, emosjonelle symptomer, og venneproblemer. Ungdom med hovedsakelig emosjonelle symptomer opplevde å ha en dårligere livskvalitet enn ungdom med mange ADHD-symptomer. Ungdom med emosjonelle symptomer rapporterte i større grad å ha problemer i vennerelasjoner sammenlignet med ungdom med mange ADHD-symptomer. Emosjonelle vansker korrelerte positivt med ADHD-symptomer.

Jenter rapporterte en signifikant lavere livskvalitet enn gutter. Emosjonelle vansker hadde en tilnærmet lik negativ effekt på lav livskvalitet hos jenter og gutter, men jenter rapporterte signifikant høyere på emosjonelle symptomer enn hva gutter gjorde. ADHD-symptomer hadde en negativ effekt på livskvalitet. Fordelingen mellom jenter og gutter med ADHD-symptomer var tilnærmet lik, men med en svak overvekt av jenter. Venneproblemer har en tilnærmet lik effekt på lav livskvalitet hos jenter og gutter.

Medieringsanalysen viste at venneproblemer forsterket den negative effekten emosjonelle vansker hadde på livskvalitet. Denne indirekte effekten for venneproblemer på livskvalitet fant vi ikke for ADHD-symptomer.

Livskvalitet hos ungdom med emosjonelle vansker vs. ADHD-symptomer

God livskvalitet er assosiert med opplevd velvære, at vi er trygge og har det godt, at vi har det fint med familien vår, har gode og stabile vennerelasjoner og fravær av sykdom og plager. Man kan anta at for ungdom med psykiske vansker, så vil grad av vansker, symptomtrykk og tilhørighet i vennegruppen ha en innvirkning på opplevd livskvalitet. Vi vet også at ungdom med psykiske vansker rapporterer om en lavere livskvalitet enn ungdom uten disse vanskene (Sawyer, 2002; Jozefiak, 2008), og at symptomenes funksjon og styrke er hemmende i hverdagslig fungering (Mathisen, 2009). Samspillet mellom emosjonelle vansker, ADHD-symptomer og venneproblemer i denne studien bekrefter også dette ved at disse problemene var relatert til lav livskvalitet. Videre fant vi at emosjonelle vansker er sterkere knyttet til dårligere livskvalitet enn ADHD-symptomer, og at jentene og guttene i utvalget opplevde egen livskvalitet forskjellig. Årsaken kan igjen være jenter og gutters forskjellige selvrapporing og hvilke vansker de rapporterer. Gutter med reguleringsvansker rapporterer høyere livskvalitet enn jenter med tilsvarende symptomer, antakelig som følge av kjønnsforskjellene blant ADHD-symptomene, der gutter ofte er utagerende, mens jentene i større grad opplever konsentrasjonsvansker og sosiale problemer.

Forholdet mellom livskvalitet og emosjonelle vansker

Symptomenes styrke og intensitet vil påvirke hvordan ungdommen opplever sin egen livskvalitet. I denne studien fant vi at symptomer på emosjonelle vansker hadde en sterk sammenheng med opplevd lav livskvalitet hos ungdom, og at emosjonelle vansker hadde en tilnærmet lik effekt på lav livskvalitet for jenter og gutter. En mulig forklaring på hvorfor ungdom med emosjonelle vansker opplever en sterkt redusert livskvalitet er at symptomenes kvalitet og styrke er med på å påvirke den daglige funksjonsevnen (Merikangas, 2005; Costello m. fl., 2005), ved at de fungerer dårligere sammen med sin familie, med venner, og at de presterer dårligere enn sine jevnaldrende på skolen (Mathisen m. fl., 2007). Disse arenaer er viktige utviklingsarenaer for sosial utvikling, det er der vi knytter relasjoner og etablerer nye vennskap, innhenter ny lærdom og opplevelse av egenutvikling og mestring. En slik utvikling og stimuli vil være med å påvirke opplevd livskvalitet i en positiv retning. En annen måte å forstå det på kan også være at våre tankebaner og velbehag ofte er styrt av følelsene våre. Hvordan vi tenker om oss selv og hvor vi plasserer oss selv i forhold til andre er også med på å påvirke emosjonens retning og styrke. Det er nærliggende å tenke at ungdommer som strever med tanker om å være verdiløse, håpløse og ensomme har et høyt emosjonelt lidelsestrykk og at vanskene er sammensatte og komplekse. Det er heller ikke vanskelig å se at disse vanskene henger sammen med opplevd livskvalitet. Vanskene og symptomene vil i stor grad også påvirke hvordan ungdommen klare omgås venner eller familie, og hvordan de makter følge opp skolefaglige forventninger. Bekymring og engstelse er symptomer som beskrives å oppta ungdom med emosjonelle vansker. Disse kan også være forsterkende for en dårligere søvnkvalitet og fysisk overskudd til å ha kapasitet til å fungere i daglige situasjoner.

Tidligere studier viser til at utbredelsen ved depresjon skiller mellom gutter og jenter; unge jenter har flere symptomer på angst og depresjon enn unge gutter, men gutter med slike symptomer får større sosiale problemer enn jentene, også på lengre sikt. Det virker dog som at symptombildet er like på tvers av kjønnene (Derdikman-Eiron, 2012). Derdikman-Eiron finner i sin studie at utbredelsen av depresjon blant ungdom fordelt på kjønn er forskjellig, men symptomskårer er lik for jenter og gutter; deprimerte jenter og gutter hadde lik symptomskår i 7 av 9 kategorier (nedstemthet, søvnforstyrrelser, tankevansker, anhedoni, forstyrret aktivitetsnivå, tap av energi og suicidale tanker). Spiseforstyrrelser og følelse av verdiløshet var mer utbredt blant jenter enn hos gutter (Lewinsohn, Gotlib, Lewinsohn, Seeley & Allen, 1998).

Forholdet mellom livskvalitet og ADHD-symptomer

Ungdom med ADHD-symptomer strever med konsentrasjonsproblemer, hyperaktivitet og impulsivitet. Tilleggs vansker som emosjonelle vansker og atferdsproblemer gir en økt sårbarhet (Steinhausen m.fl., 2006; Gillberg, 2010). Flere ungdommer kan også ha andre psykiske plager som angst, depresjon og lav selvfølelse (Rasmussen m.fl., 2001; Torgersen m.fl., 2006). Ulikheter i symptombildet vil trolig påvirke ungdommenes opplevde livskvalitet i ulik grad. Om man for eksempel er sterkt preget av hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker, eller om man har konsentrasjonsvansker og emosjonelle vansker. Vi fant at ADHD-symptomer hadde en effekt på livskvalitet hos ungdommene i utvalget. Påvirkning av livskvalitet kan ses i sammenhenger med forventninger og krav fra omgivelsene, som øker i takt med alderen. Ungdommen vil møte økende krav til skolefaglige prestasjoner og sosiale relasjoner til venner og familie. Å ikke skulle følge forventede normer for passende atferd i gitte situasjoner vil føre til reaksjoner fra omgivelsene. Slike symptomer for ungdommer med ADHD-symptomer er beskrevet, er det nærliggende å tenke at tilbakemeldingene vil være av en korrigerende eller irettesettende karakter. Når man også strever med å gjennomføre/ innfri skolefaglige forventninger vil dette påvirke motivasjon og selvbilde. Slike utfordringer vil kunne ses i sammenheng med livskvalitet hos ungdommene. At ADHD-symptomer var svakere korrelert med lav livskvalitet enn venneproblemer og emosjonelle vansker kan ses i sammenheng med at ikke alle unge med ADHD-symptomer utviser samme grad av forstyrrelser/dysfunksjon i ungdommen, og heller ikke utviser samme grad av selvinnsikt. Studier har vist at noen ungdommer med ADHD-symptomer kan vise reduksjon i symptomer over tid (Lee m. fl., 2008).

Kjønnsforskjeller i livskvalitet

Jentene hadde lavere livskvalitet enn guttene i utvalget. Forskjeller i jenter og gutters opplevelse av egen livskvalitet er i tråd med tidligere studier som også finner at jenter rapporterer lavere livskvalitet enn gutter (Jozefiak, 2008; Ravens-Sieberer, Görtler & Bullinger, 2000; Ravens-Sieberer, Bettge & Erhart, 2003; Mattejat, m.fl., 2003).

En mulig årsak til opplevde kjønnsforskjeller er at symptomer oppleves ulikt for jenter og gutter, og at de rapporterer ulike opplevelser ved de ulike symptomene. Noen symptomer vil oppleves mer overveldende enn andre. En følelse av ensomhet og håpløshet vil kunne ha en større innflytelse på livskvalitet enn for eksempel konsentrasjonsvansker. Generelt er jenter mer sosialt orienterte enn gutter i den forstand at de bruker mer tid sammen med venner enn

gutter (SSB, 2010). Man kan også anta at omfanget og antallet av vansker en ungdom har må også ses i sammenheng med innvirkningen på opplevd livskvalitet.

Kjønnsforskjeller og emosjonelle vansker

Vi fant at jenter rapporterte signifikant høyere enn gutter på emosjonelle vansker. Ut fra tidligere studier kan vi forstå disse resultater i sammenheng med at jenter rapporterer om flere symptomer på depresjon og sosial angst enn gutter (Inderbitzen-Nolan & Walters, 2000; La Greca & Lopez, 1998). Jenter med depressive symptomer er mer preget av skyldfølelse og dårlig selvtillit, kroppskomplekser, liten tro på egne evner, konsentrasjonsproblemer, tristhet, søvnproblemer og bekymringer over egen helse (Derdikman-Eiron, 2012; Bennett m.fl., 2005), mens hos gutter ser man tegn på nedstemthet og tiltaksløshet (Bennett m.fl., 2005). Kjønnsforskjeller beskrives også å ha sammenheng med utviklingsprosesser i jenters liv. Der jenter beskrives ha en forhøyet forekomst av symptomer på angst og depresjon i puberteten, er store endringer i hormoner presentert som mulige årsaker til disse kjønnsforskjellene (Paus, Keshavan & Giedd, 2008). Med bakgrunn i kjønnsforskjeller kan en anta at jenter opplever et mer variert symptombilde enn hva gutter gjør da flere av symptomene er beskrevet å være mer utbredt blant jenter enn hos gutter. Dette betyr ikke at gutter som opplever emosjonelle vansker ikke har tilstrekkelig med vansker, men at vanskene kommer til uttrykk i en annen form. Man må også ta høyde for at der er en mulighet for at gutter med emosjonelle vansker underrapporterer vanskene, eller at de kommer sterkere til uttrykk ved andre symptombilder. Emosjonelle vansker kan for gutter oppleves vanskelig å skulle dele følelser med andre, og mange kan tenke at de står alene om å ha slike symptomer. Det er mer sosialt akseptabelt blant jenter å dele eget følelsesliv og utfordringer, enn hva det er for gutter. Opplevelsen av å stå alene med utfordringer det er vanskelig å skulle dele, eller søke hjelp for vil kjennes belastende og påvirke ungdommens livskvalitet.

Kjønnsforskjeller og ADHD-symptomer

I vår studie fant vi en signifikant forskjell mellom jenter og gutter med ADHD-symptomer, da med en svak overvekt av jenter. Vi vet fra tidligere at symptombildet arter seg noe ulikt for jenter og gutter. En mulig forklaring kan være at gutter med ADHD-symptomer er fanget opp noe tidligere enn jenter, og har mottatt hjelp og behandling for vanskene. I de tilfeller der dette stemmer vil en kunne tenke at intervensjonen kan ha hatt effekt på opplevd livskvalitet. En annen måte å se dette på er at jenters konsentrasjonsvansker også kan ha

betydning for andre typer psykiske vansker siden vi fant en signifikant sammenheng mellom ADHD-symptomer og emosjonelle vansker.

Hva betyr venneproblemer i denne sammenhengen?

I ungdomstiden bærer den sosiale utviklingen preg av at sosiale nettverk endres eller utvides, og i den kliniske hverdagen ser man at venner får en økt betydning og viktigheten av tilhørighet vil stå sterkt for mange. Vi fant i vår studie at venneproblemer hang sammen med lav livskvalitet, og at venneproblemer hadde en tilnærmet lik effekt på lav livskvalitet hos jenter og gutter. Venneavvisning for ungdom med emosjonelle vansker vil kunne gi en opplevelse av håpløshet og ensomhet. Manglende tilhørighet vil kunne forsterke symptomer og følelse av depresjon, rastløshet, frustrasjon og søvnvansker. Responsen og reaksjoner fra vennegruppen kan i stor grad påvirke og vedlikeholde ungdommens vansker (Deater-Deckard, 2001), som igjen påvirker hvordan vi har det med oss selv. I hvilken grad og på hvilken måte venneproblemer kommer til uttrykk vil ha variasjoner med tanke på vansker, kjønn, og alder. Venneproblemer er ikke et ensidig uttrykk for den enkelte ungdoms vansker, men også et bilde av det sosiale samspillet og kulturen ungdommen er en del av. Begrensede utviklingsmuligheter ved sosial atferd, vansker med selvregulering og egen impuls kontroll vil kunne være mulige prediktorer for venneproblemer og hvordan dette kommer til uttrykk i vennegruppen. Der venneproblemene fokuserer på et overskudd av negativ oppførsel og et underskudd på sosial kompetanse (Wheeler & Carlson, 1994). Vennegruppens holdninger, handlinger og intensjoner rettet mot de som har vansker er i stor grad negative (Adler & Wahl, 1998; Walker, Coleman, Lee, Squire & Friesen, 2008; Weiss, 1986, 1994). For ungdom med emosjonelle vansker eller ADHD-symptomer vil vennegruppens holdninger og handlinger kunne påvirke selvbildet og grad av opplevd livskvalitet.

Emosjonelle vanskers innvirkning på venneproblemer

Videre vet vi også at ungdom med emosjonelle vansker og ADHD-symptomer opplever venneproblemer forskjellig. I denne studien fant vi en signifikant sammenheng mellom emosjonelle vansker og venneproblemer, men ingen forskjeller mellom gutter og jenter. Når vi skal forsøke å tolke disse resultatene, vet vi at ungdom med depressive symptomer beskrives å ha en lavere interesse for sosiale interaksjoner og er lite mottakelig for oppmerksomhet fra andre (Brent & Weersing, 2008). Man kan tenke at grad av symptomtrykk og vanskenes omfang gjør sosiale relasjoner vanskelige og krevende.

I en studie gjort av Ekornås (2005) fant hun at barn med emosjonelle vansker, da med hovedsakelig angst, strevde med venner og at de følte seg lite sosialt akseptert. Hos engstelige barn fant hun at den sosiale selvfølelsen var dårligere enn venneproblemene deres. Studien viste at barn med psykiske vansker strever i venneforhold, og at engstelige og triste barn har spesielt lav selvfølelse, noe som kan være en forklaring på funnene i denne studien (Ekornås, 2005).

Selv om vi ikke fant en signifikant forskjell mellom jenter og gutter i opplevd grad av venneproblemer, så beskrives problemene å arte seg ulikt for jenter og gutter. Unge jenter har vanligvis flere nære venner enn gutter, og rapporterer om en større intimitet i deres vennskap (Berndt, 1982; Urberg, Degirmencioglu, Tolson, & Halliday-Scher, 1995). Man kan anta at problemer i nære vennskap, eller romantiske forhold, kan føre en til større emosjonell påvirkning hos jenter enn hos gutter (La Greca & Harrison, 2005), og at avvisning fra jevnaldrende kan føre til en større emosjonell belastning og tap i selvfølelse hos jenter, mens gutter med angst kan oppleve seg mindre akseptert av sine jevnaldrende (Ekornås, 2005). Følelser av å oppleve lav sosial aksept, tap av selvfølelse og vansker i sosiale samspill kan en anta har stor innvirkning på forskjeller i opplevd livskvalitet mellom jenter og gutter med emosjonelle vansker der venneproblemer er en påvirkende variabel.

ADHD-symptomers innvirkning på venneproblemer

Det er kjent at barn med ADHD-symptomer rapporteres å ha utfordringer på hvert av disse områdene: sosial kompetanse, oppførsel og avvisning av jevnaldrende (Murry-Close m. fl., 2010). Murry-Close fant at barna med ADHD-symptomer over tid havnet i negative spiraler, der avvisningen fra jevnaldrende viste seg å være relatert til svekkede sosiale ferdigheter, og som igjen predikerte avvisning fra jevnaldrende på et senere tidspunkt. Disse problemene viste seg å smitte over på andre områder, som igjen førte til en svekket fungering ved flere områder av utviklingen, og førte til gjennomgripende effekter over tid. Disse funnene var kontrollert for alder og var lik for jenter og gutter med ADHD-symptomer, kontrollgruppen og (ADHD) behandlingsgruppene.

I tidligere studier rapporteres ungdom med ADHD-symptomer å ha færre vennskap enn jevnaldrende, og når vennskap først er etablert ser disse ut til å være mindre stabile og varige enn det en kan se hos jevnaldrende uten disse symptomer (Hoza, Mrug m. fl., 2005; Hoza, Murg, Gerdes m. fl., 2005; Hoza, 2007; Blachman & Hinshaw, 2002). For barn og unge med ADHD-symptomer er avvisning fra vennegruppen rapportert å være gjennomgripende og

karakteriserende for 52-82 % av barna (Hoza, Mrug m.fl., 2005; Pelham & Bender, 1982). Venneproblemene kjennetegner både jenter og gutter med disse symptomene. Vi fant ingen signifikant kjønnsforskjell på venneproblemer blant jenter og gutter, noe også tidligere studier støtter opp om, der tilbakemeldinger fra jevnaldergruppen antyder at både jenter og gutter med ADHD-symptomer har venneproblemer som overgår andre barns vennskapsforhold (Hoza, 2007), og disse funnene er konsistente uansett om utvalget som er benyttet består av barn med en ADHD-diagnose eller høy grad av ADHD-symptomer.

I denne studien fant vi ingen sammenheng mellom opplevde venneproblemer og ADHD-symptomer til tross for tidligere funn som beskriver hvor omgående disse symptomene kan påvirke sosiale relasjoner og vennskapsforhold. Det er da viktig å ta med at opplevde venneproblemer der ungdommen selv er informant, vil bære preg av hvordan ungdommen selv opplever vanskene sine i samspillet rundt seg. Man kan også anta at hyperaktive vansker og impulsivitet kan føre til at jevnaldrende behandler barn med ADHD-symptomer på en overbærende måte, som på den andre siden medfører at man ikke er likestilte i vennskapsforholdet (Hoza, 2007), og at nyanser ved venneproblemer og sosiale relasjoner ikke kommer tydelig nok frem.

Vi må også ta med at i tidlig barndom har barn en tendens til å overvurdere sine egne evner og kompetanse på en rekke områder (Harter & Pike, 1984), men at det skjer en endring i ungdomsalder, der ungdommen ser ut til å være mer nøye og realistisk i sin tilbakemelding om egne evner og ferdigheter (Harter, 1982; Marsh m.fl., 1998). Hos barn og unge med ADHD-symptomer ser en imidlertid at de fortsetter å overrapportere ferdighetene sine og viser en overdrevet selvoppfattelse i områder som sosial og atferdsmessig kompetanse, også i forhold til den faktiske kompetansen som er vurdert av lærere og foreldre (Murry-Close m. fl., 2010). Dette kan ha hatt betydning for at selvrapporterte venneproblemer ikke var relatert til ADHD-symptomer i denne studien.

Begrensninger og konklusjon

I denne studien har vi undersøkt om det er sammenheng mellom opplevd livskvalitet og venneproblemer, deretter om det er forskjeller i opplevd livskvalitet mellom ungdommer med symptomer på ADHD og symptomer på depresjon, og om det er forskjeller mellom jenter og gutter. Til slutt har vi testet i hvilken grad venneproblemer forsterker eller reduserer sammenhengen mellom symptomer på ADHD og depresjon med livskvalitet (om venneproblemer er en mediator).

Vi fant at ungdom med emosjonelle vansker i større grad har venneproblemer enn ungdommer med ADHD-symptomer, og at ungdom med emosjonelle vansker opplever å ha en dårligere livskvalitet enn ungdommer med ADHD-symptomer. Ungdommer med emosjonelle problemer hadde lav livskvalitet, og jenter fant vi å ha lavere livskvalitet enn gutter. Vår stianalyse viste at både emosjonelle vansker og ADHD-symptomer hadde en effekt på livskvalitet, og videre at emosjonelle vansker hadde en effekt på venneproblemer. Vår hypotese om at venneproblemer kan forsterke effekten av emosjonelle vansker og ADHD-symptomer på livskvalitet, ble kun bekreftet for emosjonelle vansker. Stianalysens slutning er at det er viktigere for ungdommer med emosjonelle vansker å oppleve gode vennerelasjoner enn for ungdom med ADHD-symptomer/reguleringsvansker.

Ved tolkning av resultatene i vår studie er det viktig å ha med seg at våre funn er hentet ut fra ungdommenes selvrapporing, og det er kun anvendt selvrapporterte variabler. For selvrapportert livskvalitet er det således viktig å ta høyde for at barns selvrapporterte livskvalitet er mer konsistent enn når foreldre også rapporterer sin opplevelse av sitt barns livskvalitet. Dette uansett om barnet er/har vært pasient i barne- og ungdomspsykiatrisk behandling eller ikke. Det virker som at foreldre til barn i den generelle populasjonen har en oppfattelse av at barnets livskvalitet er gjennomgående høyere enn barnet selv, og at foreldre til barn som har vært pasienter ved BUP vurderer livskvaliteten som dårligere enn barna selv.

SDQ-s evne til å forutsi om et barn har psykiske lidelser har tidligere blitt undersøkt, blant annet av Goodman (2000). Totalt 7984 barn og unge (alder 5-15 år) deltok i studien. Foreldre og lærere utfylte SDQ for barn (5-10 år) og der unge (alder 11-15) fylte selv ut spørreskjemaene. Resultatene ble sammenliknet med samme utvalg som i tillegg til å fylle ut nevnte SDQ også gjennomførte DAWBA (Development and Well-being Assessment).

Goodman fant at SDQ best predikerte psykiske lidelser når utvalget allerede hadde vært i kontakt med helsevesenet, og når det var flere informanter, inkludert selvrapporing. Selvrapportert SDQ fungerte best som et supplement til andre informanter, og predikerte dårlig spesielt hyperaktive- og atferdsproblemer i den generelle populasjonen (Goodman, 2000). Min undersøkelse benytter kun selvrapporterte SDQ, men utvalget består kun av barn og unge som har vært i kontakt med BUP.

Siden livskvaliteten hos barn og unge med psykiske lidelser kan øke under behandling selv om de psykiatriske symptomene vedvarer, kan kunnskap fra dette prosjektet om venneproblemer, kjønnsforskjeller og eventuelle ulikheter i livskvalitet ved ulike symptomer

gi informasjon om alternative angrepspunkt i behandling der symptomlette viser seg å være vanskelig. Eksempelvis kan bevissthet rundt venners påvirkning, særlig ved emosjonelle vansker, hjelpe ungdom til å regulere styrke på, og bygge positive relasjoner til jevnaldrende, noe som også kan vise seg å ha effekt på symptomtrykk og opplevd livskvalitet. Studien viste at livskvaliteten var lavere hos ungdom med emosjonelle vansker enn ungdom med ADHD-symptomer slik at det kan være viktigere å forsøke å øke livskvaliteten hos ungdom med emosjonelle problemer. Dette vil også kunne bidra til tidligere forebygging og iverksetting av intervensjoner rettet mot spesifikke symptomer som kan hjelpe til å styrke vennerelasjoner og øke livskvaliteten. Videre kan dette prosjektet underbygge at behandling av psykiske vansker hos barn bør inkludere venneforhold og livskvalitet, men siden vi ikke har funnet tidligere studier som har undersøkt disse sammenhengene, må funnene fra denne studien repliseres med andre datasett.

Referanser

Achenbach, T., M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H-C. & Rothenberger, A. (2008). *Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49 (3) pp. 251-275.

Achenbach, T., M., Howell, C.T., Quay, H.C. and Conners, C.K., (1991). *National Survey of Problems and Competences among 4 to 16 Year-Olds – Parents Reports for Normative and Clinical Samples*. Monographs of the Society for Research in Child Development. 56(3): p. R5-R119

Adler, A.K., & Wahl, O.F. (1998). *Children's beliefs about people labelled mentally ill*. Journal of American Orthopsychiatric Association, 68, 321–326.

Althoff, R. R., Verhulst, F. C., Rettew, D. C., Huziak, J. J., & van der Ende, J. (2010). *Adult outcomes of childhood dysregulation: A 14-year follow-up study*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49, 1105-1116.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition*. Arlington, VA. American Psychiatric Association.

Anderson, E. R., & Hope, D., (2008). *A review of the tripartite model for understanding the link between anxiety and depression in youth*. Clinical Psychology Review 28, pp. 275–287

Angold, A., Costello, E.J. & Erkanli, A. (1999). *Comorbidity*. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 40(1): p. 57-87.

Arnold, E. (1996). *Sex differences in ADHD: Conference Summary*. Journal of Abnormal Child Psychology, 24, 555-569.

Avenevoli, S., Knight, E., Kessler, R. C., & Merikangas, K. R., (2008). *Epidemiology of Depression in Children and Adolescents*. I: Abela, John R. Z. & Benjamin L. Hankin (Red.) Handbook of Depression in Children and Adolescents. (p. 6-32) New York, The Guilford Press.

Avenevoli, S., Steinberg, L. (2001). *The continuity of depression across the adolescent transition*. Advances in Child Development and Behavior, Vol 28., pp. 139-173.

- Bastiaansen, D., Koot, H. M., Ferdinand, R. F., & Verhulst, F. C. (2004). *Quality of life in children with psychiatric disorders: Self-, parent, and clinician report*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 221-230.
- Bastiaansen D., Koot H.M. & Ferdinand R. F. (2005). *Determinants of quality of life in children with psychiatric disorders*. *Quality of Life Research*, 14, 1599-1612.
- Bastiaansen, D., Koot, H. M., & Ferdinand, R. F. (2005). *Psychopathology in children: Improvement of quality of life without psychiatric symptom reduction?* *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 364-370.
- Becker, A., Steinhausen, H. C., Baldurson, G., Dalsgaard, S., Lorenzo, M. J., Ralston, S. J., Döpfner, M., & Rothenberger, A., (2006). *Psychopathological screening of children with ADHD: Strengths and Difficulties Questionnaire in a pan-European study*. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13 (Suppl. 2), II1 1-II16.
- Bennett, D. S., Ambrosini, P. J., Kudes, D., Metz, C., & Rabinovich, H. (2005). *Gender differences in adolescent depression: Do symptoms differ for boys and girls?* *Journal of Affective Disorders*. 89, 35-44.
- Biederman, J. & Farone, S. V. (2005). *Attention-deficit hyperactivity disorder*. *The Lancet*, 366, 237-248.
- Biederman, J., Petty, C. R., Monuteaux, M. C., Evand, M., Parcell, T., Faraone, S. V., & Wozniak, J., (2009). *The Child Behavior Checklist-Pediatric Bipolar Disorder profile predicts a subsequent diagnosis of bipolar disorder and associated impairments in ADHD youth growing up: A longitudinal analysis*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 732-740.
- Blachman, D. R., Hinshaw, S. P. (2002). *Patterns of friendship among girls with and without attention-deficit/ hyperactivity disorder*. *Journal of Abnormal Child Psychology*; 30:625–640. [PubMed: 12481976]
- Berndt, T. J. (1982). *The features and effects of friendship in early adolescence*. *Child Development*, 53, 1447–1460.
- Brent, D., & Weersing, R. V. (2008). *Depressive Disorders in Childhood and Adolescents*. In: M. Rutter, D. V. M. Bishop, D. S. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, & A. Thapar (ed.) *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 587-612). Oxford, UK: Blackwell Publishing.

Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. and Angold, A. (2003). *Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence*. Archives of General Psychiatry, 60(8): p. 837-844.

Costello, E.J., Egger, H.L. and Angold, A. (2005). *The developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology, prevalence, and comorbidity*. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 14(4): p. 631-.

Coghill, D., Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E., Sergeant, J., & ADHD European Guidelines Group (2009). *Practitioner Review: Quality of life in child mental health - conceptual challenges and practical choices*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50, 544-561.

Cyranowski, J., M., Frank, E., Young, E., Shear, M. K. (2000). *Adolescent Onset of the Gender Difference in Lifetime Rates of Major Depression; A Theoretical Model*. Arch Gen Psychiatry. 2000;57(1):21-27. doi:10.1001/archpsyc.57.1.21.

Dalgard, O. S. & Bøen, H. (2008). *Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder*. Oslo: Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Deater-Deckard, K. (2001). *Annotation: Recent research examining the role of peer relationships in the development of psychopathology*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42, pp. 565-579.

Derdikman-Eiron, R. (2012). *Symptoms of Anxiety and Depression and Psychosocial Function in Males and Females From Adolescence to Adulthood*. (Doktoravhandling). Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet.

Ekornås, B. (2013). *Barn med emosjonelle og adferdsvansker: selvopplevelse, venneforhold og motorikk*. (Doktoravhandling). Universitetet i Bergen.

Eley, T.C. and Stevenson, J. (1999). *Using genetic analyses to clarify the distinction between depressive and anxious symptoms in children*. Journal of Abnormal Child Psychology, 27, 105-114.

Erhardt, D. & Hinshaw, S. P. (1994). *Initial sociometric impressions of attention-deficit hyperactivity disorder and comparison boys: Predictions from social behaviors and from nonbehavioral variables*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 62:833–842.

[PubMed: 7962888]

- Gillberg, C. (2010). *The ESSENCE in child psychiatry: Early symptomatic syndroms eliciting neurodevelopmental clinical examinations*. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1543-1551.
- Goodman, R., (1997). *The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., Meltzer, H. (2000). *Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen child psychiatric disorders in a community sample*. *British Journal of Psychiatry*, 177 (6).
- Goodman, R., (2001). *Psychometric properties of the Strengths and Difficulties questionnaire*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345.
- Grøholt, B., Sommerchild, H. & Garløv, I. (2003). *Lærebok i barnepsykiatri (3. utg.)*, pp. 148-185. Oslo: Universitetsforlaget.
- Harter S. (1982). *The perceived competence scale for children*. *Child Development*. 53:87–97.
- Harter, S. & Pike, R. (1984). *The pictorial scale of perceived competence and social acceptance for young children*. *Child Development*. 55:1969–1982. [PubMed: 6525886]
- Helland, M. J., & Mathiesen, K. S. (2009). *13-15 åringer fra vanlige familier i Norge – hverdagsliv og psykisk helse*. Rapport 2009:1. Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Hoglund, W., L., G. & Chisholm, C., A., (2013). *Reciprocating Risks of Peer Problems and Aggression for Children's Internalizing Problems*. *Developmental Psychology*, Vol. 50, No. 2, pp. 586 –599.
- Hoza, B. (2007). *Peer functioning in children with ADHD*. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 655–663. doi:10.1016/j.ambp. 2006.04.011.
- Hoza, B., Mrug, S., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M., Gold, J. A., et al. (2005). *What aspects of peer relationships are impaired in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder?* *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 73:411–423. [PubMed]

- Hoza B., Gerdes, A. C., Mrug, S., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M., Gold, J. A., et al. (2005). *Peer-assessed outcomes in the Multimodal Treatment Study of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34:74–86. [PubMed: 15677282]
- Idsøe, E. C., & Idsøe, T. (2012). *Emosjonelle vansker. Hva kan voksne i skolen gjøre for elever med emosjonelle vansker forårsaket av negative livshendelser?* Senter for Adferdsforskning, Universitetet i Stavanger.
- Inderbitzen-Nolan, H. M., & Walters, K. S. (2000). *Social Anxiety Scale for Adolescents: Normative data and further evidence of construct validity*. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 360–371.
- Jozefiak, T., Larsson, B., Wichstrøm, L., Matthejat, F., & Ravens-Sieberer, U., (2008). *Quality of Life as reported by school children and their parents: a cross-sectional survey*. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6:34.
- Jozefiak, T. (2009). *Quality of life and mental health in children and adolescents: Child and parent perspectives*. (Doktorgradsavhandling). Det medisinske Fakultet, Trondheim: NTNU.
- Jozefiak, T., (2012). *ILC – Inventory of Life Quality in Children and Adolescents. Manual*. Stockholm: Hogrefe Psykologiförlaget AB.
- La Greca, A. M., Harrison, H. M. (2005). *Adolescent Peer Relations, Friendships, and Romantic Relationships: Do They Predict Social Anxiety and Depression?*. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, Vol. 34, No. 1, pp. 49-61.
- La Greca, A. M., & Lopez, N. (1998). *Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83–94.
- Landau, S., Milich, R., & Diener, M. B. (1998). *Peer relations of children with attention-deficit hyperactivity disorder*. *Reading and Writing Quarterly*, 14, 83–106.
doi:10.1080/1057356980140105.
- Larsen, E. (2005). *Miljøterapi med barn og unge*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Leadbeater, B. J. & Hoglund, W. L. G., (2009). *The effects of peer victimization and physical aggression on changes in internalizing from first to third grade*. *Child Development*, 80, 843–859. doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01301.x

- Lee, S. S., Lahey, B. B., Owens, E. B., & Hinshaw, S. P. (2008). *Few preschool boys and girls with ADHD are well-adjusted during adolescence*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 373–383. doi:10.1007/s10802-007-9184-6.
- Lewinsohn P.M., Gotlib, I. H., Lewinsohn M., Seeley, J. R., & Allen, N. B. (1998). *Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents*. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 109–117.
- Lewinsohn, P., M., Pettit, J., W., Joiner, T., E., & Seeley, J., R., (2003). *The symptomatic expression of major depressive disorder in adolescents and young adults*. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, pp. 244-252.
- Marsh H., W., Craven R, Debus R. (1998). *Structure, stability, and development of children's self-concepts: A multicohort-multioccasion study*. *Child Development*. 69:1030–1053. [PubMed: 9768485]
- Mathiesen, K. S., Kjeldsen, A., Skipstein, A., Karevold, E., Torgersen, L. & Helgeland, H. (2007). *Trivsel og oppvekst- barndom og ungdomstid. Topp- studien*. Rapport 2007:5, Oslo, Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge*. Rapport 2009:8 del 2. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1998). *Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) – (The inventory of life quality in children and adolescents ILC)*. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* . Vol 26, no. 3.
- Mattejat F., Simon B., König K., Quaschner C., Barchewitz D., Felbel B., Herpetz-Dahlmann, Höhne D., Janthur B., Jungmann J., Katzenski B., Naumann A., Nölkel P., Schulz E., Warnke A., Wienand F., Remschmidt H. (2003). *Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. (Quality of life in mental ill children and adolescents)*. *Z Kinder- Jugendpsychiatrie*; 31 (4):293-303
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2006). *ILK – Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) – (The Inventory of life quality in children and adolescents ILC)*. Bern: Hans Huber Verlag.

- Merikangas, K.R. (2005). *Vulnerability factors for anxiety disorders in children and adolescents*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*; 14(4): p. 649-679
- Merikangas, K. R., He, J.-P., Brody, D., Fisher, P. W., Bourdon, K., & Koretz, D. S. (2010). *Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001–2004 NHANES*. *Pediatrics*, 125, 75–81. doi:10.1542/peds.2008-2598
- Murray-Close, D., Hozaa, B., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Swanson, J., Jensen, P. S., Hechtman, L., & Wells, K. (2010). *Developmental processes in peer problems of children with attention-deficit/hyperactivity disorder in The Multimodal Treatment Study of Children With ADHD: Developmental cascades and vicious cycles*. *Development and Psychopathology / Volume 22 / Special Issue 04*, pp. 785-802.
- Naylor, P.B., Cowie, H.A., Walters, S.J., Talamelli, L., & Dawkins, J. (2009). *Impact of a mental health teaching programme on adolescents*. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 365–370.
- Neumer, S.-P. & Aalberg, M. (2005). *Forebygging av emosjonelle lidelser hos barn og unge. I: Se meg. Barn i Norge 2005. Årsrapport om barn og unges psykiske helse. (s. 89-101)*. Oslo: Voksne for Barn, Gamlebyen Grafisk.
- Nigg, J., Nicholas, M. & Burt, S. A. (2010). *Measured gene-by-environment interaction in relation to ADHD*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 863-873.
- Ogden, T. (2011). *Sosial ferdighetsopplæring for barn og ungdom*. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 64-68.
- Paus, R., C., Keshavan, M. & Giedd, J., N. (2008). *Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence?* *Nature Reviews Neuroscience* 9, 947-957. |doi:10.1038/nrn2513
- Pelham, W. E. & Bender, M. E. (1982). *Peer relationships in hyperactive children: Description and treatment*. In Gadow, K. D.; Bialer, I., editors. *Advances in Learning and Behavioral Disabilities. Vol. 1*. Greenwich, CT: JAI Press; pp. 365-436.
- Pelham, W. E., Jr, & Fabiano, G. A. (2008). *Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder*. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 184–214. doi:10.1080/15374410701818681.

- Pettit, G. S., Clawson, M. A., Dodge, K. A. & Bates, J. E. (1996). *Stability and change in peer rejected status: The role of child behavior, parenting, and family ecology*. Merrill-Palmer Quarterly, 42, 267–294.
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). *The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis*. American Journal of Psychiatry, 164, 942–948. doi:10.1176/appi.ajp.164.6.942.
- Rasmussen, K., Almvik, R., & Levander, S. (2001). *Attention deficit hyperactivity disorder, reading disability, and personality disorders in a prison population*. The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law 2001; 29(2): 186-93.
- Ravens-Sieberer U, Görtler E, Bullinger M. (2000) *Subjektive Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. (Subjective Health and Health Behaviour in Children and Adolescents – A questionnaire study in co-operation with Hamburg school physicians)*. Gesundheitswesen; 62: 148–155. 10.1055/s-2000-10487
- Ravens-Sieberer, U., Bettge, S., Erhart, M. (2003). *Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys. (QoL in children and adolescents – Results from the child and adolescent survey)*. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 46: 340–345. 10.1007/s00103-002-0562-5
- Rohde, P., Lewinsohn, P., M. & Seeley, J. R. (1991). *Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults*. Journal of Abnormal Psychology, 100, pp. 214-222.
- Rosenvinge, J. H. (2011). *Ungdomspsykologi*. I: F. Svartdal (Red.) *Psykologi i praksis 2*. (pp. 167-176). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Rubin, K. H., Bukowski, W. M., Parker, J. G., & Bowker, J. C. (2008). *Peer interaction, relationships, and groups*. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Child and adolescent development: An advanced course* (pp.141–180). Hoboken, NJ: Wiley.
- Sawyer, M. G., Whaites, L., Rey, J. M., Hazell, P. L., Graetz, B. W., & Baghurst, P. (2002). *Health-Related Quality of Life of Children and Adolescents With Mental Disorders*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41, 530-537.

Schei, J., Jozefiak, T., Novik, T. S., Lydersen, S. & Indredavik, M. S. (2013). *The Impact of Coexisting Emotional and Conduct Problems on Family Functioning and Quality of Life Among Adolescents With ADHD*. Journal of Attention Disorders, Epub ahead of print, Okt 18, 2013, doi: 10.1177/1087054713507976.

Siegel, R. S., La Greca, A. M., & Harrison, H. M. (2009). *Peer Victimization and Social Anxiety in Adolescents: Prospective and Reciprocal Relationships*. Journal of Youth and Adolescence, 38, pp. 1096-1109.

Sorensen, M. J., Nissen, J. B., Mors, O., Thomsen, P. H. (2005). *Age and gender differences in depressive symptomatology and comorbidity: an incident sample of psychiatrically admitted children*. Journal of Affective Disorders, 84

Statistisk Sentralbyrå (2010). *Tidsbruksundersøkelsen, 2010*. Hentet fra <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/statistikker/tidsbruk/hvert-10-aar/2012-01-18>

Steinhausen, H. C., Novik, T. S., Baldursson, G., Curatolo, P., Lorenzo, M. J., Rodrigues Pereira, R., ADORE Study Group (2006). *Co-existing psychiatric problems in ADHD in the ADORE cohort*. European Child & Adolescent Psychiatry, 15, 125-129.

Sund, A. M. (2006). *Depresjon hos barn og unge*. Magasinet voksne for barn, 4/2006, 9-11.

Sund, A. M., Larsson, B., & Wichstrøm, L. (2011). *Prevalence and characteristics of depressive disorders in early adolescents in Central Norway*. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 5, 2-36.

Sund, A. M., Bjelland, I., Holgersen, H., Israel, P. & Plessen, K. J. (2012): *Om depresjon hos barn og unge med vekt på biologiske modeller*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 49, 30-39.

Svartdal, F. (2015). *Korrelasjon – psykologi*. Store Norske Leksikon. Hentet fra <https://snl.no/korrelasjon%2Fpsykologi>

Swords, L., Heary, C. & Hennessy, E. (2011). *Factors associated with acceptance of peers with mental health problems in childhood and adolescence*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52:9, pp. 933-941.

Torgersen, T., Gjervan, B., & Rasmussen, K. (2006). *ADHD in adults: A study of clinical characteristics, impairment and comorbidity*. Nordic Journal of Psychiatry, 60, 38-43.

- Urberg, K. A., Degirmencioglu, S. M., Tolson, J. M., & Halliday-Scher, K. (1995). *The structure of adolescent peer networks*. *Developmental Psychology*, 31, 540–547.
- Van Roy, B., Grøholt, B., Heyerdahl, S. & Clench-Aas, J. (2006). *Self-reported strengths and difficulties in a large Norwegian population 10-19 years. Age and gender specific results of the extended SDQ-questionnaire*. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, pp. 189-198.
- Van Roy, B., Veenstra, M. & Clench-Aas, J. (2008): *Construct validity of the five-factor Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in pre-, early, and late adolescence*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 1304-1312.
- Vostanis, P. (2006). *Strengths and Difficulties Questionnaire: Research and clinical applications*. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 367-372.
- Walker, J.S., Coleman, D., Lee, J., Squire, P.N., & Friesen, B. J. (2008). *Children's stigmatization of childhood depression and ADHD: Magnitude and demographic variation in a national sample*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, pp. 912–920.
- Weiss, M.F. (1994). *Children's attitudes toward the mentally ill: An eight-year longitudinal follow-up*. *Psychological Reports*, 74, 51–56.
- Wichstrøm, L. (1999). *The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: The role of intensified gender socialization*. *Developmental Psychology*, 35(1): p. 232-245. 362.
- Wheeler, J., & Carlson, C. L. (1994). *The social functioning of children with ADD with hyperactivity and ADD without hyperactivity: a comparison of their peer relations and social deficits*. *Journal of Emotional Behavior Disorder*, 2, 2–12.
- World Health Organization (2010). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)*.
<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F30-F39>,
- Zahn-Waxler, C., Crick, N., R., Shirliff, E., A., Woods, K., E. Cicchetti, D. (Ed); Cohen, D., J. (Ed), (2006). *The origins and development of psychopathology in females and males*. *Developmental Psychopathology, Vol 1: Theory and method (2nd ed.)*, (pp. 76-138). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc, xvii, 1084 pp.

Vedlegg

Godkjenning fra REK

Tildeling av data fra HelBup

Invitasjonsbrev Ungdommen

Invitasjonsbrev Foreldre

Spørreskjema SDQ

Spørreskjema ILK

Region: REK midt	Saksbehandler: Øystein Lundestad	Telefon: 73597507	Vår dato: 09.10.2014	Vår referanse: 2014/1467/REK midt
			Deres dato: 19.08.2014	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Frode Stenseng
NTNU

2014/1467 Livskvalitet hos ungdom med depresjon og/eller ADHD

Forskningsansvarlig: NTNU
Prosjektleder: Frode Stenseng

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt) i møtet 19.09.2014. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Prosjektomtale

Studien danner grunnlaget for en masteroppgave i barn og unges psykiske helse ved NTNU. Prosjektet baserer seg på allerede innsamlet data fra Hel-BUP-undersøkelsen (2009-2011), med deltakelse fra ca. 700 ungdommer mellom 13-18 år som hadde blitt innkalt til BUP-klinikk ved St. Olavs Hospital (vår ref. 2014/567, opprinnelig 4.2008.1393). I den foreliggende studien skal en benytte seg av en rekke skjema om livskvalitet og psykisk helse. Hovedspørsmålet her angår sammenhengen mellom depresjon og livskvalitet. Videre skal det ses nærmere på om det er forskjeller i livskvalitet mellom ulike diagnosegrupper (depresjon, ADHD) og mellom pasienter med ulik grad av symptomtrykk. Dette skal igjen vurderes i lys av mulige kjønnsforskjeller.

Vurdering

Komiteen har vurdert søknad, forskningsprotokoll, målsetting og plan for gjennomføring. Komiteen mener at den planlagte studien befinner seg innenfor rammene og samtykket til Hel-BUP-undersøkelsen, og at den følgelig kan benytte seg av data fra sistnevnte undersøkelse.

Den foreliggende studien framstår for øvrig som godt planlagt, selv om komiteen er noe usikker på om problemstillingene er for vide og omfattende til å besvares fyllestgjørende i en enkelt oppgave. Komiteen overlater imidlertid en slik vurdering til prosjektleder i samråd med studenten, og godkjenner studien med vilkårene nedenfor. Under forutsetning av at disse tas til følge, framstår prosjektet som forsvarlig og hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt.

Vilkår for godkjenning

- Godkjenninga er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen. Prosjektet må også gjennomføres i henhold til REKs vilkår i saken og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven (hfl.) med forskrifter.
- Komiteen forutsetter at ingen personidentifiserbare opplysninger kan framkomme ved publisering eller annen offentliggjøring.

3. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK midt dersom det skal foretas vesentlige endringer av studien, jf. hfl. § 11.
4. Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK midt på eget skjema senest seks måneder etter prosjektslutt, jf. hfl. § 12.
5. Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren». Av kontrollensyn skal prosjektdata oppbevares i fem år etter sluttmelding er sendt REK. Data skal derfor oppbevares til denne datoen, for deretter å slettes eller anonymiseres, jf. hfl. § 38.

Vedtak

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge godkjenner prosjektet med de vilkår som er gitt.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Sven Erik Gisvold
Dr.med.
Leder, REK midt

Øystein Lundestad
Rådgiver

Kopi til:rek-rkbu@medisin.ntnu.no

Datatildeling

Helseundersøkelsen i BUP- klinikk, St. Olavs Hospital (Hel-BUP)

Navn	Eva Gulliksrud	Dato	24.11.14
Prosjekt	Livskvalitet hos ungdom med depresjon og/eller ADHD		
Prosjektleder	Frode Stenseng		

Ang. søknad for Masterprosjekt for Eva Gulliksrud

Som formål og problemstillinger er følgende beskrevet i protokollen:

"Denne studien har til hensikt å bidra med kunnskap om sammenhenger mellom opplevd livskvalitet og diagnostisert depresjon og ADHD hos ungdom".

Følgende forskningsspørsmål er beskrevet:

1. Hvordan er sammenhengen mellom depresjon og livskvalitet?
2. Er det forskjeller i livskvalitet mellom ulike diagnosegrupper (ADHD, depresjon) og mellom pasienter med ulik grad av symptomtrykk?
3. Er det kjønnsforskjeller i livskvalitet hos ungdom med depresjon og/eller ADHD?
4. Hvordan er sammenhengen mellom depresjon og hhv. global livskvalitet og livskvalitet målt ved de ulike domeneene?

Av disse forskningsspørsmålene er spørsmål 1 og 4 helt greie og berører ikke andre prosjekter som har fått tildelt data. Spørsmål nr. 2 og 3 kan berøre prosjektet til Inger Lise Rasmussen: "The influence of having ADHD on Quality of life".

Vedtak:

Omsøkte data kan tildeles. Forskningsspørsmål 1 og 4 kan besvares uten å berøre øvrige prosjekter. Når det gjelder spørsmål 2 og 3, ønsker vi at Stenseng/Gulliksen drøfter det skriftlige arbeidet med Undheim/Rasmussen for publisering. Dette for å unngå at det ene prosjektet hindrer publisering i det andre. Det vil trolig vise seg at dette går greit og ikke blir noe problem. Hvis det blir et problem, forutsetter vi at dere blir enige om en fordeling mellom dere av hvem som publiserer hvilke resultater, eller at dere også samarbeider om aktuelle artikler med gjensidig medforfatterskap.

Dataforvaltningsutvalgets intensjon er å legge til rette for mest mulig bruk av data, og vi er innstilt på at nærliggende problemstillinger blir løst på beste måte for alle parter. Vi ønsker Stenseng/Gulliksen lykke til med arbeidet og imøteser en kopi av oppgaven når den foreligger.

På vegne av
Dataforvaltningsutvalget Hel-BUP



Anne Karin Kristiansen
koordinator
Anne.Karin.Kristiansen@Stolav.no

Kjære ungdom

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet:

Helseundersøkelsen i Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk (Hel-BUP)

Vi vil invitere deg til å være med i en studie om helse og livsstil ved Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk (BUP-klinikk), St. Olavs Hospital

Bakgrunn

Vi vet for lite om ungdommers helse i Sor-Trøndelag. Vi ønsker å undersøke hva som fremmer god helse for å gi bedre hjelp til barn og unge i framtida. Studien utføres i samarbeid med Helse- og Velferdsundersøkelsen i Trondheim og Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag.

Målet med undersøkelsen

Vi vil kartlegge psykisk og fysisk helse, arv og miljø i ungdomsgruppen ved BUP-klinikk sammenlignet med den generelle ungdomsbefolkningen i Trondheim og i Nord-Trøndelag. To og fem år seinere ønsker vi å se om behandlingen ved BUP-klinikk har vært nyttig. Formålet er å undersøke hvordan de unge egentlig har det, og hvilke faktorer som øker eller minsker risikoen for helseproblemer.

Hva kan studien brukes til?

Studien vil gi kunnskap om hva som fremmer god psykisk og fysisk helse, og hva slags behandling som virker. Resultatene kan bli viktige for de som bestemmer hvilke tilbud barn og unge skal få i kommunene, og for helsearbeidere som skal gi riktig hjelp til barn og unge.

Slik foregår det

Undersøkelsen inneholder flere komponenter i tillegg til standard utredning ved BUP-klinikk. Hvis du sier ja til å delta, kan du likevel takke nei til enkelte deler av undersøkelsen. Denne består av:

- **Sporreskjema:**
Deltagerne skal svare på et spørreskjema på PC. Det tar ca. 45 minutter. Spørsmålene handler om helse, kosthold, trivsel, skole, fritid, og litt om familien (følelses"klima" og takling av bekymringer). Vi spør også om rusmidler, alvorlige hendelser i livet, og om seksuell aktivitet. Du kan la være å svare på enkeltpørsmål. Foreldrene dine vil få et skjema om din helse og utvikling fra fødselen til i dag, som besvares på ca. 15 minutter.
- **Klinisk undersøkelse:**
 - Vi vil måle høyde, vekt, hoft- og midjemål (med klær, uten sko).
 - Vi ønsker å samle genetisk materiale (arvestoff) ved å ta en celleprøve fra munnen. Dette gjør du selv ved å gni en liten svamp mot innsiden av kinn.
- **Helseopplysninger vil bli innhentet fra:** Behandlingsjournalen ved BUP-klinikk (Diagnoser og type behandling). Videre om du har hatt kontakt med helsetjenester eller barnevern i din kommune, og opplysninger som du selv, foreldre ev. lærer har gitt på spørreskjema om helse, skole og fritid). Ev. fra Medisinsk fødselsregister (vekt, lengde, hodeomkrets ved fødsel) og Nasjonalt vaksinasjonsregister (hvilke vaksiner du har fått).
- **Oppfølgingsundersøkelser:** Etter to og fem år vil vi ta ny kontakt og spørre om du vil svare på spørreskjema på internett.

Postadresse Medisinsk teknisk forskningscenter 7489 Trondheim	Org.nr. 974 767 880 E-post: dmf-post@medisin.ntnu.no http://www.ntnu.no/rbup	Besøksadresse Klostergt 46/48	Telefon + 47 73 55 15 00 Telefaks + 47 73 55 15 39	Førsteamanuensis Marit S. Indredavik Tlf: + 47 73 55 15 10
---	---	---	---	---

Hvem kan delta?

Alle mellom 13 og 18 år som får helsehjelp ved BUP-klinikk i 2009 og 2010.

Er det noen risiko eller ubehag ved å delta?

Deltagelse innebærer at du bruker ca. en time ekstra ved BUP-klinikk. Oppgaven din er å svare på spørsmål om deg selv. Vanligvis går det greit, men hvis du trenger å snakke med en fagperson etterpå, kan det ordnes. Måling, veiing og celleprøve medfører ikke risiko eller ubehag (det skal ikke tas blodprøver). Deltagerne er dekket av Norsk Pasientskadeerstatning (NPE).

Frivillighet og samtykke

Deltagelse er helt frivillig, og du kan trekke deg fra studien når som helst uten å oppgi noen grunn. Dette vil ikke ha betydning for behandlingstilbudet ved BUP-klinikk. Da vil prøvene bli slettet og all informasjon anonymisert. Hvis du vil delta, undertegner du samtykke (se bak). Vi må også ha samtykke fra foreldrene dine hvis du er under 16 år. Hvis du ikke ønsker å svare på spørreskjema om to og fem år, vil de tidligere opplysningene bli lagret til prosjektstutt i 2018, med mindre du aktivt trekker deg fra prosjektet.

Trekning av gavekort

Det trekkes 1 stk. iPod Touch til en verdi av 1790 kr. (med byttekort) for hver 30. deltager (blant de siste 30).

Hva skjer med prøvene og informasjonen om deg?

Alle opplysninger og celleprøven vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer. Prøven lagres ved HUNT biobank og skal bare brukes til å kartlegge sammenhenger mellom arvestoff og psykisk helse i dette forskningsprosjektet. Ansvarlig for biobanken er Professor Kristian Hveem. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste som oppbevares atskilt fra helseopplysningene. Dette vil sikre at data behandles konfidensielt. Bare autoriserte prosjektmedarbeidere kan se navnelisten. Navn, fødselsnummer og celleprøve slettes når studien er avsluttet (31.12.2018). Opplysningene vil bli brukt i flere forskningsprosjekt ved NTNU/St. Olavs Hospital om ungdommers psykiske og fysiske helse, risikofaktorer for helseproblem og effekter av behandling. Det vil ikke være mulig å identifisere deg når resultatene publiseres.

Godkjenninger

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning: Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), og godkjent av Regional komité for Medisinsk og Helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge. Det må søkes om nye, separate godkjenninger for hvert forskningsprosjekt som skal bruke de opplysningene som er samlet inn. Hvis et prosjekt ikke dekkes av nåværende samtykke, skal deltagerne spørres om nytt samtykke.

Studien er søkt finansiert fra: Norges Forskningsråd og Helse Midt-Norge RHF.

Ansvarlige for studien er:

Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Institutt for nevromedisin, NTNU ved førsteamanuensis Turid S. Berg-Nielsen, og BUP-klinikk, St. Olavs Hospital ved avdelingssjef Odd Sverre Westbye.

Ved spørsmål kan du kontakte: Prosjektleder Marit S. Indredavik (marit.s.indredavik@ntnu.no) tlf. 73551510 eller vitenskapelig assistent Ingunn Ranøyen (ingunn.ranoyen@ntnu.no) tlf. 73551511.

Med ønske om et godt samarbeid, vennlig hilsen

Marit S. Indredavik
Førsteamanuensis
Institutt for nevromedisin
NTNU

Odd Sverre Westbye
Avdelingssjef
BUP-klinikk
St. Olavs Hospital

Turid S. Berg-Nielsen
Førsteamanuensis
Institutt for nevromedisin
NTNU

Hvis du vil delta, fyller du ut dette arket:

Samtykkeerklæring

for deltakere i
Helseundersøkelsen i Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk (Hel-BUP)

Fornavn: _____

Etternavn: _____

Fødselsdato: _____

- Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon og ønsker å delta i studien. Deltakelse innebærer at opplysningene som samles inn i studien vil bli brukt i flere forskningsprosjekt ved NTNU/St. Olavs Hospital om ungdommers psykiske og fysiske helse, risikofaktorer for helseproblem og effekter av behandling.
- Jeg samtykker i at det hentes opplysninger fra min behandlingsjournal ved BUP-klinikk
- Jeg samtykker i at jeg kan kontaktes om 2 og 5 år, for å bli spurt om jeg vil delta i oppfølgingsundersøkelsen

Sted: _____

Dato: _____

Underskrift: _____

Hvis du er under 16 år, trenger vi samtykke også fra dine foreldre

Kopi av dette samtykket skal legges til journal ved BUP-klinikk, St. Olavs Hospital

Kjære foreldre

Informasjon om forskningsprosjektet:

Helseundersøkelsen i Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk (Hel-BUP)

Vi inviterer til deltagelse i en studie om helse og livsstil ved Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk (BUP-klinikk), St. Olavs Hospital

Bakgrunn

Vi vet for lite om ungdommers helse i Sør-Trøndelag. Vi ønsker å undersøke hva som fremmer god helse for å gi bedre hjelp til barn og unge i framtida. Studien utføres i samarbeid med Helse- og Velferdsundersøkelsen i Trondheim og Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag.

Målet med undersøkelsen

Vi vil kartlegge psykisk og fysisk helse, arv og miljø i ungdomsgruppen ved BUP-klinikk sammenlignet med den generelle ungdomsbefolkningen i Trondheim og i Nord-Trøndelag. To og fem år seinere ønsker vi å se om behandlingen ved BUP-klinikk har vært nyttig. Formålet er å undersøke hvordan de unge egentlig har det, og hvilke faktorer som øker eller minsker risikoen for helseproblemer.

Hva kan studien brukes til?

Studien vil gi kunnskap om hva som fremmer god psykisk og fysisk helse, og hva slags behandling som virker. Resultatene kan bli viktige for de som bestemmer hvilke tilbud barn og unge skal få i kommunene, og for helsearbeidere som skal gi riktig hjelp til barn og unge.

Slik foregår undersøkelsen

Undersøkelsen inneholder flere komponenter i tillegg til standard utredning ved BUP-klinikk. Hvis dere sier ja til å delta, kan dere likevel takke nei til enkelte deler av undersøkelsen. Denne består av:

- **Spørreskjema:**
Ungdommen skal svare på et spørreskjema på PC (tar ca. 45 minutter). Spørsmålene handler om helse, kosthold, trivsel, skole, fritid, og litt om familien (følelses"klima" og takling av bekymringer). Vi spør også om rusmidler, alvorlige hendelser i livet, og om seksuell aktivitet. Foresatte får et kortere skjema (tar ca. 15 minutter) som handler om ungdommens helse og utvikling fra fødselen til i dag.
- **Klinisk undersøkelse av ungdommen:**
 - Vi vil måle høyde, vekt, hofte- og midjemål.
 - Vi ønsker å samle genetisk materiale (arvestoff) ved å ta en celleprøve fra munnen. Dette gjør ungdommen selv ved å gni en liten svamp mot innsiden av kinnnet.
- **Helseopplysninger vil bli innhentet fra:** Behandlingsjournalen ved BUP-klinikk (Diagnoser og type behandling. Videre om han/hun har hatt kontakt med helsetjenester eller barnevern i kommunen, og opplysninger som ungdommen selv, foreldre ev. lærer har gitt på spørreskjema om helse, skole og fritid). Ev. fra Medisinsk fødselsregister (vekt, lengde, hodeomkrets ved fødsel) og Nasjonalt vaksinasjonsregister (hvilke vaksiner han/hun har fått).
- **Oppfølgingsundersøkelser:** Etter to og fem år vil vi ta ny kontakt og spørre om dere vil svare på spørreskjema på internett.

Postadresse	Org.nr. 974 767 880	Besøksadresse	Telefon	Førsteamanuensis
Medisinsk teknisk forskningssenter 7489 Trondheim	E-post: dmf-post@medisin.ntnu.no http://www.ntnu.no/rbup	Klostergt 46/48	+ 47 73 55 15 00 Telefaks + 47 73 55 15 39	Marit S. Indredavik Tlf: + 47 73 55 15 10

Hvem kan delta?

Alle mellom 13 og 18 år som får helsehjelp ved BUP-klinikk i 2009 og 2010.

Er deltagelse forbundet med risiko eller ubehag?

Deltagelse innebærer at ungdommen og dere bruker ca. en time ekstra ved BUP-klinikk. Vanligvis går det greit for ungdommene å svare på spørsmål om seg selv, men hvis han/hun trenger å snakke med en fagperson etterpå, kan det ordnes. Måling, veiing og celleprøve medfører ikke risiko eller ubehag (det skal ikke tas blodprøve). Deltagerne er dekket av Norsk Pasientskadeerstatning (NPE).

Frivillighet og samtykke

Deltagelse er helt frivillig, og dere kan trekke dere fra studien når som helst uten å oppgi noen grunn. Dette vil ikke ha betydning for behandlingstilbudet ved BUP-klinikk. Da vil prøvene bli slettet og all informasjon anonymisert. Hvis ungdommen vil delta, må han/hun undertegne samtykke som de har fått i eget skriv. Vi må også ha samtykke fra foreldre dersom ungdommen er under 16 år (se bak). Hvis dere ikke ønsker å svare på spørreskjema om to og fem år, vil de tidligere opplysningene bli lagret til prosjektslutt i 2018, med mindre ungdommen aktivt trekker seg fra prosjektet.

Trekning av gavekort

Det trekkes 1 stk. iPod Touch til en verdi av 1790 kr. (med byttekort) for hver 30. deltager (blant de siste 30).

Hva skjer med prøvene og informasjonen som samles inn?

Alle opplysninger og celleprøven vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer. Prøven lagres ved HUNT biobank og skal kun brukes til å kartlegge sammenhenger mellom arvestoff og psykisk helse i dette prosjektet. Ansvarlig for biobanken er Professor Kristian Hveem. En kode knytter ungdommen til opplysningene gjennom en navneliste oppbevart atskilt fra helseopplysningene. Dette vil sikre at data behandles konfidensielt. Bare autoriserte prosjektmedarbeidere har adgang til navnelisten. Navn, fødselsnummer og celleprøve slettes når studien er avsluttet (31.12.2018). Opplysningene vil bli brukt i flere forskningsprosjekt ved NTNU/St. Olavs Hospital om ungdommers psykiske og fysiske helse, risikofaktorer for helseproblem og effekter av behandling. Det vil ikke være mulig å identifisere enkeltindivider når resultatene publiseres.

Godkjenninger

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning: Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), og godkjent av Regional komité for Medisinsk og Helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge. Det må søkes om nye, separate godkjenninger for hvert forskningsprosjekt som skal bruke de opplysningene som er samlet inn. Hvis et prosjekt ikke dekkes av nåværende samtykke, skal deltagerne spørres om nytt samtykke.

Studien er søkt finansiert fra: Norges Forskningsråd og Helse Midt-Norge RHF.

Ansvarlige for studien er:

Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Institutt for nevromedisin, NTNU ved førsteamanuensis Turid S. Berg-Nielsen, og BUP-klinikk, St. Olavs Hospital ved avdelingssjef Odd Sverre Westbye.

Ved spørsmål kan du kontakte: Prosjektleder Marit S. Indredavik (marit.s.indredavik@ntnu.no) tlf. 73551510 eller vitenskapelig assistent Ingunn Ranøyen (ingunn.ranoyen@ntnu.no) tlf. 73551511.

Med ønske om et godt samarbeid, vennlig hilsen

Marit S. Indredavik	Odd Sverre Westbye	Turid S. Berg-Nielsen
Førsteamanuensis	Avdelingssjef	Førsteamanuensis
Institutt for nevromedisin	BUP-klinikk	Institutt for nevromedisin
NTNU	St. Olavs Hospital	NTNU

Samtykkeerklæring fra foreldre for ungdommer under 16 år

for deltakelse i
Helseundersøkelsen i Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk (Hel-BUP)

Ungdommens fornavn: _____

Etternavn: _____

Fødselsdato: _____

- Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon og samtykker til at min sønn/datter deltar i studien. Deltakelse innebærer at opplysningene som samles inn i studien vil bli brukt i flere forskningsprosjekt ved NTNU/St. Olavs Hospital om ungdommers psykiske og fysiske helse, risikofaktorer for helseproblem og effekter av behandling.
- Jeg samtykker i at det hentes opplysninger fra behandlingsjournalen ved BUP-klinikk
- Jeg samtykker i at vi kan kontaktes om 2 og 5 år, for å bli spurt om å delta i oppfølgingsundersøkelsen

Sted: _____

Dato: _____

Foreldres underskrifter:

Mor: _____

Far: _____

Kopi av dette samtykket skal legges til journal ved BUP-klinikk, St. Olavs Hospital

Sterke og svake sider (SDQ-Nor)

Vennligst kryss av for hvert utsagn: Stemmer ikke, Stemmer delvis eller Stemmer helt. Prøv å svare på alt selv om du ikke er helt sikker eller synes utsagnet virker rart. Svar på grunnlag av hvordan du har hatt det de siste 6 månedene.

Ditt navn

Gutt/Jente

Fødselsdato

	Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt
Jeg prøver å være hyggelig mot andre. Jeg bryr meg om hva de føler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er rastløs. Jeg kan ikke være lenge i ro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har ofte hodepine, vondt i magen eller kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg deler gjerne med andre (mat, spill, andre ting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir ofte sint og har kort lunte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er ofte for meg selv. Jeg gjør som regel ting alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg gjør som regel det jeg får beskjed om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bekymrer meg mye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg stiller opp hvis noen er såret, lei seg eller føler seg dårlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er stadig urolig eller i bevegelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har en eller flere gode venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg slåss mye. Jeg kan få andre til å gjøre det jeg vil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er ofte lei meg, nedfor eller på gråten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir som regel likt av andre på min alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir lett distraheret, jeg synes det er vanskelig å konsentrere meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir nervøs i nye situasjoner. Jeg blir lett usikker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er snill mot de som er yngre enn meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir ofte beskyldt for å lyve eller jukse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre barn eller unge plager eller mobber meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tilbyr meg ofte å hjelpe andre (foreldre, lærere, andre barn/unge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tenker meg om før jeg handler (gjør noe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tar ting som ikke er mine hjemme, på skolen eller andre steder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kommer bedre overens med voksne enn de på min egen alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er redd for mye, jeg blir lett skremt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg fullfører oppgaver. Jeg er god til å konsentrere meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Din underskrift

Datoen i dag

Tusen takk for hjelpen

© Robert Goodman, 2005

ILK-Spørreskjema for ungdom*

Pas. nr. _____

Dato: _____

Navnet ditt: _____ Kjønn: jente gutt

Vi ber om at du svarer på noen spørsmål om hvordan du vurderer din situasjon. Tenk hovedsakelig på siste uken og sett ett kryss i hver linje.

Hvor godt takler du kravene skolen stiller?	<input type="checkbox"/> 1 veldig bra	<input type="checkbox"/> 2 ganske bra	<input type="checkbox"/> 3 både og	<input type="checkbox"/> 4 ganske dårlig	<input type="checkbox"/> 5 veldig dårlig
Hvor godt er forholdet ditt til andre familiemedlemmer (foreldre, søsken)?	<input type="checkbox"/> 1 veldig bra	<input type="checkbox"/> 2 ganske bra	<input type="checkbox"/> 3 både og	<input type="checkbox"/> 4 ganske dårlig	<input type="checkbox"/> 5 veldig dårlig
Hvordan kommer du overens med andre ungdommer i fritiden?	<input type="checkbox"/> 1 veldig bra	<input type="checkbox"/> 2 ganske bra	<input type="checkbox"/> 3 både og	<input type="checkbox"/> 4 ganske dårlig	<input type="checkbox"/> 5 veldig dårlig
I hvilken grad kan du aktivisere deg selv (leke, interesser, aktiviteter)?	<input type="checkbox"/> 1 veldig bra	<input type="checkbox"/> 2 ganske bra	<input type="checkbox"/> 3 både og	<input type="checkbox"/> 4 ganske dårlig	<input type="checkbox"/> 5 veldig dårlig
Hvordan vurderer du din kroppslige helsetilstand?	<input type="checkbox"/> 1 veldig bra	<input type="checkbox"/> 2 ganske bra	<input type="checkbox"/> 3 både og	<input type="checkbox"/> 4 ganske dårlig	<input type="checkbox"/> 5 veldig dårlig
Hvordan vurderer du din psykiske helsetilstand?	<input type="checkbox"/> 1 veldig bra	<input type="checkbox"/> 2 ganske bra	<input type="checkbox"/> 3 både og	<input type="checkbox"/> 4 ganske dårlig	<input type="checkbox"/> 5 veldig dårlig
Hvis du sammenfatter alle nevnte forhold og områder i livet ditt: Hvordan går det med deg for tiden totalt sett?	<input type="checkbox"/> 1 veldig bra	<input type="checkbox"/> 2 ganske bra	<input type="checkbox"/> 3 både og	<input type="checkbox"/> 4 ganske dårlig	<input type="checkbox"/> 5 veldig dårlig

Tilleggsspørsmål:

I hvilken grad føler du deg begrenset eller belastet av de problemene (evt. sykdommen) som du har kommet til oss for.	<input type="checkbox"/> 1 overhodet ikke belastet	<input type="checkbox"/> 2 lite belastet	<input type="checkbox"/> 3 noe belastet	<input type="checkbox"/> 4 sterkt belastet	<input type="checkbox"/> 5 veldig sterkt belastet
---	---	--	---	--	--

SNU ARKET !

*Copyright: F. Matthejat og H. Remschmidt 1998 -Klinik für Psychiatrie des Kindes-und Jugendalters Philipps-Universität Marburg/Tyskland. Norsk oversettelse: Marianne Leiknes. Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag - HF, Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk, T. Jozefiak 2002.

I hvilken grad føler du undersøkelsene, eventuell behandlingen hos oss som en belastning/begrensning? (F.eks. belastning i forbindelse med timeavtalene i klinikken, evt. innleggelse, medikamenter, osv.)

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
overhodet	lite	noe	sterkt	veldig
ikke	belastet	belastet	belastet	sterkt
belastet				belastet

Tidsbruk:

Hvor mange timer tilbringer du pr. dag med følgende aktiviteter?

Ta utgangspunkt i en typisk hverdag i din besvarelse av spørsmålet!

- ...på skolen timer
- ... lekser (alene eller med andre) timer
- ... med foreldrene og søsken (måltider, prate, lek, osv.) timer
- ...med venner i fritiden (f.eks. lek, i en forening, andre aktiviteter med venner, "henge rundt" timer
- ...alene (f.eks. på rommet, lek, lytte til musikk, ved data-maskinen, TV, lese, hobbyer) timer
- ...sove timer

Kommentarer: _____

Mange takk for samarbeidet!