

Maria Løseth
Ole-Vegard Hamran

Hva kan forklare forskjeller i mestringstro hos polikliniske pasienter med ADHD?

En kvantitativ studie av psykososial fungering og
psykiske symptomer ved ADHD

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i Psykologi
Veileder: Audun Havnen
Medveileder: Henrik Pedersen
Mai 2024

Maria Løseth
Ole-Vegard Hamran

Hva kan forklare forskjeller i mestringstro hos polikliniske pasienter med ADHD?

En kvantitativ studie av psykososial fungering og
psykiske symptomer ved ADHD

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i Psykologi
Veileder: Audun Havnen
Medveileder: Henrik Pedersen
Mai 2024

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for psykologi



Kunnskap for en bedre verden

Forord

Dette prosjektet har vært et dypdykk i ADHD og de medfølgende funksjonsvariasjonene, både i teori og praksis. Det har ikke nødvendigvis vært oppløftende lesning for vår egen mestringsstro. Som Knouse & Mitchell (2015) skriver kan selvinnsikt være et tveegget sverd for mennesker med ADHD. Manglende innsikt i egen fungering har nok vært essensielt for at vi skulle ha god nok mestringsstro til å ta på oss en kvantitativ oppgave. Samarbeidet vårt kan best beskrives som å prøve å vinne et stafettløp med to delebiler med dårlige bremses og skranglete girkasse. Vi har hver vår etappe å stå i, men som oftest må den ene slepe den andre over målstreken. Vi spiller ikke nødvendigvis hverandre god, men man vet begge i hvert fall godt hvordan det er å havne i grøfta, og da er jo to rustne bremseveiere bedre enn en. Å forstå og skrive om statistikk har følt som å spise nevrosuppe med gaffel. Mestringsstroen har gått opp og ned underveis, svingende i takt med selvinnsikten, men det hele har endt opp som en slags mestringsopplevelse til slutt.

Takk til Audun og Henrik for svar på alle spørsmålene vi ikke visste at vi hadde, og takk for at dere var tålmodige når spørsmålene kom i spredte skippertak, og at dere var tilgjengelige når vi satt inn det siste nådestøtet i påsken 2024, under det som bare kan kalles en vennskapelig, akademisk gisselsituasjon på hytta. Dere er flåteranet som gjorde seieren mulig i vår krig mot Napoleon.

Takk til alle våre korrekturlade venner med mer nevrotypiske hjerner og større tålmodighet enn oss med APA-stil. Takk til Othelie for grundig lese-hjelp, og takk til Jonas for veldig nyttig feedback og for at du klarer å forklare statistikk til et utfordrende men takknemlig publikum. Takk til Martin for god hjelp med å holde fokus. I motsetning til våre funn i hovedoppgaven ser det ut til at sosial støtte har vært svært viktig for vår egen mestringsstro i denne prosessen.

Abstract

Background: ADHD in adults can impair functioning across several life domains. With the increasing recognition of ADHD as a lifelong condition and the growing number of individuals seeking help for ADHD, a better understanding of the psychological and behavioural aspects of the diagnosis is needed. Self-efficacy is viewed as an important health-promoting factor and appears crucial for managing various challenges. Self-efficacy is shaped by experience, and adults with ADHD often carry numerous experiences of failure. Self-efficacy within the ADHD population has not been well explored, but findings suggest that ADHD is associated with lower self-efficacy. Different conditions are associated with unique sets of demands and challenges, and the factors which contribute to self-efficacy in adults with ADHD may differ from other populations.

The main objective of our thesis was to examine which factors could explain differences in self-efficacy in a clinical adult population with ADHD. More specifically, we wanted to illuminate to what extent symptoms of anxiety and depression, as well as psychosocial functioning across the different life domains – could explain differences in self-efficacy among adults with ADHD.

Method: We conducted a cross-sectional study based on data collected from Nidaros District Psychiatric Center (NDPS). Participants completed a questionnaire before starting treatment, which measured symptoms of anxiety and depression, psychosocial functioning in various domains, as well as self-efficacy. We performed a hierarchical regression analysis to investigate which of the following variables contributed most to the explained variance in self-efficacy: symptoms of anxiety, symptoms of depression, psychosocial functioning at work, at home, leisure, hobbies, social relationships.

Results: The results showed that psychosocial functioning at work was the only variable with significant effect on self-efficacy. Symptoms of anxiety and depression had no significant effect after controlling for functioning at work.

Conclusion: Based on the findings in our thesis, we recommend clinicians to focus on facilitating their patients functioning at work, as this appears to be a particularly important arena for developing self-efficacy. The relationship between mental symptoms and self-efficacy was not as clear in the clinical adult population with ADHD.

Sammendrag

Bakgrunn: ADHD hos voksne kan medføre nedsatt funksjon på flere livsdomener. Med økende anerkjennelse av ADHD som livslang tilstand og stadig flere som søker hjelp for ADHD, er det stort behov for bedre forståelse av de psykologiske og adferdsmessige aspektene ved diagnosen. Mestringstro er en viktig helsefremmende faktor som ser ut til å ha stor betydning for håndtering av ulike utfordringer. Mestringstro formes av erfaring, og voksne med ADHD har ofte med seg mange erfaringer med å mislykkes på flere arenaer. Mestringstro er så langt lite utforsket i ADHD-populasjonen, men tidligere funn peker mot at ADHD er assosiert med lavere mestringstro. Ulike diagnoser har sine unike sett med krav og utfordringer, det kan derfor være ulike faktorer som bidrar til god eller dårlig mestringstro hos voksne med ADHD enn i andre diagnosegrupper.

Hensikten med vår hovedoppgave var å se på hva som kan forklare forskjeller i mestringstro i en klinisk voksenpopulasjon med ADHD. Mer spesifikt ønsket vi å belyse i hvilken grad psykisk symptomtrykk på angst og depresjon, samt psykososial fungering på ulike livsdomener kan forklare forskjeller i mestringstro hos voksne med ADHD.

Metode: Vi har gjennomført en tverrsnitts-studie med utgangspunkt i innsamlet data fra Nidaros Distriktpsikiatriske senter (NDPS). Deltakerne fylte ut en skjemapakke før oppstart av behandling som målte symptomtrykk på angst og depresjon, psykososial fungering på ulike domener og mestringstro. Vi har utført en hierarkisk regresjonsanalyse for å undersøke hvilke av de følgende variablene bidrar mest til forklart varians i mestringstro: symptomtrykk angst, symptomtrykk depresjon, psykososial fungering i arbeid, i hjemmet, på fritid, i hobbyer og i sosiale relasjoner.

Resultat: Resultatene viste at psykososial fungering på arbeid hadde mest effekt på mestringstro. Angst- og depresjonssymptomer hadde ikke signifikant effekt etter at det ble kontrollert for fungering i arbeid.

Konklusjon: Basert på funnene i vår hovedoppgave vil vi anbefale klinikere å legge til rette for mestring i arbeid, da dette ser ut til å være en spesielt viktig arena for å utvikle mestringstro. Sammenhengen mellom psykiske symptomer og mestringstro var ikke like tydelig i den kliniske voksenpopulasjonen med ADHD.

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	5
1.1	ADHD	5
1.2	Mestringstro	6
1.3	Psykiske symptomer og psykososial fungering hos voksne med ADHD	8
1.4	Mestringstro og ADHD	10
1.5	Målsetning med studien	12
2	Metode	13
2.1	Forskningsdesign	13
2.2	Måleinstrumenter	13
2.2.1	Patient Health Questionnaire - 9	13
2.2.2	Generalised Anxiety Questionnaire- 7	13
2.2.3	Work And Social Adjustment Scale	14
2.2.4	The Single Item Self-efficacy Question	14
2.3	Statistisk analyse	15
3	Resultat	17
3.1	Beskrivelse av utvalg	17
3.2	Deskriptiv Statistikk for Mestringstro, WSAS-domener, PHQ-9 og GAD-7	17
3.3	Korrelasjonsanalyse	18
3.4	Regresjonsanalyse	20
4	Diskusjon	22
4.1	Implikasjoner for forskning og praksis	25
4.2	Styrker og begrensninger ved studien	26
5	Konklusjon	29
6	Referanseliste	30

1 Introduksjon

1.1 ADHD

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) er en tilstand preget av konsentrasjonsvansker, hyperaktivitet og impulsivitet med debut før fylte 12 år (American Psychiatric Association, 2022). For å innfri diagnosekriteriene må symptomene ha negativ innvirkning på personens funksjonsevne. Symptomene må også ha vært til stede vedvarende utover seks måneder, være til stede på tvers av flere domener som for eksempel i hjemmet, på skole/arbeid, i sosiale relasjoner eller i andre aktiviteter, og vanskene må være betydelig avvik fra aldersadekvat fungering (Ørstavik et al., 2016).

I internasjonale studier er forekomsten av ADHD blant voksne anslått å være mellom 2% - 5%, avhengig av populasjonen som er undersøkt og kriteriene som er lagt til grunn (Faraone et al., 2021). I voksenpopulasjonen er ADHD omtrent like vanlig hos kvinner og menn (Faraone et al., 2021). Prevalenstall fra Norge stemmer godt med internasjonal forskning (Ørstavik et al., 2016). I perioden 2008-2013 var 3% av menn og 2,2% av kvinner mellom 18 og 27 år registrert med ADHD-diagnose i Norsk Pasientregister, tallene er mer usikre for personer eldre enn 27 år da det ikke var etablert diagnostisk praksis for voksne før etter tusenårsskiftet (Ørstavik et al., 2016).

ADHD har tradisjonelt vært sett på som en barndomslidelse, og er en av de vanligste psykiatriske lidelsene for barn (Kooij et al., 2010). Til forskjell fra de fleste diagnosene i DSM-5 ble diagnosekriteriene og behandling for ADHD først utviklet for barn, og senere tilpasset voksne (Ramsay & Rostain, 2003). Kooij et al. (2010) peker på at det lenge var en utbredt antakelse at ADHD er noe man «vokser av seg» i løpet av ungdomsårene. I senere tid har det derimot blitt vist og anerkjent at lidelsen vedvarer og skaper nedsatt funksjon også i voksen alder for majoriteten av ADHD populasjonen (Kooij et al., 2010). ADHD hos voksne har derfor gradvis fått mer oppmerksomhet både innen forskning og behandling de senere årene både internasjonalt (Faraone et al., 2021) og nasjonalt (Ørstavik et al., 2016).

Voksne med ADHD er en relativt ny og voksende pasientgruppe i psykisk helsevern (Torgersen et al., 2006). I Norge var medikamentell behandling av ADHD hos voksne forbudt frem til 1997. Etter legaliseringen fikk tilstanden økt oppmerksomhet i psykisk helsevern og det ble det gitt ut nasjonale retningslinjer for å sikre adekvat diagnostisering, behandling og oppfølging for voksne med ADHD (Torgersen et al., 2006). En nylig rapport fra 2023 fremlagt av Folkehelseinstituttet trekker frem ADHD som den raskest økende konsultasjonsårsak for voksne i primærhelsetjenesten i 2023 (Tesli et al., 2023). Levekårsundersøkelsen blant voksne med ADHD i Norge fra 2022 viser at en stor andel av personer med ADHD har et udekket behov for psykisk helsehjelp (Bjørnshagen, 2022). ADHD hos voksne i psykisk helsevern er

understudert, på tross av at det er en vanlig tilstand som er vist å være relatert til betydelig funksjonsnedsettelse (Faraone et al., 2004; Torgersen et al., 2006).

Behovet for en bedre forståelse av denne relativt nye og store pasientgruppen er stort i helsetjenesten. Medikamentell behandling er godt utforsket, mens psykologisk behandling for ADHD hos voksne forblir understudert (Davidson, 2008). Nasjonale retningslinjer for behandling av ADHD anbefaler medikamentell behandling og psykoedukasjon, men skriver at flere studier om psykologisk behandling av ADHD hos voksne har vært publisert de senere år. Kognitiv atferdsterapi er blant annet en lovende metode som kan ha betydelig gevinst, selv om det fortsatt er usikkerhet omkring flere forhold ved behandlingsmetoden (Helsedirektoratet, 2022). Det er tydelig at ADHD hos voksne har kognitive, affektive og adferdsmessige komponenter, og mye tyder på at det kan være nyttig med en bedre forståelse av disse (Ramsay & Rostain, 2003).

1.2 Mestringstro

Mestringstro peker seg ut som en av de psykologiske komponentene som kan være relevant for voksne med ADHD. Bandura (1977) definerte begrepet mestringstro (engelsk: self-efficacy) som en persons tro på egen evne til å håndtere utfordringer, utføre spesifikke oppgaver, eller oppnå et gitt mål. Mestringstro handler om en persons oppfatning av egen kompetanse og egen effektivitet i møte med utfordringer (Bandura, 1977).

Bandura omtalte mestringstro som «the main reason for influencing behaviour» og understreket den sentrale rollen individets oppfatning av egne evner spiller i å forme deres handlinger (Bandura, 1977). Han postulerer at mestringstro påvirker motivasjonen til å engasjere seg i ulike oppgaver, og at høy mestringstro gjør en person mer sannsynlig å sette mål, gjøre en innsats og holde ut i møte med utfordringer. Dersom man har tro på at egen innsats kan føre til ønsket resultat, oppmuntres man til å opprettholde innsatsen. Lav mestringstro kan derimot føre til unngåelse av oppgaver som vurderes som for vanskelige, eller til redusert innsats og generelt lavere motivasjon (Bandura, 1977). Det er funnet at høy mestringstro er relatert til både bedre helse, bedre prestasjon og bedre sosial integrasjon (Bandura & Locke, 2003). Lav mestringstro derimot, er assosiert med pessimistiske tanker om seg selv og egne evner, og er forbundet med depresjon, angst og hjelpeløshet (Bandura, 1977).

Det er flere ting som kan ha innvirkning på utviklingen av god mestringstro. Bandura (1977) peker på fire hovedprediktorer: (1) egne opplevelser med mestring og suksess, (2) vikarierende mestringserfaringer for eksempel via gode rollemodeller, (3) verbal overtalelse via oppmuntring og andres tiltro til egne evner, og (4) emosjonell aktivering og tolkningen av denne, angstaktivering kan for eksempel tolkes som tegn på egen inkompetanse. Bandura argumenterte for at mestringstro er kontekstspesifikk, det er derfor utviklet en rekke ulike instrumenter som skal måle mestringstro på ulike arenaer. Når mestringstro er etablert vil den generaliseres til andre lignende situasjoner, og «impact of failure» ser ut til å reduseres

(Bandura, 1977). Jerusalem og Schwarzer (2013) tar til orde for en mer generalisert forståelse av mestringstro, hvor mestringsopplevelser – altså gjentatte erfaringer med å mestre noe – er det mest essensielle for utviklingen av en sterk mestringstro. Det er funnet robuste korrelasjoner mellom domenespesifikk mestringstro og generell mestringstro (Judge & Bono, 2001). Forskning på domenespesifikk mestringstro kan derfor likevel være av relevans for generell mestringstro.

Som Kleppang et al. (2023) skriver er mestringstro identifisert som en viktig helsefremmende faktor for både fysisk og psykisk helse. Tidligere studier har hovedsakelig undersøkt mestringstro som en modererende faktor, men det er fremdeles lite kunnskap om prediktorer for konstruktet, og hvilke faktorer som bidrar til utviklingen av sterk mestringstro. Kleppang et al. (2023) undersøkte assosiasjonen mellom mestringsopplevelser, sosial støtte og mestringstro i et utvalg på 9221 ungdommer i Norge. De fant at mestringsopplevelser (definert som egen opplevelse av suksess), forklarte mest av variansen i mestringstro, med hovedvekt på leddene «jeg føler at jeg mestrer ting» og «jeg føler meg nyttig» etterfulgt av «støtte fra venner» og «støtte fra foreldre».

Bonsaksen et al. (2019) undersøkte sammenhengen mellom mestringstro og ulike sosiodemografiske variabler i den norske generelle befolkningen. Menn rapporterer gjennomsnittlig høyere mestringstro enn kvinner, og det å være yrkesaktiv predikerte høyere mestringstro. Ifølge Hauge et al. (2014) er det tidligere funnet moderate korrelasjoner mellom sosial støtte og mestringstro hos ungdommer. Thomas et al. (2024) fant at autonomi var en prediktor for studierelatert mestringstro hos studenter med alvorlig psykisk lidelse. De fant ingen sammenheng med kompetanse eller opplevelse av tilknytning til andre. Jerusalem & Klein Hessling (2009) undersøkte effekten av to ulike intervensjoner rettet mot å styrke mestringstro hos studenter, og fant at mer individualiserte oppgaver/krav og tilbakemeldinger på prestasjon, samt gjennomsiktighet når det gjaldt lærerens evalueringskriterier pekte seg ut som spesielt fordelaktig for studentenes skole-mestringstro. Videre fant de at å etablere et positivt og støttende klassemiljø hvor læreren var sensitiv til studentenes individuelle behov var fordelaktig for sosial mestringstro (Jerusalem & Klein Hessling, 2009).

Både teori og forskning viser til at angst og depresjon hos voksne har en sterk assosiasjon med mestringstro, Bandura og Pastorelli et al. (1999) viser til flere mulige virkningsmekanismer hvor lav mestringstro kan lede til utviklingen av depresjon. Opplevd sosial og akademisk ineffektivitet bidro til depresjon både direkte på grunn av de negative tankene i seg selv og via deres innvirkning på akademisk prestasjon, prososialitet og problematferd. Lav sosial mestringstro bidro mer til depresjon hos kvinner enn hos menn (Bandura, Pastorelli, et al., 1999). Kognitive teorier legger vekt på mestringstro som en sentral mekanisme i både angst (Williams, 1995) og depresjon (Bandura, Pastorelli, et al., 1999). Angst kan forstås som lav mestringstro på egen evne til å håndtere potensielle trusler, og mestringstro på egen kontroll over tanker og humør er sentralt i både angst og depresjon

(Bandura, Pastorelli, et al., 1999). Kavanagh & Wilson (1989) fant at bedring i depresjon var nært assosiert med endring i mestringsstro, og at mestringsstro målt etter behandlingsslutt predikerte både behandlingsutfall og hvem som fikk tilbakefall i løpet av ett år. Assosiasjonen mellom mestringsstro, angst og depresjon, er spesielt relevant med tanke på at dette er kjente komorbide lidelser med ADHD (Bjørnshagen, 2022).

Mye tyder på at prediktorer for mestringsstro kan variere mellom ulike kliniske grupper (Bonsaksen et al., 2012). En studie av Bonsaksen et al. (2012) gjort på mestringsstro blant pasienter med hjertesykdom, viste at mer alvorlig oppfatning av sykdommens konsekvenser predikerte lav mestringsstro. Blant pasienter med sykkelig overvekt var mestringsstro derimot predikert av mer fysisk aktivitet og mindre emosjonell respons på sykdommen, mens blant pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom var mestringsstro predikert av sosial støtte, færre konsekvenser av sykdommen og bedre forståelse av sykdommen (Bonsaksen et al., 2012). En større sykdomsbyrde vil med stor sannsynlighet ha negativ innvirkning på mestringsstro. Assosiasjonen mellom helse og mestringsstro er demonstrert blant pasienter med en rekke kroniske sykdommer, og enkelte psykiske lidelser (Solomon et al., 1991). Den store variasjonen mellom hva som påvirker mestringsstro i ulike kliniske grupper understreker behovet for å se på kilder til mestringsstro hos hver enkelt gruppe, da funnene ikke nødvendigvis kan generaliseres fra en gruppe til en annen.

1.3 Psykiske symptomer og psykososial fungering hos voksne med ADHD

For å forstå hva som kan ha innvirkning på mestringsstro hos voksne med ADHD er det relevant å undersøke hvordan symptomene påvirker funksjonsnivå i dagliglivet.

Kjernesymptomene på ADHD hos voksne er de samme som hos barn, men de arter seg annerledes som resultat av utviklingsstadium og sosial kontekst (Faraone et al., 2015), noe som ikke er like godt beskrevet i litteraturen (Ørstavik et al., 2016). Der hyperaktivitet hos barn kan være overdreven løping og klatring, eller vansker med å delta i rolig lek, kommer hyperaktivitet hos voksne ofte mer subtilt til uttrykk. Ytre uro erstattes av indre rastløshet og manglende evne til å slappe av, uttalt fikling, eller taleflom (Kooij et al., 2010). Impulsivitet kan komme til uttrykk som impulsjøp, utålmodighet og stadig oppstart av nye prosjekter, bytte av arbeidsplass eller partner, eller mye spenningsøkende adferd (Kooij et al., 2010). Uoppmerksomhet kan vise seg i form av dårlige organiseringsevner, å stadig være sent ute, kjede seg, ha stort behov for variasjon, vansker med å få oversikt over situasjoner, eller at man er mer sårbar for stress (Kooij et al., 2010).

Det er godt dokumentert at ADHD medfører forhøyet risiko for komorbide lidelser. De fleste psykiske lidelser, inkludert alle typer ruslidelser, er vanligere blant unge voksne (18-27 år) med ADHD sammenlignet med normalpopulasjonen (Bjørnshagen, 2022). Komorbiditeten er spesielt høy for angst og depresjon (Bjørnshagen, 2022). Det er sannsynlig at noen av de komorbide angst- og depresjonsplagene man ser ved ADHD er sekundære til ADHD-relatert

frustrasjon og manglende mestring (Davidson, 2008). Angst og depresjon hos voksne med ADHD kan derfor forstås som et resultat av å ha levd et liv med nedsatt funksjon og mangelfull mestring av livets krav (Silver, 2000).

Samlet sett rapporterer voksne med ADHD lavere globalt funksjonsnivå sammenlignet med kontrollgrupper (Davidson, 2008). Arbeid og interpersonlige forhold utpeker seg som de arenaene hvor voksne med ADHD sliter mest. Vansker på disse arenaene viser seg å være unikt assosiert med alvorlighetsgraden av ADHD-symptomene (Safren et al., 2010). Ekteskapsproblemer er mer vanlige for mennesker med ADHD, med betydelig flere separasjoner og skilsmisser enn i befolkningen for øvrig, samt mye høyere forekomst av å ha flere ekteskap bak seg (Davidson, 2008). Arbeid spiller en sentral rolle i dagliglivet, og på grunn av de kognitive kravene kan dette domenet være spesielt sårbart for de utfordringene som kan komme med ADHD (Küpper et al., 2012). En kunnskapsoppsummering av Küpper et al. (2012) viser at ADHD er assosiert med høyere forekomst av arbeidsledighet, og at voksne med ADHD som er yrkesaktive opplever nedsatt arbeidsevne, mer fravær og redusert produktivitet, så vel som atferdsvansker i form av irritabilitet og lav frustrasjonstoleranse. I tillegg har voksne med ADHD større risiko for å være involvert i arbeidsulykker (Küpper et al., 2012). Impulsivitet, desorganisering, slurvfeil, dårlig tidsforståelse og manglende konsistens trekkes frem som ADHD-symptomer som kan skape problemer i yrkeslivet (Barkley, 2018).

ADHD-populasjonen har generelt lavere utdanningsnivå, lavere inntekt, svakere tilknytning til arbeidsmarkedet og høyere sannsynlighet for arbeidsledighet (Bjørnshagen, 2022). Mennesker med ADHD bytter jobb oftere, og sammenlignet med befolkningen for øvrig er det flere voksne med ADHD som rapporterer å ha blitt sagt opp, eller blitt utsatt for andre disiplinære tiltak gjennom jobb (Davidson, 2008). Küpper et al. (2012) trekker frem at det er lite forskning på arbeidsrelaterte utfall ved ADHD, men det er likevel tydelig at ADHD har stor innvirkning på arbeidsevne. Denne sammenhengen kommer også frem i Levekårsundersøkelsen blant voksne med ADHD i Norge fra 2022, hvor bare 59% av de med ADHD var sysselsatt, sammenlignet med 81% av den generelle befolkningen (Bjørnshagen, 2022). Nedsatt funksjon på ett domene kan forplante seg til andre domener, eksempelvis fra jobb til hjemmet. Den samme undersøkelsen viser at 47% av kvinner og 36% av menn med ADHD svarer at de føler seg psykisk utmattet etter jobb daglig. Dette er betydelig sammenlignet med bare 10% i den generelle befolkningen (Bjørnshagen, 2022).

Samlet sett ser vi at voksne med ADHD har symptomer som kan medføre nedsatt funksjon på flere domener. ADHD predikerer et bredt spekter av negative langtidseffekter. Disse spenner fra økt risiko for fysiske skader, trafikkuhell, kriminalitet og seksuelt overførbare sykdommer, til ekteskapsproblemer og livsstilsykdommer (Davidson, 2008). En amerikansk studie viste at ADHD medførte økt risiko for både problematisk gambling, overdrevent pengeforbruk, og uforsiktig bilkjøring (Bernardi et al., 2012). Desorganisering og problemer med eksekutive funksjoner kan også føre til at denne gruppen avslutter nødvendig behandling

for tidlig (McCarthy et al., 2009). Voksne med ADHD rapporterte lavere livskvalitet enn voksne uten ADHD, og livskvalitet var negativt korrelert med alvorlighetsgraden på ADHD-symptomer (Safren et al., 2010).

1.4 Mestringstro og ADHD

Et individs mestringshistorikk er en sentral forutsetning for forventninger om mestring i fremtiden (Bandura, 1977). Hos voksne med ADHD har effekten av symptomene ofte vevd seg inn på flere steder i livet, med virkning på identitet, nære relasjoner, og opplevelsen av kontroll over eget liv (Ramsay & Rostain, 2003). Med tanke på omfanget av negative livsutfall forbundet med ADHD som beskrevet over, kan man danne seg en hypotese om at voksne med ADHD er sårbare for å utvikle lav mestringstro. Det er så langt gjort få studier på forholdet mellom mestringstro og ADHD, men studiene som er gjort peker i retning av at voksne med ADHD har redusert mestringstro sammenlignet med kontrollgrupper (Newark et al., 2016).

Tidligere forskning på ADHD og mestringstro har fremhevet at mestringstro sin rolle i karriere og utdanning. Norwalk et al. (2009) undersøkte sammenhengen mellom ADHD-symptomer og faktorer relatert til mestring av universitetsutdanning. De fant at graden av ADHD-symptomer var korrelert med lavere mestringstro i spørsmål om karrierevalg, og det var spesielt de uoppmerksomme symptomene som hadde effekt (Norwalk et al., 2009). Voksne med ADHD rapporterer at de har en sterk opplevelse av inkompetanse, usikkerhet og ineffektivitet, og mange lever med en kronisk opplevelse av underprestasjon og frustrasjon (Milberger et al., 1995).

Negativt selv-konsept og lav selvtillit er vanlige sekundærkarakteristikk for voksne med ADHD, noe som kan være resultat av problematiske opplevelser med utdanning og interpersonlige vansker (Jackson & Farrugia, 1997). Dette er konsepter som har stor overlapp med mestringstro, og Newark et al. (2016) fant sterke assosiasjoner mellom selvtillit og mestringstro hos voksne med ADHD. Skliarova et al. (2023) undersøkte validiteten av et forkortet spørreskjema om mestringstro for ADHD, og som i tidligere forskning fant de et positivt forhold mellom generell mestringstro og livskvalitet. Denne sammenhengen var spesielt tydelig hos pasienter med ADHD, noe som bekrefter behovet for å vie mer oppmerksomhet og ressurser til utviklingen av mestringstro hos denne gruppen. Skliarova et al. (2023) fant også korrelasjoner mellom mestringstro og indikatorer på angst og depresjon. Det er altså identifisert sammenhenger mellom mestringstro, livskvalitet og psykisk helse hos voksne med ADHD.

Et negativt syn på seg selv og hva man kan få til kan se ut til å være en viktig del av symptombildet ved ADHD hos voksne. Mitchell et al. (2013) skriver at man antar at det negative synet voksne med ADHD har på seg selv og sin kompetanse er en del av symptombildet ved ADHD, at det er basert på tidligere erfaringer med å mislykkes, og at de ikke bare er et resultat av komorbid depresjon, en hypotese som støttes av deres funn. Safren et al. (2004) foreslår en modell hvor de nevropsykiatriske vanskene som utgjør ADHD fører til

en historie med mislykkethet og underprestering, noe som fører til utviklingen av dysfunksjonelle tankemønstre og negative emosjoner og maladaptive kompenserende strategier. Dette er konsistent med longitudinelle studier som demonstrerer kroniske vansker hos mennesker med ADHD på tvers av flere domener (Safren et al., 2004).

Videre kan dette negative synet føre til at voksne med ADHD kommer inn i en negativ spiral. Ramsay & Rostain (2003) beskriver ut fra et kognitivt rammeverk hvordan negative antakelser om selvet kan opprettholde og forverre ADHD-symptomer, utover grunnlidelsen. Basert på negative antakelser om seg selv og egen kompetanse vil individet når det konfronteres med stress, kunne utvikle maladaptive mestringsstrategier, som unngåelse og prokrastinering. Dette kan bidra til å opprettholde og forsterke negative kompenserende strategier som igjen kan forstyrre håndteringen av ADHD relaterte symptomer og problemer (Ramsay & Rostain, 2003). Dette passer godt med teori om mestringstro, som spesifikt dreier seg om tro på egen evne til å oppnå sine mål, og hvor sentralt dette er for motivasjon og endring.

Denne negative spiralen understreker relevansen mestringstro kan ha for hvordan voksne med ADHD håndterer vanskene sine, og understreker behovet for en bedre forståelse av disse sammenhengene. Newark et al. (2016) trekker frem mestringstro som en mulig teraporelevant faktor i behandlingen av voksne med ADHD (Newark et al., 2016). Flere behandlingsprogram innen kognitiv adferdsterapi for ADHD har pekt på viktigheten av å bruke strategier for å bedre mestringstro som ett ledd i behandlingen, og studier viser til at betydelige forbedringer i mestringstro kan oppnås gjennom kognitiv terapi (Bramham et al., 2009; Newark et al., 2016; Young & Bramham, 2006).

Mestringstro er sterkt forbundet med fysiologiske reaksjoner på stress (Bandura, Freeman, et al., 1999). Flere studier har vist at mennesker med ADHD har sterkt redusert evne til å modulere egen reaktivitet til nye eller stressende livshendelser (Graziano & Garcia, 2016), og at mennesker med ADHD hadde sterkt forhøyede nivåer av emosjonell dysregulering sammenlignet med kontrollgrupper (Beheshti et al., 2020). Dette kan være relevant da psykisk symptomtrykk vanligvis er sterkt korrelert med mestringstro, men Newark et al. (2016) fant ikke denne sammenhengen hos voksne med ADHD. Selv om gruppen med ADHD hadde høyere symptomtrykk på psykiske plager sammenlignet med kontrollgruppen, fant de altså ikke den samme negative korrelasjonen mellom symptomtrykk og mestringstro hos gruppen med ADHD (Newark et al., 2016).

En annen grunn til at mestringstro kan være viktig for voksne med ADHD er at flere studier har vist at mestringstro er assosiert med reduksjon i risikoadferd både når det gjelder seksualitet og avhengighet (Schwarzer & Luszczynska, 2006), som begge er mer utbredt blant mennesker med ADHD (Bjørnshagen, 2022). Økt mestringstro kan også være avgjørende for at mennesker med ADHD skal oppsøke hjelp for sine utfordringer (Newark & Stieglitz, 2010). God mestringstro kan generelt sett forståes som en beskyttende faktor i møte med stress, og

er assosiert med mindre opplevd psykisk stress i møte med dagliglivets utfordringer (Schönfeld et al., 2019).

Oppsummeringsvis ser vi at det er flere faktorer som kan ha betydning for utviklingen av mestringstro via flere ulike mekanismer, som for eksempel mangel på mestringserfaringer i arbeidslivet og emosjonell dysregulering. Videre ser mestringstro ut til å ha innvirkning på en rekke aspekter som kan være av betydning for mennesker med ADHD (Newark et al., 2016). Vi vet at voksne med ADHD ser ut til å ha lavere mestringstro, men vi vet lite om hva som skaper mestringstro og hvordan mestringstro kan styrkes. For mennesker med ADHD vil økt mestringstro kunne gi sterkere tro på at man er i stand til å håndtere utfordringene man opplever som resultat av sine vansker, og dermed være positivt for deres endringsmotivasjon og mestringsevne (Newark & Stieglitz, 2010). Ettersom ulike lidelser har sine unike sett med krav og utfordringer, kan det være ulike faktorer som bidrar til god eller dårlig mestringstro hos voksne med ADHD enn andre lidelser (Newark & Stieglitz, 2010). Det er derfor behov for mer kunnskap om sammenhengen mellom ADHD og mestringstro, og spesielt om hva som bidrar til utviklingen av mestringstro hos voksne med ADHD.

1.5 Målsetning med studien

Hensikten med vår hovedoppgave var å se på hva som kan forklare forskjeller i mestringstro i en klinisk voksenpopulasjon med ADHD.

Forskningsspørsmål: Hvilke av de følgende variablene bidro mest til forklart varians i mestringstro i en klinisk voksenpopulasjon med ADHD: symptomtrykk på angst, symptomtrykk på depresjon, psykososial fungering i arbeid, i hjemmet, fritid/hobbyer eller sosiale relasjoner?

2 Metode

2.1 Forskningsdesign

Vi har gjennomført en tverrsnittstudie med utgangspunkt i innsamlet data fra Nidaros Distriktpsykiatriske senter (NDPS). Alle pasienter som ble henvist til NDPS i innsamlingsperioden ble bedt om å svare på en skjemapakke før oppstart av behandling. Denne skjemapakken inkluderer blant annet samtykkeskjema for forskningsdeltakelse, spørsmål om demografiske variabler, i tillegg til standardiserte instrumenter som måler symptomtrykk på angst og depresjon, psykososial fungering på ulike domener og mestringstro. Skjemapakken ble sendt ut og besvart elektronisk via programvare utviklet av *Checkware*. Instrumentet som måler mestringstro, ble lagt til skjemapakken i løpet av innsamlingsperioden.

For å bli inkludert i studien måtte deltakerne være (1) henvist til NDPS i perioden februar 2020 til mars 2023, (2) være registrert med ADHD-diagnose i NDPS sitt elektroniske journalsystem, og (3) ha besvart alle de relevante spørreskjemaene som presenteres nedenfor. Totalt 122 respondenter oppfylte de ovennevnte inklusjonskriteriene og ble inkludert i analysene. Studien er godkjent av Regional etisk komité Midt Norge (REK 2019/31836) og Norsk senter for forskningsdata (NSD 2020/605327). Det har blitt foretatt en vurdering av personvernkonsekvenser i samarbeid med NSD.

2.2 Måleinstrumenter

2.2.1 Patient Health Questionnaire - 9

For å måle depresjonssymptomer ble *Patient Health Questionnaire - 9* (PHQ-9) (Spitzer, 1999) benyttet. PHQ-9 er et selvrapporterings-skjema og screeningsverktøy bestående av 9 ledd hvor respondenten skal svare hvor ofte hen har vært plaget av depresjonssymptomer i løpet av de siste to ukene (Vedlegg A). Skjemaet har fire svaralternativer fra 0 (*ikke i det hele tatt*) til 3 (*nesten hver dag*). Skårene summeres som oftest sammen, hvor en høyere skåre indikerer sterkere symptomtrykk. Mulige skårer strekker seg fra 0 til 27, og 10 regnes som grenseverdi som indikerer klinisk depresjon (Spitzer, 1999). PHQ-9 er et kort skjema som har vist gode psykometriske egenskaper i både engelske (Spitzer, 1999) og norske (Brattmyr et al., 2022) populasjoner. Cronbach's alpha-verdier for PHQ-9 i denne hovedoppgaven var $\alpha = .86$, som indikerer god intern konsistens og reliabilitet (DeVellis & Thorpe, 2021).

2.2.2 Generalised Anxiety Questionnaire- 7

For å måle angstsymptomer ble *Generalised Anxiety Questionnaire-7* (GAD-7) (Spitzer et al., 2006) benyttet. GAD-7 er et selvrapporterings- og screeningsverktøy bestående av 7 ledd hvor respondenten skal svare på hvor ofte hen har vært plaget av generaliserte

angstsymptomer de siste to ukene (Vedlegg B). GAD-7 har fire svaralternativer fra 0 (*ikke i det hele tatt*) til 3 (*nesten hver dag*). Skårene summeres, og høyere skåre indikerer sterkere symptomtrykk. Mulige skårer strekker seg fra 0 til 20, og samlet skåre over 10 regnes som grenseverdi for generalisert angst (Spitzer et al., 2006). Samlet skåre på 5-9 indikerer mild angst, 10-14 indikerer moderat angst og 15-20 indikerer alvorlig angst. GAD-7 har vist seg å være et valid og reliabelt verktøy for å måle alvorlighetsgraden på angstsymptomer i både engelske (Spitzer et al., 2006) og norske (Brattmyr et al., 2022) populasjoner. Cronbach's alpha-verdier for GAD-7 i denne hovedoppgaven var $\alpha = .82$, som indikerer god intern konsistens og reliabilitet (DeVellis & Thorpe, 2021).

2.2.3 Work And Social Adjustment Scale

Skjemaet *Work And Social Adjustment Scale* (WSAS) (Mundt et al., 2002) ble brukt for å måle deltakernes psykososiale fungering. WSAS er et selvrapporteringskjema bestående av fem utsagn som dekker forskjellige domener for psykososial fungering (Vedlegg C). Utsagnene omhandler i hvor stor grad respondenten opplever at deres problemer hemmer deres fungering på arbeid, i hjemmet, på sosiale fritidsaktiviteter (gjort sammen med andre, eksempelvis selskap, klubber, besøk og lignende), private fritidsaktiviteter (gjort alene, eksempelvis lesing, hagearbeid, stricking og lignende) og i sosiale relasjoner. WSAS har 9 svaralternativer fra 0 (*ikke i det hele tatt*) til 8 (*alvorlig*). Mulige skårer strekker seg fra 0 til 40, og høyere skårer er forbundet med dårligere psykososial fungering. En samlet skåre over 10 regnes som grenseverdi for psykososial fungering. Samlet skåre over 20 indikerer moderat til alvorlig psykopatologi (Mundt et al., 2002). WSAS er et kort skjema som har vist seg å være reliabelt og valid som mål på psykososial fungering i både engelske (Mundt et al., 2002) og norske (Pedersen et al., 2017) populasjoner. Studier som har benyttet WSAS for å måle psykososial fungering i ADHD finner at personer med ADHD oppnår skårer som indikerer moderat til alvorlig psykopatologi (Dittner et al., 2018; Wender et al., 2011). Cronbach's alpha-verdier for WSAS i denne hovedoppgaven var $\alpha = .77$, som indikerer akseptabel intern konsistens og reliabilitet (DeVellis & Thorpe, 2021).

2.2.4 The Single Item Self-efficacy Question

Mestringstro ble målt med instrumentet *The Single Item Self-efficacy Question* (Williams & Smith, 2016). Respondenten skal besvare påstanden: *Jeg har troen på at jeg klarer å løse problemer som kan oppstå* (For eksempel: Jeg håndterer vanligvis de utfordringene som oppstår, jeg løser problemene om jeg prøver hardt nok, jeg kan følge mine målsetninger og oppnå det jeg ønsker), med en 10-punkts skala fra 1 (*veldig uenig*) til 10 (*veldig enig*) (Vedlegg D). Høyere skåre indikerer at respondenten har tro på egne evner til å mestre problemer som kan oppstå i hverdagen.

Single item-instrumenter har vist seg å være en valid tilnærming i tilfeller der det er behov for kortere undersøkelser som kan ta hensyn til responsbyrden til deltakerne, da de viser høy korrelasjon med instrumenter som har flere ledd (Bowling, 2005). Pasienter ved DPS

må besvare en rekke spørreskjema ved behandlingsstart, noe som kan være en belastende for pasienten og i tillegg bidra til lavere responsrate (Rolstad et al., 2011). Responsbyrden er kanskje spesielt relevant for de med ADHD på grunn av oppmerksomhetsvanskene forbundet med lidelsen. Kortere instrumenter er derfor å foretrekke i klinisk sammenheng (Skliarova et al., 2023).

2.3 Statistisk analyse

For å undersøke om utvalget vårt oppfyller forutsetningskravene for hierarkisk lineær regresjon ble det gjennomført testing for linearitet, heteroskedastisitet, normalfordeling og uavhengighetsfeil. Gjennom visuell inspeksjon av P-P plot, scatterplot og histogram (Vedlegg E) ble det ikke funnet statistiske uteliggere, tegn på heteroskedastisitet eller ikke-linearitet og variablene vurderes som normalfordelt. Fravær av z-skårer for skewness og kurtosis over 1.96 støtter dette og ingen observasjoner ble dermed ekskludert. Samlet sett indikerer dette at utvalget vårt kan regnes som i henhold til anbefalte grenseverdier, og at parametriske statistiske tester kan benyttes (Field, 2017).

For å undersøke for multikollinearitet (grad av lineær sammenheng mellom variabler) ble varians-inflasjonsfaktoren (VIF) og toleransegrad-statistikken undersøkt. Høyeste VIF bør ikke overskride 10 og VIF bør ikke ha et gjennomsnitt som er mye over 1 (Field, 2017). Fra vår undersøkelse kommer vi frem til en gjennomsnittsverdi for VIF på 1.738. Videre var høyeste VIF-verdi 2.48 og laveste toleranseverdi var 0.40. Disse funnene kan være en indikator på at resultatene er i grenseland av å indikere multikollinearitet. På bakgrunn av dette må resultatene tolkes med forsiktighet. I tillegg ble korrelasjonskoeffisientene mellom variablene undersøkt. Ingen av variablene hadde korrelasjoner med hverandre som overstiger .8, som er en generelt akseptert grenseverdi (Field, 2017). Fra undersøkelsen av forutsetningene for den hierarkiske regresjonen, kom det frem en Durbin-Watson-verdi på .457, noe som indikerer en positiv autokorrelasjon i residualene og resultatene må derfor tolkes med forsiktighet da dette kan bety at observasjonene ikke er uavhengige samt at det er viktige variabler som ikke har blitt målt.

Korrelasjoner ble undersøkt med Pearson's r for å se på forholdet mellom variablene brukt i regresjonen. For å vurdere styrken på korrelasjonene ble det brukt validerte grenseverdier for korrelasjonstester (Evans, 1996). Korrelasjonsverdier på under .20 regnes som veldig svak korrelasjon, verdier mellom .21-.39 regnes som svak korrelasjon, verdier mellom .40-.59 regnes som moderat korrelasjon, verdier mellom .60-.79 regnes som sterk korrelasjon og verdier på over .8 regnes som veldig sterk korrelasjon (Evans, 1996).

Ettersom vi ønsket å undersøke hvilke av våre variabler som bidrar mest til mestringstro ble det gjennomført en hierarkisk regresjonsanalyse med mestringstro som avhengig variabel. Testnormer tilsier at demografiske variabler vanligvis introduseres i første steg (Field, 2017), første sted bestod dermed av variablene kjønn og alder. I steg to ble totalskåren til PHQ-9 lagt til og i steg tre ble totalskåren til GAD-7 lagt til. Mål på depresjon-

og angstsymptomer introduseres i henholdsvis andre og tredje steg da disse variablene var forventet å ha en effekt på mestringstro i henhold til teori og tidligere funn (Bandura, Pastorelli, et al., 1999; Skliarova et al., 2023; L. S. Williams, 1995). I steg fire ble variablene for psykososial fungering på jobb, hjemme, fritid, hobbyer og sosiale relasjoner lagt til, for å undersøke om deltakernes opplevelse av egen fungering hadde innvirkning på deres mestringstro. Statistiske analyser ble gjennomført med IBM SPSS Statistics data, versjon 28.0.1.0.

3 Resultat

3.1 Beskrivelse av utvalg

Utvalget ($N = 122$) besto av 85 kvinner (69,1%) og 38 menn (30,9%).

Gjennomsnittsalder på deltakerne var 30.17 ($SD = 8.96$). Utvalget hadde 21 deltakere med grunnskole som høyeste gjennomførte utdanningsnivå, 53 hadde videregående skole som høyeste gjennomførte utdanning, 9 hadde fagskole, 25 hadde høyskole/universitet (1-3 år) og 14 hadde mer enn 4 år høyskole/universitet. Det var 73.2% som rapporterte i jobb, og 26.8% var sykemeldt. Se tabell 1 for oppsummering av utvalget.

Tabell 1

Deskriptiv statistikk for utvalget

	Antall (N)	Prosent (%)
Kjønn		
Kvinner	85	69.1
Menn	38	30.9
Utdanningsnivå		
Grunnskole	21	17.1
Videregående	53	43.1
Fagskole	9	7.3
Høyere utdanning 1-3 år	25	20.3
Høyere utdanning 4+ år	14	11.4
Jobbstatus		
Sykemeldt	33	26.8
I jobb	90	73.2
Total	122	

3.2 Deskriptiv Statistikk for Mestringstro, WSAS-domener, PHQ-9 og GAD-7

Den gjennomsnittlige skåren på mestringstro var 5.54 ($SD = 2.71$). Den gjennomsnittlige totalskåren på WSAS var 22.74 ($SD = 7.82$). En sammenlagt skåre over 10 regnes som grenseverdi for psykososial fungering, mens skårer over 20 indikerer moderat til alvorlig psykopatologi. Gjennomsnittlig skårer utvalget dermed innenfor det kliniske området på WSAS, noe som indikerer at de har klinisk relevante vansker med psykososial fungering.

Utvalget rapporterer jevnt over at de har moderate vansker med å utføre oppgaver på grunn av sine symptomer. Domenet med høyest gjennomsnittsskåre var psykososial fungering i arbeid ($M = 5.06$, $SD = 2.22$), tett etterfulgt av psykososial fungering i hjemmet ($M = 4.56$, $SD = 2.08$), psykososial fungering i sosiale fritidsaktiviteter ($M = 4.51$, $SD = 2.26$), og psykososial fungering i sosiale relasjoner ($M = 4.38$, $SD = 2.23$), og private fritidsaktiviteter ($M = 4.27$, $SD = 2.12$). Gjennomsnittsskåren på PHQ-9 var 16.07 ($SD = 5.77$). Skårer over 10

regnes som over kliniske grenseverdier og indikerer klinisk depresjon. Dette betyr at utvalget i snitt skårer innenfor klinisk område for depresjon. Gjennomsnittskåren for GAD-7 var 12.15 ($SD = 4.78$) en skåre som ligger godt over grenseverdien og indikerer moderat angst (se tabell 2).

Tabell 2

Deskriptiv statistikk for mestringstro, WSAS-domener, PHQ-9 og GAD-7

Variabler	Gjennomsnitt (M)	Standardavvik (SD)
Mestringstro	5.54	2.71
WSAS Arbeid	5.06	2.22
WSAS Hjemme	4.56	2.08
WSAS Fritid	4.51	2.26
WSAS Hobbyer	4.27	2.12
WSAS Relasjoner	4.38	2.23
WSAS Total	22.74	7.82
PHQ-9	16.07	5.77
GAD-7	12.15	4.78

Merknad. GAD-7 = Generalised Anxiety Questionnaire-7; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9; WSAS = Work And Social Functioning Scale, med underdomener: WSAS Arbeid = psykososial fungering i arbeid, WSAS Hjemme = psykososial fungering hjemme, WSAS Fritid = psykososial fungering i sosiale fritidsaktiviteter, WSAS Hobbyer = psykososial fungering i private fritidsaktiviteter, WSAS Relasjoner = psykososial fungering i sosiale relasjoner.

3.3 Korrelasjonsanalyse

Mestringstro viste en veldig svak positiv korrelasjon med alder ($r = .193, p < .05$), noe som indikerer at eldre deltakere hadde en tendens til å rapportere høyere nivåer av mestringstro. Mestringstro hadde en svak negativ signifikant korrelasjon både med depresjon ($r = -.322, p < .001$), og med angst ($r = -.259, p < .01$), noe som tyder på at høyere psykisk symptomtrykk var svakt assosiert med lavere mestringstro.

Mestringstro viste også svak negativ korrelasjon med psykososial fungering på følgende funksjonsdomener: Arbeid ($r = -.356, p < .001$), hjemme ($r = -.336, p < .001$), fritid ($r = -.295, p < .001$) og hobbyer ($r = -.236, p < .01$). Korrelasjonen mellom mestringstro og relasjoner var den eneste WSAS-variabelen som ikke hadde en signifikant korrelasjon ($r = -.149, p = .05$). Se tabell 3 for en fullstendig oversikt over korrelasjonsverdier.

Tabell 3

Korrelasjonsverdier (N = 122)

Variabler	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Mestringstro	1								
2. Alder	.193*	1							
3. PHQ-9	-.322***	-.161*	1						
4. GAD-7	-.259**	-.191*	.686***	1					
5. WSAS Arbeid	-.356***	-.061	.262**	.167*	1				
6. WSAS Hjemme	-.336***	-.083	.481***	.330***	.521***	1			
7. WSAS Fritid	-.295***	.141	.503***	.474***	.321***	.389***	1		
8. WSAS Hobbyer	-.236**	-.009	.464***	.368***	.285**	.549***	.392***	1	
9. WSAS Relasjoner	-.149	.018	.499***	.415***	.224*	.294**	.567***	.428***	1

Merknad. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001. GAD-7 = Generalised Anxiety Questionnaire-7; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9; WSAS = Work And Social Functioning Scale, med underdomener: WSAS Arbeid = psykososial fungering i arbeid, WSAS Hjemme = psykososial fungering hjemme, WSAS Fritid = psykososial fungering i sosiale fritidsaktiviteter, WSAS Hobbyer = psykososial fungering i private fritidsaktiviteter, WSAS Relasjoner = psykososial fungering i sosiale relasjoner.

3.4 Regresjonsanalyse

Steg 1 med alder og kjønn som prediktorer var signifikant og forklarte 4.9% av variansen i mestringstro. I steg 2 som i tillegg inkluderte PHQ-9, var det kun PHQ-9 som var signifikant og modellen bidro med en økning på 8.2% i forklart varians av mestringstro. I steg 3, hvor GAD-7 ble inkludert, var PHQ-9 den eneste signifikante prediktoren, og modellens forklaringssevne økte med kun 0,1%. I steg 4 la vi til WSAS Arbeid, WSAS Hjemme, WSAS Fritid, WSAS Hobbyer og WSAS Relasjoner. I Steg 4 økte forklart varians med 11.1%. WSAS Arbeid var den eneste prediktoren som sto igjen som signifikant. Foruten steg 1 var alle steg signifikante, modellen forklarte totalt 24.2% av variansen i mestringstro. Se tabell 4 for en oppsummering av resultatene.

Tabell 4

Oppsummering av den hierarkiske regresjonsanalysen med mestringstro som avhengig variabel (N = 122)

Steg	Variabel	b	SD	t	R ²	R ² _{adj}	ΔR ² _{adj}	F change	p
1					.049	.033	.049	3.034	.052
	Alder	0.055	0.027	2.041					.043*
	Kjønn	0.618	0.524	1.181					.240
2					.130	.108	.082	11.073	.001**
	Alder	0.042	0.026	1.593					.114
	Kjønn	0.461	0.505	0.913					.363
	PHQ-9	-0.136	0.041	-3.328					.001**
3					.131	.101	.001	0.137	.002*
	Alder	0.041	0.027	1.539					.127
	Kjønn	0.448	0.508	0.881					.380
	PHQ-9	-0.122	0.055	-2.204					.029*
	GAD-7	-0.025	0.068	-0.37					.712
4					.242	.181	.111	3.976	.001**
	Alder	0.171	0.027	1.193					.056
	Kjønn	0.096	0.504	1.11					.269
	PHQ-9	-0.112	0.061	-0.86					.390
	GAD-7	-0.004	0.067	-0.03					.976
	WSAS Arbeid	-0.209	0.121	-2.11					.037*
	WSAS Hjemme	-0.101	0.153	-0.86					.392
	WSAS Fritid	-0.200	0.137	-1.75					.083
	WSAS Hobbyer	-0.035	0.137	-0.33					.742
	WSAS Relasjoner	0.101	0.132	0.93					.356

Merknad. *p < 0.05, **p < 0.001. Referanseverdier kjønn (1 = Kvinne, 2 = Mann); GAD-7 = Generalised Anxiety Questionnaire-7; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9; WSAS = Work And Social Functioning Scale, med underdomener: WSAS = Work And Social Functioning Scale, med underdomener: WSAS Arbeid = psykososial fungering i arbeid, WSAS Hjemme = psykososial fungering hjemme, WSAS Fritid = psykososial fungering i sosiale fritidsaktiviteter, WSAS Hobbyer = psykososial fungering i private fritidsaktiviteter, WSAS Relasjoner = psykososial fungering i sosiale relasjoner.

4 Diskusjon

Hensikten med vår hovedoppgave var å se på hva som kan forklare forskjeller i mestringstro hos polikliniske pasienter diagnostisert med ADHD. Mer spesifikt ønsket vi å belyse i hvilken grad symptomtrykk på angst og depresjon, samt psykososial fungering på ulike livsdomener kan forklare forskjeller i mestringstro. Psykososial fungering i arbeid var den eneste signifikante prediktoren for mestringstro i våre funn. Analysene viste at fungering i arbeid forklarte 24.2% av variansen i mestringstro. Den negative korrelasjonen mellom fungering i arbeid og mestringstro indikerte at høyere grad av funksjonsvansker på arbeid var assosiert med lavere mestringstro. Disse resultatene tyder på at psykososial fungering på arbeid er av stor betydning for mestringstro, og tyder også på at fungering i arbeid hadde mer å si for mestringstro enn angst- og depresjonssymptomene hadde.

Viktigheten av å fungere i arbeid kan sees i sammenheng med Banduras teori om at mestringsopplevelser er spesielt betydningsfulle for utviklingen av mestringstro (Bandura, 1977). Arbeid er en viktig mestringsarena, dersom man opplever å fungere dårlig på arbeid vil man med stor sannsynlighet ha færre mestringsopplevelser og dermed dårligere grunnlag for å utvikle god mestringstro. Arbeid var også det domenet hvor utvalget vårt rapporterte størst utfordringer med fungering. Utvalget hadde høye gjennomsnittsskårer på WSAS arbeid, med resultater som indikerte klinisk relevante vansker med psykososial fungering i arbeid. Dette er i tråd med tidligere forskning som viser at arbeid er spesielt utfordrende for voksne med ADHD (Safren et al., 2010). Det kan tenkes at det høye nivået av vansker på dette området er noe av årsaken til at psykososial fungering i arbeid hadde så stor betydning for mestringstro i dette utvalget.

Levekårsundersøkelsen blant voksne med ADHD i Norge (2022) støtter opp om inntrykket av at ADHD medfører utfordringer med å mestre arbeidsoppgaver, henholdsvis 55 prosent rapporterte at de opplevde begrensninger i hvilke arbeidsoppgaver de kunne utføre med utgangspunkt i sin ADHD-diagnose. Undersøkelsen tydet også på at det er et stort udekket behov for tilpasninger av arbeidssituasjonen blant mennesker med ADHD. En større andel av voksne med ADHD opplevde også mindre sosial støtte på jobb enn befolkningen for øvrig (Bjørnshagen, 2022), noe som også kan være av betydning for å fasilitere utviklingen av mestringstro i henhold til Banduras (1977) prediktorer for mestringstro. Wise & Trunnel (2001) viste for eksempel at verbal overtalelse/oppmuntring var mest effektiv i å styrke mestringstro når den etterfulgte en mestringsopplevelse (Wise & Trunnell, 2001).

Våre funn tyder på at fungering i arbeid er en viktig prediktor for mestringstro hos polikliniske pasienter med ADHD, men denne koblingen mellom arbeid og mestringstro finner vi også i den generelle norske befolkningen (Bonsaksen et al., 2019). Det er derfor usikkert om dette er spesifikt for de med ADHD, eller uttrykk for noe mer allment. Kleppang et al. (2023) har gjort en av få studier på hvilke faktorer som kan bidra til å styrke generell mestringstro i en normalpopulasjon, de fant at mestringsopplevelser var den variabelen som forklarte mest av variansen i mestringstro. Herunder var det viktigste leddet det som handlet om å føle at man mestrer noe og det som handlet om å føle seg nyttig (Kleppang et al., 2023). Det er naturlig å tenke seg at arbeid er en viktig kilde til mestringsopplevelser og å føle seg nyttig, og fremtidige studier burde inkludere spørsmål om mestringsopplevelser for å bekrefte dette. Våre funn kan dermed sees i sammenheng med Kleppang et al. (2023) som skriver at mestringstro kan styrkes på arenaer hvor mennesker får gode mestringsopplevelser, støtte og en følelse av å være til nytte (Kleppang et al., 2023). Der skolen blir et sentralt domene for ungdommer, vil arbeidslivet være av stor betydning for voksne.

Utvalget vårt hadde en relativt lav gjennomsnittsalder på 30,17 år. Dette kan være en av forklaringene på hvorfor psykososial fungering i arbeid viste seg å være så viktig for mestringstro i dette utvalget – en stor andel av utvalget er i yrkesaktiv alder, og i en livsfase hvor karriere ofte er sentralt. Den lave gjennomsnittsalderen kan kanskje også forklare at vi ikke fant noen sammenheng mellom mestringstro og psykososial fungering i hjemmet da fungering i hjemmet kan tenkes å bli mer utfordrende med alder og hos de som er etablerte med barn. Videre viste våre resulater flere svake, moderate og sterke positive korrelasjoner innad i funksjonsdomenene som var signifikante, noe som peker mot at funksjonsnedsettelse i et domene er assosiert med funksjonsnedsettelser i et annet. Det er naturlig å se for seg at nedsatt fungering i ett domene kan forplante seg over i et annet. Dette kan sees i sammenheng med det Bjørnshagen (2022) skriver om at mange voksne med ADHD opplever å være utmattet etter arbeid daglig, dårlig fungering på arbeid vil på denne måten lett kunne forplante seg over i hjemmet eller det sosiale da man må bruke så mye av kapasiteten sin på arbeid.

Vi fant ingen sammenheng mellom mestringstro og psykososial fungering i sosiale relasjoner, dette er overraskende da tidligere studier har funnet at sosial støtte har en viss sammenheng med mestringstro, og man kan se for seg at dårlig sosial fungering kan gå utover evnen og muligheten til å få sosial støtte. Kleppang et al. (2023) fant at ungdommer med sosial støtte hadde høyere mestringstro enn de som hadde mindre sosial støtte, og videre at sosial støtte forklarte noe av variansen i mestringstro, dog ikke i like stor grad som mestringsopplevelser. En mulig forklaring på at vi ikke finner den

samme sammenhengen mellom mestringstro og psykososial fungering i sosiale relasjoner er at vårt utvalg har en overvekt av kvinner, og studier tyder på at kvinner har sterkere sosiale evner (Flaherty & Richman, 1989) og i større grad benytter seg av sosial støtte (Riggio et al., 1989). Det er også tenkes at man kan ha høy grad av sosial støtte på tross av dårligere sosial fungering. Denne undersøkelsen inkluderte ikke et spesifikt spørsmål om sosial støtte, men dette er et relevant spørsmål for fremtidige studier som ønsker å utforske denne tematikken.

Vi fant ingen signifikant effekt av angst- og depresjonssymptomer på mestringstro etter at det ble kontrollert for psykososial fungering i arbeid. Dette er overraskende da utvalget hadde høye skårer på både angst og depresjonssymptomer, med gjennomsnittsskåre for utvalget godt innenfor kliniske grenseverdier som indikerer moderat angst og klinisk depresjon. ADHD har godt dokumentert komorbiditet med angst- og depresjonssymptomer (Bjørnshagen, 2022), noe som også gjenspeiles i vårt utvalg. Om vi tar utgangspunkt i Davidsons (2008) argument om at angst- og depresjon kan delvis forklares av ADHD-relatert frustrasjon og mangel på mestring, kan man tenke at å styrke mestringstro vil kunne ha positiv effekt på angst og depresjonssymptomer (Davidson, 2008). Med tanke på den nære assosiasjonen mestringstro antas å ha med både angst (Williams, 1995) og depresjon (Bandura, Pastorelli, et al., 1999), skulle man forvente at skårer på angst- og depresjonssymptomer forklarte en større andel av variansen i mestringstro.

Mestringstro hadde svak negativ korrelasjon med symptomer på angst og symptomer på depresjon i vårt utvalg. Dette kan sees i sammenheng med Skliarova et al. (2023) som fant en moderat negativ korrelasjon mellom mestringstro og angst/depresjonssymptomer i en ikke-klinisk voksenpopulasjon med ADHD. Denne sammenhengen mellom mestringstro og depressiv affekt er funnet hos flere andre diagnosegrupper og støttes av teori om mestringstro (Skliarova et al., 2023). Korrelasjonen mellom angst- og depresjonssymptomer og mestringstro var svak i vårt utvalg sammenlignet med moderat i Skliarova et al. (2023). Dette kan tenkes å være en effekt av at vi har undersøkt et klinisk utvalg, ettersom de jevnt over har høye skårer på angst- og depresjonssymptomer. Det kan tenkes at sammenhengen mellom angst- og depresjonssymptomer kan være sterkere i en ikke-klinisk populasjon. Det bør her påpekes at Skliarova et al. (2023) benyttet instrumentet *Patient health questionnaire for depression and anxiety* (PHQ-4), et kortere instrument som måler både angst og depresjon, og *General self-efficacy 6* (GSE-6) for mestringstro, noe som gjør sammenligningen mer usikker. Videre er utvalget i vår hovedoppgave mindre, dette må derfor tolkes med forsiktighet.

Det kan tenkes at assosiasjonen mellom angst- og depresjonssymptomer og mestringstro er svakere for voksne med ADHD enn hos andre diagnosegrupper. Som Bonsaksen et al. (2012) skriver ser prediktorer for mestringstro ut til å variere mellom ulike kliniske grupper (Bonsaksen et al., 2012). Newark et al. (2016) sin studie viste også svakere sammenheng mellom symptomtrykk og mestringstro for de med ADHD: gruppen med ADHD hadde markant høyere nivåer av angst og depresjonssymptomer, men de fant ikke den samme negative korrelasjonen mellom symptomtrykk og mestringstro hos ADHD-gruppen som hos den friske kontrollgruppen (Newark et al., 2016). Newark et al. (2016) undersøkte et lite ikke-klinisk utvalg med ADHD. Den svake korrelasjonen mellom mestringstro og angst- og depresjonssymptomer i våre funn, sammenholdt med at angst- og depresjonssymptomer ikke hadde signifikant effekt etter at det ble kontrollert for fungering i arbeid, kan tyde på at dette er en tendens også i vårt utvalg, men dette må tolkes med forsiktighet da vi ikke har sammenlignet med en kontrollgruppe.

En mulig forklaring på at angst og depresjonssymptomer i liten grad bidro til mestringstro i vårt utvalg kan ligge i de kognitive tankemønstrene som ofte utvikler seg hos voksne med ADHD. Knouse & Mitchell (2015) beskriver hvordan mennesker med ADHD gjennom et liv med opplevelser av å mislykkes og få negativ feedback ofte utvikler negative, uhensiktsmessige tanker som kommer i veien for deres forsøk på atferdsendring og øker risikoen for at de utvikler depresjon. Samtidig beskriver de kliniske observasjoner av overdrevent positive automatiske tanker hos ADHD-pasientene. Disse tankene kan forstås som en mestringsstrategi for å lette ubehagelige følelser på kort sikt, men på lang sikt blir de positive tankene til hinder for aktiv problemløsning, og dermed dysfunksjonelle (Knouse & Mitchell, 2015). Mitchell et al. (2013) skriver at overdrevent positive tankemønstre kan være spesifikke for ADHD (Mitchell et al., 2013), noe som kanskje kan forklare det hvis assosiasjonen mellom mestringstro og depresjon/angst ikke ser ut til å være like tydelig hos de med ADHD som hos andre grupper.

Fremtidig forskning burde sammenligne korrelasjonen mellom mestringstro og symptomtrykk i et normalutvalg med ADHD – for å belyse om dette er et punkt hvor ADHD-gruppen skiller seg ut. Newark et al. (2016) foreslår at mennesker med ADHD kan ha beskyttende faktorer som gjør at deres mestringstro ikke blir like påvirket av psykisk symptomtrykk. Hvis dette er tilfelle, vil det kunne være en relevant ressurs i behandling.

4.1 Implikasjoner for forskning og praksis

I snitt skårer utvalget høyt på WSAS, med en totalskåre som indikerer moderat til alvorlig psykopatologi, noe som er i tråd med tidligere funn som har benyttet WSAS for å måle psykososial fungering ved ADHD (Dittner et al., 2018; Wender et al., 2011). Dette

understreker at ADHD er en pasientgruppe som har betydelige hjelpebehov, og at behovet er stort for en bedre forståelse av deres vansker i psykisk helsevern.

Arbeid pekte seg ut som det domenet med hvor utvalget rapportere størst vansker med fungering, og det var også psykososial fungering på arbeid som i størst grad forklarte variansen i mestringstro. Dette tyder på at arbeidsplassen kan være en viktig mestringsarena for voksne med ADHD. Som Gjervan et al. (2012) skriver utgjør ADHD hos voksne som resultat av sykefravær og nedsatt produktivitet en substansiell økonomisk byrde sett fra et sosioøkonomisk perspektiv. På et individuelt plan vil det å være adskilt fra arbeidslivet øke risikoen for å legge stein til den allerede betydelige byrden av ADHD-symptomene. Med tanke på at voksne med ADHD viser seg å prestere på et nivå som ikke står i forhold til deres evner (Gjervan et al., 2012), kan arbeidsrettede tiltak og tilrettelegging av arbeidssituasjonen for denne målgruppen med stor sannsynlighet være verdifullt både for samfunn og individ. Hvorvidt man trives i jobben betyr mye for livstilfredshet generelt (Bjørnshagen, 2022), og våre funn kan tyde på at det også betyr mye for mestringstro spesielt.

Kanskje er det mulig å lære noe fra Jerusalem & Klein Hessing (2009) sin studie av intervensjoner for å fremme mestringstro i skolen. Det er grunn til å tro at mer individualiserte oppgaver og tilbakemeldinger, gjennomsiktighet vedrørende vurderingskriterier og et støttende miljø med forståelse for individet, også vil kunne være med på å skape et positivt arbeidsmiljø (Jerusalem & Klein Hessing, 2009). Küpper et al. (2012) trekker frem at karriereveiledning kan være et godt tiltak, da voksne med ADHD kan trives bedre i jobber som involverer kreativitet og spontanitet, heller enn repetitive oppgaver. Videre trekkes arbeidsgivers ansvar frem for å bedre sin forståelse av ADHD hos arbeidstakere (Küpper et al., 2012).

4.2 Styrker og begrensninger ved studien

En styrke ved denne studien er at den tar for seg en lite utforsket vinkling på voksne med ADHD sine psykiske symptomer og psykososiale fungering, og hva de har å si for mestringstro. Det har generelt vært lite fokus på de psykologiske, affektive og atferdsmessige komponentene av denne diagnosen (Ramsay & Rostain, 2008). Ved å fokusere på noen av de disse komponentene av tilstanden ønsker vi å synliggjøre hvordan det kan være å leve med ADHD i voksen alder, et perspektiv som kanskje har vært underkommunisert i ADHD litteraturen så langt.

Datamaterialet er basert på selvrapporing og resultatene avhenger dermed av deltakernes innsikt i egne vansker, det ville vært interessant å supplere med et mer objektivt mål på fungering. Det bør påpekes at selvrapporing er vist å være en informativ kilde til data om symptomer på hos mennesker med ADHD, og at

selvrapportering generelt stemmer godt overens med kliniske observasjoner (Abrams et al., 2018). En fordel med selvrapportering er at det synliggjør pasientens opplevelse av egne vansker.

Regresjonsanalysen vår forklarer totalt 24.2% av variansen i mestringstro, dette betyr at den bidrar til å øke forståelsen av konstruktet mestringstro ved å synliggjøre rollen den psykososiale fungeringen i arbeid spiller for mestringstro i en klinisk voksenpopulasjon med ADHD. Samtidig setter våre funn søkelys på at angst- og depresjonssymptomer kanskje ikke har samme innvirkning på mestringstro hos den kliniske voksenpopulasjonen med ADHD som de er vist å ha i den generelle befolkningen. Likevel bør det påpekes at det kan være flere faktorer som ikke fanges opp av denne våre funn, mestringstro er et sammensatt konsept og det er sannsynlig at det er mange ulike variabler som spiller inn. Fremtidige studier bør inkludere flere mulige faktorer som kan være forbundet med mestringstro, for eksempel mestringsopplevelser, oppmuntring, sosial støtte, rollemodeller og tolkning av emosjonell aktivering.

Mestringstro ble i vår hovedoppgave målt med et *single item*-instrument basert på Williams & Smith (2016), og det kan diskuteres hvorvidt dette er et godt nok mål på generell mestringstro. På tross av at *single item*-instrumenter har vist seg å være en valid tilnærming og viser høy korrelasjon med lengre spørreskjema (Bowling, 2005), ville det styrket studien å bruke Skliarova et al. (2023) sitt nylig utviklede og validerte instrument, Brief General Self-Efficacy scale for ADHD (GSE-6). Dette er en forkortet versjon av General Self-Efficacy-10 (GSE-10) utviklet med tanke på oppmerksomhetsvanskene man ser ved ADHD.

Det er en begrensning at vi ikke hadde tilgang til data om alvorlighetsgraden av ADHD-symptomer, dette ble derfor ikke kontrollert for i regresjonen. Vi hadde heller ikke noen frisk kontrollgruppe å sammenligne resultatene med, noe som begrenser hvorvidt vi kan fastslå at disse funnene er spesifikke for de med ADHD-diagnose.

Utvalget er av begrenset størrelse, men fordi voksne med ADHD i psykisk helsevern utgjør en relativt ny og understudert pasientpopulasjon kan det derfor argumenteres for å være et nyttig bidrag til feltet. Deltakerne hadde en relativt lav gjennomsnittsalder og det er overvekt av kvinner. Den generelle kliniske populasjonen i DPS har også flest pasienter i aldersgruppen 18-29 år, og pasientratene avtar deretter med økende alder. Sammenlignet med den øvrige kliniske populasjonen ser det derfor ut til at utvalget vårt er representativt. Ett av oppgavens formål var å undersøke kjønnsforskjeller, da tidligere funn har vist at menn har noe høyere mestringstro enn kvinner i den generelle befolkningen (Bonsaksen et al., 2019). På grunn av lavt antall menn i utvalget må funnene tolkes med forsiktighet og fremtidige studier bør tilstrebe en

mer tilstrekkelig representasjon av alle kjønn. Utvalget er likevel representativt for den kliniske populasjonen da det generelt er en overvekt av kvinner som kommer til behandling i DPS (Pedersen & Lilleeng, 2019). Videre kan det trekkes frem som en styrke at dette utvalget synliggjør en klinisk populasjon av kvinner med ADHD, som er en understudert gruppe (Faraone et al., 2021).

5 Konklusjon

Målsetningen med vår hovedoppgave var å finne ut mer om hva som kan forklare forskjeller i mestringstro hos polikliniske pasienter på DPS som har en ADHD-diagnose. Ettersom ulike lidelser har sine unike sett med krav og utfordringer, er det sannsynlig at også ADHD gir ett spesifikt mønster av faktorer bidrar til god eller dårlig mestringstro. Som forventet hadde utvalget betydelige vansker med psykososial fungering, spesielt i arbeid. Psykososial fungering i arbeid viste seg å være den eneste signifikante prediktoren for mestringstro i våre funn. At assosiasjonen mellom mestringstro og psykiske symptomer ikke ser ut til å være så tydelig som forventet i dette utvalget kan være uttrykk for et diagnosespesifikt mønster, kanskje delvis forklart av overdrevent positive tankemønstre som ser ut til å være fremtredende hos denne gruppen.

Arbeid er en helt sentral mestringsarena for voksne, dårlig fungering på arbeid vil med stor sannsynlighet gi færre mestringsopplevelser og dermed dårligere grunnlag for å utvikle god mestringstro. Våre funn kan sies å bygge opp under teorien om at mestringstro styrkes på arenaer hvor mennesker får gode mestringsopplevelser, støtte og en følelse av å være til nytte. Basert på funnene i vår hovedoppgave vil vi anbefale klinikere i DPS-systemet som møter pasienter med ADHD å ha fokus på å legge til rette for mestring i arbeid, da dette ser ut til å være en spesielt viktig arena for å utvikle mestringstro. Styrket mestringstro vil med stor sannsynlighet kunne ha positive ringvirkninger for den psykiske helsen og fungeringen til voksne med ADHD.

6 Referanseliste

- Abrams, J., Faraone, S. V., Woodworth, K. Y., Spencer, T. J., Biederman, I., & Biederman, J. (2018). Are Adult ADHD Patients Good Informants of Their Symptoms? A Qualitative Literature Review of Concordance Between Clinician and Self-Report ADHD Symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(9), 739. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000870>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A., Freeman, W. H., & Lightsey, R. (1999). Self-Efficacy: The Exercise of Control. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13(2), 158–166. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.13.2.158>
- Bandura, A., & Locke, E. A. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 87–99. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.1.87>
- Bandura, A., Pastorelli, C., Barbaranelli, C., & Caprara, G. V. (1999). Self-efficacy pathways to childhood depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 258–269. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.2.258>
- Barkley, R. A. (Red.). (2018). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (Fourth edition. Paperback edition). The Guilford Press.
- Beheshti, A., Chavanon, M.-L., & Christiansen, H. (2020). Emotion dysregulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 20(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2442-7>

- Bernardi, S., Faraone, S. V., Cortese, S., Kerridge, B. T., Pallanti, S., Wang, S., & Blanco, C. (2012). The lifetime impact of attention deficit hyperactivity disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Psychological Medicine, 42*(4), 875–887.
<https://doi.org/10.1017/S003329171100153X>
- Bjørnshagen, V. (2022). Levekår blant voksne med ADHD. *NOVA/OsloMet, 73*.
<https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/11250/2997848>
- Bonsaksen, T., Lerdal, A., & Fagermoen, M. S. (2012). Factors associated with self-efficacy in persons with chronic illness. *Scandinavian Journal of Psychology, 53*(4), 333–339. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2012.00959.x>
- Bonsaksen, T., Lerdal, A., Heir, T., Ekeberg, Ø., Skogstad, L., Grimholt, T. K., & Schou-Bredal, I. (2019). General self-efficacy in the Norwegian population: Differences and similarities between sociodemographic groups. *Scandinavian Journal of Public Health, 47*(7), 695–704. <https://doi.org/10.1177/1403494818756701>
- Bowling, A. (2005). Just one question: If one question works, why ask several? *Journal of Epidemiology and Community Health, 59*(5), 342–345.
<https://doi.org/10.1136/jech.2004.021204>
- Bramham, J., Young, S., Bickerdike, A., Spain, D., McCartan, D., & Xenitidis, K. (2009). Evaluation of group cognitive behavioral therapy for adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 12*(5), 434–441.
<https://doi.org/10.1177/1087054708314596>
- Brattmyr, M., Lindberg, M. S., Solem, S., Hjemdal, O., & Havnen, A. (2022). Factor structure, measurement invariance, and concurrent validity of the Patient Health Questionnaire-9 and the Generalized Anxiety Disorder scale-7 in a Norwegian psychiatric outpatient sample. *BMC Psychiatry, 22*(1), 461.
<https://doi.org/10.1186/s12888-022-04101-z>
- Davidson, M. A. (2008). Literature Review: ADHD in Adults: A Review of the Literature. *Journal of Attention Disorders, 11*(6), 628–641.
<https://doi.org/10.1177/1087054707310878>

- DeVellis, R. F., & Thorpe, C. T. (2021). *Scale development: Theory and applications*. Sage publications.
- Dittner, A. J., Hodsoll, J., Rimes, K. A., Russell, A. J., & Chalder, T. (2018). Cognitive-behavioural therapy for adult attention-deficit hyperactivity disorder: A proof of concept randomised controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *137*(2), 125–137. <https://doi.org/10.1111/acps.12836>
- Evans, J. D. (1996). *Straightforward statistics for the behavioral sciences*. Thomson Brooks/Cole Publishing Co.
- Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., Rohde, L. A., Sonuga-Barke, E. J. S., Tannock, R., & Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, *1*(1), 15020. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20>
- Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Newcorn, J. H., Gignac, M., Al Saud, N. M., Manor, I., Rohde, L. A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M. A., Albatti, T. H., Aljoudi, H. F., Alqahtani, M. M. J., Asherson, P., ... Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *128*, 789–818. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>
- Faraone, S. V., Spencer, T. J., Montano, C. B., & Biederman, J. (2004). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults: A Survey of Current Practice in Psychiatry and Primary Care. *Archives of Internal Medicine*, *164*(11), 1221–1226. <https://doi.org/10.1001/archinte.164.11.1221>
- Field, A. (2017). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th edition). SAGE Publications.
- Flaherty, J., & Richman, J. (1989). Gender differences in the perception and utilization of social support: Theoretical perspectives and an empirical test. *Social Science & Medicine*, *28*(12), 1221–1228. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(89\)90340-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(89)90340-7)

- Gjervan, B., Torgersen, T., Nordahl, H. M., & Rasmussen, K. (2012). Functional Impairment and Occupational Outcome in Adults With ADHD. *Journal of Attention Disorders, 16*(7), 544–552. <https://doi.org/10.1177/1087054711413074>
- Graziano, P. A., & Garcia, A. (2016). Attention-deficit hyperactivity disorder and children's emotion dysregulation: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 46*, 106–123. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.011>
- Hauge, H., Kvalem, I. L., Berget, B., Enders-Slegers, M.-J., & Braastad, B. O. (2014). Equine-assisted activities and the impact on perceived social support, self-esteem and self-efficacy among adolescents – an intervention study. *International Journal of Adolescence and Youth, 19*(1), 1–21. <https://doi.org/10.1080/02673843.2013.779587>
- Helsedirektoratet. (2022). *ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse – Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging*. Helsedirektoratet. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonal-faglig-retningslinje/adhd-hyperkinetisk-forstyrrelse--nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging#henvisning-utredning-og-tilbakemelding>
- Jackson, B., & Farrugia, D. (1997). Diagnosis and treatment of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Counseling & Development, 75*(4), 312–319. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1997.tb02346.x>
- Jerusalem, M., & Klein Hessling, J. (2009). Mental health promotion in schools by strengthening self-efficacy. *Health Education, 109*(4), 329–341. <https://doi.org/10.1108/09654280910970901>
- Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (2013). *General Self-Efficacy Scale—Revised—English Version* [dataset]. <https://doi.org/10.1037/t18916-000>
- Judge, T. A., & Bono, J. E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits—Self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability—With job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal of applied Psychology, 86*(1), 80.

- Kavanagh, D. J., & Wilson, P. H. (1989). Prediction of outcome with group cognitive therapy for depression. *Behaviour Research and Therapy*, *27*(4), 333–343.
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(89\)90003-X](https://doi.org/10.1016/0005-7967(89)90003-X)
- Kleppang, A. L., Steigen, A. M., & Finbråten, H. S. (2023). Explaining variance in self-efficacy among adolescents: The association between mastery experiences, social support, and self-efficacy. *BMC Public Health*, *23*(1), 1665.
<https://doi.org/10.1186/s12889-023-16603-w>
- Knouse, L. E., & Mitchell, J. T. (2015). Incautiously Optimistic: Positively Valenced Cognitive Avoidance in Adult ADHD. *Cognitive and Behavioral Practice*, *22*(2), 192–202. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.06.003>
- Kooij, S. J., Bejerot, S., Blackwell, A., Caci, H., Casas-Brugué, M., Carpentier, P. J., Edvinsson, D., Fayyad, J., Foeken, K., Fitzgerald, M., Gaillac, V., Ginsberg, Y., Henry, C., Krause, J., Lensing, M. B., Manor, I., Niederhofer, H., Nunes-Filipe, C., Ohlmeier, M. D., ... Asherson, P. (2010). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*, *10*(1), 67. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-67>
- Küpper, T., Haavik, J., Drexler, H., Ramos-Quiroga, J. A., Wermelskirchen, D., Prutz, C., & Schauble, B. (2012). The negative impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on occupational health in adults and adolescents. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, *85*(8), 837–847.
<https://doi.org/10.1007/s00420-012-0794-0>
- McCarthy, S., Asherson, P., Coghill, D., Hollis, C., Murray, M., Potts, L., Sayal, K., de Soysa, R., Taylor, E., Williams, T., & Wong, I. C. K. (2009). Attention-deficit hyperactivity disorder: Treatment discontinuation in adolescents and young adults. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *194*(3), 273–277. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.045245>
- Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S. V., Murphy, J., & Tsuang, M. T. (1995). Attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disorders: Issues of

- overlapping symptoms. *The American Journal of Psychiatry*, *152*(12), 1793–1799.
<https://doi.org/10.1176/ajp.152.12.1793>
- Mitchell, J. T., Benson, J. W., Knouse, L. E., Kimbrel, N. A., & Anastopoulos, A. D. (2013). Are Negative Automatic Thoughts Associated with ADHD in Adulthood? *Cognitive Therapy and Research*, *37*(4), 851–859.
<https://doi.org/10.1007/s10608-013-9525-4>
- Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K., & Greist, J. M. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: A simple measure of impairment in functioning. *British Journal of Psychiatry*, *180*(5), 461–464. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>
- Newark, P. E., Elsässer, M., & Stieglitz, R.-D. (2016). Self-Esteem, Self-Efficacy, and Resources in Adults With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *20*(3), 279–290.
<https://doi.org/10.1177/1087054712459561>
- Newark, P. E., & Stieglitz, R.-D. (2010). Therapy-relevant factors in adult ADHD from a cognitive behavioural perspective. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, *2*(2), 59–72. <https://doi.org/10.1007/s12402-010-0023-1>
- Norwalk, K., Norvilitis, J. M., & MacLean, M. G. (2009). ADHD Symptomatology and Its Relationship to Factors Associated With College Adjustment. *Journal of Attention Disorders*, *13*(3), 251–258. <https://doi.org/10.1177/1087054708320441>
- Pedersen, G., Wilberg, T., & Kvarstein, E. H. (2017). The Work and Social Adjustment Scale: Psychometric properties and validity among males and females, and outpatients with and without personality disorders: The work and social adjustment scale: psychometric properties and validity among males and females. *Personality and Mental Health*, *11*(4), 215–228.
<https://doi.org/10.1002/pmh.1382>
- Pedersen, P. B., & Lilleeng, S. E. (2019). *Distriktpsikiatriske tjenester 2017 (IS-2825)*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/distriktpsikiatriske-tjenester-driftsindikatorer-for-distriktpsikiatriske-sentre>

- Ramsay, R. J., & Rostain, A. L. (2003). A Cognitive Therapy Approach for Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 17*(4), 319–334. <https://doi.org/10.1891/jcop.17.4.319.52537>
- Ramsay, R. J., & Rostain, A. L. (2008). Adult ADHD Research: Current Status and Future Directions. *Journal of Attention Disorders, 11*(6), 624–627. <https://doi.org/10.1177/1087054708314590>
- Riggio, R. E., Tucker, J., & Coffaro, D. (1989). Social skills and empathy. *Personality and Individual Differences, 10*(1), 93–99. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(89\)90184-0](https://doi.org/10.1016/0191-8869(89)90184-0)
- Rolstad, S., Adler, J., & Rydén, A. (2011). Response Burden and Questionnaire Length: Is Shorter Better? A Review and Meta-analysis. *Value in Health, 14*(8), 1101–1108. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2011.06.003>
- Safren, S. A., Sprich, S., Chulvick, S., & Otto, M. W. (2004). Psychosocial treatments for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics, 27*(2), 349–360.
- Safren, S. A., Sprich, S. E., Cooper-Vince, C., Knouse, L. E., & Lerner, J. A. (2010). Life Impairments in Adults With Medication-Treated ADHD. *Journal of Attention Disorders, 13*(5), 524–531. <https://doi.org/10.1177/1087054709332460>
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2006). Self-efficacy, adolescents' risk-taking behaviors, and health. *Self-efficacy beliefs of adolescents, 5*, 139–159.
- Schönfeld, P., Brailovskaia, J., Zhang, X. C., & Margraf, J. (2019). Self-Efficacy as a Mechanism Linking Daily Stress to Mental Health in Students: A Three-Wave Cross-Lagged Study. *Psychological Reports, 122*(6), 2074–2095. <https://doi.org/10.1177/0033294118787496>
- Silver, L. B. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adult life. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 9*(3), 511–523.
- Skliarova, T., Pedersen, H., Hafstad, H., Vaag, J. R., Lara-Cabrera, M. L., & Havnen, A. (2023). The construct validity of an abridged version of the general self-efficacy

- scale for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1212961. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1212961>
- Solomon, Z., Benbenishty, R., & Mikulincer, M. (1991). The contribution of wartime, pre-war, and post-war factors to self-efficacy: A longitudinal study of combat stress reaction. *Journal of Traumatic Stress*, 4(3), 345–361. <https://doi.org/10.1007/BF00974554>
- Spitzer, R. L. (1999). Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD The PHQ Primary Care Study. *JAMA*, 282(18), 1737. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Tesli, M., Handal, M., Torvik, F., Knudsen, A., Odsbu, I., & Kirkøyen, B. (2023, august 17). *Psykiske plager og lidelser hos voksne. I: Folkehelse rapporten—Helsetilstanden i Norge*. FHI. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/?term=#hovedpunkter>
- Thomas, E. C., Brusilovskiy, E., O’Shea, A., & Salzer, M. S. (2024). Self-determination and self-efficacy as predictors of campus engagement among college students with serious mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. <https://doi.org/10.1037/prj0000600>
- Torgersen, T., Gjervan, B., & Rasmussen, K. (2006). ADHD in adults: A study of clinical characteristics, impairment and comorbidity. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(1), 38–43. <https://doi.org/10.1080/08039480500520665>
- Wender, P. H., Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Sanford, M. E., Czajkowski, L. A., & Tomb, D. A. (2011). A One Year Trial of Methylphenidate in the Treatment of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 15(1), 36–45. <https://doi.org/10.1177/1087054709356188>

- Williams, G. M., & Smith, A. P. (2016). Using Single-Item Measures to Examine the Relationships between Work, Personality, and Well-Being in the Workplace. *Psychology, 7*(6), 753–767. <https://doi.org/10.4236/psych.2016.76078>
- Williams, L. S. (1995). Self-Efficacy, Anxiety, and Phobic Disorders. I J. E. Maddux (Red.), *Self-Efficacy, Adaptation, and Adjustment: Theory, Research, and Application* (s. 69–107). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6868-5_3
- Wise, J. B., & Trunnell, E. P. (2001). The Influence of Sources of Self-Efficacy Upon Efficacy Strength. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 23*(4), 268–280. <https://doi.org/10.1123/jsep.23.4.268>
- Young, S., & Bramham, J. (2006). *ADHD in adults: A psychological guide to practice*. John Wiley & Sons.
- Ørstavik, R., Gustavson, K., Rohrer-Baumgartner, N., Biele, G., Furu, K., Karlstad, Ø., Reichborn-Kjennerud, T., Borge, T., & Aase, H. (2016). *ADHD i Norge—En statusrapport* (4). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2016/adhd-i-norge/>

Vedlegg

Vedlegg A: Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

SPØRRESKJEMA OM HELSEN DIN-9 (PHQ-9)				
Hvor ofte har du vært plaget av ett eller flere av de følgende problemene i løpet av de <u>siste 2 ukene</u> ? (Sett "✓" for å vise hvilket svar du velger)	Ikke i det hele tatt	Noen dager	Mer enn halvparten av dagene	Nesten hver dag
1. Lite interesse for eller glede over å gjøre ting	0	1	2	3
2. Følt deg nedfor, deprimert eller fylt av håpløshet	0	1	2	3
3. Vansker med å sovne eller med å sove natten gjennom uten å våkne – eller med at du sover for mye	0	1	2	3
4. Følt deg trett eller slapp	0	1	2	3
5. Dårlig appetitt eller å spise for mye	0	1	2	3
6. Vært misfornøyd med deg selv eller følt deg mislykket - eller følt at du har sviktet deg selv eller familien din	0	1	2	3
7. Vansker med å konsentrere deg om ting, slik som å lese avisen eller se på TV	0	1	2	3
8. Beveget deg eller snakket så langsomt at andre kan ha merket det? Eller motsatt – følt deg så urolig eller rastløs at du har vært mye mer i bevegelse enn vanlig	0	1	2	3
9. Tanker om at du like gjerne kunne vært død eller på annen måte ville skade deg selv	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

Hvis du har opplevd ett eller flere av de problemene som nevnes, i hvor stor grad har problemene gjort det vanskelig for deg å utføre arbeidet ditt, ordne med ting hjemme eller å komme overens med andre?

Ikke vanskelig i det hele tatt <input type="checkbox"/>	Litt vanskelig <input type="checkbox"/>	Veldig vanskelig <input type="checkbox"/>	Ekstremt vanskelig <input type="checkbox"/>
--	--	--	--

Vedlegg B: Global Anxiety Questionnaire (GAD-7)

Pfizer Inc. Det er ikke nødvendig med tillatelse til reproduksjon, oversettelse, fremvisning eller distribuering

GAD-7

Hvor ofte har du vært plaget av de følgende problemene i løpet av de siste 14 dagene?

(Sett "✓" for å vise hvilket svar du velger)

	0	1	2	3
1. Følt deg nervøs, engstelig eller veldig stresset	0	1	2	3
2. Ikke klart å slutte å bekymre deg eller kontrollere bekymringene dine	0	1	2	3
3. Bekymret deg for mye om ulike ting	0	1	2	3
4. Vansker med å slappe av	0	1	2	3
5. Vært så rastløs at det har vært vanskelig å sitte stille	0	1	2	3
6. Blitt lett sint eller irritert	0	1	2	3
7. Følt deg redd som om noe forferdelig kunne komme til å skje	0	1	2	3

Vedlegg C: Work and Social Adjustment Scale (WSAS)

Arbeid- og sosial tilpasning – WSAS

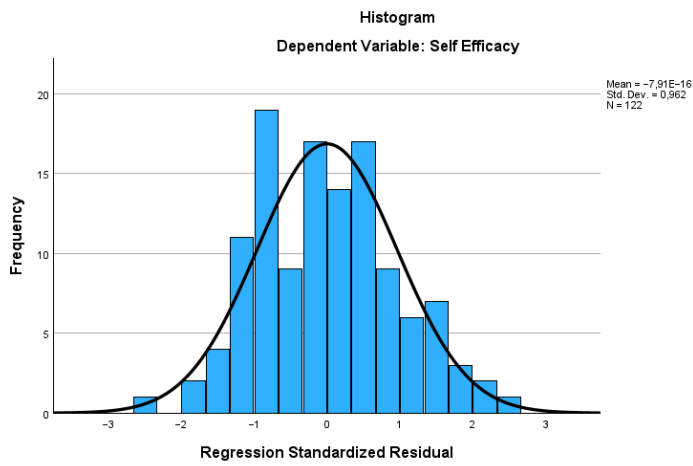
En person sine problemer kan påvirke evnen til å gjennomføre hverdagslige aktiviteter.									
Vennligst les hver setning under og ranger i hvor stor grad problemene dine forstyrrer evnen til å utføre aktiviteten.									
Hvis du er pensjonist eller uten arbeid av andre grunner enn problemene dine, kryss her									<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Ikke i det hele tatt		Litt		Helt klart		Mye		Alvorlig	
1. På grunn av [problemene mine] er arbeids-/studieevnen min negativt påvirket									<input type="checkbox"/>
2. På grunn av [problemene mine] er evnen til husarbeid negativt påvirket (vaske, rydde, handle, lage mat, betale regninger)									<input type="checkbox"/>
3. På grunn av [problemene mine] er sosiale fritidsaktiviteter negativt påvirket (f eks være sosial, fest, restaurant, besøk, date, selskap)									<input type="checkbox"/>
4. På grunn av [problemene mine] er egne fritidsaktiviteter negativt påvirket (i eget selskap, f eks lese, hagearbeid, håndarbeid, gå tur)									<input type="checkbox"/>
5. På grunn av [problemene mine] har jeg vansker med å opprettholde og forme sosiale relasjoner, inkludert de jeg bor sammen									<input type="checkbox"/>

Vedlegg D: Mestringstro

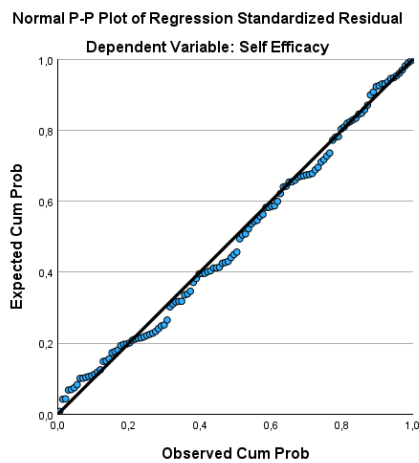
<p>Hvordan er det for deg når det gjelder tro på egen mestring og selvfølelse?</p>	<p>Jeg har troen på at jeg klarer å løse problemer som kan oppstå (F.eks.: Jeg håndterer vanligvis de utfordringene som oppstår, jeg løser problemene om jeg prøver hardt nok, jeg kan følge mine målsetninger og oppnå det jeg ønsker).</p> <p>(Ranger på 10-punkts skala fra 1 (veldig uenig) til 10 (veldig enig))</p>
--	--

Vedlegg E: Figurer - histogram, p-plot og scatterplot

Histogram



P-Plot



Scatterplot

