



«Det er et eller annet som lugger sånn inni meg...»

*En kvalitativ studie av pasienterfaringer i korttids
psykodynamisk gruppeterapi for voksne med ADHD*

James William Makepeace og Line Larsen Holm

Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk institutt

30 studiepoeng

Det samfunnsvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

12. semester

April 2022

Sammendrag

Forfattere: James William Makepeace og Line Larsen Holm

Tittel: «Det er et eller annet som lugger sånn inni meg ...» *En kvalitativ studie av pasienterfaringer i korttids psykodynamisk gruppeterapi for voksne med ADHD*

Hovedveileder: Hanne-Sofie Dahl

Medveileder: Hanne Haavind

Problemstilling: Hvordan opplevdes deltakelsen i korttids dynamisk gruppeterapi for unge voksne med ADHD? **Underordnede forskningsspørsmål:** 1) Hva slags erfaringer gjorde deltakerne seg ved å delta i en korttids psykodynamisk gruppeterapi med relasjonelt fokus? 2) Hvordan fikk deltakelsen betydning for måten de relaterer til seg selv på? 3) Hvordan formidler deltakerne opplevelsen av å leve med ADHD, og betydningen dette har for deres identitet?

Bakgrunn og formål: Stadig flere blir diagnostisert med ADHD i psykisk helsevern, både som barn og voksne. I tillegg til kjernesymptomene hyperaktivitet, impulsivitet og uoppmerksomhet, sliter mennesker med ADHD ofte med sekundære utfordringer i form av eksempelvis relasjonelle vansker og lav selvtillit. Det finnes per i dag få tilgjengelige behandlingstilbud som retter seg spesifikt mot slike vansker. I en naturalistisk studie av Hanne Sofie Dahl og Christian Hjort fikk seks grupper bestående av unge voksne med ADHD tilbud om korttids psykodynamisk gruppeterapi over 18 sesjoner. Rasjonalet for studien var et ønske om å prøve ut en behandlingsform som i større grad retter seg mot interpersonlige vansker og utfordringer med selvbilde hos voksne med ADHD. Intervjuene ble analysert med formål om å tilføre kunnskap om hvordan gruppeterapi med et relasjonelt fokus oppleves for voksne med ADHD og eventuelt hvilke elementer ved terapien som føles meningsfullt og nyttig. I tillegg kan kunnskap om hvordan det oppleves å leve med ADHD bidra til å utvikle og tilpasse behandling til denne pasientgruppen.

Metode: Oppgaven er basert på intervjumateriale fra et forskningsprosjekt initiert av Hanne-Sofie Dahl og Christian Hjort. Utvalget består av tolv voksne med ADHD fra to ulike gruppeterapier. Semi-strukturerte dybdeintervjuer ble gjennomført av terapeutene seks måneder

etter endt gruppeterapi som et ledd i vurderingen av deltakernes utbytte av behandlingen. Vi analyserte transkripsjonene ved hjelp av fenomenologisk fortolkende analyse.

Resultater: Analysen resulterte i to overordnede temaer og fem undertemaer. Det første hovedtemaet, *Identitetssøken*, beskriver deltakernes erfaringer knyttet til å leve med ADHD. Gjennom to undertemaer viser vi at deltakerne opplever sterk ambivalens og en følelse av å være utydelige for seg selv, og hvordan de gjennom forhandling utforsker ulike måter å integrere ADHD-diagnosen i selvforståelsen sin på. Temaet *Utvidet refleksjonsrom* inneholder deltakernes fortellinger om hvordan de opplevde deltakelsen i gruppa og hva de forteller om endring underveis og i etterkant av terapiforløpet. Gjennom tre undertemaer gir vi innblikk i hvordan deltakerne erfarte gruppa som en arena for veiledning, erfaringsutveksling og sammenligning, og at de selvrefleksive prosessene gruppedeltagelsen innebar gjorde at deltakerne opplevde å bli tydeligere for seg selv.

Konklusjon: Studien frembringer kunnskap både om hvordan det er å leve med ADHD og hvordan en korttids dynamisk gruppeterapi for voksne med ADHD kan være betydningsfull for denne pasientgruppen. Det virker å ha vært viktig for deltakerne å treffe andre med ADHD, og gjennom veiledning, erfaringsutveksling, sammenligning og forhandling har terapien bidratt til økt selvrefleksjon, identitetsutforskning og en tydeligere selvopplevelse. Resultatene støtter utviklingen av psykososiale behandlingstilbud spesifikt for emosjonelle og relasjonelle vansker assosiert med ADHD. Identitetssøken var et særlig fremtredende tema i dette utvalget. Dette kan tenkes å representere et viktig aspekt ved nylig diagnostisert ADHD, og noe som kan tas høyde for i flere behandlingsintervensjoner.

Forord

Arbeidet med oppgaven har vært en spennende og krevende reise med opp og nedturer og mang en sen kveld ved kjøkkenbordet. Samarbeidet har gått over all forventning og vi har satt stor pris på gode samtaler og uante mengder melkesjokolade underveis. Ingen av oss hadde særlig stor kunnskap om ADHD fra før, og vi er utrolig takknemlige for det vi har lært om kompleksiteten til denne diagnosen i arbeidet med oppgaven. Vi håper at flere fatter interesse for muligheten gruppeterapi gir som en del av behandlingen for ADHD. Det har vært rørende å lese gruppedeltakernes fortellinger, spesielt om hvordan det er å leve med ADHD og hva gruppa har betydd for dem.

Vi vil gjerne få takke Hanne-Sofie Dahl for muligheten til å bruke intervjuene fra studien hennes som utgangspunkt for oppgaven vår, og for veiledning underveis. Vi er spesielt takknemlige for at du har delt vår entusiasme for prosjektet og alltid hatt en oppmuntrende kommentar på lur.

En spesiell takk til Hanne Haavind som med tålmodighet og glimt i øyet har gitt oss en inspirerende vei inn i kvalitativ metode og fenomenologiens verden. Dine klartenkte innspill har løftet kvaliteten på oppgaven betraktelig!

Takk også til Anne Marie Fosse Teigen for kommentarer på oppgaven og tips til litteratur.

Og sist, men ikke minst: takk til venner, familie og samboere som har bidratt med oppmuntring, trøst, gode og dårlige ideer, korrekturlesing og matlaging.

James og Line

21.04.2022

Innholdsfortegnelse

1 Introduksjon	1
2 Teoretisk bakgrunn	2
2.1 Biomedisinsk diskurs	3
2.2 Psykologisk diskurs	4
2.3 Sosiologisk diskurs	6
2.4 Klinisk bilde: assosierte vansker og heterogenitet.....	7
2.5 Behandling	8
2.6 Gruppeterapi og ADHD.....	10
2.6.1 Psykodynamisk gruppeterapi og korttids dynamisk gruppeterapi	11
2.6.2 Terapeutiske faktorer i korttids psykodynamisk gruppeterapi	13
3 Metode	14
3.1 Metodisk tilnærming	14
3.2 Intervjumateriale og utvalg.....	15
3.3 Intervjuguide og -prosess	17
3.4 Analyse	18
3.4.1 Steg 1- Første møte med materialet - gjennomlesing og kommentering.....	19
3.4.2 Steg 2 - Fra kommentarer til formulering av temaer	19
3.4.3 Steg 3 - Formulering av overordnede temaer.....	20
3.4.4 Steg 4 - Overordnede temaer på tvers av deltakerne	20
4 Resultater	21
4.1 Identitetssøken	23
4.1.1 Ambivalens og utyelighet	23
4.1.2 ADHD som prosess og forhandling	26
4.2 Utvidet indre refleksjonsrom	29
4.2.1 Gruppa som arena for erfaringsutveksling og veiledning	30
4.2.2 Sammenligning	31
4.2.3 Tydeligere for meg selv	35
5 Diskusjon	38
5.1 Veiledning og erfaringsutveksling	39
5.2 Forhandling	40
5.3 Sammenligning.....	43
5.4 Ambivalens og tydelighet.....	44

5.5 Forbehold og begrensninger ved studien.....	47
6 Konklusjon og kliniske implikasjoner	49
Referanser	51
Vedlegg A	65
Vedlegg B	67

1 Introduksjon

ADHD er en nevroutviklingsforstyrrelse som kjennetegnes ved et mønster av uoppmerksomhet og/eller hyperaktivitet-impulsivitet som er mer fremtredende enn forventet for alder og evnenivå, og som forstyrrer funksjon og/eller utvikling (Posner et al., 2020). ADHD har historisk vært sett på som en barnediagnose (Davidson, 2008), men vi har i dag god grunn til å hevde at lidelsen som regel har et kronisk forløp, med vedvarende plager over livsløpet (Faraone et al., 2015; Franke et al., 2018; Kooij et al., 2019). Hos voksne er forekomsten av ADHD estimert til 2,5% (Simon et al., 2009), og i Norge er det i hovedsak voksne som står for økningen i bruk av medikamenter for behandling av ADHD de siste årene (Ørstavik et al., 2016).

Det kliniske bildet ved ADHD er svært variert, og inkluderer en rekke sekundære vansker utover kjernesymptomene hyperaktivitet, impulsivitet og uoppmerksomhet. ADHD medfører ofte hyppige konflikter i parforhold og økt antall samlivsbrudd, konflikter i arbeidsforhold og hyppige skifter av jobb, og større risiko for ensomhet og lite sosialt nettverk (Barkley, 2015a; Mollon, 2015). Flere kvalitative studier viser gjennomgående tendens til lav selvtillit og selvfølelse og vansker med identitet (Halleröd et al., 2015; Jones & Hesse, 2018; Ringer, 2020). I tillegg er ADHD forbundet med høy grad av psykiatrisk komorbiditet, hvor særlig angst, depresjon og ruslidelser forekommer mye oftere enn i befolkningen ellers (Chen et al., 2018). Sviktende evne til emosjonsregulering blir av enkelte postulert som et kjernetrekk ved ADHD, og en sterk medvirkende årsak til det brede spekteret av assosierte emosjonelle og interpersonlige vansker (Barkley, 2015b; Christiansen et al., 2019; Hirsch et al., 2018). Til tross for bredden i det kliniske bildet, er det et relativt smalt spekter av behandlingstilbud som er prøvd ut på denne pasientgruppen, og Hinshaw (2018) hevder at det kun er medikamentell behandling og kognitiv atferdsterapi (KAT) som er evidensbasert. Begge behandlingsformene retter seg direkte eller indirekte mot vansker med oppmerksomhet, hyperaktivitet/impulsivitet og eksekutiv dysfunksjon (Posner et al., 2020; Z. Young et al., 2020).

Flere har pekt på hvordan emosjonelle og relasjonelle aspekter ved ADHD ofte blir neglisjert i forskning og behandling (Badoud et al., 2018; Shaikh, 2018), og enkelte studier finner at medisiner har begrenset innvirkning på psykososiale vansker og generelt funksjonsnivå ved ADHD (Brown et al., 2017; Faraone et al., 2015; Posner et al., 2020). Dette er bakgrunnen for en naturalistisk studie på korttids psykodynamisk gruppeterapi for voksne med ADHD, startet av psykologspesialist og forsker Hanne Sofie J. Dahl, og psykiater Christian Hjort.

Psykodynamisk gruppeterapi er en opplevelsesorientert terapiform med liten grad av struktur og et eksplisitt relasjonelt og emosjonelt fokus. Dette innebærer at terapeuten(e) tilrettelegger for at emosjonelle og interpersonlige vansker kan spilles ut i gruppa, med få føringer for agenda og samtalematikk. KAT på sin side er som regel svært strukturert, og inneholder mange elementer av psykoedukasjon og ferdighetstrening (Z. Young et al., 2020). I tillegg til å samle inn kvantitative data, gjennomførte forskerne semistrukturerte intervjuer med gruppedeltakerne i etterkant av terapien. Gjennom kvalitativ analyse av intervjuene var det vårt mål å tilføre et bredere blikk på den kliniske utprøvingen, og undersøke hva slags betydning et slikt behandlingstilbud kan ha for voksne med ADHD. Det finnes relativt lite kvalitativ forskning på ADHD generelt, og på voksne med ADHD spesielt (Ringer, 2020; Teigen, 2020). Kvalitative studier kan være med på å klargjøre hva som er sentralt i den subjektive opplevelsen av å ha ADHD og hva slags behandling som kan være nyttig. Det er svært stor sannsynlighet for å møte på mennesker med ADHD i klinisk praksis, og det vil etter vårt syn være en stor fordel å ha kjennskap til ADHD “fra innsiden”.

Vi har analysert intervjuer fra to ulike gruppeterapiforløp med utgangspunkt i fenomenologisk fortolkende analyse (Smith & Osborn, 2004). Vi forsøker i denne oppgaven å belyse hva slags erfaringer deltakerne har gjort seg i gruppa og hvilken betydning og mening de tillegger disse erfaringene, både når det gjelder gruppedeltakelsen i seg selv, og hvordan det er å leve med ADHD.

2 Teoretisk bakgrunn

Psykiatriske diagnoser er ikke enkle deskriptive kategorier, men kan betegnes som «konsepter som binder det biologiske, teknologiske, sosiale, politiske og det levde liv sammen» (Madsen, 2014). Her vil vi gi en kort innføring i tre ulike diskurser som er relevante for å forstå ADHD; en biomedisinsk, en psykologisk og en sosiologisk diskurs. De ulike diskursene kan på hver sin måte beskrive viktige aspekter ved ADHD. Mest relevant for denne oppgaven er kanskje hvordan ulike diskursers innvirkning og eventuelle dominans kan legge føringer for hvordan vi som samfunn tenker om ADHD og hvilken type behandling (om noen) som i sin tur defineres som relevant og effektiv. Vi vil til slutt oppsummere noen viktige kjennetegn ved ADHD og hvilke behandlingsalternativ som finnes, med en introduksjon til gruppeterapi og hvordan det kan være relevant i behandling av ADHD.

2.1 Biomedisinsk diskurs

Det biomedisinske perspektivet på ADHD kan hevdes å være hegemonisk i dag (Nordengen, 2011; Rafalovich, 2015; Visser & Jehan, 2009). Det innebærer en vektlegging av biologiske forhold knyttet til avvik i nevrologi og hjerneutvikling, og har resultert i omfattende arbeider for å etablere ADHD som en biologisk realitet med primært genetisk opphav, og som en valid og klinisk relevant diagnose på tvers av kulturell kontekst (Faraone et al., 2015, 2021; Kooij et al., 2019). Den biomedisinske diskursen er tett knyttet opp mot definisjonsmakten som ligger i diagnosesystemene DSM-V og ICD-11, hvor ADHD defineres som en nevroutviklingsforstyrrelse. Diagnosen blir ofte ytterligere spesifisert basert på klinisk bilde som primært uoppmerksom (ADHD-I, *inattentive*), primært hyperaktiv (ADHD-H), eller kombinert uoppmerksom og hyperaktiv type (ADHD-C, *combined*). For å oppfylle kriteriene i DSM-V må flere av symptomene ha vært tilstede før 12-års alder, funksjonssvikt må gjelde minst to ulike settinger (f.eks. skole og familie), det må være klart etablert at symptomene virker inn på og reduserer kvaliteten på sosial, akademisk eller arbeidsfungering, og symptomene må ikke primært skyldes annen psykisk lidelse (Roberts et al., 2015). Særlig funksjonssvikt kan være vanskelig å vurdere, og det er bred konsensus om at det ikke finnes et kategorisk skille i funksjonsnivå mellom de med, og de uten, ADHD (Franke et al, 2018).

Diagnosekriteriene er *deskriptive*, og beskriver verken årsaksforhold eller hele det kliniske bildet ved ADHD. Kriteriene er etablert basert på konsensus om hvilke symptomer og trekk som klart skiller mennesker med ADHD fra de som ikke har det (Roberts et al., 2015). Det er også verdt å merke seg at kriteriene primært er valgt på bakgrunn av atferdsvurderinger fra foreldre og lærere, og ikke selvrappoteringer fra personen selv. Det kan være én grunn til at kriteriene omhandler observerbar atferd, og ikke primært indre psykologiske tilstander.

Selv om ADHD er en relativt ny diagnose, har atferden vi i dag forbinder med den vært beskrevet og ofte blitt ansett som avvikende eller patologisk lenge før vår tid. Synet på diagnosen har gradvis endret seg fra en slags moralisering til medikalisering, i takt med fremveksten av medikamentell behandling for ADHD (Conway, 2017; Nordengen, 2011). Tilgjengeligheten av virksomme medisiner er i dag med på å befeste posisjonen til det biomedisinske paradigmet. Det finnes flere biomedisinske teorier om ADHD som blant annet omhandler svikt i eksekutiv funksjon, motivasjon og responsinhibisjon, men ingen av dem har vist seg å kunne forklare

bredden av nevropsykologiske funn i litteraturen (Willcutt, 2015). Det finnes fortsatt ingen objektiv test for diagnostisering av ADHD.

2.2 Psykologisk diskurs

Et psykologisk perspektiv på ADHD står ikke nødvendigvis i motsetning til det biomedisinske, og overlapper på flere måter. Kognitiv atferdsterapi kan eksempelvis hevdes å være biomedisinsk orientert ved at behandlingen som regel baserer seg på en sykdomsmodell hvor diagnosen danner utgangspunkt for et spesifisert, manualisert behandlingsforløp med klart definerte intervensjoner (Berge & Repål, 2015). Dette står i kontrast til mer opplevelsesorienterte terapiformer, som for eksempel psykodynamisk terapi, hvor diagnostiske kategorier i seg selv sjelden tillegges stor vekt (Mollon, 2015).

Et psykologisk blikk på ADHD gjør ikke at vi kan hoppe bukk over de nevrologiske funnene og symptomene forbundet med ADHD, men orienterer oss mer mot hvilken *betydning* dette har for pasienten, og hvilken grad av funksjonssvikt symptomene medfører. Enkelte kvalitative studier kan være med på å belyse hvordan det *opplevs* å ha ADHD. Ringer (2020) har gjort en metasyntese av kvalitative studier på barns erfaringer med å leve med ADHD, og finner gjennomgående temaer knyttet til ambivalens, opplevd mangel på kontroll og vansker med identitet. Det fremkommer at barna kan føle seg defekte og grunnleggende annerledes, noe som er nært knyttet til konseptualiseringen av ADHD som en biologisk lidelse. Relasjonelle vansker viser seg ved ambivalente forhold til andre, som utgjør både kilder til fellesskap og støtte, men også til krav og forventninger som barna ikke klarer å innfri. De har vansker med å akseptere seg selv som de er og samtidig tilpasse seg omgivelsene. Hos voksne finner man også sterke følelser av annerledeshet og utenforskap (S. Young et al., 2008), i tillegg til store utfordringer med å integrere ADHD-diagnosen i egen identitet (Halleröd et al., 2015; Jones & Hesse, 2018). Det er ikke nødvendigvis symptomene i seg selv som er verst, men andre menneskers reaksjoner på disse i form av stigmatisering og diskriminering (Schrevel et al., 2016). Voksne med ADHD søker som regel mer fra behandling enn symptomreduksjon; Matheson et al. (2013) fremhever blant annet behov for å lære praktiske mestringsstrategier, for å bedre selvbildet, for å takle emosjonelle følger av ADHD, for å øke forståelsen av seg selv og redusere stress.

I dag er det konsensus om at en kombinasjon av genetisk disposisjon og miljøpåvirkning er utløsende for psykiske lidelser. Det er også relativt ukontroversielt å hevde at det foreligger et

gjensidig påvirkningsforhold mellom nevrologiske og psykologiske aspekter ved selvet, og at psykologiske forstyrrelser er avhengig av subjektets opplevelse, selv om opphavet kan sies å være nevrologisk (Conway, 2017). Den dominerende biomedisinske diskursen, med sin betoning av genetik og hjerneanatomi har en tendens til å glatte over dette, og enkelte ser ut til å gå langt i å minimere miljøfaktorer som medvirkende til utvikling og opprettholdelse av ADHD-symptomer (Barkley, 2015c). En psykodynamisk tilnærming har i kontrast til dette et særlig utviklingspsykologisk fokus, hvor tidlige interpersonlige erfaringer danner grunnlag for pasientens emosjonelle og relasjonelle vansker her og nå (Shedler, 2010). Psykodynamikere har også forsøkt å forklare ADHD-symptomer ved hjelp av tilknytningsteori og objekt-relasjonsteori (Conway, 2012), og én studie finner at mennesker med ADHD viser tendenser til egosentrisitet, fremmedgjøring fra andre og usikker tilknytning (de Almeida Silva et al., 2016). Det er ingen triviell oppgave å avgjøre i hvor stor grad tidlige belastninger er med på å utløse ADHD, kontra hvor mye ADHD i seg selv medfører større risiko for belastninger i oppveksten. Mollon (2015) ser ut til å helle mot sistnevnte, og beskriver hvordan mennesker med ADHD fremprovoserer negative responser fra sine omgivelser, noe som medfører destruktive relasjonelle mønstre. Dette kan være en mulig dynamikk som opprettholder emosjonelle og interpersonlige vansker ved ADHD. Til forskjell fra et sosiologisk perspektiv, legger Mollon (2015) fortsatt en stor del av årsaken til negativ familiedynamikk hos individet med ADHD, og forklarer ikke lidelsen som et resultat av familie- eller andre strukturelle forhold.

En annen psykodynamisk konseptualisering av ADHD betoner svikt i egofunksjon, og overlapper i stor grad med det som i nevropsykologi kalles eksekutiv dysfunksjon, som vi beskriver nærmere under klinisk bilde. Ego regnes i psykodynamisk teori som den delen av psyken som analyserer, syntetiserer og integrerer informasjon (Conway, 2012). Forstyrret egofunksjon representerer dermed en slags fragmentering av selvet, og Mollon (2015) trekker linjer fra visse aspekter ved ADHD til andre selvforstyrrelser som autisme og schizofreni. Psykodynamisk teori gir på denne måten en interessant innfallsvinkel til vanskene med identitet og selvbylde forbundet med ADHD, og gir støtte til Teigens (2020) refleksjoner rundt om ADHD kan medføre særskilte vansker med å skape mening i egne erfaringer. Mollon (2015) beskriver hvordan ADHD er vevd inn i personligheten og at det er vanskelig å skille lidelsen klart fra selvet. På denne måten ser ADHD ut til å stå i et spenn mellom noe man *har* og noe man *er*.

2.3 Sosiologisk diskurs

Det sosiologiske perspektivet tar et steg bort fra individet med ADHD, og retter søkelyset mot overordnede strukturer og samfunnssystemer (Nordengen, 2011). Innenfor denne diskursen betegnes ADHD som et sosialt konstruert fenomen, og man er opptatt av hvordan forhold ved individet kan knyttes til strukturelle og kulturelle endringer og relasjoner mellom institusjoner (Tjora, 2021). Et sosiologisk perspektiv utgjør i essens en kritikk av ADHD-diagnosens validitet og utbredelse (Rafalovich, 2015). Medikaliseringsbegrepet står sentralt i denne sammenheng, og kan defineres som prosessen hvor stadig flere menneskelige problemer søkes forklart gjennom individuelle biomedisinske forhold og behandles av helsevesenet (Kirkevold, 2021). Tjora (2021) peker på ADHD som en særlig kontroversiell diagnose fordi den eksisterer i et spenn mellom individet og flere institusjoner, deriblant familien, skolen, helsevesenet og farmasøytiske selskaper. Medisinering av barn utgjør i hans øyne en besnærende individualisert løsning som fritar familie og skole fra ansvar og gir økt profitt til store legemiddelselskaper. Madsen (2013) poengterer at økning i antall ADHD-diagnoser ikke nødvendigvis bare skyldes Big Pharma, men at vi også burde stille spørsmål ved om samfunnet i seg selv har endret seg, for eksempel gjennom idealer om selvstyring eller pedagogiske reformer i skolen. Han fremhever også hvordan diagnoser kan danne utgangspunkt for identitetsbygging og fellesskap (Madsen, 2014).

En sosiologisk diskurs understreker det faktum at det fortsatt ikke finnes noen objektive biologiske mål som kan avgjøre om et individ har ADHD eller ikke. Dette reiser ifølge Rafalovich (2015) et intrikat spørsmål: hva er “rent” avvikende atferd, og hva har sitt opphav i hjernepatologi? Han kommenterer også at det ikke finnes gode prosesser for å rette opp i feildiagnostisering av ADHD, og at positiv respons på medisiner ofte feilaktig tolkes som støtte for at diagnosen er riktig.

Det kan virke radikalt å ikke diagnostisere og behandle ADHD individuelt i det hele tatt, slik som et kritisk sosiologisk perspektiv ser ut til å legge opp til. Samtidig finnes det enkelte kvalitative studier som viser at det verste aspektet ved å ha ADHD ikke nødvendigvis er symptomene i seg selv, men de sosiale følgene av lidelsen (Schrevel et al., 2016; H. M. B. Shaw, 2021). Vi vet også at ADHD-symptomer er svært situasjonsbetinget (Roberts et al., 2015; Weiss et al., 2008). Kanskje finnes det for få arenaer i dagens samfunn hvor mennesker med ADHD kan fungere godt?

2.4 Klinisk bilde: assosierte vansker og heterogenitet

ADHD er ikke begrenset til uoppmerksomhet, hyperaktivitet og impulsivitet. Svikt i emosjonsregulering blir av enkelte postulert som et kjernetrekk ved ADHD (Barkley, 2015a; Christiansen et al, 2019; Hirsch et al, 2018), og det er også nevnt i DSM-V som et karakteristisk kjennetegn ved lidelsen (Kooij et al., 2019). Dette kan være én mulig årsak til omfattende komorbiditet og interpersonlige og emosjonelle vansker ved ADHD, og emosjonell dysregulering ser ut til å vedvare hos de fleste over tid (P. Shaw et al., 2014). Svikt i eksekutiv funksjon er svært vanlig, og omfatter blant annet redusert visuospatialt og verbalt arbeidsminne, inhibitorisk kontroll, årvåkenhet og evne til planlegging. Mennesker med ADHD har ofte vansker med beslutningstaking, og overestimerer ofte verdien av umiddelbare belønninger. Andre påvirkede kognitive domener inkluderer blant annet temporal informasjonsprosessering, språk, prosesseringshastighet og motorikk (Faraone et al., 2015). Vanskene varierer med situasjon og blir vanligvis mer fremtredende ved kjedelige eller repetitive oppgaver. Samtidig er det stor variasjon innenfor ADHD-populasjonen; enkelte vil ha omfattende vansker på tvers av flere kognitive domener, mens andre vil kunne ha stor svikt på ett område, men være uanfektet på andre (Posner et al., 2020).

ADHD er forbundet med høyere risiko for en rekke somatiske tilstander, deriblant overvekt, astma og allergi, diabetes, høyt blodtrykk, seksuelt overførbare sykdommer, metabolske lidelser og epilepsi. I tillegg kommer økt risiko for negative livsutfall i form av lavere livskvalitet, redusert akademisk oppnåelse, arbeidsløshet, sosiale vansker, selvmord og prematur død (Barkley, 2015a; Faraone et al., 2021). Dette innebærer blant annet mindre andel sammenlignet med normalbefolkningen som har fullført skolegang, flere som er arbeidsløse, flere som er skilt, og flere som er misfornøyde med sitt sosiale liv og familie- og arbeidssituasjon (Biederman et al., 2006). Det er estimert at rundt 80% av voksne med ADHD har én eller flere samtidige psykiske lidelser (Davidson, 2008; Katzman et al., 2017). For bipolar lidelse er prevalensraten rundt 20 ganger høyere enn i øvrig befolkning, mens angst, depresjon og rusmisbruk forekommer rundt 9 ganger oftere (Chen et al, 2018). Kvinner med ADHD har oftere angst, depresjon, somatiske symptomer og bulimi, mens menn oftere har samtidig rusmisbruk, atferdsforstyrrelser og dyssosial personlighetsforstyrrelse (Williamson & Johnston, 2015). Én årsak til den høye forekomsten av komorbide lidelser ved ADHD kan være at genetiske og miljømessige risikofaktorer overlapper mellom ADHD og en rekke andre lidelser. Samtidig viser

enkelte studier at sen diagnostisering av ADHD kan medføre flere tilleggsvansker og større belastning, både for individet og helsetjenestene (Garcia-Argibay et al., 2021).

Mange voksne som fikk ADHD-diagnosen som barn vil oppleve symptomer og funksjonssvikt selv om de ikke lengre oppfyller diagnosekriteriene (Faraone et al., 2006). Eksternaliserende symptomer, motorisk uro og hyperaktivitet avtar som regel med alderen, og kommer mer til uttrykk som indre uro og tankekjør hos voksne (Roberts et al., 2015). Uoppmerksomhet og emosjonell dysregulering er derimot ofte vedvarende, og kan dominere det kliniske bildet i voksen alder (Franke et al, 2018; Shaw, 2015). ADHD hos voksne regnes fortsatt av mange som underdiagnostisert og underbehandlet (f.eks. Kooij et al, 2019).

Det er rundt to til fire ganger flere gutter enn jenter som får en ADHD-diagnose (Polanczyk et al., 2007; Willcutt, 2012). Kjønnforskjellen i prevalens forsvinner nesten hos voksne, noe som kan indikere skjevheter i henvisning og diagnostikk i favør gutter eller at det foreligger kjønns spesifikke effekter på klinisk uttrykk og utvikling som gjør at jenter med ADHD ikke fanges opp (Faraone et al., 2015; Williamson & Johnston, 2015). Kvinner blir sjeldnere diagnostisert med hyperaktiv-impulsiv eller kombinert type ADHD. Hyperaktivitet og impulsivitet er blant symptomene som ser ut til å avta eller endre karakter med alderen, noe som kan være med på å forklare utjevningen av prevalens mellom kjønnene hos voksne (Williamson & Johnston, 2015). Ved selvrappotering oppgir kvinner større plager knyttet til blant annet kognitiv prestasjon enn menn. Williamson & Johnston (2015) diskuterer om stigma knyttet til ADHD kan arte seg verre for kvinner, og medføre større vansker med selvbilde og identitet. De refererer til studier som viser at jenter/kvinner med ADHD opplever flere negative sosiale erfaringer og oppfattes som mer alders- og kjønnsatypiske enn gutter. Sammen med underdiagnostisering av ADHD hos jenter kan dette gjøre at de i mindre grad forklarer egen atferd med ADHD, men heller tilskriver avvising og tilkortkommenheter til sin egen person. Rucklidge (2010) peker på et behov for tilpasning av diagnostiske kriterier for å fange opp flere jenter med ADHD, som ofte utvikler internaliserende vansker knyttet til negativt selvbilde og selvkritikk.

2.5 Behandling

Gitt det store spennet av vansker forbundet med ADHD, hvor starter man med behandling? Den dominerende biomedisinske diskursen legger klare føringer: Når ADHD ses på som en

nevtroutviklingsforstyrrelse og symptomene blir forsøkt koblet direkte til biologiske forskjeller i hjernen (Faraone et al., 2015), gir det mening å behandle ADHD med medisiner som virker direkte inn på hjernefunksjon. Medikamenter fremheves ofte som behandlingen med best dokumentert effekt, og det er den særdeles mest brukte behandlingsformen i kliniske settinger og i retningslinjer for behandling (Caye et al., 2019; Kolar et al., 2008). Vi vet samtidig at medisiner ikke virker inn på alle aspekter assosiert med ADHD, som for eksempel svikt i eksekutiv funksjon og lærevansker, og stimulanter kan også forverre depresjon og angst (Faraone et al., 2015). Særlig over lengre tids bruk er effekten av medisiner usikker, og utenfor RCT-studier er det et mindretall som faktisk følger opp egen medikamentell behandling. Enkelte studier antyder at stimulanter har liten til ingen innvirkning på akademisk prestasjon, drop-out fra skole, sosial funksjon, psykiatrisk komorbiditet eller generelt funksjonsnivå (Brown et al., 2017; Faraone et al., 2015; Posner et al., 2020).

På grunn av det heterogene kliniske bildet anbefales som regel en multimodal behandlingstilnærming ved ADHD. Dette inkluderer psykoedukasjon, medisiner, kognitiv atferdsterapi (KAT) og coaching (Kooij et al., 2019; Posner et al., 2020). Hinshaw (2018) hevder som nevnt at det kun er medikamentell behandling og KAT som er evidensbasert. KAT kan som nevnt lett inngå i en biomedisinsk forståelse av ADHD, og består som regel av psykoedukasjon og ferdighetstrening knyttet til blant annet planlegging, organisering og emosjonsregulering som er tenkt å virke indirekte på kjernesymptomene ved ADHD (Safren et al., 2004; Z. Young et al., 2020). Slike strukturerte, psykoedukative terapiformer er mest forsket på så langt, og ser ut til å redusere symptomer ved ADHD både alene og i sammenheng med medikamentell behandling (Catalá-López et al., 2017). Man vet derimot lite om *hva* det er ved KAT som virker, for *hvem* KAT virker, eller om behandlingen har konsistent innvirkning på andre utfall enn symptomreduksjon (Z. Young et al., 2020).

Flere av de kvalitative studiene vi har referert til tidligere viser viktige psykologiske aspekter ved ADHD som ikke naturlig inngår i en biomedisinsk diskurs og som kanskje derfor blir neglisjert i behandling. Det ser også ut til å være gjengs oppfatning at ADHD-symptomer vil kunne komme i veien for effektiv psykoterapi (Murphy, 2015; Ramsay & Rostain, 2005), og at behandlingen derfor må tilpasses spesielt til vansker med oppmerksomhet og impulsivitet. Samtidig vet vi at ADHD-symptomer er svært kontekstavhengige, og til og med kan være helt fraværende i situasjoner hvor personen er motivert og interessert (Roberts et al., 2015; Weiss et

al., 2008). Vi har god grunn til å tro at voksne som oppsøker psykologisk behandling for ADHD-relaterte plager er mer motiverte enn barn, og Matheson et al. (2013) finner også at voksne med ADHD ønsker seg mye mer enn symptomreduksjon fra behandling. Det foreligger i sum gode grunner til å anta at voksne med ADHD vil kunne nyttiggjøre seg et mer variert behandlingstilbud enn det som er dominerende i dag.

2.6 Gruppeterapi og ADHD

Det er gjort lite forskning på gruppeterapi for voksne med ADHD. I en oversiktsstudie fant Hernández et al., (2021) seks artikler publisert de siste fem årene som undersøker effekten av psykoterapi for voksne med ADHD og hvor gruppeterapi er en del av behandlingen. Mesteparten av denne forskningen er gjort på ulike ferdighetstreningsgrupper og grupper med et KAT-fokus. I en studie av Edel og kolleger (2017) fant de en reduksjon i ADHD-symptomer (oppmerksomhetssvikt og hyperaktivitet) i en gruppe for mindfulness-basert trening og en ferdighetstreningsgruppe med utgangspunkt i dialektisk atferdsterapi. En annen studie viste en signifikant reduksjon i ADHD kjernesymptomer, bedre eksekutiv funksjon og nedgang i depressive symptomer for 40 deltakere etter 12 ukers behandling med kognitiv atferdsterapi i gruppe (Wang et al., 2016). Solanto og kollegaer (2008) fant forbedringer i tids-, planleggings- og organiseringsevne hos 30 voksne med ADHD etter en manualbasert metakognitiv gruppeterapi på 8-12 sesjoner. Forbedring ble målt gjennom selvrappport rett før og umiddelbart etter intervensjonen.

I en studie av Bramham og kollegaer (2009), fant de at deltakerne som fikk en korttids KAT gruppeintervensjon bestående av tre workshops over tre måneder, opplevde bedre selvtillit, større mestringstro og mer kunnskap om ADHD enn kontrollgruppen. Spørreskjema ble brukt blant annet for å undersøke hvilke aspekter av behandlingene deltakerne følte de hadde mest nytte av. Her fremkom muligheten til å dele personlige erfaringer med andre med ADHD som et av de viktigste aspektene ved intervensjonen. Mange fortalte også ved evalueringen i etterkant at de endelig hadde funnet andre med lignende livserfaringer og som kunne forstå dem (Bramham et al., 2009).

Det er altså tydelig at ulike former for gruppeintervensjoner kan påvirke selvrapporterte symptomer på ADHD og andre utfallsmål knyttet til blant annet depressive symptomer, organiseringsevner, mestringstro og selvtillit (Hesslinger et al., 2002; Hirvikoski et al., 2011;

Philipsen et al., 2007; Solanto et al., 2010; Stevenson et al., 2002; Virta et al., 2010; Wiggins et al., 1999; Zylowska et al., 2008). Utvalgene i disse studiene små, og de mangler ofte kontrollgrupper (Hirvikoski, 2011). Det er derfor vanskelig å vite om det er generelle gruppefaktorer eller faktorer knyttet til den spesifikke behandlingen som har effekt. I tillegg var alle studiene bortsett fra én basert på prinsipper fra kognitiv atferdsterapi, dialektisk atferdsterapi og mindfulness (Hernández et al., 2021). Ut fra hva vi vet er det kun gjort en studie med et mer spisset fokus på relasjoner, selvbilde og følelsesregulering, gjennomført av Shaikh og kollegaer (2018). I en interpersonlig gruppeterapi for college-studenter, fant de en økning i selvtillit, psykososial kompetanse og følelsesmessig modenhet etter 12 uker sammenlignet med kontrollgruppen. Gruppeterapien var inspirert av Yalom sin interpersonlige tilnærming og hadde fokus på deling av gruppedeltakernes relasjonelle utfordringer utenfor terapirommet og relasjonell dynamikk mellom gruppedeltakerne (Yalom & Lesczc, 2020).

I dag brukes gruppeterapi som behandling for en lang rekke psykiske lidelser, blant annet komplisert sorg, angst og depresjonsproblemer, spiseforstyrrelser, rusmiddelavhengighet, PTSD og personlighetsforstyrrelser (Burlingame et al., 2013). Psykoterapiforskning viser at gruppeterapi er en effektiv behandling for en rekke lidelser, og studier som sammenligner individualterapi og gruppeterapi viser at de i de fleste tilfeller er like effektive (Burlingame et al., 2003; Kösters et al., 2006). Det er vanlig å skille mellom psykoedukative grupper, veiledningsgrupper og gruppeterapi (Ward, 2012). Gruppeterapi har i dag ofte en teoretisk forankring. Det kan være psykoanalytisk, kognitiv, eksistensiell, interpersonlig, systemisk, atferdsorientert - eller en kombinasjon av to eller flere av disse teoriene (Fjeldstad, 2019).

2.6.1 Psykodynamisk gruppeterapi og korttids dynamisk gruppeterapi

Vi har sett at det finnes lite forskning på psykologisk behandling som retter seg mer spesifikt mot relasjonelle utfordringer og selvbildeproblematikk for mennesker med ADHD. Gruppeanalyse eller psykodynamisk gruppeterapi er behandlingsformer hvor arbeid med slike utfordringer er sentralt (Bjerke, 2018). Psykoanalytikerens Foulkes (1898-1976) var grunnlegger av gruppeanalysen. Han anså mennesket helt og holdent som et sosialt vesen og mente at psykisk lidelse oppstår mellom mennesker, ikke kun i individet. Derfor følger det naturlig for Foulkes at det er i gruppen og i samspill med andre at potensialet for utvikling og behandling finnes. Han tok utgangspunkt i både psykoanalytiske og sosialpsykologiske teorier da han utviklet

gruppeanalysen i England i etterkrigsårene. Fra psykoanalytisk teori gjelder det blant annet eksistensen av indre psykiske konflikter og forsvarsmekanismer, et utviklingsperspektiv på personlighet og det ubevisstes påvirkning på individuell- og gruppe-atferd (Foulkes, 1986; Lorentzen, 2018; Lorentzen et al., 2013).

Tradisjonell gruppeanalyse innebærer en heterogent sammensatt gruppe med 6-8 deltakere hvor hver deltaker går så lenge hen ønsker, ofte over år (Bjerke, 2018). I nyere tid har det imidlertid oppstått gruppeformater av kortere varighet og med en mer homogen sammensetning - for eksempel mennesker med samme diagnose (Stokkebæk, 2011). Dette gjør det mulig for mange flere å nyttiggjøre seg av gruppeterapi, i tillegg til at det er samfunnsøkonomisk lønnsomt. Lorentzen og kollegaer sammenlignet effekten av korttids gruppeanalytisk psykoterapi (20 ukentlige sesjoner) og langtids gruppeanalytisk terapi (80 ukentlige sesjoner) for mennesker med blandede diagnoser (angst og depresjon) og lette til moderate personlighetsforstyrrelser. Begge terapiene ble vist å være effektive, med nedgang i symptomtrykk og interpersonlige problemer hos begge gruppene, men for pasientene med komorbid personlighetsforstyrrelse var effekten av langtidsgruppe sterkere (Lorentzen et al., 2013, 2015). Det er altså grunn til å tro at gruppeterapi i korttidsformat kan være virksom behandling for en rekke psykologiske og interpersonlige problemer.

Korttids dynamisk gruppeterapi er basert på bidrag fra flere ulike hold, blant annet Foulkes gruppeanalyse, Bions teori om gruppens dynamikk og prosesser, psykodynamisk teori og metode, Yaloms interpersonlige gruppeterapi og mentaliseringsteori og mentaliseringsbasert gruppeterapi (Bateman & Fonagy, 2016; Bion, 1961; Stokkebæk, 2011; Yalom & Leszcz, 2020). Sentrale trekk ved korttids dynamisk gruppeterapi er homogenitet, forskjellighet, mål, fokus og en kort og definert tidsramme (Stokkebæk, 2011). Homogenitet i gruppa er viktig for å sikre rask identifikasjon mellom deltakerne. Dette er en viktig faktor for å skape gruppetilhørighet, en av grunnforutsetningene for virkningsfull korttids gruppeterapi (Burlingame et al., 2001, 2011). Det er ofte snakk om en avgrenset problematikk som er felles for gruppen. Yalom påpeker imidlertid at forskjellighet mellom deltakerne er en forutsetning for innsikten deltakerne i en gruppeterapi kan få om seg selv og sine relasjoner til de andre gruppe medlemmene. Deltakerne bør derfor heller ikke være for like (Yalom & Leszcz, 2020). Gruppeterapien må også ha et klart avgrenset formål og tydelig formulerte fokus både for gruppen som helhet og for hvert individ. Det er i tillegg nødvendig med en definert tidsramme for terapien. Hva som utgjør en kort tidsramme

varierer, men mellom 10 og 20 sesjoner er vanlig for korttids psykodynamisk gruppeterapi (Stokkebæk, 2011).

2.6.2 Terapeutiske faktorer i korttids psykodynamisk gruppeterapi

Det eksisterer flere kategorisystemer for gruppeterapeutiske faktorer, hvor faktorene defineres, kategoriseres og vektlegges ulikt. Det mest utbredte er kanskje Yalom sitt kategorisystem (Yalom & Leszcz, 2020), men også MacKenzie(1987), Poulsen (2000) og Foulkes(1986) har beskrevet terapeutiske faktorer i gruppe som i varierende grad overlapper med Yalom sitt system. En gjennomgang av de ulike kategorisystemene er utenfor rekkevidden til denne oppgaven. Stokkebæk har imidlertid fremhevet *gruppertilhørighet, aksept, universalitet, selvavsløring, interpersonlig erfaringsdannelse og innsikt* som spesielt viktig gruppeterapeutiske faktorer i korttids dynamisk gruppeterapi (Stokkebæk, 2011), og disse fortjener en kort introduksjon. *Gruppertilhørighet* handler om hvor attraktiv eller tiltrekkende gruppen føles for den enkelte deltaker. Dette er ofte knyttet til om man føler seg verdsatt, respektert, ivaretatt og anerkjent, og en opplevelse av å være betydningsfull for gruppen (Stokkebæk, 2011; Yalom & Leszcz, 2020; Burlingame, 2011). Dette henger også sammen med *aksept*, hvor man får en opplevelse av å bli akseptert for den man er gjennom tilhørighet i og støtte fra gruppen (Bloch & Crouch, 1985). *Universalitet* refererer til normalisering gjennom å se at andre har samme type opplevelser eller utfordringer som en selv, og som bidrar til en følelse av å være mindre alene (Stokkebæk, 2011; Yalom & Leszcz, 2020). *Selvavsløring* handler om å uttrykke følelser og tanker rundt temaer som er viktige for en, og er ifølge Yalom essensielt for den gruppeterapeutiske prosessen (Yalom & Leszcz, 2020). *Interpersonlig erfaringsdannelse* er en prosess hvor deltakerne i en gruppe blir bevisst sine tanker, følelser og handlingsmønstre gjennom relasjonene som etableres med de andre i gruppen (Stokkebæk, 2011). Lorentzen (2018) beskriver det slik: “I gruppeterapien aktiveres uhensiktsmessige interpersonlige relasjonsmønstre. Arbeid med disse i “her og nå-modus” gjør endring mulig”(s. 1). *Innsikt* handler om å oppdage noe viktig ved seg selv, som hvordan følelser, fantasier og erfaringer er med å prege egne tanker og atferdsmønstre. Innsikt kan også handle om å få en større forståelse for andres følelser og deres betydning i ens relasjonelle verden (Yalom & Leszcz, 2020).

Vi har sett at sekundære vansker som relasjonelle utfordringer og lavt selvbilde er vanlige og kan forårsake store utfordringer for livsutfoldelsen til voksne med ADHD, men det til nå er

gjort lite forskning på behandlingsformer som retter seg spesifikt mot disse vanskene. Korttids dynamisk gruppeterapi er en terapiform med fokus på arbeid med relasjonelle vansker, identitet og selvoppfatning gjennom blant annet aksept, tilhørighet, normalisering av vansker og muligheten til å utforske seg selv i møte med andre. Det representerer et mulig alternativ til behandling av sekundære vansker ved ADHD, og gjør det verdt å utforske hvordan voksne med ADHD opplever en slik terapiform.

3 Metode

3.1 Metodisk tilnærming

Vi har benyttet fortolkende fenomenologisk analyse (*interpretative phenomenological analysis*; Smith & Shinebourne, 2012) i vårt arbeid med intervjuene som ligger til grunn for denne oppgaven. Valget av kvalitativ tilnærming er klart informert av forskningsinteressene våre, da vi er særlig interessert i hva slags erfaringer deltakerne har gjort seg i gruppa, og hvordan de tillegger disse personlig betydning og konstruerer det som Haavind (2000) betegner som «innvendige sammenhenger». Dette er spørsmål som ikke kan besvares med kvantitative tilnærminger. Én årsak til at vi landet på akkurat fenomenologisk fortolkende analyse (heretter forkortet FFA) er pragmatisk: metoden er godt beskrevet i lett tilgjengelig litteratur, med klare retningslinjer for gjennomføring og kriterier for validitet og kvalitet (Pietkiewicz & Smith, 2014; Smith, 2011; Smith & Osborn, 2004; Smith & Shinebourne, 2012). En annen årsak er at vi er interessert i, og jobber med, psykodynamisk orientert terapi, en behandlingsform som kan hevdes å være både idiografisk, erfaringsnær og fortolkende, med stor vekt på hvordan mennesket skaper mening i sin egen tilværelse. Det føles naturlig for oss å bruke et metodisk rammeverk som ligger tett opp til daglig klinisk arbeid.

FFA er ikke en metode med et unikt epistemologisk fundament, men er derimot beslektet med flere andre rammeverk innenfor kvalitativ forskning. Metoden henter sitt teoretiske grunnlag fra fenomenologi, hermeneutikk og idiografisk vitenskap. Førstnevnte omhandler i grove trekk individers subjektive opplevelse og persepsjon. Nyere teoretikere innenfor denne tradisjonen beveget seg mer mot en forståelse av individet som situert i en sosial kontekst, og vevd inn i relasjoner, språk og kultur (Smith et al., 2009). Denne sammenvevingen av det subjektive og omverdenen finner vi også igjen i utvalget i denne studien: gruppedeltakerne inngår i en diagnostisk kategori som er definert på bakgrunn av avvik fra en gitt samfunnsnorm,

og som vil kunne ha store konsekvenser for deres subjektive opplevelse av seg selv og sine erfaringer. Siden vi ikke har direkte tilgang til disse opplevelsene og erfaringene må vi basere oss på fortolkning. Prosessen kan best beskrives ved den velkjente hermeneutiske sirkel, hvor fortolkning ikke foregår lineært, men hvor vi beveger oss frem og tilbake mellom ulike deler og helheten (Smith et al., 2009). Det innebærer alt fra å forsøke å forstå deltakernes spesifikke ordvalg til deres generelle uttrykksform, i tillegg til å sette dette inn i en overordnet kontekst. Hver bevegelse mellom ulike deler åpner for nye perspektiver som setter materialet og våre fortolkninger i nytt lys. Et idiografisk perspektiv innebærer en vektlegging av det partikulære og individuelle, og legger føringer for en dybdeanalyse av et spesifikt tema i en spesifikk kontekst (Smith et al., 2009). Vi har forsøkt å bevare nyansene i gruppedeltakernes fortellinger og hindre at potensielt interessante momenter forsvinner når vi beveger oss fra individet til gruppa som helhet.

Smith (2011) argumenterer for at FFA er særlig gunstig for å si noe om erfaringer som er av grunnleggende eksistensiell karakter, og for å undersøke temaer som er komplekse, tvetydige og emosjonelt ladet (Smith & Osborn, 2015). Etter vår mening representerer en ADHD-diagnose definitivt et eksistensielt og emosjonelt ladet anliggende, og noe som kan ha stor innvirkning på selvbilde, selvfølelse og identitet (se f.eks. Halleröd et al, 2015; Ringer, 2020). Teigen (2020) tenker seg at ADHD endrer selve forutsetningene for å kunne skape mening i egne erfaringer, og etterlyser samtidig flere fenomenologiske skildringer av mennesker med ADHD i forskningslitteraturen. På bakgrunn av dette har vi valgt å konsentrere oss om deltakernes subjektive opplevelse slik de forteller om den i intervjuene, både knyttet til hvordan det er å leve med ADHD og å delta i en gruppeterapi med andre med samme diagnose. Samtidig som den kliniske utprøvingen av dynamisk gruppeterapi for ADHD utgjør rammen for analysen, har vi forsøkt å ikke gi slipp på det induktive og genererende aspektet ved fortolkende metode (Haavind, 2000), som gir oss mulighet til å oppdage vesentlige sider ved et forskningstema som ikke tidligere har vært belyst eller forstått. Derfor har vi forsøkt å ha en så åpen og eksplorerende tilnærming som mulig gjennom hele prosessen.

3.2 Intervjumateriale og utvalg

Intervjumaterialet kommer fra en naturalistisk studie av korttids psykodynamisk gruppeterapi for voksne med ADHD og selvopplevde relasjonsproblemer, ledet av psykologspesialist og forsker

Hanne-Sofie Dahl og psykiater Christian Hjort, begge gruppeanalytikere. Studien ble gjennomført i et samarbeid mellom spesialist i avtalepraksis, psykologisk institutt og klinikk for psykisk helse og avhengighet ved Universitet i Oslo. Gruppeterapien besto av 18 møter på 90 minutter, uten fast agenda. Deltakere ble henvist til gruppeterapien fra fastleger og spesialisthelsetjenesten. De gjennomgikk deretter minst én samtale med en av gruppeterapeutene i forkant av deltakelse for å vurdere egnethet for gruppeterapi og får å få informasjon om behandlingen. Egnethet ble vurdert skjønnsmessig etter følgende inklusjonskriterier: (1) personen har ADHD, og (2) er i en form for arbeid, studier, eller aktivitet tilrettelagt gjennom Nav. Eksklusjonskriterier var (1) rusavhengighet, (2) lav motivasjon, og (3) manglende tidligere erfaring med å følge opp avtaler. ADHD utgjør en svært heterogen diagnostisk kategori, med stort spenn i klinisk uttrykk og funksjonsnivå mellom individer. De øvrige seleksjonskriteriene i denne studien sikrer en viss homogenitet, som vanligvis er ønskelig ved bruk av FFA for å kunne gå i dybden på et konkret fenomen (Smith et al., 2009). En videre utdyping av utvalgets betydning vil tas opp i diskusjonen.

Alle deltakerne mottok en skriftlig beskrivelse av rammene for behandlingen, inkludert målgruppe og relevante vansker, varighet, arbeidsmåte, målsetning og regler for gruppa. De mottok også et skriftlig samtykkeskjema og forespørsel om å delta i forskningsprosjektet knyttet til klinisk utprøving av dynamisk gruppepsykoterapi for voksne med ADHD. Her ble formålet med forskningsprosjektet beskrevet, i tillegg til hva slags personlige opplysninger som ville bli lagret. Deltakelse var ikke en forutsetning for behandling i gruppeterapien, og deltakerne ble informert om muligheten for å trekke tilbake samtykket på hvilket som helst tidspunkt. Informasjonsskriv (A) og samtykkeskjema (B) er inkludert som vedlegg til oppgaven.

Deltakerne i vår kvalitative undersøkelse ble rekruttert på bakgrunn av tilgjengelige transkriberte intervjuer fra den naturalistiske studien. Vi fikk i utgangspunktet tilgang til seks intervjuer fra første terapigruppe, og senere tilgang til seks intervjuer fra tredje gruppe. I første gruppe var det én deltaker som ikke fikk gjennomført oppfølgingsintervju på grunn av praktiske årsaker, og et intervju med en annen av de åtte deltakerne gikk tapt på grunn av tekniske problemer med lydopptak. I tredje gruppe var det to pasienter som droppet ut av behandlingen mot slutten av behandlingsforløpet, og som ikke ønsket å møte til intervju. I denne gruppen ble også 7 av 18 møter gjennomført via video. Tredje gruppe ble valgt som tilleggsmateriale fordi terapien på dette tidspunktet hadde blitt tilpasset på bakgrunn av tilbakemeldinger fra deltakere,

blant annet med etablering av individuelt terapeutisk fokus i samarbeid mellom terapeut og pasient i forkant av terapien. Terapeuten konkretiserte målsetning på en lapp som gruppedeltakerne leste opp for hverandre i det første møtet. Deretter ble lappen tatt med inn i gruppen med ujevne mellomrom av terapeutene.

Vi fant ikke åpenbare forskjeller i tematikk eller erfaringer mellom de to gruppene ved gjennomlesing av intervjuer, og har derfor sett på de 12 deltakerne under ett, uten å gjøre sammenligninger mellom gruppene. Utvalget består av 4 menn og 8 kvinner mellom 25 og 40 år. Én av deltakerne fikk ADHD-diagnosen på ungdomsskolen, resten fikk diagnosen som unge voksne. Alle deltakerne utenom én har fullført utdanning på høyskole- eller universitetsnivå. Én deltaker var sykemeldt og en annen arbeidsledig, resten var i jobb eller studier under behandlingsforløpet. Alle deltakerne oppgir daglig eller ukentlig medisinbruk for ADHD. Alle deltakerne oppgir å ha hatt psykiske plager hele livet eller siden barndommen, og alle har vært innom andre behandlingstilbud forut for gruppeterapien. Gruppedeltakerne oppgir tilleggsvisker med blant annet angstlidelser, depressive lidelser, bipolar lidelse, spiseforstyrrelser og rusmisbruk. Gruppen som helhet skårer relativt lavt på symptomtrykk som målt med SCL-90-R (Derogatis & Unger, 2010) før oppstart av terapi, men skårer høyt på interpersonlige visker som målt med IIP-64 (Alden et al., 1990).

3.3 Intervjuguide og -prosess

Intervjuguiden er utviklet for et semistrukturert intervju av Hanne-Sofie J. Dahl (psykologspesialist og forsker) og Anne Marie Fosse Teigen (psykologspesialist, samt fag- og erfaringskonsulent). Den er utformet for å undersøke deltakernes utbytte av gruppa, hvordan de opplevde behandlingen, hvor relevant de følte behandlingen var sett opp mot ADHD-diagnosen, og eventuelt hvordan gruppeterapien skilte seg fra andre behandlingstilbud de har vært gjennom. Intervjuene ble gjennomført seks måneder etter endt behandling. Ett av intervjuene ble gjennomført av Christian Hjort, resten av Hanne-Sofie J. Dahl. De ble tatt opp med lydopptaker, og deretter transkribert av en forskningsassistent uten direkte tilknytning til terapien. Vi har ikke hatt noen form for kontakt med gruppedeltakerne, og har kun hatt tilgang til ferdige transkripsjoner. Hvert intervju bestod av 8-14 sider transkribert materiale.

3.4 Analyse

I analyseprosessen har vi forsøkt å bevare metodisk integritet gjennom kontinuerlig refleksivitet knyttet til egen forforståelse (Levitt et al., 2017), og gjennom triangulering (*investigator triangulation*; Flick, 2004). Selv om FFA har utgjort en mal for arbeidet vårt, har vi vært forsiktige med å ikke innta en for rigid metodisk tilnærming. Å følge metodiske retningslinjer eller en klar oppskrift til punkt og prikke danner ikke grunnlaget for god kvalitativ forskning (Smith, 2004), men gir tvert imot større fare for en mekanisk prosess som kan gi trivielle resultater (Haavind, 2000; Levitt et al, 2017). Vi er enige med Haavind (2000) i at det i all hovedsak er resultatene og deres betydning og kliniske relevans som til syvende og sist avgjør studiens kvalitet. Vi har basert oss løselig på en trinnvis modell som beskrevet i Smith et al. (2009), men har forsøkt å styre vel så mye etter de epistemologiske grunnprinsippene som ligger til grunn for FFA, som beskrevet tidligere. Prosessen har også hatt stor overlapp med tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006), i tillegg til å være inspirert av Haavind (2000), som beskriver en bevegelse fra åpenhet og bredde i de første møtene med materialet, til mer systematisk og fokusert leting etter hvert som forståelsen av materialet tar form.

Vi hadde ikke inngående kjennskap til ADHD før vi begynte på denne oppgaven. Arbeidet har i så måte medført en utvidelse av vårt eget syn på hva ADHD er og kan være. Vi er i stor grad enige med Mollon (2015), som hevder at merkelappen ADHD kan være et brukbart konstrukt for å forstå konstallasjonen av symptomer slik de er beskrevet i diagnosesystemene, men også at ADHD-diagnosen ikke dikterer psykologisk behandling i særlig grad ut over dette. I bakhodet vårt ligger det også en bekymring for at ukritisk bruk av ADHD-diagnosen kan medføre økt sykeliggjøring av det som egentlig er normalatferd og/eller har sitt utspring i strukturelle forhold. Som kommende kliniske psykologer har vi naturlig nok tro på psykoterapi som metode, og tenker at mange vil kunne ha nytte av det, uavhengig av diagnose. I lesing av forskningslitteraturen på behandling av ADHD har vi blitt overrasket over at de emosjonelle og relasjonelle aspektene ved, eller følgene av ADHD, i stor grad ser ut til å neglisjeres. Vi gikk inn i denne studien med stor tro på at psykoterapi, inkludert korttids dynamisk gruppeterapi, vil kunne være til god hjelp for mennesker med ADHD.

Transparens og koherens er sentrale kjennetegn ved en god fortolkende fenomenologisk analyse (Smith et al., 2009). Vi vil derfor i grove trekk gjøre rede for hvordan vi har tilnærmet oss intervjumaterialet.

3.4.1 Steg 1- Første møte med materialet - gjennomlesing og kommentering

Første del av analysen bestod i å lese hvert intervju hver for oss og skrive ned alle assosiasjoner vi fikk i margen. Dette for å ha en så åpen tilnærming som mulig til materialet og sørge for at alle kommentarer, assosiasjoner og inntrykk var knyttet tett opp til teksten (Haavind, 2000; Pietkiewicz & Smith, 2014). Vi leste hvert intervju flere ganger for å legge til rette for ny innsikt og nye kommentarer ved hver gjennomlesing. Kommentarene kunne være i form av stikkord som refererte til innhold i teksten, kommentarer på språkbruk og form, egne assosiasjoner og tolkninger, og tanker rundt temaer eller konsepter som gikk igjen innad i hvert intervju. I første møte med materialet hadde vi ikke spesifisert en problemstilling utover at vi var nysgjerrige på deltakernes opplevelse av gruppeterapien, og om de fortalte om noen endringer som følge av terapien. Det ble imidlertid klart tidlig i analyseprosessen at materialet også inneholdt beskrivelser som sa noe om hvordan det er å leve med ADHD, og dette ble etterhvert en del av våre analyse spørsmål.

Etter å ha lest intervjuene hver for oss flere ganger, møttes vi for å sammenligne kommentarer og diskutere hva slags inntrykk vi hadde fått av hvert intervju. På denne måten sørget vi for forskertrianglering (Flick, 2004). Medveileder leste også flere av intervjuene og bidro med sine kommentarer. Til slutt satt vi igjen med et felles sett notater for hver deltaker. Arbeidet med materialet i første fase gjorde oss nysgjerrige på deltakernes beretninger om å leve med ADHD, i tillegg til opplevelsen av gruppeterapien og eventuelle endringsprosesser. Dette dannet utgangspunkt for utvikling av våre problemstillinger.

3.4.2 Steg 2 - Fra kommentarer til formulering av temaer

Videre gikk vi gjennom alle intervjuene igjen hver for seg og omformulerte kommentarer til temaer der dette var relevant. Å omformulere kommentarer til temaer innebar å fjerne oss fra den originale teksten, forsøke å abstrahere innholdet og fange essensen i mer psykologiske termer (Smith & Osborn, 2015). Eksempler på slike temaer kunne være “støtte fra gruppa”, “egne fordommer”, “lite kontakt med følelser”. Dette gav oss en lang liste med temaer for hver deltaker, organisert kronologisk etter hvor de dukket opp i teksten. I denne analysefasen begynte vi å ane konturene av temaene i resultatdelen knyttet til refleksjonsprosesser og identitet. På denne måten var materialet med på å dreie oss bort fra selve behandlings- og utbytteperspektivet

som var utgangspunktet for den kliniske utprøvingen, og som også utgjorde en del av vår og de opprinnelige forskernes forventning og forforståelse.

Fordi vi hadde et stort datamateriale fra tolv ulike deltakere, valgte vi å organisere materialet i kategoriene “Deltakerarenaer og relasjoner”, “Å leve med ADHD” og “Hva gruppedeltakelsen har betydd som personlig erfaring”. Disse kategoriene fungerte som hjelp til å organisere materialet og ble definert i samspill med vår forskningsinteresse og det som fremkom av første gjennomlesing av materialet. Dette var vide overordnede kategorier som kunne romme mye, men vi var hele veien opptatt av muligheten for at nye tema kunne dukke opp i løpet av prosessen som ikke ble favnet av disse kategoriene. Noen temaer ble plassert i flere kategorier, der vi så at dette var naturlig.

3.4.3 Steg 3 - Formulering av overordnede temaer

Temaene utarbeidet for hvert intervju ble nå utgangspunkt for en mer analytisk og teoretisk orientert prosess hvor vi forsøkte å gruppere dem sammen og identifisere mulige overordnede temaer (Smith et al., 2009). Vi brukte tid på å strukturere og restrukturere det opprinnelige hierarkiet med temaer for å utforske ulike innfallsvinkler til forståelse av materialet. Her jobbet vi tett på teksten, og gikk stadig tilbake til intervjuene for å sjekke at vår gruppering av temaer og identifikasjon av overordnede temaer var i overensstemmelse med den opprinnelige teksten (Smith et al., 2009). I prosessen ble en del av de opprinnelige temaene fjernet, enten fordi de ikke hadde sterkt nok grunnlag i materialet eller fordi beskrivelsene omhandlet ting vi oppfattet som lite relevant for forskningsspørsmålene våre.

3.4.4 Steg 4 - Overordnede temaer på tvers av deltakerne

Etter at hvert intervju var gjennomgått og organisert i overordnede og underordnede temaer, begynte vi sammenligningen på tvers av deltakerne. Vi så etter felles og beslektede temaer gjennom å sette dem opp i en visuell matrise. For noen temaer forsøkte vi også å plassere deltakerne langs akser eller dimensjoner, eksempelvis “Observatør/deltaker”, “Grad av identifikasjon med diagnosen”, “Forhold til terapeutene”. Prosessen resulterte i to overordnede temaer og fem undertemaer. Disse temaene ble valgt ut blant annet med tanke på i hvor stor grad de hadde støtte i og kunne illustreres ved hjelp av originalmaterialet, hvordan de relaterte til og kunne belyse hverandre og i hvor stor grad de kunne belyse enten fellestrekk ved intervjuene

eller unike perspektiver vi anså som interessante. Hvert intervju ble deretter gjennomgått igjen for å forsøke å etablere og plassere subtemaer og tekstutdrag i de overordnede temaene. Analyseprosessen munnet ut i mer spesifiserte forskningsspørsmål som vi mener deltakernes fortellinger besvarer:

- Hva slags erfaringer gjorde deltakerne seg ved å delta i en korttids psykodynamisk gruppeterapi med relasjonelt fokus?
- Hvordan fikk deltakelsen betydning for måten de relaterer til seg selv på?
- Hvordan formidler deltakerne opplevelsen av å leve med ADHD, og betydningen dette har for deres identitet?

4 Resultater

De aller fleste deltakerne forteller at gruppeterapien har vært en betydningsfull opplevelse. Kun én deltaker forteller om lite utbytte av å være med i gruppa. Mange fremhever aksept, støtte, legitimering av vansker og en følelse av å kunne bidra og være til hjelp for de andre deltakerne som ting de satte pris på med gruppa. De fleste deltakerne forteller at de opplevde å få støtte og aksept fra noen som kunne forstå hvordan de har det og at dette var verdifullt. Mange forteller om en følelse av at vanskene deres ble akseptert og validert på en måte som gjorde at de følte på mindre skyld og skam, og noen følte seg mindre alene. Det var også viktig for de aller fleste å kjenne at de kunne komme med verdifulle bidrag til gruppa og hjelpe de andre med sine utfordringer. Å kunne være en ressurs og en hjelper for andre var for noen styrkende for selvfølelsen. Disse beretningene vitner om at mange elementer som regnes som viktige i gruppeterapi, også gjorde seg gjeldende i gruppene vi undersøkte.

Det var imidlertid ikke disse beskrivelsene av spesifikt utbytte og generelle gruppeterapeutiske faktorer som fanget vår oppmerksomhet i intervjuene. Helt fra starten av analysen la vi merke til en gjennomgående ambivalens og utydelighet i deltakernes formidlingsform og i deres forhold til seg selv og andre. Vi oppdaget også at til tross for at mange av deltakerne uttrykker at de er fornøyd med behandlingen, forteller de lite om spesifikke endringer knyttet opp mot relasjonelle vansker. De gir ikke rike beskrivelser av interaksjon mellom deltakerne, men heller et inntrykk av at mange følelser som oppsto i møte med de andre forble skjult og privat. Fortellingene deres i intervjuene gir etter vår oppfatning primært et bilde av hvordan gruppa har hatt betydning for allerede pågående indre refleksjons- og

forhandlingsprosesser knyttet særlig til ADHD-diagnosen og eget selvbilde. Disse innledende observasjonene i de første møtene med intervjumaterialet dannet en viktig del av grunnlaget for analysen, og er representert i temaene som presenteres under.

Konteksten som rammer inn alle temaene er deltakernes indre refleksjonsrom. Deltakernes fortellinger er i stor grad sentrert rundt selvrefleksive prosesser som har vært til stede før, under og i etterkant av terapien. Disse ser ut til å foregå uavhengig av om deltakerne oppgir å ha vært aktive i gruppa eller mer observerende. Hovedtemaene kan forstås som svar på våre spørsmål om hvordan deltakerne opplever å leve med ADHD og hvordan de har erfart og blitt påvirket av gruppeterapien. Resultatene vises under:

Tabell 1

Hovedtemaer og undertemaer fra analysen.

Identitetssøken		Utvidet indre refleksjonsrom		
Ambivalens og utydelighet	ADHD som prosess og forhandling	Veiledning og erfaringsutveksling	Sammenligning	Tydeligere for meg selv

Hovedtemaet “Identitetssøken” er materialets svar på spørsmålet om hvordan deltakerne opplever å leve med ADHD. Her forteller deltakerne i undertemaet “Ambivalens og utydelighet” om vansker med å få kontakt med egne ønsker og behov, og frustrasjon rundt opplevd utydelighet i visse sosiale situasjoner. I undertemaet “ADHD som prosess og forhandling” får vi innblikk i hvordan deltakerne forhandler med seg selv rundt hvilken betydning ADHD skal ha for selvbilde og identitet.

Hovedtemaet “Utvidet indre refleksjonsrom” svarer på spørsmålene om deltakernes opplevelse av gruppeterapien og eventuelt hvilke endringer de har opplevd. I undertemaet “Veiledning og erfaringsutveksling” ser vi hvordan deltakerne forteller om gruppa som en arena hvor de aktivt søker erfaringsutveksling og veiledning i forbindelse med utfordringer de står i. I undertemaet “Sammenligning” benytter de denne informasjonen i en indre sammenligningsprosess hvor de reflekterer rundt hvor like eller forskjellige de er fra de andre i gruppa. Til slutt får vi innblikk i hva deltakerne sier om endringer etter gruppeterapien. De

forteller få historier om eksplisitte endringer knyttet til relasjonelle vansker. Det vi ser i undertemaet “Tydeligere for meg selv” er imidlertid refleksjoner i etterkant av terapien rundt selvforståelse og identitet, og hvordan gruppa på ulike måter har gjort deltakerne litt tydeligere for seg selv og andre. Samlet sett maler deltakerne et bilde av et indre refleksjonsrom knyttet til identitet, selv og ADHD som var til stede før terapien, men som var preget av ambivalens og usikkerhet. Gjennom erfaringsutveksling, veiledning og sammenligning i gruppa har dette rommet blitt utvidet. På denne måten har gruppa hjulpet deltakerne til mer nyansert selvrefleksjon, økt innsikt og en opplevelse av større tydelighet rundt spørsmålet “hvem er jeg”.

4.1 Identitetssøken

Noe av det første som slo oss ved materialet var deltakernes språklige ambivalens og kontinuerlige forhandling med seg selv, spesielt rundt diagnosen og dens betydning, men også en rekke andre temaer knyttet til identitet og selvbylde. Vi begynte å se spørsmålet “hvem er jeg” bak mye av denne ambivalensen og forhandlingen, og satt igjen med et inntrykk av at mange av deltakerne kunne oppleve seg selv, sine ønsker og behov som utydelige og skiftende. Vi så etter hvert et mønster hvor deltakerne kontinuerlig forhandlet med seg selv og andre rundt hva ADHD er og hvilken betydning det skulle ha for identitet og selvbylde. Å forstå og integrere diagnosen i selvforståelsen fremstod som en prosess som har vært til stede for deltakerne før, under og etter deltakelsen i gruppa.

4.1.1 Ambivalens og utydelighet

Ambivalens og usikkerhet rundt egne behov, følelser og ønsker går igjen hos mange av deltakerne. Flere gir uttrykk for frustrasjon rundt følelsen av å ikke helt vite hva de vil eller hva de trenger fra seg selv eller andre. Det oppstår også en del usikkerhet i sosiale situasjoner hvor flere av deltakerne forteller om forvirring og usikkerhet rundt situasjoner som ikke har gått som de har tenkt, men hvor de opplever vanskeligheter med å identifisere hva som gikk galt og hvor de skal plassere ansvaret; på seg selv eller andre. Noen synes også det er vanskelig å skille mellom hva de selv vil og hva andre vil, hvor resultatet blir vansker med å sette grenser. Ambivalensen gjør seg ikke bare gjeldende i relasjon til behov, følelser og ønsker. Vi ser også en generell ambivalens og utydelighet som gjennomsyrrer språket til mange av deltakerne. Mange

strever med å lande på tydelige svar om hva de mener om ulike spørsmål, og det kan til tider være vanskelig å følge deltakernes tankerekker.

En språklig ambivalens og utydelighet i beskrivelser av situasjoner og opplevelser knyttet til gruppa er gjennomgående for de fleste deltakerne. Det kan være vanskelig for leseren å danne seg et tydelig bilde av hva deltakeren sitter igjen med eller mener om et tema eller en situasjon:

Så jeg følte ikke at det var noe problem, så igjen det var jo det problemet hvor vi hadde en konflikt mellom to av medlemmene den gangen, det på en måte følte jeg, det var nødvendig for gruppen, men samtidig satte det en liten demper på det, litt sånn, som gjorde ting litt vanskeligere på en måte, men samtidig mye bedre og... (Ellinor)

Her forteller Ellinor om en konfliktsituasjon som oppstod i gruppa, men det kommer ikke tydelig frem hva hun mener det betød for gruppa. Denne vekslingen frem og tilbake mellom ulike standpunkt uten å “lande” er karakteristisk for flere av deltakernes fortellinger, og kommer til uttrykk innenfor flere tema:

Jeg kjente liksom at jeg visste ikke alltid hva jeg skulle spørre om eller hva som var viktig for de rundt kanskje. Ikke at man alltid må ha det, for jeg er ikke noe fan av det heller, for jeg liker at det er tilfeldig og jeg er veldig fan av det, for hvis det bare hadde vært en agenda så tror jeg ikke vi hadde lært like mye (Beate)

Her ser vi Beates ambivalens til grad av styring i gruppa. Hun gir først uttrykk for at hun kunne ønsket seg mer struktur og styring fra terapeutene før hun argumenterer for det motsatte. Det virker alt i alt som om opplevelsen av gruppa og gruppeprosessene fremstår noe utydelig for mange av deltakerne. De kommer sjelden med utsagn om gruppeopplevelsen som har en helt klar positiv eller negativ valør. Deltakerne forteller sjelden detaljert om spesifikke episoder, men snakker ofte mer generelt, og det kan være vanskelig for leseren å danne seg et tydelig bilde av hva som egentlig har foregått i gruppa.

I tillegg til klarhet rundt prosesser i gruppa, ser vi at mange deltakere forteller om ambivalens og utydelighet knyttet til selvoppfatning, egne følelser, tanker, behov og ansvar.

Diana synes det kan være vanskelig å ta valg fordi hun vet ikke helt hva hun vil og hva som er viktig for henne. Hun forteller om usikkerhet rundt hva hun skal gjøre på julaften; “(...) for jeg har prøvd å ta tak i det og si, heller ikke prøvd, jeg har tatt tak i det. Har vel heller ikke tatt styring heller, for jeg har vært usikker på selv hva jeg synes, hva er viktig for meg” (Diana). Josefine har hatt som målsetning i gruppa å bli tydeligere overfor andre på hva hun trenger. Gjennom arbeidet i gruppa har hun imidlertid blitt klar over at hun ofte ikke selv vet hva hun trenger og vil, og at det da blir vanskelig å være tydelig overfor andre; “Jeg tror fortsatt det er liksom et mål å bli tydelig på hva jeg trenger, men også kanskje ovenfor meg selv ikke sant. At det kanskje er vanskelig å vite selv hva jeg trenger og hva jeg vil” (Josefine). Hun synes det er ekstra vanskelig å få kontakt med seg selv og det som foregår på innsiden når det skjer mye rundt henne, slik som når det var høyt tempo i gruppa; “(...) det at det gikk litt fort, var utfordrende å henge med på og da også få tak i hva er det som egentlig foregår inni meg når det er hit og dit og plutselig snakker vi om noe annet også liksom ja...å få kontakt med meg i det da” (Josefine).

Beate forteller også om en opplevelse av manglende kontakt med seg selv og hva hun vil. I noen situasjoner, som i gruppa, fører det til utfordringer med å sette grenser og skille mellom hva hun vil og hva andre vil og forventer av henne. Hun synes det var vanskelig å sette grenser for når det var riktig for henne å dele følelser med resten av gruppa; “Ehm jeg, står mellom å kjenne på at jeg har lyst til å dele fordi det er derfor jeg er her, og gruppa vil det og det er bra for gruppa. Også vet jeg ikke hva slags kontakt jeg har med meg selv. Hva jeg vil” (Beate). Sitatene fra Diana, Josefine og Beate viser noe som går igjen hos mange av deltakerne; de kan synes det er vanskelig å få tydelig kontakt med hva de vil og hvor grensene deres går.

Usikkerhet og ambivalens rundt plassering av ansvar i interpersonlige situasjoner er andre elementer som går igjen hos mange av deltakerne:

Også har jeg kanskje tenkt veldig at sånn, men det er jo ditt ansvar eller mitt ansvar og man kan ikke bli sint på andre for at de ikke forstår noe som du ikke gir uttrykk for, men man må ikke liksom bli sint på seg selv heller, man trenger egentlig ikke å bli sint på noen kanskje, eller hvis man skal bli det så må det jo være fordi, eller jeg vet ikke ...
(Josefine)

Mange blir usikre på hvem det er sin skyld at konflikter eller misforståelser med andre oppstår. For noen gjør dette slike situasjoner forvirrende og utydelige og det blir vanskelig å ta avgjørelser om hvordan man skal håndtere situasjonen. Diana forteller om flere vanskelige situasjoner på jobb og i møte med kjæresten hvor hun blir usikker på hvorfor det har oppstått konflikt; “Jeg kan bli mye frustrert av andre også skjønner jeg ikke hvordan jeg kan rydde opp i det, skal vi snakke sammen da, skal vi ta tak i det med venner og familie eller ... Skal man endre handlingsmønster selv?” (Diana)

Fredrik forteller om hvordan uklarhet i sosiale situasjoner gir ham en følelse av overveldelse. Han savner gruppa og hjelpen han føler han fikk der til å tydeliggjøre slike situasjoner. Han spør ofte samboeren om råd, men ønsker ikke å lene seg for mye på henne; “(...) jeg er jo helt utslitt nesten hele tiden, fordi det er så mange nye...det er så mange nye arenaer hele tiden. Det er nye problemer, som jeg gjerne skulle hatt hjelp til å se klarere. På min måte...” (Fredrik)

Ambivalensen og utydeligheten vi oppfatter i deltakernes fortellinger sier etter vårt syn noe vesentlig om hvordan det er for dem å leve med ADHD. Dette var blant de første aspektene vi la merke til ved materialet og det har vært gjennomgående i deltakernes fortellinger om seg selv og andre, og opplevelser i og utenfor gruppa.

4.1.2 ADHD som prosess og forhandling

Vi fikk tidlig inntrykk av at de fleste deltakerne ser på ADHD som en prosess, hvor de må forhandle med selv, andre og samfunnets stereotypier om hva ADHD egentlig er og hvilken betydning det skal ha for identitet, selvbilde og relasjoner til andre. Deltakerne forhandler på ulike måter og har ulike syn både før og etter terapien på diagnosens betydning. Felles for de fleste er at de ikke nødvendigvis lander på et svar om hva ADHD er for dem, men heller at forhandlingsprosessen vedvarer, og hvor deltakelsen i gruppa og det å møte andre med ADHD påvirker prosessen. Andres erfaringer og opplevelser gir mulighet for et utvidet refleksjonsrom hvor deltakerne kan forhandle innenfor trygge rammer og hvor selve forhandlingen blir ansett som verdifull. Denne prosessen virker å ha vært til stede både før og under gruppeterapien, og fortsetter for de fleste etter at terapien er over.

Alfred setter ord på noe flere av deltakerne forhandler om, nemlig hvilken rolle ADHD egentlig spilte i gruppeterapien. Noen få snakker om ADHD som et fellestrekk som bandt gruppa

sammen, mens én deltaker gir uttrykk for at ADHD ikke var relevant i det hele tatt. De fleste forhandler derimot frem og tilbake rundt betydningen av ADHD-diagnosen for gruppeterapien, og i forlengelse, for seg selv. Alfred anerkjenner betydningen av ADHD, men er samtidig opptatt av at problemene som ble tatt opp i gruppa ikke skiller seg så mye fra det han tenker befolkningen forøvrig sliter med; "Kanskje ADHD var grunnen til at vi på en måte satt der og hadde de problemene vi har, men at...de tingene vi følte på og slet med, det var jo såpass mye spenn som jeg tenker det er i resten av befolkningen"(Alfred). Gunn forteller at hun ikke var så opptatt av ADHD i gruppa. Hun lurte på om hun kunne hatt like godt utbytte av en gruppeterapi som ikke tar utgangspunkt i ADHD-diagnosen. For henne var andre utfordringer i livet viktigere, og hun brukte gruppa som en arena for å snakke om dette; "ADHD'en påvirker jo, men jeg vet ikke, det bare(...) det står jo i gruppa, det er det gruppa heter, og det er jo det som er noe av problemet, men vi har jo fortsatt vanlige problemer som andre har" (Gunn). Ina er også usikker på betydningen av ADHD for gruppeterapien og sier at hun opplevde det mer som en relasjonsgruppe. Hun kunne oppleve det som nærmest tilfeldig at alle som satt i gruppa hadde ADHD; "Altså vi snakket jo om ADHD også, men så det var jo ikke det, men det føltes som noe som bare lå i bunn" (Ina). I sum ser det ut til at de fleste har en oppfatning av ADHD som et perifert fellestrekk med varierende grad av relevans for gruppeterapien.

Hva som er ADHD og hva som er personlighet eller mer allmennmenneskelige utfordringer som de fleste mennesker strever med er et tema som går igjen hos mange. Noen deltakere legger mer vekt på universelle, menneskelige utfordringer og ønsker å minimere betydningen av ADHD. Diana kan kjenne på frustrasjon over at alt skal forstås som ADHD-symptomer. I forbindelse med kurs for par hvor en eller begge har ADHD, understreker Diana det universelle; "(...) men det kurset handlet så mye om at det var ADHD greiene som var problemet i de her forholdene...nei, alle forhold er forhold som har problemer" (Diana). Diana representerer et ytterpunkt blant deltakerne når det gjelder betydning av ADHD for identitet og relasjoner, og ser ut til å uttrykke et behov for å forhandle seg bort fra disse aspektene ved lidelsen. Hun er opptatt av at gruppa ikke hadde trengt å være en "ADHD"-gruppe og fremhever ofte problemene sine som allmenne. Fredrik ønsker på den andre siden å forstå mer av sine utfordringer i lys av ADHD. Han har tidligere tenkt at ADHD diagnosen ikke er relatert til andre vansker han har, som for eksempel angst og depresjon. Han kan huske irritasjon overfor en

tidligere terapeut som forsøkte å forstå vanskene hans i lys av ADHD. Men dette har endret seg etter gruppeterapien:

Det virker tydelig for meg nå at det er mye mer rikt å forholde seg alt som en del av ADHD da. Også er det litt enklere for meg også, sånn samvittighetsmessig, for da kan jeg si at eh, jeg er ikke bare en fyr med all verdens problemer som ikke får til noen ting, jeg kan si at jeg har ADHD og derfor så har jeg utfordringer med dette, dette og dette (Fredrik)

Sitatene fra Fredrik og Diana viser spennet i deltakerne med tanke på aksept av diagnosen og i hvilke grad de ønsker å bruke den som forståelsesramme for identitet, utfordringer og relasjoner. Flere gir som Fredrik uttrykk for at det ville lette dårlig samvittighet og kunne gi mindre skam hvis de kunne tillate seg selv å se utfordringene sine i lys av ADHD diagnosen. Andre synes imidlertid det er vanskelig å innta et slikt perspektiv av ulike grunner. Noen er redde for at det skal representere en ansvarsfraskrivelse i eget liv og at diagnosen skal få for stor plass og definere hvem de er som mennesker. Charlotte er en av de som knytter sine fortellinger om diagnosen opp mot ansvar, skam og identitet. Hun strever med tanken på at hvis hun tilskriver alle sine utfordringer ADHD-diagnosen, fraskriver hun seg samtidig eget ansvar. I tillegg er hun bekymret for at det ville bli en for sterk identitetsmarkør hvis hun skulle forklare alt med ADHD-diagnosen; “(...) men jeg prøver ofte å tenke at liksom ikke skylde alt på det, at det på en måte, at det nesten definerer meg som person” (Charlotte). Hun legger også vekt på at mange av aspektene ved diagnosen representerer fenomener som gjelder for de fleste, og synes det er vanskelig å rettferdiggjøre hvorfor hun skal kunne ta medisiner for noe mange sliter med; “Jeg har jo følt litt skam på det å ta medisiner også, det føles jo teknisk at jeg jukser litt fordi alle har jo problemer med å konsentrere seg eller alle synes jo det kan være vanskelig, alle blir trøtte av å lese” (Charlotte).

Slik vi forstår det oppfatter flere forhandling rundt diagnosen som en byttehandel, der å tillate seg selv å se utfordringer i lys av ADHD også fører dem lengre vekk fra en følelse av normalitet og et ønske om å være som alle andre. Noen ønsker imidlertid diagnosens betydning velkommen, men sliter likevel med å “lande” i den. Ina har ikke alle de “typiske” ADHD symptomene og kan bli usikker og selvkritisk rundt hvordan hun skal forholde seg til diagnosen.

Hun tenker hun har en mildere versjon enn de andre og dette gjorde at hun følte seg litt utenfor og annerledes. Samtidig opplevde hun å kjenne seg igjen i mange av utfordringene de andre tok opp i gruppa. Hun beskriver ADHD som en felles “grunn-ting”, men at det varierte hvorvidt hun kjente seg igjen i den og kunne føle seg trygg på den. Hun ønsker veldig å “lande” i diagnosen fordi det gir et annet forhold til de utfordringene hun opplever; “Jeg synes det var (...) lettere å vise forståelse for meg selv hvis jeg kunne se det med de brillene, også føler jeg meg ikke helt trygg på at jeg kan se det med de brillene” (Ina).

Ina forteller om ADHD som noe utydelig med mange nyanser hvor ingenting er gitt og det er vanskelig å skille diagnosens påvirkning fra oppvekstmiljøet. Hun blir usikker på hva som er hva; “(...) men at den ikke er så tydelig da. At det, det er ikke liksom veldig svart/hvitt garantert et eller annet og mange ting som spiller inn og så må man vurdere det eller det” (Ina). Charlotte opplevde også at hun hadde en mildere versjon av ADD enn de andre deltakerne og at dette gjorde henne mer tilbakeholden i gruppa; ”Ja, jeg har jo kanskje også kjent litt på at jeg ikke har hatt nok ADD til å ta det opp”(Charlotte).

Charlotte viser at ADHD ikke automatisk gir tilhørighet til gruppa, men antyder samtidig at diagnosen er svært viktig for fellesskapet; hun må bare ha den “nok” for å passe inn. I dette eksemplifiserer hun også hvordan ambivalens og usikkerhet knyttet til aspekter ved selvet og identitet kan gjøre det vanskeligere å relatere seg til andre. Et implisitt spørsmål om man har “nok” ADHD er det flere deltakere som stiller seg selv, både i forkant, under og etter gruppeterapien.

Samlet sett kan vi si at deltakerne tilsynelatende ser på det å få ADHD som en prosess med kontinuerlig forhandling og reforhandling med sikte på å finne ut av hva ADHD skal bety for dem; “(...) det å understreke hva det egentlig er for noe, det er også, det er en lang prosess” (Beate). Ingen av deltakerne sier klart og tydelig at de er ferdige med denne prosessen, og de fleste intervjuene bærer preg av tilbakevendende forhandling rundt ADHD og identitet.

4.2 Utvidet indre refleksjonsrom

Utvidet indre refleksjonsrom favner hva deltakerne forteller om sin opplevelse av gruppeterapien, hva de har brukt gruppa til og hvilke endringer de knytter opp mot behandlingen. Deltakerne forteller lite om spesifikke endringer knyttet til relasjonelle vansker, men vi sitter igjen med et inntrykk av at de opplever å ha fått et større indre rom for refleksjon rundt identitet,

diagnose og relasjoner, og en større tydelighet rundt spørsmålet “hvem er jeg?” etter deltakelsen i gruppa. Undertemaene som følger er et forsøk på å beskrive hvilke prosesser deltakerne fremhever som relevante for denne endringen.

4.2.1 Gruppa som arena for erfaringsutveksling og veiledning

Gjennom analysen ble det tydelig for oss at deltakerne maler et bilde av gruppa som en arena for erfaringsutveksling og læring. Fortellingene deres inneholder få beskrivelser av viktige spesifikke hendelser eller interaksjoner mellom deltakerne i gruppa. Flere nevner frustrasjon og irritasjon de kunne kjenne på overfor de andre i gruppa, men vi får sjelden innblikk i hvordan dette eventuelt spilte seg ut der og da, og hva slags innvirkning det hadde på deltakerne. Det er med andre ord ikke arbeid med uhensiktsmessige interpersonlige relasjonsmønstre “her og nå” (Lorentzen, 2018) deltakerne er mest opptatt av når de forteller om opplevelsen av gruppeterapien. Derimot finner vi at de fleste vektlegger erfaringsutveksling, hvor de forteller om å lære av hverandre gjennom å høre hvordan andre løser sine problemer, men også ber om og får direkte veiledning fra de andre på hvordan de kan løse utfordringer de står i ute i verden. De bruker andres erfaringer og råd og integrerer det i en forståelse av seg selv, andre og diagnosen.

...også har jo liksom folk ulike mestringsstrategier på det, som er nyttig, det å snakke med en person, liksom, en helt normal person som er litt lik deg selv, som har fiksa et problem som du har, er på mange måter mer lærerikt enn å liksom lese en eller annen sånn lur... triks på hvordan du skal gjøre det, en eller annen modell...(Fredrik)

Fredrik er en av de som drar frem læringsaspektet ved gruppa som noe av det han satte mest pris på. Han trekker frem at han har fått god hjelp til å løse små og store utfordringer gjennom å lære hvordan andre i gruppa hadde løst lignende problemer. Han beskriver de andre som “litt lik” seg selv og “helt normale” og viser på den måten hvordan han sammenligner seg med de andre, og at både normalitet og en viss grad av identifikasjon er viktig for at de andre deltakernes erfaringer skal føles relevante. Fredrik forteller også om sine utfordringer med relasjoner og sosiale koder og hvordan han fikk veiledning fra de andre i gruppa; “(...) fordi det skjer så fryktelig mye og da skjønner man liksom ikke helt hva man har gjort feil da, så det er veldig fint å kunne fortelle det. Få litt sånn veiledning da av andre som synes det er vanskelig” (Fredrik). Sitatene fra Fredrik

eksemplifiserer godt måten mange deltakere snakker om sine erfaringer i gruppa på. De deler utfordringer fra eget liv og får innspill fra de andre, men det er få beretninger om at utfordringene spilte seg ut dynamisk i gruppa. Fredrik er her ikke så opptatt av gruppa som en øvingsarena for å forstå sosiale koder, men mer som et panel av rådgivere hvor han kan legge frem utfordringer han har hatt med sosiale koder og få hjelp til å forstå og løse slike problemer.

For de fleste som fremhevet læring og veiledning som noe positivt i gruppa, var en følelse av å slite med like eller lignende problemer sentralt. Ett unntak var Charlotte, som forteller om hvordan hun opplevde erfaringsutvekslingen som lite relevant for henne; “Det å veksle erfaringer individuelt, og kanskje noe gjelder for en person da som feks fort kan bli veldig sinte eller kjenne på mye følelser, mens jeg kjenner meg ikke igjen i det. Og da har det ikke så mye verdi for meg” (Charlotte).

Det som definerer deltakernes fortellinger rundt dette temaet er hvordan de aktivt søker etter de andre gruppemedlemmenes erfaringer og veiledning, og slik preger formatet for gruppeterapien på en måte som gjør det relevant og meningsfylt for dem. De bruker hverandres erfaringer og råd som et ledd i en selvrefleksiv prosess rundt hvordan de skal være og handle ute i verden.

4.2.2 Sammenligning

I tillegg til å søke andres erfaringer og veiledning direkte, ser vi også at deltakerne bruker gruppa som en arena for sammenligning. Deltakerne forteller i intervjuene om en indre sammenligningsprosess som foregikk underveis og i etterkant av gruppeterapien. De bruker sammenligningen til å forhandle med seg selv rundt likhet, forskjell og identifikasjon med de andre i gruppa, og i forlengelse av dette også identifikasjon med diagnosen, og hvor de plasserer seg på ulike dimensjoner knyttet til den. For noen utgjør likhet og identifikasjon med de andre i gruppa en lettelse, og hjelper dem med å håndtere vedvarende følelser av ensomhet og annerledeshet. Andre er ambivalente og virker i varierende grad å holde igjen og ikke ønske å identifisere seg med de andre. Enkelte lengter etter likhet og identifikasjon, men kan føle at de ikke har “nok” ADHD sammenlignet med de andre for å kunne være en fullverdig del av fellesskapet. Flere trekker også frem kontraster i møte med de andre som en kilde til takknemlighet eller mestring når de opplever å få til noe selv som de andre strever med. De fleste hadde fordommer knyttet til ADHD-diagnosen før deltakelsen i gruppa.

Liam oppsummerer det slik på spørsmål om hvordan han ville beskrevet gruppeterapien til noen andre med ADHD som vurderte å delta:

...jeg vil si at det er fint å komme hit også få utforske litt egentlig litt hva det er å ja, hvordan ADHD er for deg, og det kan bli tydeligere kontrast til andre eller at du er lik som andre kan jo også, ikke sant så man kan snakke om det, og samtidig kan forstå litt om, eller hva det kanskje har gjort med deg frem til nå så du ikke er helt, ja at det er, kan løse opp i ting som har vært vanskelig fra du var liten og fortsatt er det. Ihvertfall at du forstår da, og da kan du også gjøre noe med det (Liam).

Liam sier temmelig eksplisitt her at det nettopp er sammenligningen, og eventuell kontrast og likhet opp mot de andre deltakerne, som legger til rette for økt refleksjon, samtale og selvforståelse. Fredrik beskriver hvordan det var å sitte i gruppa og føle at han kjente seg igjen i mye av det de andre fortalte; "(...) liksom sitte i gruppa med, hvor mange var vi? Av de 8, var mine sære greier, som jeg trodde var unike, ihvertfall veldig uvanlig, delt med flertallet i gruppa, og den ene tingen etter den andre" (Fredrik). Fredrik opplevde gjennom å høre de andres erfaringer og utfordringer og sammenligne med sine egne, at problemene hans ikke var så unike som han hadde trodd. Dette hjalp ham med å føle seg mindre alene og utfordret vonde følelser av annerledeshet. Han fremhever samtidig kontrastene til de andre som viktig. Gjennom å se hvilke "feller" andre har gått i og at andre sliter med ting han ikke har problemer med fikk han kjenne på en følelse av mestring og økt selvtillit; "Det er jo liksom for det første veldig fint å kjenne at, altså selv om jeg er opphengt i mine egne problemer, så er det faktisk en god del problemer eller ting som jeg får til" (Fredrik).

Som Fredrik, opplever Josefine også kontraster til de andre deltakerne som en kilde til takknemlighet og mestringsfølelse; "(...) hender at jeg tenker liksom sånn, oi shit, fordi jeg føler meg veldig takknemlig over at jeg har mange gode og nære relasjoner og at jeg liksom har sett... jeg får veldig vondt av de i gruppa som ikke har"(Josefine). Hun sammenligner i tillegg sin opplevelse av betydningen av ADHD med de andre deltakernes oppfatning; "(...) hvordan en gruppe med folk som har ADHD kan liksom ha så ulike syn og opplevelser og tanker og reaksjoner på ting som jeg liksom har tenkt litt sånn "nei, men det er ADHD" eller "det er ikke ADHD`en" (Josefine). Hun har før gruppa vært mer kategorisk på at ADHD først og fremst er

noe kognitivt og mekanisk, og hatt tydelige oppfatninger av hvilke utfordringer som for henne er knyttet til ADHD, og hvilke som ikke er det. Hun opplever at å kunne sammenligne seg med andre i gruppa, og å kjenne på både likhet og ulikhet i utfordringer og vansker, har bidratt til å gi henne en mer nyansert forståelse av hva ADHD kan være og hva det kan bety for hennes oppfatning av seg selv; “Det å se, snakke med folk med ulike vansker også er det noen man kjenner seg igjen i og noe man ikke kjenner igjen så tror jeg det åpner litt opp for at jeg, jeg forstod kanskje litt mer kompleksiteten” (Josefine).

Samtlige deltakere forteller om fordommer de selv hadde overfor mennesker med ADHD og som ble avkrefte gjennom deltakelse i gruppa. Gjennom fortellinger om egne fordommer, fremstår det som om de fleste deltakerne har tenkt at de er ganske forskjellige fra andre med ADHD. Den dominerende kulturelle stereotypien blir på sett og vis et bilde av ADHD de kan heve seg over og distansere seg fra. Ved å påpeke at gruppa ikke består av typiske ADHD-pasienter, og at de selv føler tilhørighet der, sier de samtidig noe positivt om seg selv. Diana forteller om sin overraskelse i møte med de andre deltakerne i gruppa:

Det var lite sånne der med crazy ADHD tendenser, det var godt (...) Også overrasket det meg, det sa jeg da, at ikke, at jeg hadde forventet at, åh, ADHD folk, og at det skulle bli at alle skulle være veldig på og aggressive og lite selvreflekterte og sånn... Jeg ble overrasket over at, oja så lune typer liksom, ehm, mange lune typer som har selvkontroll og som har, og at alle var aktive liksom. Men det likte jeg veldig, at det trenger jo jeg, at det er folk jeg kan identifisere meg med. (Diana)

Ellinor hadde en lignende opplevelse. Hun hadde sett for seg at det skulle være folk med enda større problemer i gruppa; “(...) at de liksom virkelig, virkelig. Enten som var helt ute og kjørte eller som ikke hadde klart seg, så jeg for meg” (Ellinor). Fredrik er usikker på om gruppa kunne fungert hvis mange hadde hatt stereotypiske ADHD trekk. Han erkjenner at han også kan ha noen av disse trekkene, men betraktelig mindre ekstremt enn andre. Han skaper altså en avstand mellom seg selv og egne fordommer; “Det finnes jo folk med ADHD som ikke evner å lytte i det hele tatt. Og det ville ikke funka tenker jeg (...) Jeg har også det problemet, men folk som kanskje har det i betydelig større grad enn meg” (Fredrik).

Gjennom å sammenligne seg med de andre blir deltakerne klar over sine egne fordommer rundt ADHD. Mange har ikke kjent seg igjen i stereotypiene tilknyttet diagnosen, og blir lettet over å treffe andre med ADHD som de opplever er mer like seg selv. De fleste tar avstand fra det de tenker på som stereotypiske ADHD trekk, slik som impulsivitet og kaotisk oppførsel. Noen i så stor grad at det virker hemmende på frihet og utfoldelse. Gunn og Karianne forteller begge om hvordan frykten for å leve opp til fordommene rundt ADHD gjør at de har utviklet en hyperbevissthet rundt, og kontroll over, egne impulser som kan oppleves hemmende både i arbeidet med gruppa og i livet generelt:

Jeg var så veldig klar over hele ADHD-greia, altså ikke avbryte, ikke prøve å fikse, ikke prøve å liksom... Som jeg på en måte prøver å være bevisst, men i den situasjonen var jeg veldig bevisst, og det kan påvirke på liksom godt og vondt. (Gunn)

Karianne beskriver det som en automatisert kontroll som hun ikke legger merke til eller klarer å ta bort. Både hun og Gunn har vansker med å ta fullstendig avstand fra den karikerte og stereotype ADHD-pasienten, men ender i stedet opp i en forhandlingsposisjon mellom egen frihet og egne behov, og frykten for å bli satt i bås.

Forhandlingen mellom likhet og forskjell skaper også grobunn for ambivalens hos enkelte av deltakerne. Alfred synes det er vanskelig å sette ord på hva som gjorde at han identifiserte seg med gruppa:

...nye jeg klarte å identifisere meg med, dette var mennesker som var veldig forskjellig fra meg, veldig mange av de, ehm, samtidig klarte jeg å identifisere meg veldig med det og da sånn, identitet i, ikke sånn synes synd på, men bare sånn, ja dette her, det er noe spennende i det vi har sammen... (Alfred)

Han føler seg både lik og forskjellig fra de andre, men sier lite om hva det er han identifiserer seg med og som gruppa "har sammen". Vi som forskere sitter med en opplevelse av at ADHD-diagnosen er en helt sentral del av det de har sammen, og ligger under som et bærende element for fellesskap og identifikasjon i gruppa. Det er imidlertid få som eksplisitt knytter ADHD opp mot en følelse av å ha noe felles med gruppa. Diana fortalte at andre ting enn ADHD gav

felleskapsfølelse og identifikasjon; “Ja, men ikke sant, man identifiserer seg jo ulikt med folkene, så for meg var det veldig godt for eksempel, vi var jo mange damer, det synes jeg var fint” (Diana).

Det kan virke som det er mange elementer ved å møte andre med ADHD som har hatt betydning for deltakerne og deres indre refleksjonsrom. I det foregående har vi sett hvordan ulike aspekter ved sammenligning har påvirket deltakernes forhold til diagnosen og seg selv. Det kan virke som om det har vært en lettelse for mange å ha et åpent rom hvor de kunne kjenne seg både lik og forskjellig fra andre med ADHD. De kan velge i hvilken grad de vil knytte diagnosen opp mot sin identitet og på hvilke måter de vil bruke den som forklaringsmodell. Å få rom i gruppa for å sammenligne og forhandle rundt disse aspektene virker sentralt i utvidelsen av deltakernes indre refleksjonsrom og opplevelsen av å bli litt tydeligere for seg selv.

4.2.3 Tydeligere for meg selv

Deltakerne forteller i liten grad om spesifikke før/etter virkninger gruppa har hatt på relasjoner til andre, selvbilde, eller arenaer som jobb, skole og familieliv. Forhandlingsprosesser rundt diagnosen pågår fortsatt for de fleste. Det som fremstår, direkte eller indirekte, som endring hos mange, er en tydeliggjøring av hvem de er i møte med de andre i gruppa. Dette kommer til uttrykk eksempelvis som bedre kontakt med følelser, tydeliggjøring av behov og ønsker, økt forståelse av egen atferd eller tankemønstre, bedre evne til grensesetting og en tydeliggjøring av hvem man vil være i relasjon til andre. Rett og slett en større tydelighet rundt spørsmålet “Hvem er jeg?” Denne endringsprosessen må sees i lys av tidligere beskrivelser fra mange av deltakerne om utydelighet og ambivalens overfor seg selv, diagnosen og relasjoner med andre mennesker. Slik vi forstår deltakernes fortellinger, er tydeliggjøringen et resultat av hvordan de bruker veiledning, sammenligning og forhandling i indre refleksjonsprosesser under og i etterkant av gruppeterapien.

Tydeliggjøring av egne behov og ønsker er noe flere deltakere trekker frem som en verdifull endring. Josefine forteller om hvordan omsorgen fra de andre i gruppa gjorde henne oppmerksom på eget omsorgsbehov og gjorde henne mer bevisst på viktigheten av selvomsorg:

(...) folk kom inn og på en måte uttrykte empati eller omsorg for noe jeg selv kanskje ikke helt skjønnte hva jeg trengte, også var det det jeg trengte liksom (...) Å få litt den

omsorgen i gruppa inspirerte nok meg til å holde litt på den omsorgen for meg selv (Josefine).

Flere deltakere beskriver også bedre kontakt med følelsene sine som et resultat av gruppeterapien. Alfred forteller om å finne tilbake til følelser han tidligere har hatt bedre tilgang på. Han beskriver møtet med gruppa som en måte å få kontakt med sitt gamle jeg, sånn han var som barn og ungdom; “(...) jeg kom i kontakt med, komme litt mer i kontakt med de vanskelige litt sånn såre tingene. Jeg tror kanskje liksom, jeg har liksom ikke vært lei meg på kjempelenge før den gruppa” (Alfred). Selv om det er snakk om kontakt med vanskelige følelser, gir Alfred uttrykk for at han har satt pris på det fordi det gir en sterkere følelse av hvem han er og hva som er viktig for ham. Beate har også kommet mer i kontakt med følelsene sine. Hun forteller at hun føler mer på ting etter at hun begynte å snakke så åpent om følelser og hvordan hun har det. Men dette har ført til en ny utfordring hvor hun føler seg utflytende følelsesmessig og blir lett overveldet; “Det var nesten som dette, liksom, jeg vet ikke hvor jeg skal sette grensene hen på en måte” (Beate). Den nye kontakten med følelser tydeliggjør en annen utfordring for Beate, nemlig hvor grensene går mellom henne og andre. Hun opplever å måtte ta stilling til hva hun trenger og hvilke deler av seg selv hun ønsker å dele med hvem:

...Jeg har på en måte blitt konfrontert på nytt med hva er det jeg ønsker å dele eller hva er det jeg ønsker å ta med inn i en relasjon med følelser og ikke måtte(.....)det å liksom dele på egne premisser. Ha litt eierskap over hva jeg selv trenger og hva man har lyst til å ha med seg inn i en relasjon.

For Beate og flere av deltakerne har økt tydelighet gjennom eksempelvis bedre kontakt med følelser, også betydd at de kan være tydeligere overfor andre. Ellinor forteller om betydningen av å dele sine erfaringer åpent i gruppa og tørre å ta imot tilbakemeldinger fra de andre. Dette har gjort henne mer komfortabel med å konfrontere dersom hun har et problem, og ta det opp på en ordentlig måte; “(...) ikke bare bli sur og klage over det til andre eventuelt, men faktisk å ta det opp med personer, det der, kan sikkert forbedre det mye mer, men det har hjulpet” (Ellinor). Fredrik opplever også å ha blitt mer selvhevdende som et resultat av gruppeterapien. Han forteller hvordan han i møte med familien tidligere har latt ting gå uten og si fra, men at han nå

føler han tar mer ansvar gjennom å tørre å være tydeligere på hva han vil; “(...) men jeg har ja, vært tydeligere i møte med familie da, og sagt ifra om ting som jeg tidligere bare ville latt som var greit også har det egentlig vært ganske pyton” (Fredrik).

Fredrik formulerer det å være tydeligere med andre som et spørsmål om å ta ansvar for seg selv. Plassering av ansvar er noe flere deltakere omtaler som utfordrende og som lett blir utydelig. Alfred forteller om at gruppa har gjort det tydeligere for ham hvilke følelser og handlingsmønstre han har som kan bidra til konflikter med samboeren, og hvordan tydeligheten gjør det lettere å ta ansvar for sine egne bidrag til konfliktsituasjoner; “(...) å komme mer i kontakt med følelsene da, mer i kontakt med hva som skjer mellom oss liksom da, i det, hvertfall liksom klare å ta ansvar i meg selv for de tingene som leder opp mot at det blir skikkelig vanskelig” (Alfred).

Det er ikke bare i konfliktsituasjoner at større tydelighet og trygghet påvirker relasjoner. Diana forteller at gruppa har gjort at hun føler seg tryggere på seg selv i nære relasjoner og i større grad tør å vise ømhet overfor de hun er glad i. Hun eksemplifiserer dette med måten hun snakker med familie og venner på melding eller chat; “(...) nå svarer jeg mer personlig for eksempel på chat og sånt og jeg er mindre redd for å være liksom inderlig eller nær” (Diana).

Mange av deltakerne har en opplevelse av å ha blitt mer bevisste på egne tankemønstre, følelser og handlinger gjennom gruppa. Ikke alle beskriver å ha deltatt like aktivt i gruppeterapien, men de fleste gir likevel inntrykk av å ha observert og reflektert rundt egne reaksjonsmønstre og ser seg selv litt tydeligere - på godt og vondt. Liam visste at han ikke var så flink til å lytte, men dette ble enda tydeligere for ham i gruppa gjennom å se de andres reaksjoner; “(...) både det å se andre, og også se noe, eller oppleve andre og se andres følelser og det at du fikk noe sånt, du ble tydeligere for deg selv, er det, i dette med at du kan ha en tendens til å ikke lytte”(Liam). Diana har for første gang blitt klar over sin tendens til å klandre seg selv. Det betyr ikke at det forsvinner, men hun opplever å ha tatt et skritt på veien ved å ha blitt oppmerksom på det:

Jeg har jo intense reflekser som sier at jeg må undersøke meg selv først, det er min feil, nå har jeg gjort noe galt i nesten alle situasjoner, men nå klarer jeg i alle fall å identifisere det og å stille spørsmålstegn ved det.

Josefine oppdaget en tendens til å raskt tolke ting som en avvisning hvor hun deretter trekker seg unna og ønsker å rømme fra vanskelige situasjoner. Hun opplevde dette flere ganger i gruppa, og har blitt oppmerksom på når det skjer i dagliglivet i større grad etter gruppeterapien.

Jeg kan tolke noe som en avvisning som kanskje ikke er det og at det gjør meg ganske sint eller lei meg, og gir meg en sånn der, nei nå vil jeg si opp jobben min eller liksom nå orker jeg ikke det lenger... (Josefine)

Felles for de fleste som opplevde en tydeliggjøring av identitet, motivasjon, atferd og - tankemønstre er at de forteller at de kom frem til denne innsikten gjennom selvobservasjon og egenrefleksjon, heller enn via interaksjon og direkte tilbakemeldinger fra de andre i gruppa.

5 Diskusjon

Vi har så langt forsøkt å besvare spørsmålene vi stilte innledningsvis i denne oppgaven: Hvilken opplevelse har deltakerne hatt av gruppeterapien, hvordan har den hatt betydning for hvordan de relaterer til seg selv, og hva forteller de oss om å leve med ADHD og betydningen det har for identitet. Vi begynte med å fortelle om hvordan de fleste deltakerne var fornøyde med terapien og at de hadde satt spesielt pris på aksept, støtte, legitimering av vansker og det å kunne være til hjelp for andre. Det er konsensus i teori og forskning på gruppeterapi at disse elementene har stor betydning for gruppeprosesser og bidrar positivt til gruppedeltakernes utvikling og utbytte (Bloch & Crouch, 1985; MacKenzie, 1987; Stokkebæk, 2011; Yalom & Leszcz, 2020). Det samme gjelder for andre elementer som fremkommer i resultatene: veiledning/rådgivning, erfaringsdannelse gjennom stedfortreder, innsikt og selvforståelse. Vi kan altså si at gruppeterapi for mennesker med ADHD ser ut til å ha mange fellestrekk med gruppeterapi for andre målgrupper, og det er lite i intervjumaterialet som tilsier at ADHD-diagnosen representerer unike utfordringer eller spesielle behov for tilpasninger i dette utvalget. Det var imidlertid andre aspekter ved intervjumaterialet som vekket større interesse enn hva deltakerne fortalte om utbytte og opplevd behandlingseffekt. Gruppedeltakernes fortellinger ga oss i både form og innhold inntrykk av en grunnleggende tvil og usikkerhet omkring hvem de egentlig er og hvordan de kan forstå seg selv og sine vansker. Gruppa fremsto for oss først og fremst som en arena for å utforske slike eksistensielle spørsmål sammen med "likesinnede", hvor diagnosen utgjorde viktig

felles grunn som de bare delvis og glimtvis anerkjente betydningen av. Gjennom erfaringsutveksling, veiledning og sammenligning fikk de utvidet sitt indre refleksjonsrom knyttet til hvem de er og kan være, og hva ADHD er og kan være, og de ser ut til å ha kommet noen steg videre i sin kontinuerlige identitetssøken. I det følgende vil vi diskutere de ulike temaene som ble sentrale i analysen og kliniske implikasjoner av funnene våre.

5.1 Veiledning og erfaringsutveksling

Veiledning, råd, læring og erfaringsdannelse gjennom stedfortreder regnes som betydningsfulle elementer for utbytte av gruppeterapi og noe av det som virker mest fremtredende når deltakerne forteller om hvordan de har brukt og oppfattet gruppa (MacKenzie, 1987, 1990; Poulsen, 2004; Stokkebæk, 2011; Yalom & Leszcz, 2020). Deltakernes fortellinger belyser i liten grad spesifikke interaksjoner mellom gruppedeltakerne, og vi får relativt lite innblikk i hvordan vanskene deres spilte seg ut der og da. Primært forteller de om gruppa mer som en arena for erfaringsutveksling og gjensidig veiledning enn som en scene for eksponering av interpersonlige mønstre, korrigerende og øving. Mange av gruppedeltakerne peker på et behov for å lære, både generelt og om ADHD, og hvordan diagnosen eventuelt kan si noe om dem selv. Dette går igjen hos både ungdom og voksne i flere andre kvalitative studier (Jones & Hesse, 2018; Halleröd et al., 2015; Schrevel et al., 2015). Schrevel et al. (2015) beskriver to veier til kunnskap om en selv: terapi/coaching og kontakt med andre med ADHD. Fokusgruppene i den studien ser ut til å ha utgjort noe av det samme som gruppeterapien her: en arena for refleksjon og erfaringsutveksling i møte med mennesker i samme båt. Flere av deltakerne i vår studie nevner også at gruppa ble en arena for læring, noe som er interessant gitt den store kontrasten til mer strukturerte og eksplisitt psykoedukative behandlingsformer.

Vi har vært innom hvordan enkelte deltakere var redde for å vise stereotypisk atferd forbundet med ADHD i gruppeterapien. Det kan være én grunn til at de sjelden forteller om spesifikke interaksjoner med de andre, og at de kanskje fokuserte på erfaringsutveksling og *snakket om* vanskene sine, i stedet for å *vise* dem eller spille dem ut. Williams & Johnston (2015) diskuterer hvordan stereotyp trussel (Steele & Aronson, 1995) kan gjøre seg særlig gjeldende for kvinner med ADHD. Det er ikke utenkelig at det var slike mekanismer i sving her, som kan ha høynet terskelen for å eksponere sine svakere sider og få belyst uhensiktsmessige interpersonlige handlingsmønstre “her-og-nå”. Et annet aspekt som kan ha påvirket gruppedynamikken er

deltakernes tidligere relasjonserfaringer, som i et objektrelasjonsperspektiv vil forme deltakernes relasjonsmønstre og forventninger til andre i nåtid. Vi vet at mennesker med ADHD ofte opplever negativ familiedynamikk og blir utsatt for mye kritikk (Mollon, 2015). En studie av de Almeida Silva og kolleger (2016) beskriver en tendens til redusert tillit i relasjon til andre, og sårbarhet for kritikk og avvisning. I forfatterens ord mangler de med ADHD stabile indre objekter og et integrert selv, noe som gjør dem mer avhengige av kontinuerlig bekreftelse og aksept fra mennesker rundt seg. Det kan være at behovet for aksept kombinert med forventning om kritikk hindret deltakernes utfoldelse og frihet i gruppa, og at de var forsiktige med å blottlegge seg fullstendig. Flere deltakere forteller også om en følelse av at terapien akkurat hadde begynt når den var ferdig. Det kan tyde på at de brukte tid på å forstå hvordan gruppa kunne brukes og på å bli trygge på hverandre, og kanskje var det validering, aksept og økt tydelighet for seg selv som utgjorde det primære terapeutiske prosjektet for mange av deltakerne.

5.2 Forhandling

Gitt den omfattende ambivalensen gruppedeltakerne beskriver, er det ikke overraskende at en vedvarende forhandlingsprosess blir fremtredende. ADHD virker inn på så mange områder, både individuelt og sosialt, og det finnes få klare svar på hvordan gruppedeltakerne optimalt kan integrere diagnosen i eget selvbylde, uten personlige og sosiale omkostninger. ADHD er som regel en kronisk lidelse (Franke et al., 2018) med et svært heterogent klinisk uttrykk. Samtidig er det kulturelt dominerende bildet av ADHD spesifikt knyttet til hyperaktivitet og impulsivitet (Godfrey et al., 2021; Jones & Hesse, 2018). Vi kan lett se for oss at det ikke er enkelt å integrere verken den brede diagnostiske kategorien, eller den snevre stereotypien i egen identitet. Det bereder grunnen for forhandlingen vi ser så tydelig her, og for eksempel hos Olsvold (2014) og Jones og Hesse (2018).

Ringer (2020) fant identitetsutvikling som et sentralt tema i kvalitative studier på unge med ADHD, og peker på at tematikken kan være særlig aktuell for ungdom sett i lys av Eriksons teorier om psykososial utvikling. Identitetssøken er ett av to sentrale overordnede tema i våre funn, og viser at identitetsutvikling ikke utelukkende er forbeholdt barn og ungdom, men derimot kan være en livslang prosess (Sokol, 2009). Ringer (2020) spekulerer i om omfattende ambivalens og opplevd mangel på kontroll og agens kan medføre vansker med å etablere en stabil identitet for barn og unge med ADHD. Gruppedeltakernes fortellinger tyder på at de

samme mekanismene også kan gjelde for voksne, og at prosessen med å integrere diagnosen i eget selvbilde har karakter av en vedvarende forhandling.

Halleröd et al. (2015) gjorde en kvalitativ undersøkelse av nylig diagnostiserte voksne og deres opplevelse av ADHD-diagnosen. Funnene deres viser noe av spennet og motsetningene i prosessen med å integrere ADHD i eget selvbilde og egen identitet som vi også kjenner igjen i gruppedeltakerne. På den ene siden gir diagnosen en forklaring på vansker de har hatt over lang tid, som kan redusere skyld og skam og potensielt øke følelsen av egenverdi. På den andre siden representerer diagnosen en negativ merkelapp, noe som gjør dem annerledes på mer eller mindre subtile måter og som kan medføre stigma og diskriminering. Det er tydelig hos deltakerne at de færreste omfavner ADHD-diagnosen som en fullstendig og gyldig forklaring på sine vansker eller som en ønsket identitetsmarkør. De reflekterer derimot over egne opplevelser, vansker og atferd hvor diagnosen kun representerer én mulig årsak, ett mulig perspektiv blant mange andre, som for eksempel komorbide lidelser, oppvekstvilkår, sosial kontekst eller personlighet. Det er kanskje stigma og fordommer deltakerne forsøker å ta avstand fra eller forhandle seg bort i fra når de toner ned betydningen av diagnosen i gruppa; ADHD kan ikke forklare alt, og mange føler for å understreke at de sliter med «vanlige problemer» som eksisterer ellers i befolkningen også.

ADHD-diagnosen gir noen spesifikke briller å se seg selv med, og kan representere en kilde til kunnskap og identitetsutvikling. Hos Halleröd et al. (2015) er de positive konsekvensene av å bli diagnostisert mest fremtredende. Det er ikke like åpenbart i deltakernes fortellinger i denne studien, men det foreligger et spenn mellom de som avviser diagnosens relevans på den ene siden, og de som har et stort behov for, og en lettelse av, å benytte ADHD som forklaringsmodell på den andre. Jones og Hesse (2018) finner også et slikt spenn i sin kvalitative studie av ungdom med ADHD. De peker på en gjennomgående erfaring av annerledeshet hos ungdommene, og en følelse av å stå utenfor sosialt. For enkelte representerer diagnosen en måte å forstå disse vanskene på i retrospekt, for andre utgjør den en sementering av annerledeshet og utenforskap. Et slikt polarisert valg kan vi tenke oss at gruppedeltakerne i denne studien også står overfor. Kanskje er de fleste deltakerne over den umiddelbare lettelsen som kommer av forklaringskraften og reduksjon av personlig skyld og ansvar som diagnosen kan gi, og at de derfor ikke omfavner den fullstendig. S. Young et al. (2008) beskriver prosessen etter diagnostisering av ADHD i voksen alder som en progresjon gjennom flere stadier, fra

umiddelbar lettelse, til forvirring, sinne, sorg, angst og til syvende og sist, aksept. Bredden i gruppedeltakernes fortellinger kan representere stadiene i denne modellen, men samtidig er det ikke åpenbart at de følger en slik lineær prosess, eller at den nødvendigvis kulminerer i aksept og integrering. Deltakerne gir inntrykk av at identitetssøken og -forhandling har foregått både lenge før, under og etter gruppeterapien, og det vil kanskje alltid foreligge en viss forhandling om hva ADHD betyr for den enkelte. Jones og Hesse (2018) viser også til hvordan ADHD-diagnosens status i samfunnet kan få stor betydning for individets selvfølelse. Deltakerne våre er svært klar over fordommene som knyttes til diagnosen, og vegrer seg kanskje for total aksept av og identifikasjon med den på det grunnlaget alene. Vi kan spekulere i om identitetsforhandlingen knyttet direkte til diagnosen først vil ta slutt når mennesker med ADHD ikke lengre blir stigmatisert i samfunnet. Det er også en mulighet at deltakerne i vårt selekterte utvalg rett og slett ikke passer med ADHD-prototypen, og at dette gjør det enklere for dem å forhandle om diagnosens betydning for selvbilde og identitet, og i større grad unngå stigmatisering.

Hva kan være mulige årsaker til forskjellene i forhandlingstendens innad i utvalget? Olsvold (2014) fremhever et klasseperspektiv, hvor ressurssterke barn har økte muligheter og evner til forhandling om hva en diagnose betyr, og har få fordeler forbundet med å godta kategoriseringen fullstendig. Hun peker også på de ressurssterke barnas internalisering av forventningene som ligger i middelklassekulturen: "Jeg er en som bryr meg om å være flink". Gruppedeltakerne i vår studie viser seg også som lærevillige og ressurssterke: bortimot alle har høyere utdanning, og de fleste oppsøker, og har, god kunnskap om ADHD, og har hatt noenlunde realistiske forventninger til hva de kunne få ut av denne formen for terapi. Dette gir sannsynligvis økt forhandlingsrom; de kan innta et biomedisinsk perspektiv i ett øyeblikk, og si at "det er bare sånn hjernen min fungerer", mens i et annet kan de peke på det dimensjonelle aspektet ved ADHD-symptomer og at de faktisk er som folk flest.

Enkelte studier tyder på at selve atferden forbundet med ADHD er mer stigmatisert enn merkelappen (Thompson & Lefler, 2016). Blant gruppedeltakerne er det flest kvinner og flest tilfeller av uoppmerksom type ADHD, hvor begge deler avviker fra den dominerende kulturelle prototypen av ADHD (Godfrey et al., 2021; Jones & Hesse, 2018). Enkelte av deltakerne beskriver også ADHD som en usynlig lidelse, som gjør mye av livet vanskeligere på subtile måter uten at det er åpenbart for andre. Det kan dermed tenkes at gruppedeltakerne har få personlige erfaringer med eksplisitt diskriminering og stigmatisering, og dermed har mye å tape

på å identifisere seg med og omfavne diagnosekategorien. Dette kan være en viktig årsak til forhandlingsprosessene som utspiller seg.

5.3 Sammenligning

Deltakerne bruker gruppa som en arena for sammenligning. De forteller ikke om eksplisitt sammenligning i gruppa, men om hvordan de bruker hverandre som referansepunkter for indre refleksjoner rundt likhet, forskjell, identifikasjon, alvorlighetsgrad av utfordringer og annerledeshet. Møtet med de andre gir en mulighet for at de kan tydeliggjøre hvor de befinner seg på ulike dimensjoner, forstå seg selv bedre og skape et større indre rom for refleksjon. På mange måter blir sammenligningen en del av grunnlaget for videre forhandling for deltakerne, og noe av det de tar med seg fra gruppeterapien.

Både likhet og forskjell mellom gruppedeltakere er viktige elementer for utbytte av korttids dynamisk gruppeterapi (Stokkebæk, 2011). Fordelen med likhet mellom gruppedeltakerne er at det raskt kan utvikles en følelse av sterk gruppetilhørighet, noe deltakerne her formidler en opplevelse av. Likhet er med på å skape tilstrekkelig trygghet til å åpne seg, og til å tolerere de forskjellene som uunngåelig eksisterer mellom deltakerne (Thygesen, 2000). De fleste er fornøyde med deltakelsen og føler de har blitt akseptert, validert og at de har vært til nytte for de andre deltakerne. Gruppa har betydd mye for dem og de har kjent på tilhørighet. Vi får imidlertid et inntrykk av at deltakerne ikke nødvendigvis oppfatter seg som, eller ønsker å anerkjenne at de er lik de andre. Noen få deltakere fremhever likhet i gruppa som viktig for dem, men de fleste gir et inntrykk av at forskjellene mellom deltakerne har vært minst like viktige for refleksjon og tydeliggjøring. Thygesen (2000) tenker at forskjellighet er sentralt i gruppeterapi og at gruppens terapeutiske potensiale for den enkelte øker dersom gruppen kan tolerere og bruke ulikhetene som finnes i en gruppe. Opplevelsen av både likhet og forskjell er altså sentralt for utbytte av gruppeterapi, og dette stemmer godt overens med våre funn. Vi får inntrykk av at de fleste deltakerne har en opplevelse av tilhørighet og identifikasjon med gruppa som gjør at mange føler seg trygge nok til å åpne seg og ulikheter i opplevelse kan tre frem. Dette gir grunnlag for sammenligning og refleksjon for den enkelte knyttet til identitet og betydning av diagnosen. Det er rom nok i gruppa til å være både lik og forskjellig fra de andre.

Det er få av deltakerne som legger vekt på ADHD-diagnosen når de fremhever likhet i gruppa. Dette kan ha sammenheng med identitetsforhandlingen vi nettopp har drøftet, og

stigmatisering og selvstigma, som vi ser nærmere på under neste punkt. Vi ser også at noen deltakere var mer tilbakeholdne med å dele sine erfaringer og utfordringer, men plasserte seg mer i en observerende posisjon i gruppa. Vi kan tenke oss at forskjeller mellom deltakerne satte sitt preg på gruppedynamikken i form av eksempelvis konflikter i gruppa, men deltakernes fortellinger gir oss få innblikk i hva som utspilte seg der og da. Forskning på gruppeterapeutiske faktorer fremhever både selvavsløring og uhensiktsmessige relasjonelle mønstre utspilt “her og nå” som sentralt for endring (Lorentzen, 2018). Ut ifra vår lesing av intervjumaterialet virker det imidlertid som at opplevd endring og utbytte av gruppa ikke har vært like nært knyttet opp mot disse elementene. Selv de som forteller at de delte lite av seg selv i gruppa, bruker de andres opplevelser og utfordringer og sammenligner med sine egne i en indre refleksjonsprosess som i sin tur hjelper dem å bli tydeligere for seg selv. Flere har blitt mer oppmerksomme på egne tanke- og handlingsmønstre, mer klar over hva som er viktig for dem og bedre til å sette grenser overfor andre. Slike endringer er noe man typisk vil forvente som et resultat av interpersonlig dynamikk mellom deltakerne, ved at de eksponerer og får tydeliggjort sine mønstre idet de blir aktualisert i gruppa. Det er interessant at deltakerne sjelden betoner spesifikke interaksjoner med de andre og at flere beskriver seg som relativt tilbakeholdne, men at de likevel peker på denne formen for utbytte og endring. Deltakerne har kanskje erfart endringsprosessen på andre måter enn hovedsakelig gjennom klassisk “her og nå” arbeid, og viser i sine fortellinger mange mulige veier til terapeutisk utbytte. Vi kan eksempelvis tenke oss at sammenligning med de andre har noe av den samme effekten som å spille ut og bli eksplisitt konfrontert med uhensiktsmessige mønstre i gruppa, men at prosessen foregår mer privat.

5.4 Ambivalens og tydelighet

Ambivalens er et sentralt kjennetegn ved personers tilknytning til sin egen stigmatiserte kategori (Goffman, 1963). Flertallet av gruppedeltakerne gir klart uttrykk for at de kjenner fordommene og stereotypiene som er assosiert med ADHD i samfunnet, men de viser samtidig at de ikke kjenner seg helt igjen i dette karikerte bildet. De skjønner at å omfavne diagnosen uten forbehold og være fullstendig åpen om den, vil ha sin pris; det vil kunne farge både andres og deres eget blikk på seg selv. Samtidig har de vansker som mennesker uten ADHD ikke har, og som de kjenner godt igjen hos hverandre i gruppa. Hvordan skal de kunne benytte ADHD som forklaringsmodell for det de sliter med, men samtidig unngå å havne i den trange båsen ADHD

representerer ute i verden? På toppen av ambivalens som kommer av spagaten mellom stigma og en tiltrengt årsaksforklaring, kommer det vi oppfatter som helt reelle vansker med å vurdere hvor og når ADHD faktisk *er* en god forklaringsmodell. Kan det ikke like gjerne være personlighet, oppvekstforhold eller sosial kontekst som spiller inn? Hvordan kan de vite hva som er hva, og hva som er mulig å endre og ikke?

Flere studier kan være med på å belyse ambivalensen knyttet til ADHD. Ringer (2020) finner gjennomgående ambivalens hos unge med ADHD knyttet til egne psykologiske behov og relasjoner til andre. Det foreligger en sentral konflikt mellom å måtte tilpasse seg og samtidig bli akseptert for den man er. Andre mennesker kan være kilde til tilhørighet, hjelp og omsorg, men også til krav, forventninger og stigma. Blant gruppedeltakerne ser det ut til at de fleste har opplevd førstnevnte i terapien; de har blitt forstått, akseptert og fått hjelp. Samtidig uttrykker flere forsiktighet med å vise atferd forbundet med det de oppfatter som stereotypisk ADHD, både utenfor og innad i gruppa. Bildet de har av typisk ADHD ser ut til å sammenfalle med befolkningens for øvrig, hvor særlig problemer med hyperaktivitet og impulsivitet vanligvis blir overdrevet og utgjør det dominerende kulturelle bildet av hva ADHD er (Godfrey et al., 2021; Jones & Hesse, 2018). På denne måten kan det virke som deltakerne til en viss grad har internalisert enkelte av fordommene som eksisterer rundt ADHD i en form for selvstigma (McKeague et al., 2015). Flere gir uttrykk for frykt for stigmatisering eller kritikk også fra «likesinnede»; de kan ikke være helt trygge på å bli akseptert, selv når diagnosen utgjør felles grunn i gruppa. Interessant nok finner vi også eksempler på det motsatte: at enkelte deltakere er redde for å ikke ha “nok” ADHD, og av den grunn havner utenfor. Dette spennet viser hvor tveegget ADHD-diagnosen er, og at ambivalens nærmest er bakt inn i en slik merkelapp. Hvordan skal de klare å skape mening i diagnosen for seg selv, og samtidig unngå at den får for store negative sosiale konsekvenser? Konflikten mellom tilpasning til og aksept fra andre kan hevdes å være et universelt anliggende, men samtidig er ADHD forbundet med symptomer og atferd som ikke nødvendigvis kan kontrolleres eller endres så lett. Medisiner kan hjelpe, men er også forbundet med stigma i seg selv, og kanskje en sementering av annerledesheten de forsøker å unngå. Enkelte av deltakerne nevner nettopp medisinbruk som skambelagt, og noe de kun gjør når de må.

S. Young et al. (2008) finner at nylig diagnostiserte voksne er klar over stigmaet forbundet med diagnosen, og at de derfor er forsiktige med å forklare egen atferd med ADHD;

de vil helst bli sett og forstått som seg selv, uten merkelappen. Dette kjenner vi tydelig igjen hos gruppedeltakerne. Alle har ADHD og snakker en del om erfaringer knyttet til det, men de vil mest av alt poengtere at de er som folk flest, med helt vanlige problemer. Hos Olsvold (2014) kommer det frem at de barna som forhandler om diagnosens betydning også er mest redde for å oppføre seg i tråd med den prototypiske pasienten. Det ser også ut til å være tilfellet her; de fleste er i en pågående forhandlingsprosess om hva ADHD egentlig betyr for dem, og er samtidig redde for å «bli ADHD-diagnosen sin» og bli satt i en bås de ikke føler seg helt komfortable i.

De konkurrerende diskursene omkring ADHD gjør det ikke enklere for pasientene: I et sosiologisk perspektiv representerer ADHD en sosial konstruksjon (Tjora, 2021), mens i et biomedisinsk perspektiv postulerer man derimot at det finnes kvalitative forskjeller mellom de som har ADHD, og de som ikke har det. På den ene siden kan de ikke hevde at vanskene deres har noen påviselig årsak eller legitimitet, mens på den andre risikerer de å måtte godta å faktisk være grunnleggende, biologisk forskjellige fra andre. Mange med ADHD kan ønske at lidelsen blir anerkjent som noe “ekte” og som dermed impliserer reelle vansker (Schrevel et al., 2015). Enkelte av gruppedeltakerne har problemer med å “lande i” diagnosen, og slå seg til ro med at den er riktig. Andre lurer på om de har “nok” ADHD til å bli akseptert i gruppa. Disse konfliktene peker på et grunnleggende problem med kategoriske diagnoser, særlig når det ikke finnes noen objektiv diagnostisk test, og kategorien er så heterogen som i tilfellet ADHD. I sine fortellinger plasserer deltakerne seg langs ulike akser, deriblant opplevd alvorlighetsgrad av ADHD. De erfarer og forstår at diagnosen ikke er noe enten/eller, men er samtidig fanget i et diagnostisk system som kun representerer en unøyaktig modell av virkeligheten.

Et annet tema i Ringers (2020) metasyntese er opplevelsen av mangel på kontroll over egen atferd og egne intensjoner og følelser. Ringer peker på hvordan denne opplevelsen gjør at selvet kan oppleves fragmentert, og er med på å gi personen redusert følelse av agens. Mollon (2015) beskriver dette ytterligere fra et psykodynamisk perspektiv som en svikt i egofunksjon, og hevder videre at mennesker med ADHD har et økt behov for såkalte selvobjekter: personer, objekter eller aktiviteter som “kompletterer” selvet, og som er nødvendige for normal funksjon. I sum tegner dette et bilde av mennesker som trenger ytre struktur og bekreftelse fordi innsiden er kaotisk, og de i praksis ikke kan stole på at deres eget sinn fungerer til enhver tid. De blir i større grad enn de fleste avhengige av at andre forteller dem hvem de er og hva de ønsker. Sammen med erfaringer med, og frykt for, kritikk og avvisning, setter dette dem i et vanskelig dilemma:

skal de nærme seg andre eller forsøke å håndtere sitt indre kaos på egen hånd? Det kan være noe av dette som danner bakteppet i gruppedeltakernes fortellinger når de sjelden viser til betydningsfulle interaksjoner med de andre deltakerne, og at gruppedynamikken kanskje er preget av en viss angst og forsiktighet.

Det kan virke noe paradoksalt at gruppedeltakerne får utvidet sitt refleksjonsrom knyttet til hvem de er og hva ADHD kan bety, på samme tid som de opplever å bli tydeligere for seg selv. Samtidig finnes det et rikt mangfold av psykologisk teori og empiri som beskriver hvordan vi i stor grad blir oss selv gjennom andres blikk (Baumeister, 2010). At deltakerne møter andre med samme diagnose virker etter vårt syn helt essensielt i denne sammenheng. Felles diagnose og livserfaringer knyttet til den gjør at de forstår hverandre og kjenner seg igjen i hverandre. Dette åpner for et forum uten kritikk og skam, som de fleste gir uttrykk for å ha kjent på i andre relasjoner. Samtidig er ikke ADHD i seg selv det definerende aspektet ved noen av deltakerne på denne arenaen, nettopp fordi de har diagnosen til felles. Det foreligger ikke noe krav om at de skal være like hverandre utover det. Diagnosen kan dermed tre i bakgrunnen slik at de kan tre tydeligere frem *som seg selv*, som hele, komplekse mennesker som ikke kan reduseres til den stigmatiserte kategorien. På den måten har deltakerne rett når de underspiller betydningen av ADHD i gruppa. De poengterer på presist vis ambivalensen som ligger i selve merkelappen; den er både helt essensiell og bortimot uvesentlig.

5.5 Forbehold og begrensninger ved studien

Deltakerne som ble intervjuet tilhører en selektert gruppe pasienter som har søkt seg til, eller fått anbefalt fra behandlere, et spesialtilpasset behandlingstilbud til voksne med ADHD som gir anledning til å bearbeide relasjonelle og emosjonelle vansker. Noe som tyder på at de i utgangspunktet har en form for ressurser og motivasjon til å jobbe spesifikt med det som kan omtales som sekundære vansker forbundet med ADHD. Inklusjons- og eksklusjonskriterier nevnt tidligere, og det faktum at bortimot alle har høyere utdanning, kan tyde på at de har høyere funksjonsnivå enn gjennomsnittet av voksne med ADHD (Biederman et al., 2005; Chen et al, 2018; Katzman et al, 2017). At flertallet har fått diagnosen først i voksen alder gir også grunn til å anta bedre funksjon enn hos de som får diagnosen som barn (Barkley, 2015d). I tillegg er flertallet av deltakerne kvinner, og de fleste diagnostisert med uoppmerksom type ADHD. Deltakerne i denne studien problematiserer også i liten grad at de har blitt diagnostisert

sent, i kontrast til enkelte andre studier (f.eks. Matheson et al., 2013), og det til tross for at de fleste har vært i annen behandling før de fikk ADHD-diagnosen. Det kan tyde på ressurssterke deltakere som har evnet å kompensere delvis for sine vansker, og kanskje har de også hatt ytre strukturer som har hjulpet dem med å minimere funksjonsfall assosiert med ADHD. Vi kan se for oss at gruppa som helhet har relativt få insentiver til å omfavne ADHD som en forklaringsmodell for sine vansker, og derfor tyr til forhandling slik vi har beskrevet. Det er ikke sikkert forhandlingsaspektet vil være like fremtredende for voksne med ADHD generelt.

Det manglet intervjuer med to deltakere første terapigruppe, og i andre gruppe var det to deltakere som droppet ut av behandlingen og som ikke kom til intervju. Vi kan ikke utelukke at intervjuer med disse deltakerne ville tegnet et annet bilde av erfaringene fra behandlingen og hvordan disse erfaringene ble brukt i ettertid. Det at to droppet ut antyder også at det til tross for grundig forarbeid, kan være vanskelig å vurdere på forhånd hvem som vil kunne ha utbytte av å delta i en slik gruppe. Analysen av intervjuene med deltakerne som fullførte har først og fremst bidratt til å trekke frem hva det er som kan fungere for de som – i hvert fall i noen utstrekning – makter å engasjere seg i gruppen.

Alle intervjuene er gjennomført av én av gruppeterapeutene. Det betyr at begge kjenner til, og har sin oppfatning av gruppens liv, noe som har sine styrker og svakheter. En potensiell styrke er at intervjuet blir en slags fortsettelse av terapiprosessen, hvor pasienten gis rom for videre refleksjon, og til å snakke om tanker og temaer som ikke nødvendigvis ble så godt belyst i terapien. Dette skjer sammen med en person som pasienten allerede har opparbeidet seg tillit til og allianse med, noe som kan innebære at det ligger noe inneforstått mellom intervjuer og deltaker. Begge har vært del av en felles prosess som vi som forskere ikke har noen direkte tilgang til. Relevant informasjon kan dermed gå tapt for oss ved at noe som er viktig, men inneforstått ikke omtales i intervjuene. Vi kan også tenke oss at enkelte av deltakerne vil vegre seg for å være direkte kritiske til terapeutenes arbeid i en slik intervjusituasjon. Vårt umiddelbare inntrykk var likevel at deltakerne var oppriktige og direkte i intervjuene, noe som ikke minst kommer frem i det vi har kalt et utvidet indre refleksjonsrom.

Intervjuguiden er delvis konstruert for at gruppedeltakerne skal evaluere utbytte av behandlingen, og har flere spørsmål om graderinger, eksempelvis hva deltakerne husket *best*, hva som var *mest* utfordrende, på hvilket område gruppa har hatt *størst* verdi, osv. Utviklerne av intervjuguiden (A.M.F. Teigen, personlig kommunikasjon, 01. mars 2022) har kommentert at

ledende spørsmål er benyttet i større grad enn det som er vanlig i et kvalitativt intervju på bakgrunn av en bekymring for at typiske åpne spørsmål ville gitt vansker med å få tak på de unike nevroatypiske opplevelsene, særlig når det også er nevrotypiske mennesker som utfører intervjuet. I en ideell verden skulle de ønsket at nevroatypiske mennesker var med i alle ledd av forskningsprosjektet, som blant annet vist i Lilley et al., (2021). Teigen (2020) har uttrykt en generell bekymring for at mennesker med ADHD vil kunne reproducere fordommer i fenomenologiske undersøkelser i mangel av et språk for egne opplevelser. Bruken av ledende spørsmål kan ha vært med på å redusere dybden i intervjumaterialet, og gitt færre “tykke beskrivelser”. Samtidig kan det være trekk ved ADHD i seg selv som medfører mindre rike fortellinger i intervjuene, eksempelvis hukommelsesvansker, disorganiserte personlige narrativer og fragmentert selvopplevelse. (Klein et al., 2011; Mollon, 2015; Skodzik et al., 2017). Men igjen, det er grunn til å merke seg at deltakerne gjennomgående var engasjerte i retning av å kople sammen hendelser som de hadde observert og egne personlige refleksjoner, både den gang det skjedde noe, og i ettertid når de forteller om det.

Mange av studiene på ADHD vi har referert til er gjort på barn og unge. Vi kan ikke uten videre anta at barn og voksne med ADHD er like, men samtidig vil vi hevde at det er mange likhetstrekk mellom de kvalitative studiene på barn og voksne (f.eks. Jones & Hesse, 2018; Halleröd et al., 2015; Schrevel et al., 2015; Ringer, 2020), og at det dermed er rimelig å diskutere resultatene om identitetsforvaltning og selvrefleksjon på tvers av forskningslitteraturen.

6 Konklusjon og kliniske implikasjoner

Resultatene viser hvordan korttids psykodynamisk gruppeterapi kan være et betydningsfullt og relevant tilbud til en utvalgt gruppe voksne med ADHD. Vi har sett hvordan gruppedeltakernes fortellinger favner mange elementer som anses som virksomme i gruppeterapi, som for eksempel aksept, legitimering av vansker, tilhørighet, normalisering og økt selvforståelse. Deltakerne vektlegger ikke kjernesymptomer assosiert med ADHD, men forteller blant annet om økt selvfølelse, tydeligere identitet og et utvidet indre refleksjonsrom knyttet til hvem de er og hva ADHD-diagnosen representerer. Gruppetilbudet var særlig tilpasset sekundære vansker ved ADHD, og ser således ut til å ha vært en treffsikker behandlingstilnærming. Det er verdt å merke seg at en så – relativt sett – lite strukturert terapiform ikke så ut til å medføre særskilte utfordringer i dette utvalget. Vi har sett at ADHD kan ses på som en form for selvforstyrrelse,

hvor opplevd mangel på kontroll og lav selvfølelse er sentralt. Vi kan spekulere i om lite struktur og styring fra terapeutenes i enkelte tilfeller kan være et gode for denne pasientgruppen, ved at behandlingen legger opp til autonomi, medbestemmelse og agens. I sum støtter resultatene videre utvikling av et mer pluralistisk behandlingstilbud til mennesker av ADHD enn det som eksisterer i dag, og antyder at behandling ikke nødvendigvis må være rettet mot kjernesymptomene slik de foreligger i diagnostiske kriterier. Resultatene underbygger dermed hypotesen som lå til grunn for den kliniske utprøvingen; det ser ut til å eksistere et udekket behandlingsbehov for emosjonelle og interpersonlige vansker assosiert med ADHD.

Analysen har også gitt noen indikasjoner på *hvordan* denne formen for terapi har hatt betydning for deltakerne. Gruppedeltakelsen ser særlig ut til å ha aktualisert identitetsforhandling for mange av deltakerne, hvor de forsøker å lande på hvem de egentlig er og kan være, og hvordan ADHD-diagnosen passer inn i det store bildet. Ambivalens, usikkerhet og forhandling om identitet, som vi finner igjen i mye av litteraturen på ADHD, ble brakt inn i dette åpne forumet for støtte, veiledning og sammenlikning. På den måten var deltakerne aktive i å forme gruppeterapien til noe de åpenbart hadde behov for: en arena for å utforske seg selv og sin identitet. Én ting som utmerker seg som særlig viktig i den sammenheng, er betydningen av å treffe andre med ADHD. Felles diagnose så ut til å fri deltakerne fra en del av stigmatiseringen og annerledesheten de kunne kjenne på i livet for øvrig, og var med på å utvide deres indre refleksjonsrom betraktelig. Deltakernes fortellinger gir inntrykk av at ADHD tok relativt lite plass i gruppa, slik at de kunne tre mer frem *som seg selv*, uten merkelappen: som sammensatte, normale mennesker, med universelle vansker.

Funnene indikerer at det er en kompleks og vedvarende prosess å bli seg selv med ADHD, og at diagnosen kan representere unike utfordringer knyttet til identitet, aksept og forsoning. Vi kan tenkes oss at et behandlingstilbud som beskrevet i denne studien vil kunne være særlig nyttig for voksne som nylig har blitt diagnostisert med ADHD, og som nettopp har startet prosessen med å forhandle om hva ADHD betyr for egen identitet, og hvordan diagnosen kan inkorporeres i eget selvbilde.

Referanser

- Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1990). Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment*, *55*(3–4), 521–536. <https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674088>
- Badoud, D., Rüfenacht, E., Debbané, M., & Perroud, N. (2018). Mentalization-based treatment for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A pilot study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, *21*(3), 317. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2018.317>
- Barkley, R. A. (2015a). Educational, occupational, dating and marital, and financial impairments in adults with ADHD. I R. A. Barkley (red.), *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4. utg., s. 314–342). Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2015b). Emotional dysregulation is a core component of ADHD. I R. A. Barkley (red.), *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4. utg., s. 81–115). Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2015c). Etiologies of ADHD. I R. A. Barkley (red.), *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4. utg., s. 356–390). Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2015d). Comorbid psychiatric disorders and psychological maladjustment in adults with ADHD. I R. A. Barkley (red.), *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4. utg., s. 343–355). Guilford Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization based treatment for personality disorders. A practical guide*. Oxford University Press.
- Baumeister, R. F. (2010). The self. I R. F. Baumeister & E. J. Finkel (red.), *Advanced social psychology: The state of the science* (s. 139–175). Oxford University Press.
- Berge, T., & Repål, A. (red.). (2015). *Håndbok i kognitiv terapi* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T. J., Mick, E., Monuteaux, M. C., & Aleardi, M. (2006).

- Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: A controlled study of 1001 adults in the community. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(4), 524–540. <https://doi.org/10.4088/jcp.v67n0403>
- Bion, W. R. (1961). *Experiences in groups and other papers*. Tavistock.
<https://doi.org/10.4324/9780203359075>
- Bjerke, S. N. (2018). *Gruppeterapi: Grunnleggende om hvorfor og hvordan*. Gyldendal.
- Bloch, S., & Crouch, E. (1985). *Therapeutic factors in group psychotherapy*. Oxford University Press.
- 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>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brown, T. E., Flood, E., Sarocco, P., Atkins, N., & Khachatryan, A. (2017). Persisting psychosocial impairments in adults being treated with medication for attention deficit/hyperactivity disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, 47(4), 8–17.
- Burlingame, G. M., Fuhrman, A., & Johnson, J. E. (2001). Cohesion in group psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 373–379.
<https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.373>
- Burlingame, G. M., Fuhrman, A., & Mosier, J. (2003). The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7, 3–12. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.7.1.3>
- Burlingame, G. M., McClendon, D. T., & Alonso, J. (2011). Cohesion in group therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 34–42. <https://doi.org/10.1037/a0022063>
- Burlingame, G. M., Strauss, B., & Joyce, A. (2013). Change mechanisms and effectiveness of small group treatments. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior*

change, 640–689.

Cantor, D. (2000). The role of group therapy in promoting identity development in ADHD adolescents. *Journal of Psychotherapy in Independent Practice*, 1(2), 53–62.

https://doi.org/10.1300/J288v01n02_07

Catalá-López, F., Hutton, B., Núñez-Beltrán, A., Page, M. J., Ridao, M., Saint-Gerons, D. M., Catalá, M. A., Tabarés-Seisdedos, R., & Moher, D. (2017). The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials.

PLoS One, 12(7), e0180355. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180355>

Caye, A., Swanson, J. M., Coghill, D., & Rohde, L. A. (2019). Treatment strategies for ADHD: An evidence-based guide to select optimal treatment. *Molecular Psychiatry*, 24(3), 390–408. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0116-3>

Chen, Q., Hartman, C. A., Haavik, J., Harro, J., Klungsøyr, K., Hegvik, T.-A., Wanders, R., Ottosen, C., Dalsgaard, S., Faraone, S. V., & Larsson, H. (2018). Common psychiatric and metabolic comorbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: A population-based cross-sectional study. *PLoS One*, 13(9), e0204516.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204516>

Christiansen, H., Hirsch, O., Albrecht, B., & Chavanon, M.-L. (2019). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and emotion regulation over the life span. *Current Psychiatry Reports*, 21(3), 17. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1003-6>

Conway, F. (2012). Psychodynamic psychotherapy of ADHD: A review of the literature.

Psychotherapy, 49(3), 404–417. <https://doi.org/10.1037/a0027344>

Conway, F. (2017). *Cultivating compassion: A psychodynamic understanding of attention deficit hyperactivity disorder*. Rowman & Littlefield.

Davidson, M. A. (2008). ADHD in adults: A review of the literature. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 628–641. <https://doi.org/10.1177/1087054707310878>

- de Almeida Silva, V., Louzã, M. R., da Silva, M. A., & Nakano, E. Y. (2016). Ego defense mechanisms and types of object relations in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 20*(11), 979–987. <https://doi.org/10.1177/1087054712459559>
- Derogatis, L. R., & Unger, R. (2010). Symptom Checklist-90-Revised. I *The Corsini Encyclopedia of Psychology* (s. 1–2). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0970>
- Edel, M.-A., Hölter, T., Wassink, K., & Juckel, G. (2017). A comparison of mindfulness-based group training and skills group training in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 21*(6), 533–539. <https://doi.org/10.1177/1087054714551635>
- 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), 1–23. <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 and Biobehavioral Reviews, 128*, 789–818. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>
- Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine, 36*(2), 159–165. <https://doi.org/10.1017/S003329170500471X>
- Fjeldstad, A. (2019). *The role of treatment duration in psychodynamic group therapy: A randomized clinical trial of short-term and long-term Group Analytic Psychotherapy* [Universitetet i Oslo]. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/66345>
- Flick, U. (2004). Triangulation in qualitative research. I U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke

- (red.), *A companion to qualitative research* (s. 178–183). SAGE.
- Foulkes, S. H. (1986). *Group-Analytic psychotherapy: Method and principles*. Maresfield Library.
- Franke, B., Michelini, G., Asherson, P., Banaschewski, T., Bilbow, A., Buitelaar, J. K., Cormand, B., Faraone, S. V., Ginsberg, Y., Haavik, J., Kuntsi, J., Larsson, H., Lesch, K.-P., Ramos-Quiroga, J. A., Réthelyi, J. M., Ribases, M., & Reif, A. (2018). Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, *28*(10), 1059–1088.
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.08.001>
- Garcia-Argibay, M., Pandya, E., Ahnemark, E., Werner-Kiechle, T., Andersson, L. M., Larsson, H., & Du Rietz, E. (2021). Healthcare utilization and costs of psychiatric and somatic comorbidities associated with newly diagnosed adult ADHD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *144*(1), 50–59. <https://doi.org/10.1111/acps.13297>
- Godfrey, E., Fuermaier, A. B. M., Tucha, L., Butzbach, M., Weisbrod, M., Aschenbrenner, S., & Tucha, O. (2021). Public perceptions of adult ADHD: Indications of stigma? *Journal of Neural Transmission*, *128*(7), 993–1008. <https://doi.org/10.1007/s00702-020-02279-8>
- Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. Penguin.
- Halleröd, S. L. H., Anckarsäter, H., Råstam, M., & Scherman, M. H. (2015). Experienced consequences of being diagnosed with ADHD as an adult—A qualitative study. *BMC Psychiatry*, *15*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0410-4>
- Hernández, F., Plaza, J., & Kreither, J. (2021). Attention Deficit Disorder and Hyperactivity in adults: A systematic review of therapeutic approaches. *Psicoperspectivas*, *20*(1), 2.
<https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol20-issue1-fulltext-2095>
- Hesslinger, B., Tebartz van Elst, L., Nyberg, E., Dykieriek, P., Richter, H., Berner, M., & Ebert, D. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults—A pilot study using a structured skills training program. *European Archives of Psychiatry and*

- Clinical Neuroscience*, 252(4), 177–184. <https://doi.org/10.1007/s00406-002-0379-0>
- Hinshaw, S. P. (2018). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Controversy, developmental mechanisms, and multiple levels of analysis. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14(1), 291–316. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084917>
- Hirsch, O., Chavanon, M., Riechmann, E., & Christiansen, H. (2018). Emotional dysregulation is a primary symptom in adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of Affective Disorders*, 232, 41–47. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.007>
- Hirvikoski, T., Waaler, E., Alfredsson, J., Pihlgren, C., Holmström, A., Johnson, A., Rück, J., Wiwe, C., Bothén, P., & Nordström, A.-L. (2011). Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 175–185. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.01.001>
- Haavind, H. (2000). På jakt etter kjønnede betydninger. I *Kjønn og fortolkende metode. Metodiske muligheter i kvalitativ forskning*. (s. 7–59). Gyldendal Akademisk.
- Jones, S., & Hesse, M. (2018). Adolescents with ADHD: Experiences of having an ADHD diagnosis and negotiations of self-image and identity. *Journal of Attention Disorders*, 22(1), 92–102. <https://doi.org/10.1177/1087054714522513>
- Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A., & Klassen, L. J. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: Clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*, 17(1), 302. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3>
- Kirkevold, M. (2021). Medikalisering. I *Store medisinske leksikon*. <http://sml.snl.no/medikalisering>
- Klein, S., Gangi, C., & Lax, M. (2011). Memory and Self-knowledge in Young Adults with ADHD. *Self and Identity*, 10, 213–230. <https://doi.org/10.1080/15298861003741604>
- Kolar, D., Keller, A., Golfopoulos, M., Cumyn, L., Syer, C., & Hechtman, L. (2008). Treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatric Disease and*

Treatment, 4(2), 389–403. <https://doi.org/10.2147/ndt.s6985>

- Kooij, J. J. S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., Thome, J., Dom, G., Kasper, S., Nunes Filipe, C., Stes, S., Mohr, P., Leppämäki, S., Casas, M., Bobes, J., Mccarthy, J. M., Richarte, V., Kjems Philipsen, A., Pehlivanidis, A., ... Asherson, P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*, 56(1), 14–34. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001>
- Kösters, M., Burlingame, G. M., Nachtigall, C., & Strauss, B. (2006). A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 10(2), 146–163. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.10.2.146>
- Levitt, H. M., Motulsky, S. L., Wertz, F. J., Morrow, S. L., & Ponterotto, J. G. (2017). Recommendations for designing and reviewing qualitative research in psychology: Promoting methodological integrity. *Qualitative Psychology*, 4(1), 2–22. <https://doi.org/10.1037/qup0000082>
- Lilley, R., Lawson, W., Hall, G., Mahony, J., Clapham, H., Heyworth, M., Arnold, S. R., Trollor, J. N., Yudell, M., & Pellicano, E. (2021). 'A way to be me': Autobiographical reflections of autistic adults diagnosed in mid-to-late adulthood. *Autism*, 13623613211050694. <https://doi.org/10.1177/13623613211050694>
- Lorentzen, S. (2018). Korttids fokusert gruppeanalytisk psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(6), 428–436.
- Lorentzen, S., Fjeldstad, A., Ruud, T., & Høglend, P. A. (2015). Comparing short- and long-term group therapy: Seven-year follow-up of a randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(5), 320–321. <https://doi.org/10.1159/000381751>
- Lorentzen, S., Ruud, T., Fjeldstad, A., & Høglend, P. (2013). Comparison of short- and long-term dynamic group psychotherapy: Randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 203. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.113688>

- Mackenzie, K. R. (1987). Therapeutic factors in group psychotherapy: A contemporary view. *Group*, 11(1), 26–34. <https://doi.org/10.1007/BF01456798>
- Mackenzie, K. R. (1990). *Introduction to time-limited group psychotherapy*. American Psychiatric Press.
- Madsen, O. J. (2013). Mens vi venter på DSM-V. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(1), 42–43.
- Madsen, O. J. (2014). Diagnosens makt over sinnene. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(9), 690–691.
- Matheson, L., Asherson, P., Wong, I. C. K., Hodgkins, P., Setyawan, J., Sasane, R., & Clifford, S. (2013). Adult ADHD patient experiences of impairment, service provision and clinical management in England: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13, 184. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-184>
- McKeague, L., Hennessy, E., O'Driscoll, C., & Heary, C. (2015). Retrospective accounts of self-stigma experienced by young people with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) or depression. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 158–163. <https://doi.org/10.1037/prj0000121>
- Mollon, P. (2015). *The disintegrating self: Psychotherapy of adult ADHD, autistic spectrum, and somato-psychic disorders*. Karnac.
- Murphy, K. R. (2015). Psychological counseling of adults with ADHD. I R. A. Barkley (red.), *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4. utg.). Guilford Press.
- Nordengen, K. (2011). *Medisinering av uromomenter i den norske skolen? En sosiologisk diskursanalyse av læreres forståelse av ADHD*. [Masteroppgave]. Universitetet i Oslo.
- Olsvold, A. (2014). «Jeg er som vanlig» – Barns fortellinger om ADHD. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(9), 698–707.
- Philipsen, A., Richter, H., Peters, J., Alm, B., Sobanski, E., Colla, M., Münzebrock, M., Scheel,

- C., Jacob, C., Perlov, E., Tebartz van Elst, L., & Hesslinger, B. (2007). Structured group psychotherapy in adults with attention deficit hyperactivity disorder: Results of an open multicentre study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *195*(12), 1013–1019.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31815c088b>
- Pietkiewicz, I., & Smith, J. (2014). A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology. *CPPJ*, *20*, 7–14.
<https://doi.org/10.14691/CPJ.20.1.7>
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *American Journal of Psychiatry*, *164*(6), 942–948.
<https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>
- Posner, J., Polanczyk, G. V., & Sonuga-Barke, E. (2020). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, *395*(10222), 450–462. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)33004-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)33004-1)
- Poulsen, S. (2004). De-privatization: Client experience of short-term dynamic group psychotherapy. *Group*, *28*(1), 31–49.
- Rafalovich, A. (2015). ADHD: Three competing discourses. I M. O'Reilly & J. N. Lester (red.), *The Palgrave handbook of child mental health* (s. 79–95). Palgrave Macmillan.
- Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2005). Adapting psychotherapy to meet the needs of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *42*(1), 72–84. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.1.72>
- Ringer, N. (2020). Living with ADHD: A meta-synthesis review of qualitative research on children's experiences and understanding of their ADHD. *International Journal of Disability, Development and Education*, *67*(2), 208–224.
<https://doi.org/10.1080/1034912X.2019.1596226>
- Roberts, W., Milich, R., & Barkley, R. A. (2015). Primary symptoms, diagnostic criteria, subtyping, and prevalence of ADHD. I R. A. Barkley (red.), *Attention deficit hyperactivity*

- disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (s. 51–80). Guilford Press.
- Safren, S. A., Sprich, S., Chulvick, S., & Otto, M. W. (2004). Psychosocial treatments for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 27(2), 349–360. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(03\)00089-3](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(03)00089-3)
- Schrevel, S. J. C., Dedding, C., van Aken, J. A., & Broerse, J. E. W. (2016). ‘Do I need to become someone else?’ A qualitative exploratory study into the experiences and needs of adults with ADHD. *Health Expectations*, 19(1), 39–48. <https://doi.org/10.1111/hex.12328>
- Shaikh, A. (2018). Group therapy for improving self-esteem and social functioning of college students with ADHD. *Journal of College Student Psychotherapy*, 32(3), 220–241. <https://doi.org/10.1080/87568225.2017.1388755>
- Shaw, H. M. B. (2021). *“I don’t suffer from ADHD, I suffer from other people”: ADHD, stigma, and academic life* [Dalhousie University]. <http://hdl.handle.net/10222/80523>
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotional dysregulation and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276–293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98–109. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, A., & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 194(3), 204–211. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048827>
- Skodzik, T., Holling, H., & Pedersen, A. (2017). Long-Term Memory Performance in Adult ADHD: A Meta-Analysis. *Journal of Attention Disorders*, 21(4), 267–283. <https://doi.org/10.1177/1087054713510561>
- Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis.

- Health Psychology Review*, 5(1), 9–27. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.510659>
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. SAGE.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2004). Interpretative phenomenological analysis. I G. M. Breakwell (red.), *Doing social psychology research* (s. 229–254). Blackwell Publishing.
<https://doi.org/10.1002/9780470776278>
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2015). Interpretative phenomenological analysis as a useful methodology for research on the lived experience of pain. *British Journal of Pain*, 9(1), 41–42. <https://doi.org/10.1177/2049463714541642>
- Smith, J. A., & Shinebourne, P. (2012). Interpretative phenomenological analysis. I APA *handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (s. 73–82). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13620-005>
- Sokol, J. T. (2009). Identity development throughout the lifetime: An examination of Eriksonian theory. *Graduate Journal of Counseling Psychology*, 1(2), 139–150.
- Solanto, M. V., Marks, D. J., Mitchell, K. J., Wasserstein, J., & Kofman, M. D. (2008). Development of a new psychosocial treatment for adult ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 728–736. <https://doi.org/10.1177/1087054707305100>
- Solanto, M. V., Marks, D. J., Wasserstein, J., Mitchell, K., Abikoff, H., Alvir, J. M. J., & Kofman, M. D. (2010). Efficacy of meta-cognitive therapy for adult ADHD. *The American Journal of Psychiatry*, 167(8), 958–968. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081123>
- Steele, C. M., & Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 797–811.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.5.797>
- Stevenson, C. S., Whitmont, S., Bornholt, L., Livesey, D., & Stevenson, R. J. (2002). A cognitive remediation programme for adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The*

- Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(5), 610–616.
<https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.01052.x>
- Stokkebak, A. (2011). *Korttidsterapi i grupper. På dynamisk relationelt grunnlag*. Hans Reitzels.
- Teigen, A. M. F. (2020, september 30). Mellom mytar og meining – om ADHD hjå vaksne. *Syn og Segn*. <https://www.synogsegn.no/2020/mellom-mytar-og-meining-om-adhd-hja-vaksne/>
- Thompson, A. C., & Lefler, E. K. (2016). ADHD stigma among college students. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 8(1), 45–52. <https://doi.org/10.1007/s12402-015-0179-9>
- Tjora, A. (2021, februar 19). Født sann eller stemplet sann? *Manifest tidsskrift*.
<https://www.manifesttidsskrift.no/fodt-sann-eller-stemplet-sann/>
- Virta, M., Salakari, A., Antila, M., Chydenius, E., Partinen, M., Kaski, M., Vataja, R., Kalska, H., & Iivanainen, M. (2010). Short cognitive behavioral therapy and cognitive training for adults with ADHD – a randomized controlled pilot study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 6, 443–453. <https://doi.org/10.2147/ndt.s11743>
- Visser, J., & Jehan, Z. (2009). ADHD: A scientific fact or a factual opinion? A critique of the veracity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 14(2), 127–140. <https://doi.org/10.1080/13632750902921930>
- Wang, X., Cao, Q., Wang, J., Wu, Z., Wang, P., Sun, L., Cai, T., & Wang, Y. (2016). The effects of cognitive-behavioral therapy on intrinsic functional brain networks in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 76, 32–39.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.11.003>
- Ward, D. E. (2012). Definition of group counseling. I R. K. Conyne (red.), *The Oxford handbook of group counseling*. Oxford University Press.
10.1093/oxfordhb/9780195394450.013.0003
- Weiss, M., Safren, S. A., Solanto, M. V., Hechtman, L., Rostain, A. L., Ramsay, J. R., & Murray, C. (2008). Research forum on psychological treatment of adults with ADHD. *Journal of*

- Attention Disorders*, 11(6), 642–651. <https://doi.org/10.1177/1087054708315063>
- Wiggins, D., Singh, K., Getz, H. G., & Hutchins, D. E. (1999). Effects of brief group intervention for adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Mental Health Counseling*, 21(1), 82–92.
- Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics: The Journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics*, 9(3), 490–499. <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8>
- Willcutt, E. G. (2015). Theories of ADHD. In R. A. Barkley (red.), *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4. utg., s. 391–404). Guilford Press.
- Williamson, D., & Johnston, C. (2015). Gender differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A narrative review. *Clinical Psychology Review*, 40, 15–27. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.005>
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy* (6. utg.). Basic Books.
- Young, S., Bramham, J., Gray, K., & Rose, E. (2008). The experience of receiving a diagnosis and treatment of ADHD in adulthood: A qualitative study of clinically referred patients using interpretative phenomenological analysis. *Journal of Attention Disorders*, 11(4), 493–503. <https://doi.org/10.1177/1087054707305172>
- Young, Z., Moghaddam, N., & Tickle, A. (2020). The efficacy of cognitive behavioral therapy for adults with ADHD: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Attention Disorders*, 24(6), 875–888. <https://doi.org/10.1177/1087054716664413>
- Zylowska, L., Ackerman, D. L., Yang, M. H., Futrell, J. L., Horton, N. L., Hale, T. S., Pataki, C., & Smalley, S. L. (2008). Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD: A feasibility study. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 737–746.

<https://doi.org/10.1177/1087054707308502>

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* (2016:4). Folkehelseinstituttet.

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/adhd_i_norge.pdf

Vedlegg A

UiO : **Psykologisk institutt**
Det samfunnsvitenskapelige fakultet

: **Klinikk psykisk helse og avhengighet**
Det medisinske fakultet

PROSJEKTBEKRIVELSE: GRUPPEPSYKOTERAPI FOR VOKSNE MED ADD/ADHD

Å vokse opp med ADD/ADHD er utfordrende og kan føre til at man som voksen får problemer knyttet til å etablere og bevare gode relasjoner, til selvfølelse og følelsesregulering. Vansker med konsentrasjon, hukommelse og eksekutivfunksjoner (planlegging, oversikt, gjennomføring) kan også uavhengig av oppvekstbetingelser gjøre hverdagen utfordrende og være vanskelig å forstå for andre (Barkley, Murphy, & Fischer, 2010).

Gruppepsykoterapi for voksne med ADD/ ADHD er et åpent utforskende forum hvor deltakerne gjennom utveksling med likesinnede kan komme til en bedre forståelse av egne relasjonelle og følelsesmessige utfordringer og utvikle bedret selvfølelse og relasjonell fungering. En manual (Lorentzen, 2013) for korttids gruppepsykoterapi til voksne med lettere til moderate psykiske og relasjonelle vansker, har vist dokumentert effekt (Bakali og koll., 2013; Fjeldstad og koll., 2017). Denne pilotstudien vil kartlegge om manualen også er egnet for voksne med diagnostisert ADD/ ADHD eller i behov av tilpasning og kartlegge endringer i løpet av behandlingsperioden, frem til 6 måneder etter behandling på en systematisk måte.

Målgruppe: Personer i aldersgruppen 23-39 med ADD eller ADHD og opplevde vansker i relasjon til andre og som har fått tilbud om plass gruppepsykoterapi for mennesker med ADD/ADHD. Relasjonelle problemer kan arte seg på mange måter - vansker med å regulere følelser, konfliktskyhet eller at man for lett kommer i konflikt, at man er for dominerende eller for sjenert, trekker seg unna andre eller er for pågående, har vansker med intimitet, med å hevde seg, sette grenser, være åpen og ha tillit.

Kartleggingsskjema: Brief A-adult version, ADHD Quality of Life Questionnaire, Self-Compassion Scale-26, IIP-C-64, SCL-90. Alle skjema bortsett fra Brief-A fylles i før, etter og ett halvt år etter gruppen. Gruppelima-GCS fylles i etter hvert gruppemøte av både pasient og terapeuter.

Sted: Gruppeterapien foregår i Fridtjof Nansensvei 2, 0369 Oslo (Majorstuen).

Tid: Onsdager kl 16.00-17.40 (inkl. 10 minutter til utfylling av spørreskjema etter gruppen).

Terapeuter: Psykologspesialist Hanne-Sofie Johnsen Dahl og psykiater Christian Hjort, begge gruppeanalytikere.

Format: Inntil 8 deltagere som starter og slutter samtidig, 18 ganger med ukentlige møter à 1,5 time. Gruppemøtene tas opp på video for veiledningsformål (opptak slettes når gruppen avsluttes).

Henvisning: Fra fastlege eller behandler innen psykisk helsevern.

Betaling: Egenandel pr gruppemøte etter gjeldende takst (for tiden kr. 351,-) inntil frikort.

Forberedelse: Individuelle samtaler med gruppeterapeutene for å kartlegge plagene og avtale fokus for terapien.



Postadresse: Enhet Voksenpsykiatri, Postboks 85, Vinderen 0319 Oslo
E-post: h.s.j.dahl@psykologi.uio.no
www.uio.no

Arbeidsmåte i gruppen: Gruppemøtene har ikke fast agenda. Fokus er relasjonsvansker og deltakerne oppfordres til å være mest mulig åpne, ærlige og direkte. Tema kan være forhold man strever med i eget liv nå eller tidligere, og tanker og følelser knyttet til det som skjer mellom deltakerne i gruppen. Det man synes er vanskelig i relasjon til andre mennesker generelt, vil man sannsynligvis komme i kontakt med også i gruppen. Terapeutenes rolle er å bistå med å forstå det som skjer i gruppen og stimulere til positiv utnyttelse av samspeillet.

Målsetning: At den enkelte oppnår bedret selvfølelse og forståelse av egne relasjonsvansker, samt bedring av psykiske plager.

Grupperegler: Deltakerne har taushetsplikt. Privat omgang utenfor gruppen frarådes. Om dette likevel skulle forekomme, er det viktig at det snakkes om i gruppen. Misbruk av rusmidler og vanedannende medisiner er ikke forenlig med gruppepsykoterapi.

Av hensyn til at arbeidsmiljøet i gruppen skal være stabilt og trygt, er det viktig at deltakerne prioriterer gruppen, kommer hver gang, møter presis, og blir hele gruppemøtet. Nødvendig planlagt fravær sies fra om i god tid. Fravær som skyldes akutt sykdom og lignende meldes til terapeutene (tlf. 917 06 884).

Referanser:

Bakali, J. V., Wilberg, T., Klungsøyr, O., & Lorentzen, S. (2013). Development of group climate in short- and long-term psychodynamic group psychotherapy. *International journal of group psychotherapy*, 63(3), 366-393.

Barkley, R.A, Murphy, K.R, & Fischer, M. (2010) ADHD in Adults: What the Science Says. The Guildford Press. New York: London

Fjeldstad, A., Høglend, P., & Lorentzen, S. (2017). Patterns of change in interpersonal problems during and after short-term and long-term psychodynamic group therapy: A randomized clinical trial. *Psychotherapy Research*, 27(3), 350-361.

Lorentzen, S. (2013). *Group analytic psychotherapy: Working with affective, anxiety and personality disorders*. Routledge.



Vedlegg B

UiO : **Psykologisk institutt**
Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Klinikk psykisk helse og avhengighet
Det medisinske fakultet

FORESPØRSEL C BOM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

GRUPPEPSYKOTERAPI FOR VOKSNE MED ADD/ ADHD

Fordi du har fått diagnosen ADD eller ADHD og skal gå eller går i en psykoterapigruppe, blir du spurt om å delta i et forskningsprosjekt som tar sikte på å systematisk kartlegge hvor god effekt korttids dynamisk gruppepsykoterapi har for voksne med ADD eller ADHD. Det er behandleren din som spør deg om du tillater at spørreskjema du fyller inn i forbindelse med gruppebehandlingen, kan benyttes i forskningssammenheng. Hvorvidt du samtykker eller ikke, påvirker ikke behandlingstilbudet ditt. Studien innebærer også å undersøke om en allerede utviklet behandlingsmanual er godt egnet for deg som har ADD/ ADHD diagnose. Studien planlegges å gå over tid slik at data fra flere vil inkluderes.

Psykologspesialist og PhD Hanne-Sofie Johnsen Dahl er ansatt som forsker ved Sykehuset i Vestfold og som lektor ved Universitetet i Oslo og er ansvarlig for datainnsamling og analyser. Dahl samarbeider med Professor Randi Ulberg ved Universitetet i Oslo.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Prosjektet innebærer at visse opplysninger du oppgir i forbindelse med behandlingen blir inkludert i studien. Det gjelder din alder, kjønn, om du er i arbeid, din sivilstatus, om du gått i psykoterapi tidligere og eventuelt hvilke medisiner du har fått foreskrevet. Svarene på spørreskjema du fyller i knyttet til symptomer på ADD/ ADHD, andre psykiske vansker og grad av relasjonelle problemer før gruppen starter, ved avslutning og et halvt år etter avslutning vil også inkluderes i studien. I løpet av behandlingen får du spørsmål om hvordan du opplever gruppen etter hvert gruppemøte, disse vil også inngå i prosjektet. Ingen andre data vedrørende deg vil inngå i studien.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Fordelene med å delta i studien er at du bidrar til bedret kunnskapsgrunnlag for behandling av relasjonelle og følelsesmessige vansker knyttet til det å ha en ADD eller ADHD diagnose. Det er vanskelig å se for seg direkte ulemper.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke og kan kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du skulle ønske å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder Hanne-Sofie J Dahl på h.s.j.dahl@psykologi.uio.no. Ønsker du å klage i forhold til noe du tenker er brudd på personvernregelverket, kan du sende en skriftlig henvendelse til: Datatilsynet, Postboks 458 Sentrum 0105 Oslo



Postadresse: Enhet Voksenpsykiatri, Postboks 85, Vinderen 0319 Oslo
E-post: h.s.j.dahl@psykologi.uio.no
www.uio.no

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Hvis du samtykker til at informasjonen kan registreres om deg, vil den kun behandles slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i og kopi av hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenning opplysninger. Dataene vil delvis hentes inn på papirskjema eller på nett via spørreskjemaleverandøren Nettskjema ved UiO. Data vil bli lagret på Universitetet i Oslos Tjenester for Sikker Datalagring (TSD).

Prosjektet avsluttes ved utgangen av 2025, data vil da bli anonymisert. Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte og at informasjon om deg vil bli anonymisert ved prosjektslutt.

OPPFØLGINGSPROSJEKT

Det er mulig du blir invitert til et intervju med en forsker som er interessert i din opplevelse av å gå i gruppen. Dette vil også være frivillig.

GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) Referansenummer

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

..... Sted og dato Deltakers signatur
 Deltakers navn med trykte bokstaver
..... Sted og dato Signatur
 Rolle i prosjektet

