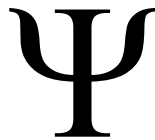




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



***Foreldreinvolvering i kognitiv atferdsterapi:
En litteraturstudie av foreldrenes roller i behandling av barn og
unge med angst eller depresjon.***

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

**Linda Holmen
Siv Irene Nordhaug**

Vår 2011

Veileder
Roar Solholm

Forord

Vi vil først og fremst takke Roar Solholm for god veiledning i arbeidet med denne oppgaven. Takk for gode diskusjoner, klare tilbakemeldinger og oppmuntrende ord gjennom prosessen. Vi vil også takke de ansatte ved Bibliotek for psykologi, utdanning og helse for god hjelp til litteratursøket. Til slutt vil vi takke hverandre for godt samarbeid og mange hyggelige stunder.

Abstract

This study reviews the research literature concerning parental involvement in cognitive-behavioural treatment of children and adolescents with anxiety or depression. Through a structured literature search, 24 articles were included. All of them were randomized controlled studies of parental involvement in cognitive behavioural treatment of anxiety or depression. The effects of parental involvement on treatment outcome and treatment satisfaction were examined. How each article defined, described and investigated the concept of parental involvement was also considered. Another purpose of this study was to examine different parent roles in cognitive behavioural treatment of anxiety and depression, and the effects of these on treatment outcome and treatment satisfaction.

The results of this study show that involving parents in cognitive behavioural treatment is significantly more effective than no treatment. It is unclear whether parental involvement is more effective compared to treating the child or adolescent alone. Only a few studies have examined the effect of parental involvement on treatment satisfaction. In the available literature, different constructs describe parental involvement and these are seldom defined. Most of the studies have investigated parental involvement according to an assumption that parents either are involved or not, rather than an assumption that parental involvement can differ in quantitative or qualitative respects. It is difficult to draw conclusions from this literature review in terms of the effects of different parent roles on treatment outcome or parent satisfaction. Implications for clinical work and suggestions for future research are discussed.

Sammendrag

Denne studien oppsummerer forskning som tar for seg foreldreinvolvering i kognitiv atferdsterapeutisk behandling av barn og unge med angst eller depresjon. Ved et systematisk litteratursøk ble det funnet 24 artikler som ble inkludert i studien. Alle disse omhandlet randomiserte kontrollerte studier av foreldreinvolvering i kognitiv atferdsterapeutisk behandling av angst eller depresjon. Effekten av foreldreinvolvering ble undersøkt, både i forhold til behandlingsutfall og behandlingstilfredshet, og det var fokus på hvordan de tidligere studiene har definert, beskrevet og undersøkt foreldreinvolvering. Vi har også sett på de ulike rollene foreldrene har hatt i kognitiv atferdsterapeutisk behandling av angst og depresjon, samt effekten av disse.

Resultatene viser at det å involvere foreldrene i barnets behandling gir signifikant bedre effekt enn å ikke gi behandling. Det er noe usikkerhet knyttet til hvorvidt foreldreinvolvering gir et bedre behandlingsutfall sammenlignet med å gi barnet behandling alene. Det er ikke grunnlag for å trekke konklusjoner om effekten av foreldreinvolvering på behandlingstilfredshet, da svært få studier har undersøkt dette. Begrepene benyttet for å beskrive foreldreinvolvering varierer og blir sjelden definert. De fleste studiene har undersøkt foreldreinvolvering ut fra en antakelse om at enten er foreldrene involvert eller de er det ikke, heller enn at det er kvantitative eller kvalitative forskjeller i foreldreinvolvering. Ut fra denne litteraturgjennomgangen er det vanskelig å trekke konklusjoner om de ulike foreldrerollenes betydning for utfallet av behandlingen eller behandlingstilfredshet. Avslutningsvis blir funnenes kliniske implikasjoner samt retning for videre forskning diskutert.

Innhold

Forord	3
Abstract	4
Sammendrag	5
Innledning	8
Rasjonale for å involvere foreldrene i behandling av barn og unge	10
Begrepsdefinisjoner	14
Ulike tilnæringsmåter til foreldreinvolvering.....	20
Avgrensninger	22
Sentrale komponenter i kognitiv atferdsterapeutisk behandling av angst og depresjon hos barn	24
Psykoedukasjon	24
Avspenning.....	25
Kognitiv mestring	26
Problemløsning.....	26
Særlige elementer i behandling av barn med angst	27
Betinget forsterkning	27
Modellering	27
Eksponeringsbaserte metoder	27
Særlige elementer i behandling av barn med depresjon	28
Målsetting	28
Trening i mestringsferdigheter	28
Bygge positiv selvfølelse.....	28
Problemstillinger	29

Metode	30
Søkeprosedyre	30
Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	31
Identifiserte artikler etter det elektroniske søket	33
Utvelgelse av studier	34
Ekskluderte og inkluderte artikler etter det elektroniske søket	34
Inkluderte studier etter det manuelle søket.....	34
Ekskluderte studier etter gjennomlesing	35
Prosedyren bak gjennomgangen av studiene.....	35
Resultater	38
Studier av angst	38
Studier av depresjon	47
Oppsummering av foreldreinvolvering og foreldrenes roller i studiene	49
Diskusjon.....	55
Styrker og begrensninger ved egen studie.....	66
Kliniske implikasjoner.....	67
Videre forskning	68
Konklusjon	69
Referanser	72
Appendiks A.....	89
Appendiks B.....	93
Appendiks C.....	94

Innledning

Foreldre/ foresattes (heretter kalt foreldre) deltakelse i behandlingen av barn og unge med psykiske vansker bestemmes av flere ulike forhold, deriblant lovverket, foreldres opplevelse av ansvar og omsorg samt faglige forventninger fra behandlerne.

I Norge er Pasientrettighetsloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999) med på å definere foreldrenes deltakelse i behandling av barn og unge med psykiske lidelser. § 4-4 slår fast at foreldrene må gi samtykke til behandling for at barn under 16 år skal kunne få hjelp. Loven sier også at foreldrene, eller andre nærmeste pårørende, har rett til å medvirke i barnets behandling. Av § 3-1 går det fram at ”dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten”. § 4-3 slår fast at det med ”personer med samtykkekompetanse” menes myndige personer og mindreårige etter fylte 16 år. Ifølge lovverket har altså ikke barn under 16 år samtykkekompetanse, og dermed har deres foreldre, eller andre nærmeste pårørende, rett til å medvirke i deres behandling. Paragrafene 31 og 33 i Lov om barn og foreldre (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, 1982) slår imidlertid fast at barnas innflytelse og bestemmelsesrett i spørsmål som angår dem skal økes gradvis med alderen. Barn får altså gradvis mer samtykkekompetanse etter hvert som de blir eldre, og foreldrenes deltakelse i barnets behandling bestemmes dermed delvis av barnets alder og modenhetsnivå.

Foreldrenes følelse av ansvar og omsorg for barna sine og forventningene de har til egen deltakelse er også med på å legge føringer for deres medvirkning i barnas behandling. Det er ikke vanlig at barn og unge under 18 år henviser seg selv; det er som oftest foreldrene som henviser barnet til behandling (Braswell, 1991), og dette kan ses

på som et utslag av deres følelse av ansvar for barna sine. Det er foreldrene som oftest registrerer, formulerer og melder barnets problem.

Foreldrenes deltakelse i barnets behandling defineres også av rådende forventninger, normer og terapiteorier i behandlingsmiljøet. Behandlingsprogrammet som blir valgt legger ofte rammene for hvorvidt og i hvor stor grad foreldrene skal involveres, samt hvilken rolle de skal ha. I tillegg kan det tenkes at terapeutens subjektive holdninger til samarbeid med foreldre, og hans/hennes personlige erfaringer med dette, har betydning for hvordan han/hun velger å involvere foreldrene. Det er disse faglige og teoretiske synspunktene på foreldres deltakelse i barnets behandling som vil være i hovedfokus i denne litteraturstudien.

Ifølge Gere og Neumer (2011) er norske fagfolk som arbeider med behandling av barn og unge bevisst på å involvere foreldrene. Dette kan muligens komme som et resultat av at det i litteraturen som omhandler utvikling av psykopatologi blant barn fremheves at et barns problem ikke oppstår i et vakuum, men som et resultat av gjensidige påvirkninger mellom barnet og omgivelsene (se for eksempel Kerig & Wenar, 2006; Mash, 2006). Gere og Neumer (2011) skriver at det fremgår av det norske pasientregisteret (NPR) fra 2002 at ved Psykisk helsevern for barn og unge deltok mødre i gjennomsnitt i 6-7 behandlingstimer, og fedre i 4-5 behandlingstimer. Det ble registrert at foreldrene var til stede i flere behandlingstimer når barnets problemer var av eksternaliserende karakter (for eksempel atferdsforstyrrelser) sammenlignet med internaliserende (eksempelvis depresjon, angst). Denne forskjellen kan skyldes at det ved eksternaliserende lidelser de siste tiårene har vært vanlig å benytte behandlingsprogrammer som setter store krav til foreldrenes deltakelse i barnets behandling (som for eksempel Parent Management Training; Patterson, 1982; Patterson,

Reid, & Dishion, 1992, De utrolige årene; Webster-Stratton, 2007, og Multisystemisk terapi; Henggeler & Borduin, 1990).

Nyere statistikk (Helsedirektoratet, 2009) viser at i hele 39% av konsultasjonene i Psykisk helsevern for barn og unge er kun foreldrene til stede, mens at i 17% av konsultasjonene er barn og foreldre til stede sammen.

Rasjonale for å involvere foreldrene i behandling av barn og unge

Det har blitt hevdet at en god grunn til å involvere foreldrene i barnets behandling er at foreldrene og familien i enkelte tilfeller kan spille en rolle i selve problemet som barnet er henvist for. Foreldrene kan uten å være seg det bevisst spille en rolle i utviklingen, utløsningen og opprettholdelsen av barnets problem (Braswell, 1991; Suveg et al., 2006). Det kan tenkes at terapeuten har mulighet til å ta mer direkte tak i disse faktorene som forårsaker og vedlikeholder barnets vansker og arbeide for å endre dem, dersom foreldrene er involvert i barnets behandling. Foreldrene kan også i enkelte tilfeller motarbeide behandlingen som blir gitt. Det antas at det er enklere å sikre seg foreldrenes samarbeid dersom de er involvert i terapien (Suveg et al., 2006).

Enkelte har hevdet at foreldrenes tanker og holdninger når det gjelder barnet og dets evne til å mestre, samt deres oppfatning av verden, har innflytelse på barnet (Siqueland & Diamond, 1998). Det kan tenkes at det av og til vil være slik at de holdningene og oppfatningene som foreldrene har, er av en slik karakter at de kan bidra til at det ikke skjer framgang i terapien. Det er dermed viktig å involvere foreldrene i behandlingen for å sikre at deres tanker og holdninger ikke motvirker det terapeutiske arbeidet, og om mulig lære dem å tenke positivt om behandlingen og hva barnet deres kan mestre. På denne måten vil foreldrene kunne formidle til barnet holdninger og tanker som bygger opp under det barnet lærer i terapitimene, og det vil være større

sannsynlighet for at behandlingen blir vellykket. Siqueland og Diamond (1998) hevder også at endringer som skjer i barnets atferd kan virke truende for foreldrene ettersom disse endringene ofte medfører at interaksjonsmønstrene familiemedlemmene imellom blir forandret. Ved at foreldrene blir involvert i behandlingen kan de lære om viktigheten av at disse interaksjonsmønstrene blir endret, og gitt mulighet til å snakke om det dersom de opplever dette som vanskelig eller ubehagelig.

Resultatene fra enkelte metaanalyser og litteraturstudier som har sett på effekten av foreldreinvolvering i behandling av barn og unge med psykiske lidelser peker i retning av at det at foreldrene er involvert er forbundet med et mer positivt behandlingsutfall, samt at det minsker sannsynligheten for drop-out. Nauta og medarbeidere (Nauta, Scholing, Emmelkamp, & Minderaa, 2003) hevdet at det at foreldrene involveres i behandling av barn med angst kan fungere som en buffer mot drop-out. Bodden (2008) fant imidlertid at drop-out raten var større ved bruk av et behandlingsprogram som involverte foreldrene enn i en behandling som kun involverte barnet. Dette forklares av forfatteren med at det familieorienterte kognitiv atferdsterapeutiske programmet som ble benyttet i denne studien var av en type som stilte store krav til foreldrene og deres ressurser, og at foreldrene avbrøt behandlingen fordi den ble for krevende for dem. I et forskningsprogram som tok for seg behandling av depresjon hos ungdommer, "Treatment for Adolescents With Depression Study" (TADS), fant en at det å involvere foreldrene tidlig i behandlingsprosessen bidro til at foreldrene samarbeidet og forpliktet seg til behandlingen i større grad enn dersom de ikke var involvert (Wells & Albano, 2005).

Karver, Handelsman, Fields og Bickman (2006) gjorde en metaanalyse av 49 studier hvor de blant annet så på betydningen av foreldreinvolvering for utfallet av

behandling av barn og unge med ulike psykiske lidelser. Det ble funnet at forholdet mellom foreldreinvolvering og utfallet av behandlingen varierte svært på tvers av studier (effektstørrelsene varierte fra 0.03 til 0.54). De fant imidlertid en samlet effektstørrelse på 0.26, og konkluderte med at foreldreinvolvering i behandling av barn og unge mest sannsynlig har betydning for utfallet av behandlingen.

Dowell og Ogles (2010) har nylig publisert en metaanalyse med fokus på for hvem og under hvilke betingelser det er gunstig at foreldrene er involvert i barnets behandling. De så på studier som har sammenlignet kombinerte behandlinger, som går ut på at både foreldrene og barnet er involvert i behandlingen, med individualbehandling av barnet. Ifølge dem tyder resultatene på at det er en moderat forbedring ($d = 0.27$) i behandlingsutfall forbundet med at foreldrene involveres i barnets behandling sammenlignet med individualterapeutisk behandling av barnet. Dette kan sies å tyde på at utfallet av barnets behandling blir bedre når foreldrene er involvert. Dowell og Ogles (2010) analyse viser også resultater som tyder på at verken barnets alder eller type psykiske lidelse har modererende betydning for effekten av foreldreinvolvering. Ut fra denne metaanalysen ser det altså ikke ut til at effekten av at foreldrene er involvert er større ved behandling av for eksempel yngre barn sammenlignet med eldre, eller ved eksternaliserende lidelser (for eksempel atferdsforstyrrelser, ADHD) sammenlignet med internaliserende lidelser (for eksempel depresjon, angst). Ifølge forfatterne er det likevel vanligere at foreldrene involveres ved behandling av eksternaliserende lidelser enn det er ved internaliserende lidelser, gjerne som et resultat av at man når det gjelder eksternaliserende lidelser har lettere for å tenke at det må gjøres endringer i miljøet for at barnets atferd skal bli bedre. Dette gjør også at overordnede analyser som ser på effekten av foreldreinvolvering og beslektede begreper

blir noe ”biased” ettersom det ofte er flere studier tilgjengelig som omhandler foreldreinvolvering i eksternaliserende lidelser sammenlignet med foreldreinvolvering i internaliserende lidelser (Dowell & Ogles, 2010).

Det er også gjort litteraturstudier som oppsummerer forskning som har sett på forholdet mellom foreldreinvolvering og utfallet av barnets behandling. I enkelte av disse studiene har man funnet at utfallet av barnets behandling blir forbedret når foreldrene er med. Denne effekten er dokumentert ved både internaliserende lidelser som angst (Barmish & Kendall, 2005; Fiskå & Gjøvåg, 2006; Fjermestad, Haugland, Heiervang, & Ost, 2009) og eksternaliserende lidelser som atferdsforstyrrelser (Kazdin, 2010; van de Wiel, Matthys, Cohen-Kettenis, & van Engeland, 2002). Ved depresjon hos barn og ungdommer er det gjort svært lite forskning på betydningen av foreldreinvolvering for behandlingsutfallet, og dette kan ha sammenheng med at det sjelden er vanlig at foreldrene involveres ved behandling av denne lidelsen (Sander & McCarty, 2005). I artikkelen til Sander og McCarty, som så på betydningen av foreldreinvolvering i behandling av barn og unge med depresjon, ble det konkludert med at effekten av behandling hvor foreldrene er involvert er svært lik den effekten man får når kun barnet eller ungdommen involveres i behandlingen.

I behandling av barn med angst har det vært mer vanlig at foreldrene involveres enn ved behandling av depresjon, og det har som tidligere nevnt blitt vist at foreldreinvolvering kan gi et forbedret behandlingsutfall. Det er imidlertid gjort svært få studier på dette området også, og enkelte forfattere hevder at det er vanskelig å trekke definitive konklusjoner ettersom det ofte er stor variasjon i de studiene som finnes (Barmish & Kendall, 2005). Selv om behandlingene som involverte foreldre kan se ut til

å ha større effektstørrelser, er ikke det i seg selv evidens nok til å kunne konkludere med at det å involvere foreldrene i terapien er bedre enn å ikke gjøre det.

Det har her blitt redegjort for ulike grunner til å involvere foreldrene i barnets behandling. Det har blitt hevdet at foreldrene kan spille en rolle i utviklingen og opprettholdelsen av barnets problem, og at deres holdninger til terapeuten og behandlingen har innvirkning på utbyttet barnet får av behandlingen. Det at de involveres i behandlingen gjør dermed at terapeuten lettere kan sikre seg deres samarbeid, slik at de ikke motarbeider behandlingen. Forskning i form av metaanalyser og litteraturstudier har i enkelte tilfeller vist at foreldreinvolvering kan gi et bedre behandlingsutfall og en redusert sannsynlighet for drop-out sammenlignet med når foreldrene ikke er involvert.

Begrepsdefinisjoner

I litteraturen omkring foreldreinvolvering i terapi er det sjelden at begrepene benyttet for å beskrive foreldrenes deltakelse blir definert. Hvilke begreper som blir brukt varierer på tvers av artiklene. De vanligste er foreldredeltakelse (parent participation; se for eksempel Dowell & Ogles, 2010; Fjermestad et al., 2009; Karver et al., 2006), foreldreinkludering (parent inclusion; se for eksempel Fiskå & Gjøvåg, 2006; Sander & McCarty, 2005; Siqueland & Diamond, 1998) og foreldreinvolvering (parental involvement; se for eksempel Barmish & Kendall, 2005; Braswell, 1991; Fjermestad et al., 2009; Haugland, 2011; Suveg et al., 2006). Det er kun én artikkel (Fiskå & Gjøvåg, 2006) som beskriver hva som skiller begrepene fra hverandre. Fiskå og Gjøvåg ønsker å skille mellom foreldrenes fysiske og psykologiske tilstedeværelse i barnets behandling, og de hevder at begrepet foreldreinvolvering innebærer at foreldrene både er fysisk og psykologisk til stede, mens begrepet foreldreinkludering

innebærer at foreldrene kun er fysisk til stede. Etter vår oppfatning har disse definisjonene flere svakheter. For det første er det vanskelig å vite hva som legges i fysisk og psykologisk tilstedeværelse. Definisjonene sier for eksempel ikke noe om hvor mange behandlingstimer foreldrene må være fysisk til stede i barnets behandling for at de skal kunne sies å være inkludert, og det kommer heller ikke fram hva som egentlig menes med at foreldrene er psykologisk tilstedeværende. For det andre skiller ikke disse definisjonene mellom ulike måter som foreldrene kan være deltakende på. De gjør ikke forskjell på ulike oppgaver og roller som foreldrene kan ha i barnets behandling. Etter vår oppfatning er det av større nytte for feltet dersom det blir benyttet definisjoner som setter klarere skillelinjer mellom ulike måter foreldrene kan delta på i barnets behandling.

Kendall (2006) skiller mellom tre roller foreldre kan ha i barnets behandling. De kan være *consultants*, *collaborators* eller *co-clients*. De har en rolle som *consultants* når de gir terapeuten informasjon om forskjellige sider ved barnets problem. Foreldrene beskrives som *collaborators* når de assisterer terapeuten i gjennomføringen av behandlingselementene. Kendall beskriver at foreldrene kan delta som *co-clients* dersom de har en vedlikeholdende funksjon i forhold til barnets vansker. I slike tilfeller blir foreldrene sett på som mål for terapeutiske tiltak på linje med barnet. Etter vår oppfatning er denne inndelingen mer nyttig enn den til Fiskå og Gjøvåg (2006) ettersom Kendalls definisjon tar hensyn til at foreldrene kan delta på ulike måter i barnets behandling, og beskriver hva som skiller de ulike foreldrerollene. I denne litteraturstudien vil begrepet informanter bli benyttet for å beskrive det Kendall kaller *consultants*. Begrepet medklienter vil bli benyttet i beskrivelsen av foreldrene som *co-clients*. Vi vil hevde at Kendalls begrep *collaborators* er noe vidt, da det innbefatter

flere ulike roller foreldrene kan ha i gjennomføringen av barnets behandling. Her vil det derfor bli satt skiller mellom foreldrene som formidlere, støttepersoner, modeller, trenere og terapeutens stedfortredere. Vi vil hevde at det er viktig at de ulike rollene foreldre kan ha er klart definert og beskrevet, slik at man vet hva som skiller dem. Det kan føre til at det blir enklere å undersøke betydningen den enkelte rolle har for utfallet av behandlingen. Under følger en beskrivelse av hver enkelt av disse rollene som foreldrene kan ha i barnets behandling. Rollene er ikke gjensidig utelukkende, det vil si at foreldrene kan ha flere av disse rollene underveis og parallelt i et terapiforløp.

Det har, som tidligere nevnt, blitt hevdet at foreldrene er med på å definere barnets problem (Braswell, 1991). Med dette menes at det vanligvis er foreldrene som henviser barnet til behandling, og at de da ofte har klare tanker om hva barnet deres trenger hjelp til. Det er ofte foreldrenes forståelse av barnets problem som er terapeutens utgangspunkt når han/hun møter barnet for første gang. Foreldrene gir terapeuten informasjon om barnet og dets vansker, og ettersom foreldrene ofte kan gi mer utfyllende informasjon om barnets fungering enn det barnet selv kan, får terapeuten et større grunnlag for å forstå barnets problemer (Suveg et al., 2006). Foreldrene har med andre ord en rolle som informanter.

Ettersom foreldrene kjenner barnet bedre enn terapeuten gjør, vil de i mange tilfeller være bedre i stand enn terapeuten til å formidle informasjon til barnet på en måte som barnet forstår. Det at barnet får informasjon om sin psykiske vanske og hvordan den kan mestres er i mange tilfeller nødvendig for å få et positivt behandlingsutfall. Foreldrene spiller med andre ord en rolle som formidlere av vesentlig informasjon.

Det har, som tidligere beskrevet, blitt hevdet at foreldrene kan ha en vedlikeholdende funksjon i forhold til barnets vansker. I enkelte tilfeller har også foreldrene symptomer på psykiske lidelser. Det viser seg for eksempel at foreldre til barn med angst ofte selv har symptomer på angst (Siqueland & Diamond, 1998). I slike tilfeller involveres gjerne foreldrene som medklienter. De får psykoedukasjon om hvordan de kan mestre barnets angst og/eller egen angst, og blir lært ulike mestrings-, problemløsnings- eller kommunikasjonsferdigheter. Det blir med andre ord sett på som et mål for terapien at foreldrene skal få mer kunnskap om barnets psykiske lidelse og bedre ferdigheter i håndteringen av den, og dette får konsekvenser for foreldrenes rolle i behandlingen.

Foreldrene kan også spille en viktig rolle i barnets motivasjon for behandling (Suveg et al., 2006). De kan motivere barnet til å komme til timene, samt til å øve på og benytte seg av strategiene det lærer i behandlingen. Dersom foreldrene er med i behandlingen av barnet, kan det også gjøre at barnet kan bli tryggere i terapisisituasjonen. Foreldrene kan således spille en viktig rolle for barnets trivsel og framgang. Foreldrene har med andre ord en rolle som motivator og støtte for barnet.

Det har blitt hevdet at i barnets liv er foreldrene rollemodeller med stor innflytelse (Pahl & Barrett, 2010). Barnets foreldre kan tjene som modeller både når det gjelder relasjonen til terapeuten og i utøvelsen av lærte ferdigheter. Det har vist seg at foreldrenes innstilling kan ha betydning for barnets engasjement underveis i terapiprosessen (Suveg et al., 2006), og terapeuten kan derfor fremheve overfor foreldrene viktigheten av at de modellerer en positiv holdning til behandlingen. Dersom terapeuten underveis i terapien forklarer foreldrene rasjonale og det empiriske grunnlaget for behandlingen som blir gitt, er det muligens større sannsynlighet for at

foreldrene vil ha tro på at behandlingen virker, og at de vil formidle dette til barnet sitt. Dette kan øke barnets engasjement og motivasjon. Dette vil muligens sikre at barnet fortsetter å møte til timene, og minske sannsynligheten for drop-out. Foreldrene kan også være forbilder for barnet i utøvelsen av ferdigheter som blir lært underveis i behandlingen. De har mulighet til dette i større grad enn det terapeuten har, ettersom de tilbringer mer tid sammen med barnet enn det terapeuten gjør.

Foreldre kan i mange tilfeller spille en rolle som de som trener barnet i nye ferdigheter. Foreldrene kan gi barnet hjelp til å øve hjemme på ferdigheter som det lærer i terapitimene (Siqueland & Diamond, 1998). I de fleste tilfeller opptar terapitimene en svært liten del av den tiden barnet er våken i løpet av en uke. For at det barnet lærer i terapitimene skal få en innvirkning på barnets liv er det derfor viktig at det blir fulgt opp hjemme. Her kan foreldrene spille en viktig rolle. Dette blir ofte kalt ”overføring av kontroll” (Braswell, 1991; Suveg et al., 2006). Det hevdes at foreldrene spiller en rolle i overføringen av ferdigheter fra terapeuten til barnet, ettersom foreldrene er delaktige i barnets liv i en mye større grad enn det terapeuten er. At foreldrene spiller en slik rolle er særlig beskrevet i sammenheng med behandling av barn med angstlidelser (Suveg et al., 2006).

Foreldrene kan være terapeutens stedfortredere i forskjellige situasjoner hvor terapeuten ikke er til stede. Foreldrene spiller med andre ord en viktig rolle for at barnet skal lære å generalisere ferdighetene som det lærer i terapitimene til andre kontekster (Barmish & Kendall, 2005; Braswell, 1991; Siqueland & Diamond, 1998). Ettersom foreldrene vanligvis er sammen med barnet i langt flere situasjoner enn det terapeuten er, har foreldrene en bedre mulighet enn terapeuten til å legge til rette for at barnet kan benytte seg av ferdighetene det har lært. De kan på den måten bidra til at barnet lærer at

ferdighetene er brukbare i ulike kontekster. Foreldrene kan også hjelpe til med å opprettholde barnets endring etter at behandlingen er avsluttet (Barnish & Kendall, 2005; Braswell, 1991; Suveg et al., 2006). De kan hjelpe barnet til å fortsette å bruke ferdighetene det har lært etter at familien ikke lenger har kontakt med terapeuten.

Det har her blitt gitt en beskrivelse av de ulike rollene foreldrene kan ha i barnets behandling. Denne inndelingen kan sies å være meningsfull ettersom den setter skillelinjer mellom ulike måter foreldrene kan involveres på i barnets behandling, og dermed bidrar til at det kan være mulig å se på hvilken betydning de forskjellige rollene har for behandlingsutfallet. Når det gjelder begrepene foreldredeltakelse, foreldreinkludering og foreldreinvolvering, som er de begrepene som oftest blir benyttet i litteraturen omkring foreldrenes medvirkning i barnets behandling, vil disse bli definert på følgende måte:

Vårt utgangspunkt er at det er en eller annen form for foreldredeltakelse i alle behandlinger av barn og unge. Som tidligere beskrevet er det oftest foreldrene som henviser barnet til behandling. De gir også samtykke til behandling, de gir nødvendig informasjon om barnets tilstand og det er i mange tilfeller foreldrene som følger barnet til og fra møter med terapeuten. I tillegg kan foreldrene være tilstede i barnets terapitimer, og de kan ha funksjoner og oppgaver utenom terapitimene. Her vil altså foreldredeltakelse bli benyttet som et overordnet begrep for å beskrive enhver aktivitet foreldrene deltar i og enhver rolle de har knyttet til det at barnet får hjelp for sine psykiske vansker.

Foreldreinkludering vil bli definert som det at foreldrene er til stede i barnets behandlingstimer. De får en aktiv rolle i disse timene ved at de gjerne fungerer som informanter, medklienter og støttepersoner. Foreldrenes rolle er imidlertid begrenset til

terapitimene. De har ikke bestemte oppgaver knyttet til barnets behandling i andre situasjoner enn timene med terapeuten.

Foreldreinvolvering innebærer at foreldrene har funksjoner og oppgaver i behandlingen, og at disse ikke er begrenset til terapitimene. Terapien er et samarbeid mellom terapeuten og barnets foreldre, og foreldrene kan for eksempel få ansvar for å følge opp barnet og dets bruk av mestringsstrategier hjemme og i andre situasjoner hvor terapeuten ikke er til stede i tillegg til å ha bestemte roller i terapitimene. Ettersom denne definisjonen av begrepet foreldreinvolvering ikke utelukker at foreldrene deltar i terapitimene som beskrevet ved foreldreinkludering, har vi i denne oppgaven valgt å benytte begrepet foreldreinvolvering i den generelle beskrivelsen av at foreldrene har ansvar og oppgaver i terapien. Et av formålene med litteraturstudien er å se på hvordan foreldreinvolvering er beskrevet i den litteraturen som foreligger på området.

Ulike tilnæringsmåter til foreldreinvolvering

På bakgrunn av litteraturen som omhandler foreldreinvolvering i terapi med barn har vi en antakelse om at det finnes ulike tilnæringer til dette temaet.

Foreldreinvolvering kan med andre ord beskrives på forskjellige måter. Én tilnæringsmåte vil være å anta at enten er foreldrene involvert i behandlingen av barn eller de er ikke involvert. Studier som har dette utgangspunktet sammenligner gjerne behandlingsgrupper hvor foreldrene er involvert med en gruppe som ikke får behandling, eventuelt med en annen behandlingsgruppe hvor foreldrene ikke er involvert (hvor kun barnet får behandling), og ser på forskjeller mellom disse gruppene ved avsluttet behandling. Fordelen med en slik tilnærming er at man ved bruk av den kan få informasjon om effekten det har på behandlingsutfallet at foreldrene er involvert sammenlignet med når de ikke er det. Ved å studere foreldreinvolvering på denne måten

får man imidlertid ikke informasjon om hvor mye foreldreinvolvering som er nok for å få en økt behandlingseffekt, og heller ikke om hvordan det er best å involvere dem/hvilke oppgaver de skal ha i terapien. En annen tilnæringsmåte til foreldreinvolvering er at det finnes forskjellige grader av dette. Man antar med andre ord at foreldrene i noen tilfeller er mer involvert enn i andre; det er kvantitative forskjeller i hvor involvert foreldrene er. Det kan tenkes at studier som beskriver foreldreinvolvering på denne måten vil sammenligne behandlingsgrupper hvor foreldrene bidrar i ulik grad, for eksempel en gruppe hvor foreldrene kun får informasjon om barnets tilstand og de ulike behandlingselementene, og en annen gruppe hvor de i tillegg til dette følger opp barnets bruk av lærte ferdigheter i forskjellige situasjoner. Ved å nærme seg fenomenet foreldreinvolvering på denne måten kan man få verdifull informasjon om hvor mye foreldrene skal være involvert for at det skal ha en gunstig effekt på behandlingsutfallet. En begrensning ved denne tilnæringsmåten er imidlertid at den heller ikke gir informasjon om på hvilken måte det er mulig å involvere foreldrene i barnets behandling og hvilken måte som har best effekt. En tredje tilnæringsmåte til foreldreinvolvering er å anta at det finnes kvalitative forskjeller i foreldreinvolvering. Det finnes med andre ord ulike måter å involvere foreldrene på, og de blir tildelt ulike roller og funksjoner i barnets behandling. Det kan tenkes at studier som har denne tilnæringsmåten til foreldreinvolvering vil sammenligne behandlingsgrupper hvor foreldrene har hatt ulike roller. De kan for eksempel se på forskjellene mellom en behandlingsgruppe hvor foreldrene hadde en rolle som medklienter med en gruppe hvor de hadde en rolle som trenere i nye ferdigheter. Ved å nærme seg temaet på denne måten kan man få informasjon om hvilken rolle foreldrene skal ha for at utfallet av terapien skal bli best mulig. Når det blir tatt utgangspunkt i denne tilnærmingen alene,

får man imidlertid ikke informasjon om i hvor stor grad det er nødvendig at foreldrene har den enkelte rolle for at en positiv effekt på behandlingsutfallet skal oppnås. Man får heller ikke informasjon om hvorvidt det å involvere foreldrene i den bestemte rollen har effekt sammenlignet med å ikke involvere dem. Det kan dermed muligens tenkes at et forskningsdesign som tok utgangspunkt i en kombinasjon av de ulike tilnærmingene ville være gunstig dersom man ønsker mest mulig informasjon om nytten av å involvere foreldre i barnets behandling.

Avgrensninger

Denne litteraturstudien om foreldreinvolvering vil avgrenses til foreldreinvolvering i kognitiv atferdsterapeutisk behandling av barn og unge med angst eller depresjon. Grunnen til at angst er en av lidelsene det vil bli fokusert på, er at den er blant de hyppigst forekommende lidelsene i barndommen (Edmunds, O'Neil, & Kendall, 2011; Pahl & Barrett, 2010). Depresjon er også en relativt hyppig forekommende psykisk lidelse blant barn og ungdommer (Stark et al., 2006), og den har alvorlige konsekvenser for barnet eller ungdommens psykososiale utvikling (Stark et al., 2006). Kognitiv atferdsterapi er en godt dokumentert behandlingsform, også i behandling av barn og unge (Grova, Haugland, & Dahl, 2011). Kognitiv atferdsterapi er også den mest vanlige og best dokumenterte behandlingsformen for både depresjon (Clarke et al., 1992) og angst (Reaven, 2011). I kognitiv atferdsterapi ser man på både barnets indre (tanker, følelser, m.v.) og ytre miljø (for eksempel interaksjon mellom familiemedlemmer) som viktige mål for behandling (Haugland, 2011). Grunnen til at man i kognitiv atferdsterapi tenker at man også må ha fokus på barnets ytre miljø i behandlingen, er at man tenker seg at de problemene som barnet har, kan ha sammenheng med og innflytelse på familien og interaksjonen familiemedlemmene

imellom. Dette at man i kognitiv atferdsterapi har fokus på det ytre miljøet og tenker at det må skje forandringer i det ytre miljøet for at barnets atferd skal endres, er et trekk som gjør at det er sannsynlig at barnets foreldre vil bli involvert i behandlingen. Det at man i kognitiv atferdsterapi har fokus på endring av atferd like mye som på endring av kognisjoner og følelser er også noe som gjør det sannsynlig at foreldrene vil bli involvert. Foreldrene kan, som beskrevet tidligere, trene barnet i ulike ferdigheter og legge til rette for at barnet kan benytte seg av de nye ferdighetene i forskjellige situasjoner. Det er med andre ord flere grunner til at det å ha kognitiv atferdsterapi som utgangspunkt i en gjennomgang av litteraturen omkring foreldreinvolvering er et naturlig valg.

I denne litteraturstudien vil foreldreinvolvering bli avgrenset til å handle om foreldrenes involvering i behandlingen av barnet. Det vil ikke bli fokusert på studier som hovedsakelig beskriver effekten det har på utfallet av barnets behandling at foreldrene har spesifikke egenskaper/karakteristikk/psykiske lidelser. Vi vil heller ikke ta for oss studier som i hovedsak dreier seg om effekten det har på barnets behandling at foreldrene får behandling for sine egne psykiske lidelser. Grunnen til dette er at vi ønsker å se på hvordan foreldrene er involverte i barnets behandling, uavhengig av egenskaper ved dem. Vi er imidlertid bevisste på at familiefaktorer kan spille en rolle i forhold til utfallet av barnets behandling (Liber et al., 2008), og dette gjelder også for behandlinger hvor foreldrene ikke er involvert. Det kan også sies å være glidende overganger mellom disse formene for behandling. Det kan for eksempel være vanskelig å skille mellom psykoedukasjon vedrørende barnets angst og tips til hvordan foreldrene kan arbeide med sin egen angst.

Sentrale komponenter i kognitiv atferdsterapeutisk behandling av angst og depresjon hos barn

I denne seksjonen vil de viktigste komponentene i kognitiv atferdsterapeutisk behandling av barn og unge med angst og depresjon bli presentert sammen med en redegjørelse for hvordan det er mulig å involvere foreldre i hver enkelt av disse, og hvilken rolle foreldrene kan ha. Utgangspunktet for denne beskrivelsen vil være sentrale komponenter ved kognitiv atferdsterapeutisk behandling av angst hos barn slik de er beskrevet i Kendall og Suveg (2006), samt Stark og medarbeideres "ACTION"-program (Stark et al., 2006) for behandling av barn med depresjon. Grunnen til at det blir benyttet et konkret behandlingsprogram i beskrivelsen av behandling av barn med depresjon er at det ved behandling av denne lidelsen ofte er vanskelig å skille sentrale elementer i kognitiv atferdsterapeutisk behandling fra konkrete behandlingsprogrammer. I kapitler om depresjon i standard lærebøker om kognitiv atferdsterapi er det ofte Stark og medarbeideres "ACTION"-program som blir beskrevet (se for eksempel Kendall, 2006; Mash & Barkley, 2006). "ACTION"-programmet er også relativt utbredt i kognitiv atferdsterapeutisk behandling av depresjon, og har en høy status på feltet. Behandlingsprogrammene for angst og depresjon kan sies å ligne litt i utformingen ettersom de består av flere av de samme hovedelementene. Disse tilpasses imidlertid til den enkelte lidelse, og sammenhengen de blir satt inn i vil variere. Her vil det som er felles for disse programmene bli presentert først, og det vil så bli redegjort for behandlingskomponenter som er særegne for den enkelte lidelse.

Psykoedukasjon. Både ved behandling av angst og depresjon hos barn er psykoedukasjon en sentral del. Barna lærer om angst eller depresjon som fenomen og om hvordan det kan mestres. Det blir tatt utgangspunkt i de kognitiv atferdsterapeutiske

modellene for angst og depresjon. Barna lærer å kjenne igjen forskjellige følelser og tilstander. Ved behandling av angst antas det at barna lettere vil være i stand til å mestre angsten når de klarer å kjenne den igjen og skille den fra andre følelser (Kendall & Suveg, 2006). Ved depresjon lærer barna å bli mer bevisste på sine egne tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og atferd, og på hvordan de påvirker hverandre (Stark et al., 2006).

I denne delen av behandlingen kan det tenkes at foreldrene kan spille en viktig rolle som formidlere. De kan hjelpe terapeuten å formidle informasjonen til barnet på en måte som barnet forstår. Dersom foreldrene tar del i denne delen av behandlingen, og selv får lære om de ulike aspektene ved angst eller depresjon og begrunnelsen for behandlingen som blir gitt, vil det muligens være en mindre sannsynlighet for at de motarbeider behandlingen. Foreldrene kan muligens også spille en rolle som terapeutens stedfortredere ved at de kan stille barnet spørsmål i forskjellige situasjoner i hverdagen som gjør barnet mer bevisst på egne tanker, følelser, etc.

Avspenning. I behandling av begge lidelsene lærer barna avspenningsøvelser. Hensikten med avspenningstrening er at barnet skal bli bevisst på og få kontroll over sine egne kroppslige reaksjoner på angst og depresjon. Barnet lærer å spenne og avspenne forskjellige muskelgrupper i kroppen. På denne måten kan barnet kjenne igjen hvordan det oppleves når kroppen er anspent, og bruke det som et tegn på at det kan benytte seg av avspenningsteknikkene. Videre lærer barnet å bli bevisst på hvilke muskelgrupper som spenner seg når det opplever angst eller depresjon, og å benytte seg av avspenningsteknikker når dette skjer. I denne delen av behandlingen er det mulig å involvere foreldrene som terapeutens stedfortredere og tilretteleggere for at barnet kan benytte seg av avspenningsteknikkene når det opplever negative følelser utenfor

terapirommet. Foreldrene kan, når de merker at barnet er engstelig eller trist, minne barnet på å bruke teknikkene det har lært, og slik være med på å sikre at avspenningsferdighetene blir generaliserte.

Kognitiv mestring. Ettersom det i kognitiv atferdsterapi antas at tanker, emosjoner og atferd er tett forbundet med hverandre (Kendall & Suveg, 2006), blir ofte tanker benyttet for å endre følelser og atferd. Gjennom modellering, forskjellige øvelser og rollespill lærer barna å bytte ut negative tanker om seg selv, hva de kan mestre, situasjoner de møter, hva som kan skje, etc. med mer positive tanker. Barna lærer også å kjenne igjen egne negative tanker, og selv stille spørsmål ved dem. De får på denne måten en bedre forutsetning for å mestre situasjoner som de opplever som skremmende eller vanskelige. Også i denne delen av behandlingen kan det tenkes at foreldrene kan involveres som terapeutens stedfortredere. De kan hjelpe barna å finne fram til mer positive tanker om seg selv og hva de kan mestre når de i hverdagen møter situasjoner eller objekter som de frykter eller som gjør at de får lett for å tenke lave tanker om seg selv. Ifølge Pahl og Barrett (2010) utgjør barnets familie det mest optimale miljøet for endring i barnets maladaptive kognisjoner ettersom foreldrene kan hjelpe barnet til å fortolke hverdagens opplevelser og erfaringer på nye måter.

Problemløsning. Hovedformålet med denne delen av terapien er å gi barnet økt tillit til at det kan klare å mestre utfordringer som de møter i hverdagen (Kendall & Suveg, 2006). Barnet lærer at noen av de situasjonene som oppleves som vanskelige eller triste kan endres (Stark et al., 2006). Barna blir presentert for en problemløsningsmodell i flere stadier: 1) problemdefinisjon. Hva er det som er vanskelig? Hvilke mål har jeg?, 2) generere forskjellige løsningsalternativer, 3) vurdere hvert alternativ og velge det som passer best, 4) evaluere konsekvensene av det valgte

løsningsalternativet. Gjennom alle disse stadiene kan foreldrene opptre som modeller for bruk av problemløsningsstrategiene i vanskelige situasjoner. De kan også hjelpe barnet til å være ”problemløser” i andre situasjoner enn i terapirommet.

Særlige elementer i behandling av barn med angst

Betinget forsterkning. Dette innebærer at barnet blir gitt en positiv forsterkning hver gang det klarer å benytte seg av strategiene det lærer i behandlingen. Barnet kan også belønnes for hver gang det eksponerer seg for en angstfremkallende situasjon. I denne delen av behandlingen kan foreldrene inneha en viktig rolle som terapeutens stedfortredere. De er mer til stede i barnets hverdag, og har derfor større mulighet til å belønne barnet umiddelbart etter at det har vist en atferd som det er avtalt at skal belønnes.

Modellering. I behandling av barn med angst blir modellering ofte brukt for å vise barna ønskelig, ”ikke-angstfylt” atferd i en situasjon som barnet opplever som angstfremkallende. Her kan foreldrene spille en stor rolle. De kan modellere slik ”ikke-angstfylt” atferd i situasjoner hvor barnet lett blir engstelig.

Eksponeringsbaserte metoder. Eksponering innebærer at barnet enten forestiller seg eller virkelig blir plassert i en situasjon som det opplever som angstfremkallende, med det mål for øyet at barnets frykt for situasjonen skal minske og at det skal få øvelse i å benytte seg av mestringsferdighetene som det har lært (Kendall & Suveg, 2006). Det er vanlig å gjennomføre eksponering på en gradvis måte, hvor barnet først blir eksponert for noe det frykter *litt*, så for noe det frykter *litt mer* og så videre til barnet til sist blir eksponert for situasjonen eller objektet som det frykter *mest*. I denne prosessen er foreldrenes samarbeid viktig. Det er vanskelig for barnet å eksponere seg for fryktede situasjoner dersom foreldrene for eksempel stadig tar barnet

vekk fra situasjoner de vet at barnet frykter. Dersom foreldrene får innsyn i det teoretiske og empiriske grunnlaget for å benytte eksponering som metode, vil man muligens i større grad være sikret deres samarbeid. Foreldrene kan da støtte og motivere barnet for å eksponere seg for de fryktede situasjonene.

Særlige elementer i behandling av barn med depresjon

Målsetting. I begynnelsen av terapien setter terapeuten og barnet sammen opp mål for behandlingen (Stark et al., 2006). Her kan det tenkes at det vil være gunstig å involvere foreldrene, ettersom de kjenner barnet bedre enn terapeuten gjør. Den informasjonen som foreldrene kan gi om barnet vil kunne være til god hjelp når terapeuten skal formulere realistiske behandlingsmål. Her kan med andre ord foreldrene spille en rolle som informanter.

Trening i mestringsferdigheter. Barnet blir lært mestringsstrategier som det kan bruke for å komme i bedre humør: 1) å gjøre noe morsomt som får tankene vekk fra det triste, 2) gjøre noe som krever energi, 3) snakke med noen om det som er trist eller vanskelig, og 4) endre måten man tenker om det som er trist eller vanskelig (Stark et al., 2006). I denne delen av behandlingen kan det tenkes at foreldrene kan involveres som terapeutens stedfortredere. De kan minne barnet på å benytte seg av mestringsstrategiene i forskjellige situasjoner i hverdagen.

Bygge positiv selvfølelse. Det gode selvbildet som er blitt etablert ved bruk av kognitiv restrukturering blir ytterligere forsterket ved bruk av ulike tilleggsaktiviteter (Stark et al., 2006). Barna blir gjennom dem gitt hjelp til å identifisere sine sterke sider og oppdage evidens som bekrefter disse. I denne delen av behandlingen blir foreldrene dratt inn som informanter (Stark et al., 2006). De forteller om de positive egenskapene som de opplever at barnet har, og disse blir så formidlet til barnet av terapeuten. Det kan

også tenkes at foreldrene her kan spille en viktig rolle ved at de i hverdagen kan minne barnet på dets sterke sider, rose det for de positive egenskapene som barnet har og på den måten hjelpe barnet til å utvikle et godt selvbilde videre.

Ut fra disse beskrivelsene går det fram at kognitiv atferdsterapeutisk behandling av barn og unge med angst og depresjon består av flere forskjellige komponenter, og at hver av disse er velegnet for foreldreinvolvering. Det kan imidlertid se ut til at noen av disse behandlingselementene sannsynliggjør foreldreinvolvering i større grad enn andre. Det kan for eksempel tenkes at foreldrene kan spille en større rolle ved elementene betinget forsterkning og eksponeringsbaserte metoder sammenlignet med ved avspenningsøvelser og psykoedukasjon. Dette kan ha sammenheng med at de førstnevnte elementene stiller større krav til oppfølging mellom terapitimene enn det de sistnevnte gjør.

Problemstillinger

Denne litteraturstudien vil ta for seg den forskningen som omhandler foreldreinvolvering ved kognitiv atferdsterapeutisk behandling av barn og unge med angst eller depresjon, og undersøke hvorvidt det å involvere foreldrene i behandlingen gir et bedre behandlingsutfall enn dersom de ikke involveres. Den vil også ta for seg betydningen det har for foreldrenes grad av tilfredshet med barnets behandling at de blir involvert. Som nevnt tidligere, vil denne oppgaven også ta for seg hvordan foreldreinvolvering er beskrevet i de studiene som foreligger på området. Vi vil undersøke hvilke av de tidligere beskrevne tilnæringsmåtene forskerne har benyttet seg av i undersøkelsen av fenomenet foreldreinvolvering. Denne litteraturgjennomgangen vil også se på hvilke roller foreldrene har hatt i de ulike studiene, og betydningen disse rollene har for utfallet av terapien. Vi vil også se på

hvilken betydning foreldrerollene har for foreldrenes tilfredshet med behandlingen.

Oppsummert er problemstillingene som følger:

- 1) Hvilken effekt har foreldreinvolvering ved kognitiv atferdsterapeutisk behandling av barn og unge med angst eller depresjon på behandlingsutfallet?
- 2) Hvilken effekt har foreldreinvolvering ved kognitiv atferdsterapeutisk behandling av barn og unge med angst eller depresjon på foreldrenes tilfredshet med behandlingen?
- 3) Hvordan blir foreldreinvolvering beskrevet i kognitiv atferdsterapeutisk behandling av barn og unge med angst eller depresjon?
- 4) Hvordan deltar foreldrene i kognitiv atferdsterapeutisk behandling av barn og unge med angst eller depresjon/ hvilke roller blir de gitt?
- 5) Hvilken betydning har foreldrenes rolle i kognitiv atferdsterapeutisk behandling av barn og unge med angst eller depresjon for utfallet av terapien?
- 6) Hvilken betydning har foreldrenes rolle i kognitiv atferdsterapeutisk behandling av barn og unge med angst eller depresjon for deres tilfredshet med behandlingen?

Metode

Søkeprosedyre

Det ble utført elektronisk søk i databasene PsycINFO, ISI Web of Science, Cochrane og PubMed. Søkeordene ble organisert i fire kategorier som vist i tabell 1. Kategori 1 inneholdt søkeord som omhandlet foreldreinvolvering, kategori 2 inneholdt søkeord som omhandlet aldersgruppe, kategori 3 inneholdt søkeord som omhandlet

Tabell 1

Oversikt over søkeordene benyttet i det elektroniske søket

Kategori 1	Kategori 2	Kategori 3	Kategori 4
”parent participation”	child*	“behavior* therapy”	depress*
”parent involvement”	kid*	“behavior* treatment*”	“bipolar disorder”
”parent inclusion”	youth*	“behavior* intervention*”	“obsessive compulsive disorder”
“including parents”	adolescent*	“cognitive therapy”	“separation anxiety”
“involving parents”	teen*	“cognitive treatment*”	“social anxiety”
“parent role”		“cognitive intervention*”	“phobic anxiety”
“parent management”		“cognitive-behavior* therapy”	“generalized anxiety”
“parent counseling”		“cognitive-behavior* treatment*”	agoraphobia
“parent supervision”		“cognitive-behavior* treatment*”	“specific phobia*”
“parent assistance”		“cognitive-behavior* intervention*”	“panic disorder”
“parent contribution”			anxi*

behandlingstype og kategori 4 inneholdt søkeord som omhandlet lidelser. Søkeordene ble kombinert med ”or” innenfor hver kategori og alle de fire kategoriene ble tilslutt kombinert med ”and” i alle databasene. Det ble også sjekket for duplikater.

Etter det elektroniske søket ble referanselistene til alle artiklene med relevante studier samt annen relevant litteratur i form av reviewartikler, metaanalyser og bokkapitler systematisk gjennomgått for å identifisere flere relevante studier. Det ble også gjort en systematisk gjennomgang av artikler som hadde sitert artiklene fra det elektroniske søket. Også her ble det sjekket for duplikater.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å bli inkludert i denne litteraturstudien måtte artiklene oppfylle kriterier som omhandlet både type studie, aldersgruppe, type lidelse og type intervensjon.

Artiklene måtte omhandle en empirisk studie for å bli inkludert. Kun randomiserte, kontrollerte studier ble tatt med. Det måtte komme klart fram av studien at foreldrene var involvert i barnets behandling og at det var et hovedfokus på nettopp dette.

Studier som hadde hovedfokus på egenskaper ved foreldrene og disse egenskapenes betydning for utfallet av barnets behandling, ble ekskludert. Selv om foreldrekarakteristika kan spille en viktig rolle i barns lidelse og behandlingsutfall, ble dette, som omtalt i introduksjonen til oppgaven, vurdert som et tema utenfor vår problemstilling.

Som beskrevet tidligere, blir foreldre ofte brukt som informanter i behandling av barn, og dette kan ses på som en rolle foreldrene får i terapien. I denne studien ønsker vi imidlertid å se på foreldreinvolvering ut over dette, og studier hvor foreldrene kun ble gitt rollen som informanter ble derfor ekskludert.

Studier som sammenlignet foreldreinvolvering i andre settinger enn terapi, for eksempel i skolesammenheng, ble ekskludert. Foreldreinvolvering i skole blir gjerne begrenset til de faglige vanskene barnet har og hvordan foreldrene kan hjelpe barnet i å få et bedre faglig utbytte, som for eksempel gjennom leksehjelp og tettere samarbeid med lærer. Siden foreldreinvolvering i slike settinger derfor blir noe annerledes og muligens noe mer begrenset enn i terapi, faller det utenfor vår problemstilling. I det elektroniske søket kom det også med enkelte bokanmeldelser, og disse ble ekskludert fra litteraturstudien.

I denne litteraturstudien ønsket vi å se på studier som omhandler behandling av barn og ungdom under 18 år. For å bli inkludert måtte det komme klart fram at studien hadde hovedfokus på minst én av de følgende lidelsene: depresjon, bipolar lidelse, angst

av typene separasjonsangst, sosial angst, fobisk angst, generalisert angst, agorafobi, spesifikk fobi eller panikklidelse, tvangslidelse (OCD). Artikler som omhandlet komorbide lidelser ble tatt med så sant det var en av de tidligere nevnte lidelsene som var primærdiagnose og som var i hovedfokus. Dette ble gjort fordi andre lidelser, som for eksempel ulike typer angstlidelser, depresjon og atferdsforstyrrelser, ofte opptrer sekundært til disse lidelsene (Carr, 2006a, 2006b). Studier som omhandlet komorbide utviklingsforstyrrelser ble imidlertid ekskludert. Dette ble gjort fordi foreldreinvolvering innenfor disse lidelsene muligens vil bli mer omfattende enn hos de uten komorbid utviklingsforstyrrelse da barn med utviklingsforstyrrelser ofte krever mer hjelp og tilrettelegging i hverdagen.

Studier hvor behandling av foreldrenes psykiske lidelser var hovedfokus og studier hvor psykisk lidelse/diagnose ikke var spesifisert i sammendraget, ble ekskludert.

I denne litteraturstudien ønsker vi å se på foreldreinvolvering i kognitiv atferdsterapi med barn og unge. Studier hvor både barnet og foreldrene mottok kognitiv atferdsterapi ble derfor inkludert. Det måtte komme klart fram av enten tittel eller sammendrag at det var denne typen terapi som var i hovedfokus, ellers ble studien ekskludert. Studiene måtte også omhandle behandling av eksisterende lidelse for å bli inkludert. Dersom de omhandlet forebyggende arbeid ble de ekskludert.

Identifiserte artikler etter det elektroniske søket

Gjennom det elektroniske søket fremkom det 68 artikler (36 artikler i PsycINFO, 25 i ISI Web of Science, 7 i Cochrane og ingen i PubMed). Det var 19 duplikater, og 49 artikler ble dermed gjennomgått med tanke på inklusjons- og eksklusjonskriteriene.

Utvelgelse av studier

Forfatterne har uavhengig av hverandre sett gjennom tittel og sammendrag på alle de 49 artiklene og vurdert relevans ut i fra inklusjonskriteriene. Dette ble gjort for å sikre reliabilitet ved utvelgelsen. Deretter ble studiene utvalgt ved å sammenligne vurderingen, samt å diskutere dersom det var uenighet om hvorvidt artiklene oppfylte kriteriene.

Ekskluderte og inkluderte artikler etter det elektroniske søket

42 av artiklene som ble funnet i det elektroniske søket ble ekskludert. En oversikt over disse artiklene finnes i Appendiks A. Ti av de ekskluderte artiklene var bokkapitler, reviewer og metaanalyser (se Appendiks B). Disse ble vurdert som relevant teoretisk litteratur om emnet og referanselistene ble derfor benyttet i det manuelle søket.

Etter gjennomlesing av sammendrag ble syv av studiene fra det elektroniske søket vurdert til å oppfylle kriteriene og ble dermed inkludert i litteraturstudien.

Referanselistene til seks av disse artiklene ble brukt i det manuelle søket. Én av de inkluderte artiklene (Moldenhauer, 2004) var en doktorgradsavhandling som vi ikke hadde tilgang på. Den ble derfor ikke tatt med i det manuelle søket da vi manglet referanselisten til avhandlingen. I denne litteraturstudien vil det kun bli tatt utgangspunkt i sammendraget til denne avhandlingen.

Inkluderte studier etter det manuelle søket

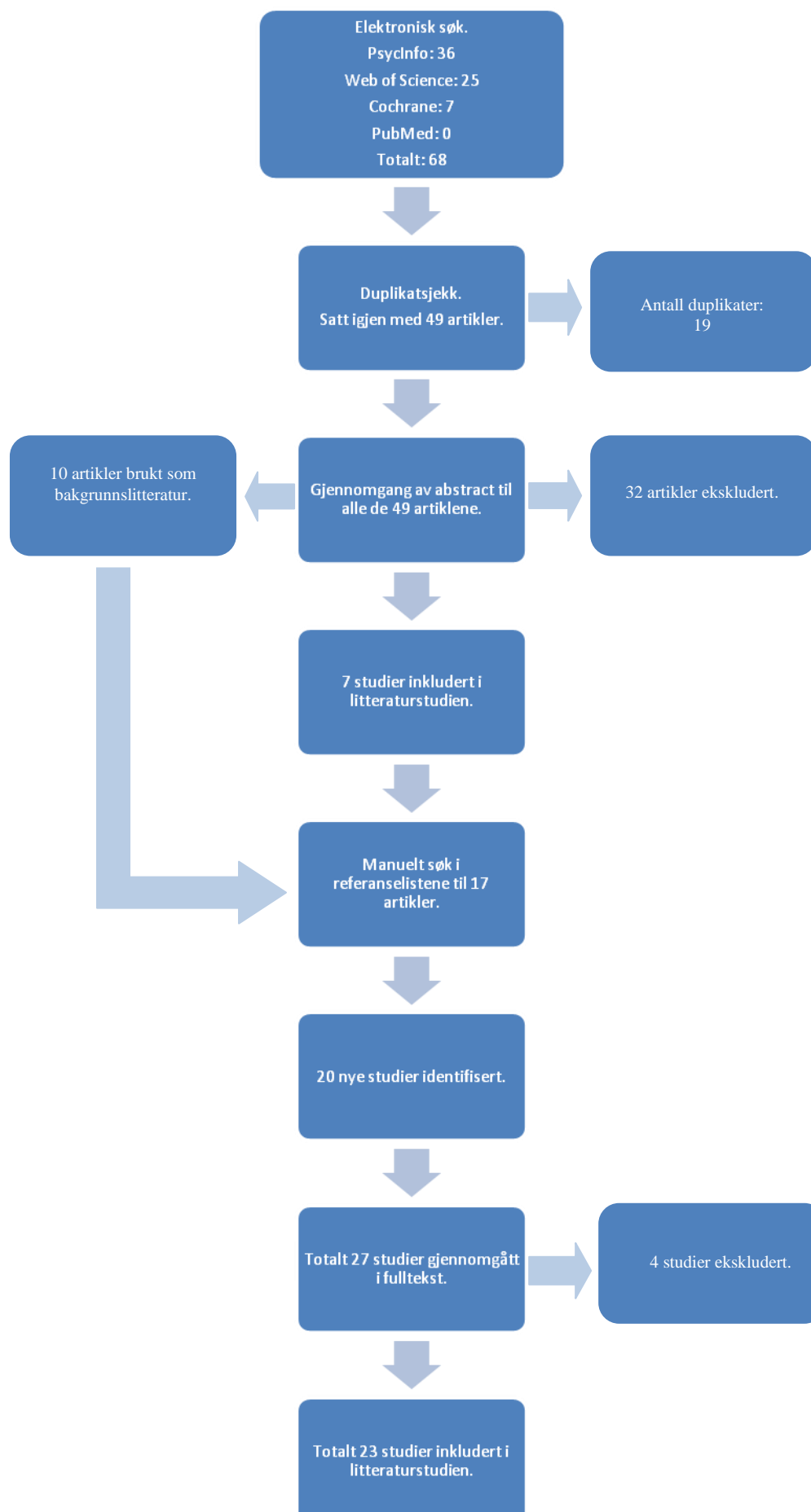
Etter å ha gjennomgått alle referanselistene til de identifiserte studiene og artiklene som ble funnet i det elektroniske søket, ble 21 nye studier identifisert. Det ble også funnet 14 duplikater av artikler i det tidligere elektroniske søket. Etter det manuelle søket, ble det totalt identifisert 28 studier. En oversikt over disse studiene finnes i Appendiks C.

Ekskluderte studier etter gjennomlesing

Etter å ha lest artiklene i sin helhet ble ytterligere fire studier (Abedi & Vostanis, 2010; Grunes, Neziroglu, & McKay, 2001; Knox, Albano, & Barlow, 1996; Sanford et al., 2006) ekskludert. Disse ble ekskludert da det ikke kom klart fram at behandlingen som ble gitt var kognitiv atferdsterapi.

Prosedyren bak gjennomgangen av studiene

I gjennomgangen av studiene har det blitt tatt utgangspunkt i begrepene og definisjonene som er beskrevet i introduksjonen. Vurderingen av hvordan foreldreinvolvering ble beskrevet i de forskjellige artiklene ble basert på antakelsen om at det finnes tre ulike tilnæringsmåter til foreldreinvolvering. Den ene er at enten er foreldrene involvert eller de er ikke involvert i barnets behandling. Det ble vurdert at artiklene beskrev foreldreinvolvering i tråd med denne tilnæringsmåten dersom de hadde én forskningsbetingelse hvor foreldrene var involvert, én sammenligningsgruppe hvor barnet fikk individualterapi uten at foreldrene ble involvert og/eller en venteliste. Den andre tilnæringsmåten til foreldreinvolvering er at det finnes kvantitative forskjeller. For at artiklene skulle kunne sies å beskrive foreldreinvolvering i tråd med denne tilnærmingen, måtte det komme fram at man i studien hadde involvert foreldrene i ulik grad i de ulike forskningsbetingelsene. Et eksempel kunne være at de var aktive deltakere i én betingelse og fikk opplæring i å følge opp barnets lærte ferdigheter, mens de i en annen betingelse for eksempel kun fikk noe informasjon om hvilke ferdigheter barnet deres lærte uten at de ble gitt noen retningslinjer for hvordan de kunne følge opp barnets utvikling av disse ferdighetene. Den tredje tilnæringsmåten er at det er kvalitative forskjeller i foreldreinvolvering. For at en studie skulle kunne sies å beskrive foreldreinvolvering i tråd med denne tilnærmingen, måtte det gå fram at foreldrene var



Figur 1. Skjematisk oversikt over søkeprosessen.

like aktive i de ulike forskningsbetingelsene, men at de var involvert på ulike måter eller fikk ulike roller. Et eksempel kunne være at de i én forskningsbetingelse fikk rollen som medklienter, mens de i en annen fikk rollen som trenere og terapeutens stedfortredere.

I denne litteraturstudien har det blitt vurdert hvilke roller foreldrene har hatt i de ulike studiene. Denne vurderingen ble basert på beskrivelsen som ble gitt i den enkelte artikkel av foreldrenes oppgaver i behandlingen og hvordan de ble involvert i terapien. Dersom foreldrene ble tildelt spørreskjemaer og/eller gjennomgikk et diagnostisk intervju for å gi informasjon om barnets problem, ble dette vurdert som at de fikk en rolle som informanter. Foreldrene ble sett på som trenere dersom de for eksempel hjalp barnet med å utføre eksponeringsøvelser eller trente barnet i å bruke ferdighetene det hadde lært i terapien. De ble også vurdert til å være trenere dersom de ble opplært i bruk av belønningssystem for å forme barnets atferd. Dersom foreldrene ble gitt i oppgave å tilrettelegge for generalisering av barnets lærte ferdigheter til andre kontekster i hverdagen, følge opp barnets hjemmelekser eller eksponering, og/eller ble gitt trening i hvordan de kunne opprettholde terapeutiske gevinster etter at behandlingen var avsluttet, ble foreldrene vurdert til å ha en rolle som terapeutens stedfortredere. Foreldrene ble sett på som medklienter dersom de for eksempel ble gitt psykoedukasjon, lærte avspenningsøvelser og ulike teknikker/strategier i forhold til problemløsning, kommunikasjon og lignende, eller dersom de fikk trening i hvordan de kunne takle eget ubehag som følge av barnets lidelse og hvordan de kunne takle egen angst. Dersom foreldrene fikk trening i hvordan de kunne modellere for eksempel problemløsningsstrategier eller modig atferd i fryktfremkallende situasjoner, ble foreldrene vurdert til å ha en rolle som modeller. Foreldrene ble sett på som støttepersoner dersom de ble oppmuntret til å støtte barnets mestring og læring, assistere

barnet i å fullføre og dra fordeler av behandlingen eller dersom de ble bedt om å oppmuntre positiv endring hos barnet.

Resultater

Studier av angst

I denne litteraturstudien er det 19 studier som tar for seg behandling av angst. Studiene ble utført i perioden fra 1996 til 2010. Det er en relativt jevn fordeling av studier utført i denne tidsperioden, med en liten opphopning av studier utført i 2009. Samtlige studier ble utført enten i USA, Canada, Australia eller Nederland. I de fleste studiene har deltakerne én eller flere komorbide lidelser. Hovedfokus for behandlingen i disse studiene lå imidlertid på primærdiagnosene, og det er resultatene fra denne behandlingen som blir oppgitt i studien. De vanligste komorbide lidelsene som var til stede hos deltakerne i studiene var ulike angstlidelser, depresjon, ADHD og atferdsforstyrrelser.

Som det kommer fram av tabell 2 er det stor variasjon i hvilke forskningsbetingelser/sammenligningsgrupper som ble benyttet i de ulike angststudiene. Forskningsbetingelser hvor foreldrene var involvert på forskjellige måter ble sammenlignet med hverandre, med individualterapi for barnet og/eller med venteliste. Det er også noen forskjeller i hvilke behandlingsprogrammer forskerne har benyttet seg av, og de fleste studiene har benyttet ulike behandlingsmanualer i de forskjellige behandlingsgruppene.

Flere av angststudiene har benyttet en versjon av Coping Cat Workbook (Kendall, 1990). Coping Cat har både en ferdighetstreningskomponent hvor barna blant annet lærer en mestringsplan for hvordan de kan mestre angsten, og en eksponeringskomponent hvor barna skal bruke denne mestringsplanen i

Tabell 2

Studier av foreldreinvolvering i kognitiv atferdsterapi: angst.

Forfatter, årstall, land	Oppfølgingsstudie	Utvalg (alder, N, kjønn)	Type angstlidelse	Forskningsbetingelser/sammenligningsgrupper	Behandlingsprogram	Utfallsmål	Er det effekt av foreldreinvolvering på behandlingsutfall?	Effektstørrelse (Cohen's <i>d</i>)
Barrett, Dadds & Rapee (1996), Australia.	Nei.	B 7-14 år (N=79), begge kjønn.	OAD. SAD. Sosial angst. (DSM-III-R).	IKAT. IKAT+FamKAT. Venteliste.	Coping Koala Workbook. Family Anxiety Management.	ADIS-C. ADIS-P. RCMASs. FSSC-R. CDI. CBCL. DASS. FEAR.	Ja, positiv ved behandlingsslutt og etter 12 mnd mellom IKAT og IKAT+FamKAT. Ikke signifikant effekt etter 6 mnd. Signifikant forskjell mellom venteliste og aktiv behandling.	Ikke oppgitt.
Barrett (1998), Australia.	Nei.	B 7-14 år (N=60), begge kjønn.	OAD. SAD. Sosial fobi. (DSM-III-R).	GKAT. GFamKAT. Venteliste.	Coping Koala Group Workbook. The Group Family Anxiety Management Workbook.	ADIS-C. ADIS-P. FSSC-R. CBCL.	Signifikant forskjell mellom venteliste og aktiv behandling, men ikke mellom behandlingsgruppene.	Ikke oppgitt.
Mendlowitz, Manassis, Bradley, Scapillato, Miezitis & Shaw (1999), Canada.	Nei.	B 7-12 år (N=68), begge kjønn.	Ikke spesifisert. (DSM-IV).	FamKat. IKAT. FKAT. Venteliste.	The Coping Bear Workbook. Keys to Parenting Your Anxious Child.	RCMAS. CDI. CCSC. The Global Improvement Scale. Diagnostic Inventory for Children and Adolescents – Revised- Parent version.	FamKAT signifikant bedre enn de andre betingelsene.	Ikke oppgitt.
Silverman, Kurtines, Ginsburg, Weens, Lumpkin & Carmichael (1999), USA.	Nei.	B 6-16 år (N=56), begge kjønn.	Sosial fobi. OAD. GAD. (DSM-III-R).	GFamKAT. Venteliste.	Ikke navngitt.	ADIS-C. ADIS-P. RCMAS. FSSC-R. CDI. CBCL.	Ja, positiv.	Ikke oppgitt.

Note: Forkortelser benyttet i tabellen. B = barn, U = ungdom, F = foreldre, IKAT = individuell kognitiv atferdsterapi, FamKAT = kognitiv atferdsterapi gitt til familien samlet, GKAT = kognitiv atferdsterapi gitt i gruppe, GFamKAT = kognitiv atferdsterapi gitt til familier i gruppe, FKAT = kognitiv atferdsterapi gitt til foreldre, FamPsyEd = psykoedukasjon gitt til familie, GFKAT = kognitiv atferdsterapi gitt til foreldre i gruppe.

Tabell 2 fortsetter

Forfatter, årstall, land	Oppfølgingsstudie	Utvalg (alder, N, kjønn)	Type angstlidelse	Forskningsbetingelser/ sammenligningsgrupper	Behandlingsprogram	Utfallsmål	Er det effekt av foreldreinvolvering på behandlingsutfall?	Effektstørrelse (Cohen's <i>d</i>)
Spence, Donovan & Brechman-Toussaint (2000), Australia.	Nei.	B 7-14 år (N=50), begge kjønn.	Sosial fobi. (DSM-III-R).	FamKAT. IKAT. Venteliste.	Social Skills Training: Enhancing Social Competence in Children and Adolescents.	ADIS-C. ADIS-P. RCMAS. SCAS. SWQ-PU. SCQ-P.	Signifikant forskjell mellom venteliste og aktiv behandling, men ikke mellom behandlingsgruppene.	Ikke oppgitt.
Barrett, Duffy, Dadds & Rapee (2001), Australia.	Ja. 6 år etter Barrett et al., 1996.	U 13-21 år (N=52), begge kjønn.	OAD. SAD. Sosial fobi. (DSM-III-R).	IKAT. IKAT+FamKAT.	Coping Koala Workbook. Family Anxiety Management.	ADIS-C. RCMAS. FSSC-R. CDI. CBCL.	Nei, ingen.	Ikke oppgitt.
Nauta, Scholing, Emmelkamp & Minderaa (2001), Nederland.	Nei.	B 8-15 år (N=18), begge kjønn.	SAD. Sosial fobi. GAD. (DSM-IV).	IKAT. IKAT+FKAT.	Coping Cat Workbook. Cognitive Parent Training.	ADIS-C. ADIS-P. Fear questionnaire (B + F). Scale for worry in children (B + F).	Nei, ingen.	Ikke oppgitt.
Shortt, Barrett & Fox (2001), Australia.	Nei.	B 6 ½ -10 år (N=71), begge kjønn.	SAD. GAD. Sosial fobi. (DSM-IV).	GFamKAT. Venteliste.	FRIENDS.	DISCAP. RCMAS. CBCL. Evalueringsskjema av behandling.	Ja, positiv.	Ikke oppgitt.
Nauta, Scholing, Emmelkamp & Minderaa (2003), Nederland.	Nei.	B 7-18 år (N=79), begge kjønn.	SAD. Sosial fobi. GAD. Panikk lidelse m/u agorafobi. (DSM-IV).	IKAT. IKAT+FKAT. Venteliste.	Coping Cat Workbook. Cognitive Parent Training.	ADIS-C. ADIS-P. CBCL. SCAS-P. SCAS-C. FSSC-R. CDI.	Signifikant forskjell mellom venteliste og aktiv behandling, men ikke mellom behandlingsgruppene.	Ikke oppgitt.
Barrett, Healy-Farrell & March (2004), Australia.	Nei.	B 7-17 år (N=77), begge kjønn.	OCD. (DSM-IV).	FamKAT. GFamKAT. Venteliste.	FOCUS.	ADIS-P. NIMHGOCS, CY-BOCS. MASC. CDI. FAD. DASS-21. SAS.	Signifikant forskjell mellom venteliste og aktiv behandling, men ikke mellom behandlingsgruppene.	Ikke oppgitt.

Note: Forkortelser benyttet i tabellen. B = barn, U = ungdom, F = foreldre, IKAT = individuell kognitiv atferdsterapi, FamKAT = kognitiv atferdsterapi gitt til familien samlet, GKAT = kognitiv atferdsterapi gitt i gruppe, GFamKAT = kognitiv atferdsterapi gitt til familier i gruppe, FKAT = kognitiv atferdsterapi gitt til foreldre, FamPsyEd = psykoedukasjon gitt til familie, GFKAT = kognitiv atferdsterapi gitt til foreldre i gruppe.

Tabell 2 fortsetter

Forfatter, årstall, land	Oppfølgingsstudie	Utvalg (alder, N, kjønn)	Type angstlidelse	Forskningsbetingelser/ sammenligningsgrupper	Behandlingsprogram	Utfallsmål	Er det effekt av foreldreinvolvering på behandlingsutfall?	Effektstørrelse (Cohen's <i>d</i>)
Wood, Piacentini, Southam-Gerow, Chu & Sigman (2006), USA.	Nei.	B 6-13 år (N=40), begge kjønn.	SAD. GAD. Sosial fobi. (DSM-IV).	IKAT. FamKAT.	Manual brukt i IKAT ikke navngitt. Building Confidence.	ADIS-C. ADIS-P. CGI. ADIS-IV. MASC-C. MASC-P.	Ja, positiv.	ADIS-C/P CSR: $d=0.92$. MASC-P: $d=0.53$.
Bodden, Bögels, Nauta, De Haan, Ringrose, Appelboom, Brinkman & Appelboom-Geerts (2008), Nederland.	Nei.	B 8-17 år (N=128), begge kjønn.	Sosial fobi. SAD. GAD. Spesifikk fobi. Panikklidelse. (DSM-IV).	IKAT. FamKAT. Venteliste.	Ikke spesifisert.	ADIS-C. ADIS-P. ADIS-A. SCARED-71. STAI. CBCL. CATS.	Ja, negativ ved behandlingsslutt. Ikke signifikant effekt etter 3 mnd. Signifikant forskjell mellom venteliste og aktiv behandling.	Ikke oppgitt.
Kendall, Hudson, Gosch, Flannery-Schroeder & Suveg (2008), USA.	Nei.	B 7-14 år (N=161), begge kjønn.	GAD. SAD. Sosial fobi. (DSM-IV).	IKAT. FamKAT. FamPsyEd.	Coping Cat Workbook. FamKat manual ikke spesifisert. Family Education, Support and Attention for Anxious Children.	ADIS-C. ADIS-P. MASC. CQ-C. CBCL. TRF. CQ-P. ADIS-IV-L. CPTR.	IKAT og FamKat signifikant bedre enn FamPsyEd. Ikke mulig å trekke klare konklusjoner ettersom foreldre også var involvert i IKAT.	IKAT vs. FamPsyEd $d=0.46$. FamKAT vs. FamPsyEd $d=0.55$. IKAT vs. FamKAT $d=0.09$.
Khanna & Kendall (2009), USA.	Nei.	B 7-14 år (N=53), begge kjønn.	GAD. Sosial fobi. SAD. (DSM-IV).	IKAT. FamKAT.	Ikke spesifisert.	ADIS-C. ADIS-P. MASC. CGAS. CBCL. TRF. PT coding worksheet.	Ikke gjort undersøkelser av dette.	Ikke oppgitt.
O'Leary, Barrett & Fjermestad (2009), Australia.	Ja. 7 år etter Barrett et al., 2004.	U 13-24 år (N=38), begge kjønn.	OCD. (DSM-IV).	FamKat. GFamKAT.	FOCUS.	ADIS-C (OCD-delen). NIHM-GOCS. Y-BOCS-SR. MASC. MASC-OC. BDI-II. FAD. DASS-21.	Nei, ingen.	Ikke oppgitt.

Note: Forkortelser benyttet i tabellen. B = barn, U = ungdom, F = foreldre, IKAT = individuell kognitiv atferdsterapi, FamKAT = kognitiv atferdsterapi gitt til familien samlet, GKAT = kognitiv atferdsterapi gitt i gruppe, GFamKAT = kognitiv atferdsterapi gitt til familier i gruppe, FKAT = kognitiv atferdsterapi gitt til foreldre, FamPsyEd = psykoedukasjon gitt til familie, GFKAT = kognitiv atferdsterapi gitt til foreldre i gruppe.

Tabell 2 fortsetter

Forfatter, årstall, land	Oppfølgingsstudie	Utvalg (alder, N, kjønn)	Type angstlidelse	Forskningsbetingelser/sammenligningsgrupper	Behandlingsprogram	Utfallsmål	Er det effekt av foreldreinvolvering på behandlingsutfall?	Effektstørrelse (Cohen's <i>d</i>)
Silverman, Kurtines, Jaccard & Pina (2009), USA.	Nei.	B 7-16 år (N=119), begge kjønn.	SAD. GAD. Spesifikk fobi. Sosial fobi. Panikk lidelse m/agorafobi. OCD. (DSM-IV).	IKAT. FamKat.	Ikke navngitt.	ADIS-C. ADIS-P. ADIS-IV. RCMAS. RCMAS/P. CBCL. CBQ. SCL-90-R. C-GAS.	Nei, ingen.	Ikke oppgitt.
Waters, Ford, Wharton & Cobham (2009), Australia.	Nei.	B 4-8 år (N=60), begge kjønn.	Spesifikk fobi. Sosial fobi. GAD. SAD. (DSM-IV).	GFKAT. GFamKAT. Venteliste.	Take Action Program.	ADIS-C-IV-C/P.	Signifikant forskjell mellom venteliste og aktiv behandling, men ikke mellom behandlingsgruppene.	Ikke oppgitt.
Wood, McLeod, Piacentini & Sigman (2009), USA.	Ja. 1 år etter Wood et al., 2006.	B 6-13 år (N=35), begge kjønn	SAD. GAD. Sosial fobi. (DSM-IV).	IKAT. FamKAT.	Manual brukt i IKAT ikke navngitt. Building Confidence.	ADIS-C. ADIS-P. MASC-C. MASC-P. CBCL. CGI. CAS. Atferdsobservasjon. Parent-child interaction questionnaire. Skills of daily living checklist.	Ja, positiv.	ADIS-C/P CSR: $d=0.96$. MASC-P: $d=0.54$. CBCL: $d=0.84$.
Hirshfeld-Becker, Masek, Henin, Blakely, Pollock-Wurman, McQuade, DePetrillo, Briesch, Ollendick, Rosenbaum & Biederman (2010), USA.	Nei.	B 4-7 år (N=64), begge kjønn.	SAD. Sosial angst. GAD. Agorafobi. Spesifikk fobi. (DSM-III-R).	FamKAT. Venteliste.	Being Brave: A program for coping with anxiety for young children and their parents.	K-SADS-E. BI observasjon. DSM-IV symptomsjekkliste. The Retrospective Self-Report of Inhibition. EAS. CBCL/4-18.	Ja, positiv.	Ikke oppgitt.

Note: Forkortelser benyttet i tabellen. B = barn, U = ungdom, F = foreldre, IKAT = individuell kognitiv atferdsterapi, FamKAT = kognitiv atferdsterapi gitt til familien samlet, GKAT = kognitiv atferdsterapi gitt i gruppe, GFamKAT = kognitiv atferdsterapi gitt til familier i gruppe, FKAT = kognitiv atferdsterapi gitt til foreldre, FamPsykeD = psykoedukasjon gitt til familie, GFKAT = kognitiv atferdsterapi gitt til foreldre i gruppe.

angstprovoserende situasjoner (Chorpita & Southam-Gerow, 2006). I studiene hvor det ble benyttet en annen versjon enn det opprinnelige Coping Cat programmet, ble det enten benyttet som en gruppebasert versjon (Barrett, 1998) eller det ble tilpasset landet studien ble utført i; som Coping Koala i Australia (Barrett, 1998; Barrett, Dadds, & Rapee, 1996; Barrett, Duffy, Dadds, & Rapee, 2001) og Coping Bear i Canada (Mendlowitz et al., 1999).

Hirshfeld-Becker et al. (2010) benyttet programmet "Being Brave: A program for coping with anxiety for young children and their parents" skrevet av forfatterne selv, men basert på manualen til Coping Cat (Kendall, Kane, Howard, & Siqueland, 1992) og etter Kendalls tillatelse. Dette programmet inkluderer ferdighetstrening og eksponering for barnet, mens foreldrene blir gitt psykoedukasjon, instruksjoner i forhold til foreldreferdigheter i å håndtere barnets angst, samt trening i å planlegge, gjennomføre og forsterke barnets eksponeringsøvelser (Hirshfeld-Becker et al., 2010).

Barrett et al. (1996; 2001) og Barrett (1998) benyttet, i tillegg til Coping Koala, Family Anxiety Management (FAM; Barrett, Dadds & Rapee, 1991 som referert i Barrett et al., 1996.). I FAM får foreldrene trening i blant annet forsterkningsteknikker, hvordan håndtere egen angst og hvordan modellere passende atferd i angstprovoserende situasjoner, samt trening i kommunikasjon og problemløsning (Barrett et al., 1996).

Mendlowitz et al. (1999) benyttet, i tillegg til Coping Bear, programmet "Keys to Parenting Your Anxious Child" (Manassis, 1996). Dette er en bok som forklarer foreldrene hva angst er og som hjelper dem til å lære hvordan de kan håndtere barnets angst og hvordan de kan hjelpe barnet i å mestre fryktfremkallende situasjoner (Mendlowitz et al., 1999). Spence, Donovan og Brechman-Toussaint (2000) benyttet programmet "Social Skills Training: Enhancing Social Competence in Children and

Adolescents” (Spence, 1995). Dette programmet inneholder blant annet sosial ferdighetstrening, problemløsningsferdighetstrening og eksponering til sosiale situasjoner. To av angststudiene (Nauta, Scholing, Emmelkamp, & Minderaa, 2001; Nauta et al., 2003) benyttet programmet ”Cognitive Parent Training” (Nauta & Scholing, upublisert data som referert til i Nauta et al., 2001). I dette programmet er det fokus på foreldrenes kognisjoner og atferd vedrørende barnas angst. Foreldrene får psykoedukasjon og trening i problemløsning og belønning (Nauta et al., 2001).

Shortt, Barrett og Fox (2001) benyttet programmet FRIENDS (Barrett, Lowry-Webster, & Turner, 2000) i sin studie. FRIENDS er et familiebasert kognitiv atferdsterapeutisk behandlingsprogram som gis i gruppe (Shortt et al., 2001). Her lærer barna blant annet en mestringsplan, mens foreldrene lærer mestringsferdigheter for både barnet og seg selv, samt hvordan de kan oppmuntre og modellere mestring i hverdagen (Chorpita & Southam-Gerow, 2006).

To angststudier (Barrett, Healy-Farrell, & March, 2004; O’Leary, Barrett, & Fjermestad, 2009) benyttet programmet ”Freedom From Obsessions and Compulsions Using Cognitive-Behavioral Strategies” (FOCUS; Barrett, 2009). I dette programmet blir også søsken inkludert. Det blir her gitt psykoedukasjon, barna blir lært angstmestringsferdigheter og kognitive strategier, og de blir gitt eksponering og lært responsprevensjon (Chorpita & Southam-Gerow, 2006). Foreldrene får psykoedukasjon og lærer problemløsningsferdigheter og strategier for å redusere deres innvirkning på barnets symptomer (Barrett et al., 2004).

Wood og medarbeidere (Wood, Piacentini, Southam-Gerow, Chu og Sigman, 2006; Wood, McLeod, Piacentini og Sigman, 2009) benyttet programmet ”Building Confidence” (Wood & McLeod, 2008). Manualen kombinerer bruk av kognitiv

atferdsterapeutiske teknikker, som eksponering og belønning, med foreldretrening, spesielt med vekt på kommunikasjonsmønstre (Wood et al., 2006).

Kendall og medarbeidere (Kendall, Hudson, Gosch, Flannery-Schroeder og Suveg, 2008) brukte programmet "Family Education, Support, and Attention for Anxious Children" (FESA; Krain, Hudson, Choudhury, & Kendall, 2000) i betingelsen hvor familien fikk psykoedukasjon. I FESA får familien psykoedukasjon om angst, men ingen retningslinjer i forhold til hvordan de kan respondere på eller håndtere barnets angst (Kendall et al., 2008).

Waters, Ford, Wharton og Cobham (2009) benyttet "Take Action Program" (Waters, Donaldson, & Zimmer-Gembeck, 2008; Waters, Wharton, Zimmer-Gembeck, & Craske, 2008). Her får barna psykoedukasjon og lærer avspenningsøvelser og mestringsteknikker. De blir også gitt eksponeringsterapi og sosial ferdighetstrening (Waters et al., 2009).

Syv av artiklene (Bodden et al., 2008; Kendall et al., 2008; Khanna & Kendall, 2009; Silverman et al., 1999; Silverman, Kurtines, Jaccard, & Pina, 2009; Wood et al., 2009; Wood et al., 2006) unnlot å navngi eller spesifisere ett eller flere av behandlingsprogrammene som ble benyttet i studien.

Denne litteraturstudien viser at det ble funnet en signifikant positiv effekt av foreldreinvolvering sammenlignet med venteliste i ti av studiene på angst (Barrett et al., 2004; Barrett et al., 1996; Bodden et al., 2008; Hirshfeld-Becker et al., 2010; Mendlowitz et al., 1999; Nauta et al., 2003; Shortt et al., 2001; Silverman et al., 1999; Spence et al., 2000; Waters et al., 2009). I fire studier ble det også funnet en signifikant positiv effekt av foreldreinvolvering på behandlingsutfall sammenlignet med en annen behandlingsbetingelse hvor foreldrene ikke var involvert (Barrett et al., 1996;

Mendlowitz et al., 1999; Wood et al., 2009; Wood et al., 2006). Seks studier har sammenlignet foreldreinvolvering med en annen aktiv behandlingsbetingelse uten foreldreinvolvering uten at de har funnet signifikante forskjeller i behandlingsresultater mellom gruppene (Barrett, 1998; Barrett et al., 2001; Nauta et al., 2001, 2003; Silverman et al., 2009; Spence et al., 2000). Én artikkel (Bodden et al., 2008) fant en signifikant negativ effekt, det vil si at individuell kognitiv atferdsterapi ga et signifikant bedre behandlingsutfall enn familiebasert kognitiv atferdsterapi. Denne effekten var imidlertid ikke signifikant ved tre måneders oppfølging. Én studie (Khanna & Kendall, 2009) gjorde ikke noen sammenligninger, men så heller på hvordan foreldretrening ble utført i de ulike betingelsene.

Tre av studiene som ble utført på behandling av angst (Barrett et al., 2004; Shortt et al., 2001; Waters et al., 2009) så på barna og/eller foreldrenes tilfredshet med behandlingen når foreldrene var involvert i behandlingen. I alle disse studiene ble det benyttet spørreskjemaer for å måle dette. Shortt et al. (2004) ga barna og foreldrene standardiserte spørreskjemaer om tilfredshet som er en del av FRIENDS-programmet som ble benyttet i studien. Én av studiene (Waters et al., 2009) gjorde sammenligninger av tilfredshet ved foreldreinvolvering versus ikke foreldreinvolvering, mens de to andre studiene så på hvor fornøyde foreldrene var med behandlingen uten å gjøre noen sammenligninger.

Waters et al. (2009) fant i sin studie at foreldrene i begge behandlingsgruppene var svært tilfredse med behandlingen. Det var ingen signifikante forskjeller mellom de to gruppene (Waters et al., 2009). Barrett et al. (2004) fant at foreldre og søsken som deltok i gruppebasert kognitiv atferdsterapi gitt til familie var positive til nivået av sosial støtte og forståelse de følte de fikk av å være i en gruppe. Familiene var også

svært tilfredse med selve behandlingen, og foreldrene rapporterte oppnådde tilleggsfordeler av å være involvert, uten at disse ble nærmere spesifisert (Barrett et al., 2004). Shortt et al. (2001) fant at både foreldre og barn var fornøyde med FRIENDS-programmet. Barna syntes det var gøy og foreldrene ville anbefale det til andre. Foreldrene syntes at alle ferdighetene barna og de selv hadde lært var nyttige (Shortt et al., 2001).

Studier av depresjon

I denne litteraturstudien er det fem studier som tar for seg behandling av depresjon. Studiene ble utført i perioden fra 1992 til 2004 og alle ble utført i USA. Også i disse studiene hadde deltakerne én eller flere komorbide lidelser, men hovedfokus for behandlingen var primærdiagnosene.

Som det kommer fram av tabell 3 har studiene hovedsakelig gjort sammenligninger av foreldreinvolvering med individuell behandling gitt til barnet og/eller venteliste. Det ble også her benyttet ulike behandlingsprogrammer. Asarnow, Scott og Mintz (2002) benyttet programmet "Stress-Busters" (Asarnow & Scott, 1999). I dette programmet lærer barna ulike ferdigheter, blant annet problemløsnings- og sosiale ferdigheter, som de senere bruker i en video de lager for å vise foreldrene hva de har lært i timene. Barna får også psykoedukasjon og lærer måter å mestre depresjonen på. Foreldrene får psykoedukasjon og lærer hvordan de kan hjelpe barna til å utvikle og vedlikeholde ferdighetene de lærer i behandlingen.

De resterende studiene gjort på behandling av depresjon (Clarke et al., 1992; Clarke, Rohde, Lewinsohn, Hops, & Seeley, 1999; Lewinsohn, Clarke, Hops, & Andrews, 1990; Moldenhauer, 2004) benyttet programmet "Adolescent Coping With Depression Course" (CWD-A; Clarke, Lewinsohn, & Hops, 1990). Dette programmet

Tabell 3

Studier av foreldreinvolvering i kognitiv atferdsterapi: depresjon.

Forfatter, land, årstall	Oppfølgingsstudie	Utvalg (Alder, N, kjønn)	Type depresjonslidelse	Forskningsbetingelser/ sammenligningsgrupper	Behandlingsprogram	Utfallsmål	Er det effekt av foreldreinvolvering på behandlingsutfall?	Effektstørrelse (Cohens <i>d</i>)
Lewinsohn, Clarke, Hops & Andrews (1990), USA.	Nei.	U 14-18 år (N=59), begge kjønn.	Alvorlig (DSM-III). Mild (RDC). Periodisk tilbakevendende (RDC).	GKAT. GKAT+GFKAT. Venteliste.	CWD-A.	K-SADS-E. BDI. CES-D. IC. CBCL. SAQ. SPQ. PBI. DAS. PES.	Signifikant forskjell mellom aktiv behandling og venteliste, men ikke mellom de to behandlingsgruppene.	Ikke oppgitt.
Clarke, Hops, Lewinsohn, Andrews, Seeley & Williams (1992), USA.	Nei.	U nærmere alder ikke spesifisert (N=59), kjønn ikke spesifisert.	Alvorlig. Moderat. (RDC).	GKAT. GKAT+GFKAT. Venteliste.	CWD-A.	K-SADS/RDC. BDI.	Ja, positiv på symptomer, men ikke i henhold til diagnostiske kriterier.	Ikke oppgitt.
Clarke, Rohde, Lewinsohn, Hops & Seeley (1999), USA.	Nei.	U 14-18 år (N=123), begge kjønn.	Alvorlig. Dystymi. (DSM-III-R)	GKAT. GKAT+GFKAT. Venteliste.	CWD-A.	BDI. GAF. CBCL. Recovery Rates i henhold til DSM-III-R-kriterier.	Signifikant forskjell mellom aktiv behandling og venteliste, men ikke mellom de to behandlingsgruppene.	Størrelsen på forskjellen mellom aktiv behandling og venteliste: $d = 0.38, p < .05$
Asarnow, Scott & Mintz (2002), USA.	Nei.	B 8-11 (N=23), begge kjønn.	Alvorlig. Mild. Dystymi. (Oppfylte DSM-IV-kriteriene ved selvrappotering)	FamKAT. Venteliste.	Stress-Busters.	CDI. ATQ. Self-Report Coping Scale. Client Satisfaction.	Ja, positiv.	Ikke oppgitt.
Moldenhauer, (2004), USA. Kun sammendrag.	Nei.	U alder ikke spesifisert, (N=ikke spesifisert), kjønn ikke spesifisert.	Mild. Moderat. (diagnosesystem ikke spesifisert)	IKAT+FKAT (?) Venteliste	CWD-A	Ikke oppgitt.	Uvisst.	Ikke oppgitt.

Note: Forkortelser brukt i tabellen; B = barn, U = ungdom, RDC = research diagnostic criteria, GKAT = kognitiv atferdsterapi gitt i gruppe, GFKAT = kognitiv atferdsterapi gitt til foreldre i gruppe, FamKAT = kognitiv atferdsterapi gitt til familien samlet, IKAT = individuell kognitiv atferdsterapi, FKAT = kognitiv atferdsterapi gitt kun til foreldrene, CWD-A = Adolescent Coping With Depression Course.

har fokus på ferdighetstrening, å redusere angst og negative tanker som er til stede ved depresjon, samt å forbedre kommunikasjons- og konfliktløsningsstrategier (Clarke et al., 1999). Foreldrene får informasjon om ferdighetene som ungdommene lærer og lærer mestringsferdigheter som kan brukes ved familieproblemer (Lewinsohn et al., 1990).

Én av studiene gjort på behandling av depresjon (Clarke et al., 1992) fant en signifikant positiv effekt av foreldreinvolvering på symptomer, men ikke i henhold til diagnostiske kriterier. Én studie (Asarnow et al., 2002) fant en signifikant positiv effekt av foreldreinvolvering sammenlignet med venteliste. To studier (Clarke et al., 1999; Lewinsohn et al., 1990) fant en signifikant forskjell mellom diagnosefrie barn i aktiv behandling sammenlignet med venteliste, men ikke mellom de to aktive behandlingsgruppene. Ut i fra sammendraget til Moldenhauers studie (2004), er det vanskelig å trekke noen sikre konklusjoner om effekten av foreldreinvolvering på behandlingsutfall.

Én av studiene gjort på behandling av depresjon (Asarnow et al., 2002) så på foreldrene og barnas tilfredshet med at foreldrene var involvert i behandlingen basert på et spørreskjema. I denne studien fant man at 100 prosent av barna og 94 prosent av foreldrene vurderte intervensjonen som hjelpsom. Alle foreldrene rapporterte også at de hadde oppnådd noe generalisering av ferdigheter, og 60 prosent av foreldrene rapporterte at den korte behandlingsbetingelsen var nok (Asarnow et al., 2002).

Oppsummering av foreldreinvolvering og foreldrenes roller i studiene

En oppsummering av foreldreinvolvering, hvordan det er blitt definert og hvilke roller foreldrene har fått i de ulike studiene, blir presentert i tabell 4. Prosedyren bak denne gjennomgangen er beskrevet tidligere i denne litteraturstudien under metode.

Tabell 4

Hvordan foreldreinvolvering er beskrevet og rollene foreldrene har fått i de ulike studiene.

Forfatter, årstall, land	Lidelse	Begrepsbruk. Definisjon. Samsvarer begrepsbruken med vår definisjon?	Tilnæringsmåte brukt for å beskrive foreldreinvolvering	Er foreldrenes rolle i behandlingen beskrevet og/eller navngitt?	Rolle foreldrene har fått
Barrett, Dadds & Rapee (1996), Australia.	Angst.	Foreldreinvolvering. Ikke definert. Samsvarer med vår definisjon.	Tilnæringsmåte 1.	Beskrevet.	Trenere. Medklienter. Modeller. Stedfortredere. Informanter.
Barrett (1998), Australia.	Angst	Familieinvolvering. Ikke definert. Samsvarer med vårt begrep foreldreinvolvering.	Tilnæringsmåte 1.	Beskrevet.	Trenere. Medklienter. Modeller. Stedfortredere. Informanter.
Mendlowitz, Manassis, Bradley, Scapillato, Miezitis & Schaw (1999), Canada.	Angst	Foreldreinvolvering. Ikke definert. Samsvarer med vår definisjon.	Tilnæringsmåte 1.	Beskrevet.	Medklienter. Informanter. Trenere. Stedfortredere.
Silverman, Kurtines, Ginsburg, Weems, Lumpkin & Carmichael (1999), USA.	Angst.	Foreldreinvolvering. Ikke definert. Samsvarer med vår definisjon.	Tilnæringsmåte 1.	Beskrevet.	Støtte. Trenere. Informanter.
Spence, Donovan & Brechman-Toussaint (2000), Australia.	Angst.	Foreldreinvolvering. Ikke definert. Samsvarer med vår definisjon.	Tilnæringsmåte 1.	Beskrevet.	Modeller. Trenere. Medklienter. Informanter.
Barrett, Duffy, Dadds & Rapee (2001), Australia.	Angst	Foreldreinkludering. Ikke definert. Tilsvarende vårt begrep foreldreinvolvering.	Tilnæringsmåte 1.	Beskrevet.	Informanter. Trenere. Medklienter. Modeller. Stedfortredere.
Nauta, Scholing, Emmelkamp & Minderaa (2001), Nederland.	Angst.	Foreldreinvolvering. Ikke definert. Samsvarer med vår definisjon.	Tilnæringsmåte 2.	Beskrevet.	Medklienter. Trenere. Informanter. Stedfortredere.
Shortt, Barrett & Fox (2001), Australia.	Angst.	Foreldreinvolvering. Ikke definert. Samsvarer med vår definisjon.	Tilnæringsmåte 1.	Beskrevet.	Informanter. Medklienter. Stedfortredere. Trenere.
Nauta, Scholing, Emmelkamp & Minderaa (2003), Nederland.	Angst	Foreldreinvolvering. Ikke definert. Samsvarer med vår definisjon.	Tilnæringsmåte 2.	Beskrevet.	Medklienter. Trenere. Informanter. Stedfortredere.
Barrett, Healy-Farrell & March (2004), Australia.	Angst	Foreldreinvolvering. Ikke definert. Samsvarer med vår definisjon.	Tilnæringsmåte 1.	Beskrevet.	Medklienter. Støtte. Stedfortredere. Informanter. Trenere.

Tabell 4 fortsetter

Forfatter, årstall, land	Lidelse	Begrepsbruk. Definisjon. Samsvarer begrepsbruken med vår definisjon?	Tilnæringsmåte brukt for å beskrive foreldreinvolvering	Er foreldrenes rolle i behandlingen beskrevet og/eller navngitt?	Rolle foreldrene har fått
Wood, Piacentini, Southam-Gerow, Chu & Sigman (2006), USA.	Angst.	Foreldreinvolvering. Ikke definert. Samsvarer med vår definisjon.	Tilnæringsmåte 2 og 3.	Beskrevet.	Medklienter. Informanter.
Bodden, Bögels, Nauta, De Haan, Ringrose, Appelboom, Brinkman & Appelboom-Geerts (2008), Nederland.	Angst	Foreldreinvolvering. Familieinvolvering. Ikke definert. Samsvarer med vår definisjon av foreldreinvolvering.	Tilnæringsmåte 2.	Beskrevet.	Modeller. Trenere. Stedfortredere. Medklienter. Informanter.
Kendall, Hudson, Gosch, Flannery-Schroeder & Suveg (2008), USA.	Angst	Foreldreinvolvering. Ikke definert. Samsvarer med vår definisjon.	Tilnæringsmåte 2 og 3.	Beskrevet og navngitt ("collaborators", "coclients")	Informanter. Medklienter. Støtte.
Khanna & Kendall (2009), USA.	Angst	Foreldreinkludering. Ikke definert. Tilsvare vårt begrep foreldreinvolvering.	Tilnæringsmåte 2.	Beskrevet.	Støtte. Medklienter. Informanter. Stedfortredere.
O'Leary, Barrett & Fjermestad (2009), Australia.	Angst	Foreldreinvolvering. Ikke definert. Samsvarer med vår definisjon.	Tilnæringsmåte 1.	Beskrevet.	Medklienter. Støtte. Stedfortredere. Informanter. Trenere.
Silverman, Kurtines, Jaccard & Pina (2009), USA.	Angst.	Foreldreinvolvering. Definert. Samsvarer med vår definisjon.	Tilnæringsmåte 2.	Beskrevet.	Medklienter. Informanter. Støtte.
Waters, Ford, Wharton & Cobham (2009), Australia.	Angst.	Foreldreinvolvering. Ikke definert. Samsvarer med vår definisjon.	Tilnæringsmåte 3.	Beskrevet.	Medklienter. Trenere. Stedfortredere. Informanter.
Wood, McLeod, Piacentini & Sigman (2009), USA.	Angst.	Foreldreinvolvering. Ikke definert. Samsvarer med vår definisjon.	Tilnæringsmåte 2 og 3.	Beskrevet.	Medklienter. Informanter.
Hirshfeld-Becker, Masek, Henin, Blakely, Pollack-Wuerman, McQuade, DePetrillo, Briesch, Ollendick, Rosenbaum & Biederman (2010), USA.	Angst.	Ingen begreper eller definisjoner.	Tilnæringsmåte 1.	Beskrevet og navngitt ("coclients")	Medklienter. Stedfortredere. Trenere. Informanter.

Tabell 4 fortsetter

Forfatter, årstall, land	Lidelse	Begrepsbruk. Definisjon. Samsvarer begrepsbruken med vår definisjon?	Tilnæringsmåte brukt for å beskrive foreldreinvolvering	Er foreldrenes rolle i behandlingen beskrevet og/eller navngitt?	Rolle foreldrene har fått
Lewinsohn, Clarke, Hops & Andrews (1990), USA.	Depresjon.	Foreldreinvolvering. Ikke definert. Samsvarer med vår definisjon.	Tilnæringsmåte 1.	Beskrevet.	Informanter. Medklienter. Støtte.
Clarke, Hops, Lewinsohn, Andrews, Seeley & Williams (1992), USA.	Depresjon.	Foreldreinvolvering. Ikke definert. Samsvarer med vår definisjon.	Tilnæringsmåte 1.	Beskrevet.	Informanter. Medklienter. Støtte.
Clarke, Rohde, Lewinsohn, Hops & Seeley (1999), USA.	Depresjon.	Foreldreinvolvering. Ikke definert. Samsvarer med vår definisjon.	Tilnæringsmåte 1.	Beskrevet.	Medklienter. Informanter.
Asarnow, Scott & Mintz (2002), USA.	Depresjon.	Ingen begreper eller definisjoner.	Tilnæringsmåte 1	Beskrevet.	Medklienter. Stedfortredere. Støtte.
Moldenhauer (2004), USA. Kun sammendrag.	Depresjon.	Foreldreinvolvering. Ikke definert.	Tilnæringsmåte 1.	Ikke beskrevet.	Uvisst.

Ingen av artiklene inkludert i denne litteraturstudien gir noen definisjon av begrepet som blir benyttet for å beskrive foreldrenes deltakelse i barnets behandling. I de fleste artiklene har begrepet foreldreinvolvering ("parental involvement") blitt benyttet og bruken av dette begrepet samsvarer med vår definisjon i samtlige av disse studiene. To artikler (Barrett et al., 2001; Khanna & Kendall, 2009) bruker begrepet foreldreinkludering, og i begge disse studiene tilsvarer foreldrenes deltakelse det som i denne litteraturstudien blir kalt foreldreinvolvering. I to artikler (Barrett, 1998; Bodden et al., 2008) blir begrepet familieinvolvering benyttet for å beskrive foreldrenes deltakelse, og i begge disse artiklene tilsvarer bruken av begrepet vår definisjon av foreldreinvolvering. I to artikler inkludert i denne litteraturstudien (Asarnow et al., 2002; Hirshfeld-Becker et al., 2010) blir det ikke brukt noen begreper eller definisjoner for å beskrive foreldrenes deltakelse i barnets behandling.

Ti av artiklene om foreldreinvolvering i behandling av barn med angst (Barrett et al., 2004; Barrett, 1998; Barrett et al., 1996; Barrett et al., 2001; Hirshfeld-Becker et al., 2010; Mendlowitz et al., 1999; O'Leary et al., 2009; Shortt et al., 2001; Silverman et al., 1999; Spence et al., 2000) undersøkte dette i samsvar med tilnæringsmåte nummer 1; de har med andre ord sammenlignet betingelser hvor foreldrene var involvert med betingelser hvor de ikke var det. Fem av studiene gjort på angstbehandling (Bodden et al., 2008; Khanna & Kendall, 2009; Nauta et al., 2001, 2003; Silverman et al., 2009) har beskrevet foreldreinvolvering kun i samsvar med tilnærming 2, det vil si at de har sett på betydningen av ulike grader av foreldreinvolvering. Én studie utført på behandling av angst (Waters et al., 2009) beskrev foreldreinvolvering kun i overensstemmelse med tilnærming 3; de så med andre ord på ulike måter å involvere foreldrene på. Tre av artiklene (Kendall et al., 2008; Wood et al., 2009; Wood et al., 2006) kan sies å beskrive

foreldreinvolvering i overensstemmelse med både tilnærming 2 og 3. Samtlige av de inkluderte artiklene om foreldreinvolvering i behandling av barn og unge med depresjon beskriver dette i tråd med tilnærming 1.

Flesteparten av de inkluderte artiklene som omhandler behandling av barn med angst gir beskrivelser av rollene foreldrene har fått i barnas behandling. I to av artiklene (Hirshfeld-Becker et al., 2010; Kendall et al., 2008) blir også foreldrenes roller navngitt. Ingen av artiklene som tar for seg foreldreinvolvering i behandling av barn med depresjon har gitt navn til rollene foreldrene har fått. I fire av disse artiklene (Asarnow et al., 2002; Clarke et al., 1992; Clarke et al., 1999; Lewinsohn, et al., 1990) blir foreldrenes roller beskrevet¹, mens det i én artikkel (Moldenhauer, 2004) ikke blir gitt noen beskrivelse av rollene foreldrene fikk.

Av den siste kolonnen i tabell 4 går det fram at foreldrene har fått mer enn én rolle i hver av studiene som er gjort på foreldreinvolvering i behandling av barn og unge med angst. Antallet roller de har fått varierer fra to til fem. I samtlige av disse studiene har foreldrene deltatt som informanter. I flesteparten har de også deltatt som medklienter, trenere og terapeutens stedfortredere. Seks av studiene på angst har involvert foreldrene som støttepersoner (Barrett et al., 2004; Kendall et al., 2008; Khanna & Kendall, 2009; O'Leary et al., 2009; Silverman et al., 1999; Silverman et al., 2009) og i fem av angststudiene har foreldrene vært modeller for ønskelig atferd (Barrett, 1998; Barrett et al., 1996; Barrett et al., 2001; Boddén et al., 2008; Spence et al., 2000).

¹ I studien til Clarke og medarbeidere (1992) blir ikke behandlingsprogrammet og rollene direkte beskrevet, men det henvises til Lewinsohn og medarbeideres studie (1990) for mer informasjon. Lewinsohn og medarbeideres beskrivelse av dette blir derfor benyttet i denne litteraturstudien når Clarke (1992) blir referert.

I én av artiklene som omhandler behandling av depresjon er det uvisst hvilken rolle foreldrene har fått, da denne ikke er beskrevet (Moldenhauer, 2004). I de øvrige ble foreldrene involvert henholdsvis som informanter og medklienter (Clarke et al., 1999), medklienter, støttepersoner og stedfortredere (Asarnow et al., 2002) og informanter, medklienter og støttepersoner (Clarke et al., 1992; Lewinsohn et al., 1990).

Diskusjon

Resultatene fra denne litteraturstudien viser at det er blitt gjort relativt få randomiserte, kontrollerte studier som ser på effekten av foreldreinvolvering i kognitiv atferdsterapeutisk behandling av barn og unge med angst eller depresjon. Særlig er det et lavt antall studier som ser på foreldreinvolvering i behandling av barn og unge med depresjonslidelser. Som beskrevet i introduksjonen til denne litteraturstudien er det forholdsvis vanlig å involvere foreldrene når barnet får behandling for psykiske lidelser. I fagmiljøene blir det å engasjere foreldrene også som regel anbefalt. Det kan imidlertid se ut til at det er et misforhold mellom denne generelle anbefalingen og det forskningsgrunnlaget den bygger på. Dette betyr imidlertid ikke nødvendigvis at anbefalingen er feil, men at den bygger på erfaringer og ekspertise fra klinisk praksis heller enn på foreliggende forskning. Ut fra denne litteraturstudien er det vanskelig å trekke noen sikre konklusjoner om betydningen av foreldreinvolvering ved behandling av barn med angst og depresjon, ettersom dette er forsket lite på. Det kan muligens sies å være noe underlig at det er forsket så lite på dette når foreldreinvolvering generelt blir fremhevet som viktig i arbeidet med barn og unge.

Denne litteraturstudien viser også at det er gjort mer forskning på effekten av å involvere foreldre i behandling av barn og unge med angst enn det er gjort ved behandling av depresjon. Det er noe uklart hva dette kan skyldes. Én mulig årsak kan

være at forskerne har vært mer opptatt av å studere betydningen av å involvere foreldrene ved angst ettersom det ved angstlidelser antas at foreldrene spiller en viktig rolle i utviklingen og opprettholdelsen av symptomene (Suveg et al., 2006), og at man derfor er avhengig av foreldrenes samarbeid i behandlingen dersom endring skal oppnås. Forskjellen kan imidlertid også antas å skyldes at angst ofte oppstår på et tidligere alderstrinn enn depresjon, og at barna som får behandling for angst dermed er yngre enn barna som får behandling for depresjon. I denne litteraturstudien gjenspeiles dette i alderen på barna i angst- og depresjonsstudiene. Det kan se ut til at de yngste barna i studiene som tar for seg behandling av angst er yngre enn de yngste barna i studiene som ser på depresjonsbehandling. Forekomsten av depresjonssymptomer er hyppigere blant eldre barn og ungdommer enn blant yngre barn. Den rapporterte prevalensen blant skolebarn er 1-2%, mens den er 3-8% blant ungdommer (Verduyn, 2011). Det kan dermed tenkes at en mulig grunn til at det er gjort mindre forskning på foreldreinvolvering i behandling av depresjon, er at det er sjeldnere at foreldrene involveres i behandling av denne lidelsen ettersom barnet oftere har nådd en alder hvor autonomi og selvstendigjøring fra foreldrene er viktig. Det at det i denne litteraturstudien er så få studier som tar for seg behandling av depresjon gjør både at det er vanskelig å trekke noen klare konklusjoner om betydningen av foreldreinvolvering ved depresjon, samtidig som det gjør muligheten til å sammenligne foreldreinvolvering ved angst og depresjon svært begrenset.

Deltakerne i alle de inkluderte studiene har blitt tilfeldig fordelt til behandlings- og kontrollgrupper. Samtlige studier har minst én sammenligningsgruppe. I to av artiklene er det ikke spesifisert hvorvidt gruppene var like ved oppstart av behandling eller ikke (Asarnow et al., 2002; Clarke et al., 1992). I alle de øvrige er det gjort

undersøkelser av hvorvidt gruppene som ble sammenlignet var like ved oppstart av behandlingen, og i alle utenom én (Waters et al., 2009) ble det ikke funnet signifikante forskjeller mellom gruppene. Den eneste signifikante forskjellen mellom gruppene i Waters og medarbeideres studie (2009) var at flere av foreldrene i behandlingsgruppene var gift sammenlignet med foreldrene på ventelisten. Dette at deltakerne ble randomisert til gruppene og at det i flesteparten av studiene ble funnet at gruppene var like ved behandlingsstart, kan sies å være en klar styrke ved de inkluderte studiene. Det gjør at man kan anta at eventuelle forskjeller mellom gruppene ved behandlingsslutt skyldes behandlingen som er blitt gitt heller enn at gruppene i utgangspunktet var ulike.

Alle studiene inkludert i denne litteraturstudien er utført i vestlige land (USA, Canada, Australia og Nederland). Dette gjør at det muligens er vanskelig å generalisere resultatene til andre land og kulturer. Samtlige studier har deltakere av begge kjønn, hvilket er en styrke ettersom det gjør at funnene da kan sies å gjelde for både gutter og jenter. I de fleste studiene ble det benyttet et relativt lite utvalg deltakere (mellom 50 og 80 deltakere i de fleste, dette tilsvarer mellom 15 og 30 i hver gruppe). Når utvalgene er så små, kan det hende at forskjellene mellom gruppene ved oppstart av behandlingen kan bidra til behandlingsresultatet selv om disse ikke er statistisk signifikante (Kazdin, 2003). De aller fleste studiene som er inkludert i denne litteraturstudien har benyttet seg av multiple rekrutteringskilder, blant annet henvisninger fra helsepersonell, samfunnssentre, skoler og selvhenviing etter annonser i lokale medier. Dette kan sies å være en styrke ved studiene, da det bidrar til å sikre den ytre validiteten (Kazdin, 2003).

Alle de inkluderte studiene har som nevnt over sammenligningsgrupper, enten i form av en kontrollbetingelse hvor det ikke ble gitt behandling (venteliste) eller en

behandlingsbetingelse hvor foreldrene ikke ble involvert eller ble involvert på en annen måte. I flere studier ble behandlingsbetingelsen hvor foreldrene ble involvert sammenlignet både med venteliste og med en annen aktiv behandlingsgruppe. Fordelen med å benytte venteliste som sammenligningsgruppe er at man kan utelukke at utfallet ved avsluttet behandling skyldes variabler som for eksempel tid og modning. Studiens indre validitet blir med andre ord sikret (Kazdin, 2003), og det er større sannsynlighet for at eventuelle forskjeller mellom gruppene ved avsluttet behandling skyldes behandlingen som ble gitt. En ulempe ved å benytte venteliste som eneste sammenligningsgruppe er imidlertid at den ikke kan bli benyttet som kontrollgruppe ved forskning på langtidseffekter av behandlingen, ettersom deltakerne på ventelisten av etiske hensyn alltid blir gitt behandling etter at behandlingen i de(n) aktive behandlingsgruppen(e) er avsluttet (Kazdin, 2003). Av resultatene fra denne litteraturstudien går det fram at foreldreinvolvering ved behandling av barn og unge med angst eller depresjon gir signifikant bedre utfall sammenlignet med venteliste, det vil si at det gir bedre utfall at foreldrene blir involvert enn at barna ikke får noen behandling i det samme tidsrommet. Når man benytter venteliste som eneste sammenligningsgruppe kan man imidlertid ikke si noe om hvorvidt det er bedre å involvere foreldre enn det er å gi barnet behandling alene. Man vet ikke hvor mye av forbedringen som skyldes det at foreldrene var involvert og hvor mye som skyldes behandlingen barnet fikk. Det er derfor en styrke for feltet at det finnes studier som sammenligner en behandlingsbetingelse hvor foreldrene var involvert med en behandlingsbetingelse hvor de ikke var det, da disse kan si noe om dette. De inkluderte studiene som sammenligner en gruppe hvor foreldrene er blitt involvert i behandlingen med en gruppe hvor kun barnet har fått behandling er bedre egnet til å si noe om verdien

av å involvere foreldrene i barnets behandling enn studiene som kun sammenligner foreldreinvolvering med venteliste.

Som resultatene viser, så har samtlige studier som har sammenlignet foreldreinvolvering med venteliste funnet at det å involvere foreldrene i barnets behandling gir bedre effekt enn å ikke gi behandling. Det kan med andre ord se ut til at det å involvere foreldrene i barnets behandling er å foretrekke framfor å ikke gi behandling. Blant de studiene som sammenlignet en behandlingsgruppe hvor foreldrene var involvert med en behandlingsgruppe hvor kun barnet fikk behandling, var det omtrent like mange studier som viste en signifikant større positiv effekt av foreldreinvolvering som det var som viste ingen signifikante forskjeller mellom gruppene. Det ser ikke ut til at det er systematiske forskjeller mellom de studiene som viste en slik positiv effekt av foreldreinvolvering og de som ikke gjorde det. Kun én studie fant at den individualterapeutiske behandlingen gav bedre behandlingseffekt enn behandlingen hvor foreldrene var involvert (Bodden et al., 2008). Det kan med andre ord se ut til at det knyttet usikkerhet til hvorvidt det å involvere foreldrene i behandling av barn med angst eller depresjon bidrar til et bedre behandlingsutfall enn dersom kun barnet blir gitt behandling. Dette samsvarer med funnene fra tidligere reviewartikler som omhandler foreldreinvolvering i behandling av barn med angst (Barmish & Kendall, 2005; Pahl & Barrett, 2010) og depresjon (Sander & McCarty, 2005). Ifølge Pahl og Barrett (2010) kan slik inkonsistens i funnene blant annet skyldes at måleinstrumentene benyttet i studier som sammenligner behandlinger hvor foreldrene er involvert med behandlinger hvor de ikke er involvert ikke er gode nok til å fange opp de spesifikke foreldreferdighetene som behandlingen hvor foreldrene er involvert er rettet mot. Måleinstrumentene som blir benyttet er ofte symptomsjekklistene og diagnostiske

intervjuer. Det kan hende at det ved avsluttet behandling er forskjeller mellom gruppene i for eksempel foreldreferdigheter selv om det ikke er signifikante forskjeller i barnas diagnostiske status eller symptomnivå. Forskjellene i disse spesifikke ferdighetene vil imidlertid ikke bli fanget opp dersom det ikke blir benyttet instrumenter som er utviklet for å måle slike ferdigheter. Noe annet som kan bidra til at det i flere studier ikke er blitt vist signifikante forskjeller mellom behandlingsgrupper hvor foreldrene har vært involvert og behandlingsgrupper hvor de ikke har vært involvert, er at de fleste studiene ser på behandling av barn på flere alderstrinn, og i enkelte studier er aldersforskjellen mellom de inkluderte barna så stor som ti år. Dersom det er slik at foreldreinvolvering har en større effekt hos yngre barn enn hos eldre barn og ungdommer slik enkelte har hevdet (Suveg et al., 2006), vil det at forskerne har inkludert barn på så ulike alderstrinn i samme studie muligens gjøre at effekten av foreldreinvolvering vil bli jevnet ut, og resultatene fra den enkelte studie vil ikke vise signifikante forskjeller mellom gruppene. Det kan likevel hende at foreldreinvolvering har en signifikant effekt for de yngste barna inkludert i studien.

Hvorvidt foreldreinvolvering bidrar til større grad av tilfredshet med behandlingen eller ikke er vanskelig å svare på ut fra de foreliggende studiene, da det er svært få som har forsket på dette, og det kun i én studie (Waters et al., 2009) er blitt gjort sammenligninger med tilfredshet i en betingelse hvor foreldrene ikke var involvert. I denne studien ble det imidlertid ikke funnet signifikante forskjeller mellom gruppene på mål på behandlingstilfredshet. Det trengs med andre ord mer forskning på feltet før det kan trekkes noen konklusjoner om foreldreinvolveringens effekt på foreldrenes tilfredshet med behandlingen. Det kan også være interessant å se på barnas tilfredshet med behandlingen; om denne endres dersom foreldrene blir involvert eller

om den er lik uavhengig av foreldrenes involvering. Det kan også være interessant å se på om det er forskjeller i hvor fornøyde barnet er med behandlingen avhengig av sin alder. Det er mulig at ungdommer som har mer behov for autonomi kan være mer tilfredse med behandlingen dersom de får den individuelt enn dersom foreldrene blir involvert, mens yngre barn som er mer avhengige av sine foreldre kan være mer fornøyde dersom foreldrene blir involvert.

Trofasthet til behandlingsmetode (treatment fidelity) handler om i hvilken grad behandlingen ble utført slik den hadde til hensikt å bli utført (Kazdin, 2003). En måte å sikre at terapeuten er trofast til behandlingsmetoden som blir valgt er å spesifisere kriterier, prosedyrer og oppgaver så nøye som mulig (Kazdin, 2003). De fleste studiene som er inkludert i denne litteraturstudien har benyttet seg av behandlingsprogrammer som har manualer med nøye beskrevet materiale som gir terapeuten retningslinjer i forhold til prosedyre og aktiviteter. Å gi en manualbasert behandling vil være en styrke ved at den sikrer at behandlingen blir så lik som mulig for hver deltaker i samme gruppe og at sammenligninger av deltakere og grupper kan gjøres med større sikkerhet. For å sikre at terapeutene følger manualen kan timene bli tatt opp på video- eller audiokassett og bli vurdert av en annen terapeut ut i fra et bestemt kodingssystem (Kazdin, 2003). De aller fleste studiene i denne litteraturstudien har hatt slike evalueringer i løpet av behandlingsperioden og alle studiene som oppgir dette har hatt stort samsvar mellom manualen og terapien som ble gitt. En annen måte å sikre trofasthet til behandlingsmetode på er å gi terapeuten god trening i å utføre teknikkene som skal brukes før terapien starter (Kazdin, 2003). De fleste artiklene i denne litteraturstudien beskriver at terapeutene har fått slik trening i manualen og terapien. Kun fire artikler (Barrett et al., 1996; Clarke et al., 1992; Moldenhauer, 2004; Spence et al., 2000)

spesifiserer ikke dette. Dersom terapeutene i disse studiene ikke har fått slik trening, kan dette ses på som en svakhet ved disse studiene. En tredje måte å sikre trofasthet til behandlingsmetoden på er å gi jevnlig veiledning til terapeutene gjennom behandlingsforløpet (Kazdin, 2003). I de fleste artiklene hvor det oppgis at terapeutene har fått veiledning, har de fått dette på ukentlig basis. Syv artikler (Asarnow et al., 2002; Barrett, 1998; Barrett et al., 1996; Clarke et al., 1992; Mendlowitz et al., 1999; Moldenhauer, 2004; Spence et al., 2000) har ikke oppgitt informasjon om hvorvidt terapeutene fikk veiledning eller ikke, og dersom dette ikke er blitt gitt, kan dette sies å være en svakhet ved disse studiene. Det ser imidlertid ut til at de fleste av studiene har benyttet seg av flere av disse metodene for å sikre trofasthet til behandlingen, og dette kan ses på som en styrke ved studiene.

Resultatene fra denne litteraturstudien viser at begrepene benyttet i forskningen for å beskrive foreldrenes deltakelse i barnets behandling varierer og er uklare. Det blir benyttet begreper som foreldreinvolvering, foreldreinkludering og familieinvolvering. Disse blir sjelden klart definert eller beskrevet, og hva som legges i dem varierer noe på tvers av artiklene. Det synes altså ikke å være noen konsensus blant forskerne om hvordan dette skal defineres. Det er også sjelden at begrepene blir operasjonalisert. I alle artiklene samsvarer imidlertid måten foreldrene deltar i behandlingen på med det som i innledningen til denne litteraturstudien er blitt definert som foreldreinvolvering. Det kan altså se ut til at det blir brukt forskjellige begreper for å beskrive det samme, samtidig som det sjelden blir gjort rede for hva som egentlig legges i begrepene. Dersom det ikke finnes noe begrepsapparat som skiller tydelig mellom ulike måter foreldre er deltakende på i barnets behandling, kan dette gjøre litteraturen forvirrende å lese. Det kan også gjøre det vanskelig å gjøre sammenligninger på tvers av studier.

Dette er en klar svakhet ved studiene; at det er mangel på teori som retningslinje for forskning på foreldreinvolvering. Det kan se ut til at det er behov for mer teori og begrepsdannelse på dette fenomenet. Det at foreldrenes deltakelse i samtlige studier tilsvarer det som i innledningen til denne litteraturstudien defineres som foreldreinvolvering, kan sies å tyde på at det er svært vanlig å gi foreldrene funksjoner og oppgaver i terapien, og at disse sjelden begrenses til terapitimene.

Som beskrevet tidligere, ble det i gjennomgangen av hver enkelt studie vurdert hvorvidt artikkelens beskrivelse av foreldreinvolvering stemte overens med ulike tilnæringsmåter. Flertallet av studiene gjort på behandling av barn med angst, og samtlige studier som omhandler behandling av depresjon undersøkte foreldreinvolvering i samsvar med tilnæringsmåte 1, det vil si at de beskrev det som at enten var foreldrene involvert eller de var ikke involvert. Det ser med andre ord ut til at det er mer vanlig å forske på betydningen av at foreldrene er involvert sammenlignet med når de ikke er involvert enn det er å undersøke betydningen av ulike grader av foreldreinvolvering eller ulike roller foreldrene kan ha i behandlingen. Dette kan muligens gjøre at muligheten for å tolke forskningsresultatene fra den enkelte studie blir noe begrenset. Resultatene gir informasjon om effekten av å involvere foreldrene sammenlignet med å ikke gjøre det, men ikke så mye mer enn det. Forskningen sier ikke noe om hva slags type involvering som må til for at utfallet av barnets behandling skal bli best mulig. Ettersom svært få studier gjør rede for hva slags rolle foreldrene har fått i behandlingen og hva som kreves av dem underveis, for eksempel mellom terapitimene, gir heller ikke forskningen kunnskap om hva som er den beste måten å involvere foreldre på og hvordan dette bør gjøres i praksis. Dersom det hadde vært et større fokus i forskningen på hvordan foreldre skal involveres for at utfallet av behandlingen skal bli

best mulig, ville kunnskapen muligens vært av større nytte for terapeuten når han/hun skal planlegge og gjennomføre behandling av et barn med angst eller depresjon.

Én mulig hypotese i forskningen på foreldreinvolvering ville kunne være at all foreldreinvolvering er positivt, uavhengig av hvordan foreldrene blir involvert. Av resultatene fra denne litteraturstudien går det fram at det har blitt benyttet ulike behandlingsprogrammer i studiene som har undersøkt effekten av foreldreinvolvering, og at disse programmene har stilt ulike forventninger til foreldrenes deltakelse. Det ser altså ut til at foreldrene har blitt involvert på forskjellige måter på tvers av studiene. Det at alle studiene/ behandlingsprogrammene viser en positiv effekt av foreldreinvolvering sammenlignet med venteliste kan muligens sies å støtte hypotesen om at all foreldreinvolvering er bra. Det at det er stor variasjon i hvorvidt behandlingsgruppene hvor foreldrene blir involvert viser bedre behandlingsutfall sammenlignet med behandlingsgrupper hvor foreldrene ikke blir involvert, taler imidlertid imot denne hypotesen. Dette resultatet kan sies å tyde på at det i noen tilfeller gir bedre behandlingsutfall å involvere foreldrene enn i andre. Det ser imidlertid ikke ut til at de behandlingsprogrammene som har vært benyttet i de studiene som har vist en positiv effekt av foreldreinvolvering sammenlignet med en annen behandlingsgruppe er svært forskjellige fra de behandlingsprogrammene som har blitt brukt i studiene som ikke har vist en slik effekt. Det er derimot flere ganger tilfellet at det samme behandlingsprogrammet har blitt benyttet både i studier som viser en positiv effekt av foreldreinvolvering sammenlignet med en annen behandlingsgruppe og studier som ikke gjør det (se for eksempel Barrett et al., 1996, sammenlignet med Barrett, 1998). Dette gjør det vanskelig å konkludere noe med hensyn til hvorvidt alle typer foreldreinvolvering er positivt eller ikke.

Av denne litteraturstudien går det fram at det er sjelden foreldrenes rolle i behandlingen blir navngitt. Det kan med andre ord se ut til at begrepsapparatet for å beskrive slike roller er lite utviklet. I de fleste studiene er det imidlertid gitt en beskrivelse av hvordan foreldrene er blitt involvert. I denne oppgaven har begrepene informanter, medklienter, trenere, terapeutens stedfortredere, modeller og støttepersoner blitt benyttet i et forsøk på å spesifisere og skille mellom de ulike foreldrerollene som er beskrevet. Rollen som informanter er den eneste som går igjen i alle studiene. Det kan med andre ord se ut til at dette er en svært vanlig måte å involvere foreldrene på. Ellers varierer det svært hvor mange og hvilke roller foreldrene blir gitt. Det kan se ut til at det er noe vanligere å involvere dem som medklienter, trenere og terapeutens stedfortredere enn som støttepersoner og modeller. Det kan også se ut til at foreldrene får flere roller ved behandling av angst enn ved behandling av depresjon. I to av studiene på depresjon hvor foreldrenes roller er beskrevet, har de kun fått to roller i hver studie, mens foreldrene i enkelte av angststudiene har så mange som fem roller. Det kan altså muligens se ut til at foreldrene involveres i større grad i behandlingen når barnet har angst enn når det har depresjon. Det er imidlertid ikke mulig å trekke klare konklusjoner om dette ettersom det er så stor skjevfordeling mellom antall studier gjort på behandling av angst og studier gjort på behandling av depresjon.

Ut fra denne litteraturstudien ser det ikke ut til at det er gjort forskning som systematisk undersøker hva det er som gjør at foreldreinvolvering har effekt i de tilfellene hvor dette er vist. Det er med andre ord ikke blitt forsket på ulike foreldreroller eller funksjoner og hvordan disse bidrar til behandlingsutfallet, og derfor er det vanskelig å gi et klart svar på problemstillingen om hvilken effekt de ulike foreldrerollene har. Generelt ser det ut til at det i den foreliggende forskningen ikke er

formulert tydelig nok under hvilke omstendigheter foreldreinvolvering er positivt, og hva slags type foreldreinvolvering som gir effekt avhengig av aldersgruppe, type lidelse, etc. Når man sammenligner de 18 studiene som viste en positiv effekt av foreldreinvolvering (enten sammenlignet med venteliste eller med en annen aktiv behandlingsbetingelse) med de syv studiene hvor det ikke ble vist signifikante effekter av foreldreinvolvering på behandlingsutfall (sammenlignet med en annen aktiv behandlingsbetingelse), ser det ikke ut til å være store forskjeller i antallet roller foreldrene er blitt tildelt. Det ser med andre ord ikke ut til at foreldrene har fått flere eller færre roller i de studiene som viste signifikante forskjeller mellom behandlingsgruppene enn de har fått i de øvrige. Det ser heller ikke ut til at foreldrene har hatt andre roller i de studiene som fant signifikante effekter av foreldreinvolvering enn de har fått i de studiene som ikke ga slike effekter. For å kunne trekke noen sikre konklusjoner angående dette er det imidlertid nødvendig med mer forskning som har hovedfokus på foreldres roller i barnets behandling og disse rollenes betydning for behandlingsutfallet.

Det er også vanskelig å trekke klare konklusjoner om betydningen av ulike forelderoller for tilfredshet med behandlingen, ettersom det er så få av de inkluderte studiene som har sett på foreldrenes grad av fornøydhet med behandlingen. Den ene studien som sammenlignet foreldrenes grad av tilfredshet i en betingelse hvor de var involvert med en betingelse hvor de ikke var involvert fant ingen signifikante forskjeller mellom gruppene (Waters et al., 2009).

Styrker og begrensninger ved egen studie

Denne litteraturstudien oppsummerer forskningen på foreldreinvolvering i kognitiv atferdsterapeutisk behandling av barn og unge med angst eller depresjon. Det

ble tatt utgangspunkt i et relativt omfattende elektronisk litteratursøk. At utvelgelsen av studier etter det elektroniske søket ble gjort på bakgrunn av en uavhengig vurdering av forfatterne av denne litteraturstudien, er en styrke da dette sikrer høy reliabilitet i utvelgelsen. Det ble også gjort et omfattende manuelt søk med utgangspunkt i både artiklene fra det elektroniske søket samt relevante bokkapitler, reviewer og meta-analyser, og dette var med på å sikre at flest mulig relevante studier ble tatt med i litteraturstudien. Etersom vi ønsket å si noe om effekten av foreldreinvolvering var det kun randomiserte, kontrollerte studier som ble inkludert. Dette kan sies å være en styrke ved litteraturstudien ettersom randomiserte, kontrollerte studier anses for å være den typen forskningsdesign med størst grad av indre validitet (Kazdin, 2003). Det å kun inkludere denne formen for studier har dermed vært med på å sikre validiteten til konklusjonene som blir dratt i denne litteraturstudien, særlig når det gjelder effekten av å involvere foreldre i barnets behandling. Det er imidlertid mulig at vesentlig informasjon om ulike foreldreroller kan ha gått tapt ved at studier som benyttet seg av andre typer forskningsdesign ble ekskludert.

Kliniske implikasjoner

Resultatene fra denne litteraturstudien viser at det å involvere foreldrene i behandling av barn og unge med angst eller depresjon har effekt sammenlignet med å ikke gi behandling. Det er imidlertid ennå uklart hvorvidt det å involvere foreldrene i barnets behandling gir bedre effekt enn å gi barnet behandling alene. Denne litteraturstudien viser også at det er gjort lite forskning på forskjellige roller foreldrene kan ha i behandlingen og effekten av disse. Den foreliggende forskningen gir med andre ord ikke retning for terapeutens samarbeid med foreldrene. På det nåværende tidspunkt

er det derfor vanskelig å trekke noen konklusjoner om hvordan foreldrene skal involveres i det kliniske arbeidet.

Det er gjort få studier som ser på foreldrenes tilfredshet med barnets behandling. I de som gjør det viste det seg imidlertid at foreldrene er svært fornøyde med å bli involvert. Det å involvere foreldrene i barnets behandling kan med andre ord muligens være en effektiv framgangsmåte for å sikre en god terapeutisk allianse med foreldrene. Dette trengs det imidlertid mer forskning på før det kan dras noen bestemte konklusjoner.

Videre forskning

Ut fra denne litteraturstudien kan det se ut til at det er behov for flere studier som ser på effekten av foreldreinvolvering i kognitiv atferdsterapeutisk behandling av angst og depresjon hos barn og unge sammenlignet med effekten av å gi kun barnet behandling. Da vil man ha et større grunnlag for å kunne trekke konklusjoner om hvorvidt det å involvere foreldrene er å foretrekke. Det kan se ut til at det er et særlig behov for flere studier på dette ved behandling av barn og unge med depresjon.

For at studiene skal være av større nytte i klinisk arbeid er det også viktig at det blir sett på forskjellige måter å involvere foreldrene på i barnets behandling og hvilke effekter dette har. Man kan med andre ord sammenligne behandlinger hvor foreldrene har blitt gitt ulike roller med hverandre i tillegg til å sammenligne dem med individualterapeutisk behandling av barnet. På den måten vil man få kunnskap både om hvorvidt det har effekt å involvere foreldrene sammenlignet med å gi barnet behandling alene, samtidig som man også får informasjon om hvorvidt enkelte måter å involvere foreldrene på er mer gunstig enn andre. Denne kunnskapen vil kunne være av god nytte

for terapeuten i planleggingen og gjennomføringen av behandling rettet mot barn med angst eller depresjon.

Som det går fram av denne litteraturstudien er det sjelden begrepene som blir benyttet i beskrivelsen av foreldrenes deltakelse i behandling av barn og unge med angst eller depresjon blir tydelig definert og operasjonalisert, og begrepsbruken varierer på tvers av artikler. Det kan muligens tenkes at dersom begrepene som ble benyttet i litteraturen skilte klart mellom ulike former for foreldredeltakelse, ville det bli gjort mer forskning på de ulike måtene foreldrene kunne delta på og effekten av disse. Det vil derfor være en fordel for dette forskningsfeltet om det ble utviklet et mer standardisert begrepsapparat for å beskrive foreldrenes deltakelse i barnets behandling.

Det kan muligens tenkes at det også ville være nyttig om det ble utviklet egne/felles måleinstrumenter som målte ulike grader av og typer foreldreinvolvering. De kunne for eksempel ta for seg terapeutens, barnets og foreldrenes opplevelse av i hvor stor grad foreldrene var involvert og hvilke roller/funksjoner de hadde. Man kan sannsynligvis anta at dette ville kunne føre til at man kan trekke sikrere konklusjoner om betydningen av grad av foreldreinvolvering og ulike foreldreroller for utfallet av terapien.

Konklusjon

Denne litteraturstudien har tatt for seg randomiserte, kontrollerte studier som har hatt hovedfokus på involvering av foreldre i kognitiv atferdsterapeutisk behandling av barn og unge med angst eller depresjon. Resultatene viser at det er gjort svært få studier som omhandler behandling av barn med depresjon. Dette gjør det vanskelig å konkludere noe med hensyn til betydningen av foreldreinvolvering ved denne tilstanden. Det at det er gjort så mange flere studier på behandling av barn med angst,

gjør det også vanskelig å sammenligne betydningen av foreldreinvolvering ved disse to tilstandene. Resultatene viser også at det ved begge lidelsene er stor variasjon i hvorvidt studiene viser en positiv effekt av foreldreinvolvering på utfallet av barnets behandling eller ikke, og det kan dermed se ut til at det på det nåværende tidspunkt ikke er grunnlag for å konkludere noe med hensyn til verdien av å involvere foreldrene i kognitiv atferdsterapi med barn og unge med angst eller depresjon. Den foreliggende litteraturstudien peker på styrker og svakheter ved de inkluderte studiene. Resultatene fra litteraturstudien viser at begrepene benyttet for å beskrive foreldrenes deltakelse i barnets behandling sjelden blir definert og operasjonalisert. De foreliggende studiene har stort sett beskrevet foreldreinvolvering i tråd med en tilnærming hvor foreldrene enten er involvert eller ikke. Betydningen av ulike grader av foreldreinvolvering eller ulike foreldreroller i behandlingen av barn med angst eller depresjon er lite undersøkt, og det samme gjelder betydningen av foreldrenes tilfredshet med behandlingen. Alt dette gjør det vanskelig å benytte kunnskapen fra den foreliggende forskningen som utgangspunkt for det kliniske arbeidet, ettersom den gir få retningslinjer for hvordan det er best å involvere foreldre/ hvilken rolle foreldrene skal ha i kognitiv atferdsterapeutisk behandling av barn og unge med angst eller depresjon.

Denne litteraturgjennomgangen viser at det særlig er behov for mer forskning på effekten av å involvere foreldrene i kognitiv atferdsterapeutisk behandling av barn med depresjon. For at forskningsresultatene skal være av større nytte for det kliniske arbeidet er det også viktig at det blir utviklet et begrepsapparat som i større grad skiller mellom ulike foreldreroller i terapi med barn og unge, og at undersøkelser som ser på hvilken innvirkning de ulike rollene har på behandlingsutfallet tar utgangspunkt i dette. En større konsensus på forskningsfeltet når det gjelder begreper som benyttes i beskrivelsen

av ulike måter å involvere foreldrene på i behandling av barn vil også gjøre tolkningen og sammenligningen av resultater fra ulike studier enklere.

Referanser

- Abedi, M. R., & Vostanis, P. (2010). Evaluation of quality of life therapy for parents of children with obsessive-compulsive disorders in Iran. *European Child & Adolescent Psychiatry, 19*(7), 605-613. doi: 10.1007/s00787-010-0098-4
- Asarnow, J. R., & Scott, C. V. (1999). *A combined cognitive-behavioral family education intervention for depression in children*. Unpublished manuscript, University of California, Los Angeles, USA.
- Asarnow, J. R., Scott, C. V., & Mintz, J. (2002). A combined cognitive-behavioral family education intervention for depression in children: A treatment development study. *Cognitive Therapy and Research, 26*(2), 221-229. doi: 10.1023/A:1014573803928
- Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet (1982). Lov om barn og foreldre (Barnelova). Hentet 30.01.2011 fra http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19810408-007.html&emne=barnelov*&&
- Barmish, A. J., & Kendall, P. C. (2005). Should parents be co-clients in cognitive-behavioral therapy for anxious youth? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*(3), 569-581. doi: 10.1207/s15374424jccp3403_12
- Barrett, P. M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*(4), 459-468. doi: 10.1207/s15374424jccp2704_10
- Barrett, P. M. (2009). *FOCUS for Life: Freedom from obsessions and compulsions using skills. Therapist Manual and Workbooks*. Brisbane, Queensland: Pathways Health and Research Centre.

- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(2), 333-342. doi: 10.1037/0022-006X.64.2.333
- Barrett, P. M., Duffy, A. L., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6-year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(1), 135-141. doi: 10.1037//0022-006X.69.1.135
- Barrett, P. M., Healy-Farrell, L., & March, J. S. (2004). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: A controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*(1), 46-62. doi: 10.1097/01.chi.000096367.43887.13
- Barrett, P. M., Lowry-Webster, H., & Turner, C. (2000). *FRIENDS program for youth: Group leaders manual*. Brisbane: Australian Academic Press.
- Bodden, D. H. M., Bogels, S. M., Nauta, M. H., De Haan, E., Ringrose, J., Appelboom, C., . . . Appelboom-Geerts, K. (2008). Child Versus Family Cognitive-Behavioral Therapy in Clinically Anxious Youth: An Efficacy and Partial Effectiveness Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47*(12), 1384-1394. doi: 10.1097/CHI.0b013e318189148e
- Braswell, L. (1991). Involving Parents in Cognitive-Behavioral Therapy with Children and Adolescents. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and Adolescent Therapy. Cognitive-Behavioral Procedures* (pp. 316-351). New York: The Guilford Press.
- Butter, E. M. (2004). Emotion as a mediator between religious coping and adjustment among parents of children with autistic disorder. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 65*(6-B), 3148.

- Carr, A. (2006a). Fear and anxiety problems. *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. A Contextual Approach* (2nd ed., pp. 461-541). East Sussex: Routledge.
- Carr, A. (2006b). Mood problems. *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. A Contextual Approach* (2nd ed., pp. 720-794). East Sussex: Routledge.
- Chorpita, B. F., & Southam-Gerow, M. A. (2006). Fears and Anxieties. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of Childhood Disorders* (3rd ed., pp. 271-335). New York: The Guilford Press.
- Clarke, G. N., Hops, H., Lewinsohn, P. M., Andrews, J., Seeley, J. R. & Williams, J. (1992). Cognitive-behavioral group treatment of adolescent depression: Prediction of outcome. *Behavior Therapy*, 23(3), 341-354. doi: 10.1016/S0005-7894(05)80162-5
- Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M., & Hops, H. (1990). *Instructor's Manual for the Adolescent Coping With Depression Course*. Eugene, OR: Castalia Press.
- Clarke, G. N., Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Hops, H., & Seeley, J. R. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(3), 272-279. doi: 10.1097/00004583-199903000-00014
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Knudsen, K. (2004). Treating childhood traumatic grief: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(10), 1225-1233. doi: 10.1097/01.chi.0000135620.15522.38

- Connell, A. A., & Dishion, T. J. (2008). Reducing depression among at-risk early adolescents: Three-year effects of a family-centered intervention embedded within schools. *Journal of Family Psychology, 22*(4), 574-585. doi: 10.1037/0893-3200.22.3.574
- Curtis, D. F. (2010). ADHD Symptom Severity Following Participation in a Pilot, 10-week, Manualized, Family-Based Behavioral Intervention. *Child & Family Behavior Therapy, 32*(3), 231-241. doi: 10.1080/07317107.2010.500526
- Dowell, K. A., & Ogles, B. M. (2010). The Effects of Parent Participation on Child Psychotherapy Outcome: A Meta-Analytic Review. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 39*(2), 151-162. doi: 10.1080/15374410903532585
- Edmunds, J. M., O'Neil, K. A., & Kendall, P. C. (2011). A review of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in children and adolescents: Current status and future directions. *Tidsskrift for norsk psykologforening, 48*(1), 26-33.
- Egger, H. (2009). Toddler with temper tantrums: A careful assessment of a dysregulated preschool child. In C. A. Galanter & P. S. Jensen (Eds.), *DSM-IV-TR casebook and treatment guide for child mental health* (pp. 365-384). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; US.
- Ellis, A., & Bernard, M. E. (2006). *Rational emotive behavioral approaches to childhood disorders: Theory, practice and research*. New York: Springer Science + Business Media; US.
- Fiskå, G., & Gjøvåg, A. E. (2006). *Foreldreinkludering i kognitiv atferdsterapeutisk behandling av angstlidelser hos barn: En litteraturstudie* (Hovedoppgave). Profesjonsstudiet i psykologi, Universitetet i Bergen, Bergen.

- Fjermestad, K. W., Haugland, B. S. M., Heiervang, E., & Ost, L.-G. (2009). Relationship factors and outcome in child anxiety treatment studies. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 14*(2), 195-214. doi: 10.1177/1359104508100885
- Gere, M., & Neumer, S. P. (2011). Smarte foreldre: Et gruppeprogram for foreldre med engstelige og triste barn. Hentet 20.01.2011, fra http://www.vfb.no/vfb/xp/pub/mx/filer/smarteforeldre_web_U_LITTLISTE_392812.pdf
- Gillham, J. E. (1995). Preventing depressive symptoms in school children. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 55*(9-B), 4119.
- Girling-Butcher, R. D., & Ronan, K. R. (2009). Brief Cognitive-Behavioural Therapy for Children with Anxiety Disorders: Initial Evaluation of a Program Designed for Clinic Settings. *Behaviour Change, 26*(1), 27-53. Hentet fra <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1764496471&sid=1&Fmt=1&clientId=32064&RQT=309&VName=PQD>
- Grova, B., Haugland, B. S. M., & Dahl, K. (2011). Kognitiv atferdsterapi med barn og unge: Forskningsbasert praksis i utviklingsperspektiv. *Tidsskrift for norsk psykologforening, 48*(1), 2-3.
- Grunes, M. S., Neziroglu, F., & McKay, D. (2001). Family involvement in the behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder: A preliminary investigation. *Behavior Therapy, 32*(4), 803-820. doi: 10.1016/S0005-7894(01)80022-8

- Gundersen, K., & Svartdal, F. (2009). Aggression replacement training: Decreasing behaviour problems by increasing social competence. In Cefai, Carmel & Cooper (Eds.), *Promoting emotional education: Engaging children and young people with social, emotional and behavioural difficulties* (pp. 161-168). London, England: Jessica Kingsley Publishers; England.
- Haugland, B. S. M. (2011). En utviklingssensitiv tilnærming til kognitiv atferdsterapi med barn og ungdom. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48, 5-11.
- Helsedirektoratet (2009). Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2009: Norsk pasientregister (pp. 1-36). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1999). Lov om pasientrettigheter. Hentet 30.01.2011 fra http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=pasientrettighetslov*&&
- Henggeler, S. W., & Borduin, C. M. (1990). *Family therapy and beyond: A multisystemic approach to teaching the behavior problems of children and adolescents*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Hibbs, E. D., & Jensen, P. S. (1996). *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. Washington, DC, US: American Psychological Association; US.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Masek, B., Henin, A., Blakely, L. R., Pollock-Wurman, R. A., McQuade, J., . . . Biederman, J. (2010). Cognitive Behavioral Therapy for 4-to 7-Year-Old Children With Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(4), 498-510. doi: 10.1037/a0019055

- Kahana, S. Y., & Feeny, N. C. (2005). Cognitive behavioral treatment of health-related anxiety in youth: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice, 12*(3), 290-300. doi: 10.1016/S1077-7229(05)80051-3
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review, 26*(1), 50-65. doi: 10.1016/j.cpr.2005.09.001
- Karver, M. S., Shirk, S., Handelsman, J. B., Fields, S., Crisp, H., Gudmundsen, G., & McMakin, D. (2008). Relationship Processes in Youth Psychotherapy Measuring Alliance, Alliance-Building Behaviors, and Client Involvement. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 16*(1), 15-28. doi: 10.1177/1063426607312536
- Kazdin, A. E. (2003). *Research Design in Clinical Psychology* (4th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Kazdin, A. E. (2010). Problem-solving skills training and parent management training for oppositional defiant disorder and conduct disorder. In J. R. Weisz & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed., pp. 211-226). New York, NY: Guilford Press; US.
- Kazdin, A. E., Siegel, T. C., & Bass, D. (1992). Cognitive Problem-Solving Skills Training and Parent Management-Training in the Treatment of Antisocial-Behavior in Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(5), 733-747. doi: 10.1037/0022-006X.60.5.733

- Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (2003). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Kearney, C. A. (2008). An interdisciplinary model of school absenteeism in youth to inform professional practice and public policy. *Educational Psychology Review*, 20(3), 257-282. doi: 10.1007/s10648-008-9078-3
- Kendall, P. C. (1990). *Coping Cat Workbook*. Philadelphia: PA: Temple University.
- Kendall, P. C. (1991). *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*. New York: Guilford Press.
- Kendall, P. C. (2006). *Child and Adolescent Therapy. Cognitive-Behavioral Procedures*. New York: The Guilford Press.
- Kendall, P. C. (2006). Guiding Theory for Therapy with Children and Adolescents. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and Adolescent Therapy. Cognitive-Behavioral Procedures* (3rd ed., pp. 3-30). New York: The Guilford Press.
- Kendall, P. C., & Barmish, A. J. (2007). Show-that-I-can (homework) in cognitive-behavioral therapy for anxious youth: Individualizing homework for Robert. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(3), 289-296. doi: 10.1016/j.cbpra.2006.04.022
- Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: A randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 282-297. doi: 10.1037/0022-006x.76.2.282
- Kendall, P. C., Kane, M., Howard, B., & Siqueland, L. (1992). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual*. Ardmore: PA: Workbook.

- Kendall, P. C., & Suveg, C. (2006). Treating Anxiety Disorders in Youth. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and Adolescent Therapy. Cognitive-Behavioral Procedures* (3rd ed., pp. 243-294). New York: The Guilford Press.
- Kerig, P. K., & Wenar, C. (2006). *Developmental Psychopathology. From Infancy through Adolescence* (5th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Khanna, M. S., & Kendall, P. C. (2009). Exploring the Role of Parent Training in the Treatment of Childhood Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(5), 981-986. doi: 10.1037/a0016920
- Knox, L. S., Albano, A. M., & Barlow, D. H. (1996). Parental involvement in the treatment of childhood obsessive compulsive disorder: A multiple-baseline examination incorporating parents. *Behavior Therapy, 27*(1), 93-114. doi: 10.1016/S0005-7894(96)80038-4
- Krain, A., Hudson, J. L., Choudhury, M., & Kendall, P. C. (2000). *Family education, support and attention for child anxiety*. Unpublished therapist manual. Temple University.
- Lehmkuhl, H. D., Storch, E. A., Rahman, O., Freeman, J., Geffken, G. R., & Murphy, T. K. (2009). Just say no: Sequential parent management training and cognitive-behavioral therapy for a child with comorbid disruptive behavior and obsessive compulsive disorder. *Clinical Case Studies, 8*(1), 48-58. doi: 10.1177/1534650108326786
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Hops, H., & Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy, 21*(4), 385-401. doi: 10.1016/s0005-7894(05)80353-3

- Liber, J. M., McLeod, B. D., Van Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., van der Leeden, A. J. M., Utens, E., & Treffers, P. D. A. (2010). Examining the Relation Between the Therapeutic Alliance, Treatment Adherence, and Outcome of Cognitive Behavioral Therapy for Children With Anxiety Disorders. *Behavior Therapy, 41*(2), 172-186. doi: 10.1016/j.beth.2009.02.003
- Liber, J. M., van Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., Utens, E. M., van der Leeden, A. J., Markus, M. T., & Treffers, P. D. (2008). Parenting and parental anxiety and depression as predictors of treatment outcome for childhood anxiety disorders: Has the role of fathers been underestimated? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*(4), 747-758. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/15374410802359692>
- Lock, J. (2002). Treating adolescents with eating disorders in the family context - Empirical and theoretical considerations. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 11*(2), 331-342. doi: 10.1016/S1056-4993(01)00009-8
- Manassis, K. (1996). *Keys to Parenting Your Anxious Child*. New York: Barrons Educational Series.
- Mash, E. J. (2006). Treatment of Child and Family Disturbance. A Cognitive-Behavioral Systems Perspective. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of Childhood Disorders* (3rd ed., pp. 3-62). New York: The Guilford Press.
- Mash, E. J., & Barkley, R. A. (2006). *Treatment of Childhood Disorders* (3rd ed.). New York: The Guilford Press.
- McInerney, J. F., & McInerney, B. C. (2006). Working with the Parents and Teachers of Exceptional Children. In A. Ellis & M. E. Bernard (Eds.), *Rational emotive*

behavioral approaches to childhood disorders: Theory, practice and research (pp. 369-384). New York: Springer Science + Business Media; US.

Melnyk, B. M., Alpert-Gillis, L., Feinstein, N. F., Crean, H. F., Johnson, J., Fairbanks, E., . . . Corbo-Richert, B. (2004). Creating opportunities for parent empowerment: Program effects on the mental health/coping outcomes of critically ill young children and their mothers. *Pediatrics*, *113*(6), E597-E607.

Hentet fra <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/113/6/e597>

Mendlowitz, S. L., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Miezig, S., & Shaw, B. F. (1999). Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *38*(10), 1223-1229. doi: 10.1097/00004583-199910000-00010

Miller, V. A., & Feeny, N. C. (2003). Modification of Cognitive-Behavioral Techniques in the Treatment of a Five Year-Old Girl with Social Phobia. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *33*(4), 303-319. doi: 10.1023/B:JOCP.0000004501.18852.40

Moldenhauer, Z. (2004). Adolescent depression: A primary care pilot intervention study. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, *65*(2-B), 656.

Munsch, S., Roth, B., Michael, T., Meyer, A. H., Biedert, E., Roth, S., . . . Margraf, J. (2008). Randomized controlled comparison of two cognitive behavioral therapies for obese children: Mother versus mother-child cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *77*(4), 235-246. doi: 10.1159/000129659

- Nauta, M. H., Scholing, A., Emmelkamp, P. M. G., & Minderaa, R. B. (2001). Cognitive-behavioural therapy for anxiety disordered children in a clinical setting: Does additional cognitive parent training enhance treatment effectiveness? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 8(5), 330-340. doi: 10.1002/cpp.314
- Nauta, M. H., Scholing, A., Emmelkamp, P. M. G., & Minderaa, R. B. (2003). Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: No additional effect of a cognitive parent training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(11), 1270-1278. doi: 10.1097/01.chi.0000085752.71002.93
- O'Leary, E. M. M., Barrett, P., & Fjermestad, K. W. (2009). Cognitive-behavioral family treatment for childhood obsessive-compulsive disorder: A 7-year follow-up study. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 973-978. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.06.009
- Ozsivadjian, A. (2008). Review of Cognitive behaviour therapy for children and families (second edition). *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(1), 100-101. doi: 10.1111/j.1468-3148.2007.00377.x
- Pahl, K. M., & Barrett, P. M. (2010). Interventions for Anxiety Disorders in Children Using Group Cognitive-Behavioral Therapy with Family Involvement. In J. R. Weisz & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents* (2nd ed., pp. 61-79). New York: The Guilford Press.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial Boys*. Eugene, OR: Castalia.

- Pincus, D. B., Ehrenreich, J. T., & Mattis, S. G. (2008). *Mastery of anxiety and panic for adolescents: Riding the wave, therapist guide*. New York: Oxford University Press; US.
- Potier, J., & Day, C. (2007). Childhood onset conduct problems: A preliminary investigation into the role of mothers' interpersonal schemas and their relationship to parenting behaviour. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(4), 457-472. doi: 10.1017/s1352465807003682
- Reaven, J. (2011). The treatment of anxiety symptoms in youth with high-functioning autism spectrum disorders: Developmental considerations for parents. *Brain Research*, 1380, 255-263. doi: 10.1016/j.brainres.2010.09.075
- Rickard, H. C. (1985). Treatment of Childhood Problems With Rational-Emotive Therapy: System or Eclectic Package. *PsycCRITIQUES*, 30(6), 491-492. doi: 10.1037/023867
- Sander, J. B., & McCarty, C. A. (2005). Youth depression in the family context: Familial risk factors and models of treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8(3), 203-219. doi: 10.1007/s10567-005-6666-3
- Sanford, M., Boyle, M., McCleary, L., Miller, J., Steele, M., Duku, E., & Offord, D. (2006). A pilot study of adjunctive family psychoeducation in adolescent major depression: Feasibility and treatment effect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(4), 386-395. doi: 10.1097/01.chi.0000198595.68820.10
- Schiff, W. B., Holtz, K. D., Peterson, N., & Rakusan, T. (2001). Effect of an intervention to reduce procedural pain and distress for children with HIV

infection. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(7), 417-427. doi:

10.1093/jpepsy/26.7.417

Shortt, A. L., Barrett, P. M., & Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents.

Journal of Clinical Child Psychology, 30(4), 525-535. doi:

10.1207/S15374424JCCP3004_09

Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Ginsburg, G. S., Weems, C. F., Lumpkin, P. W., &

Carmichael, D. H. (1999). Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 995-1003. doi: 10.1037/0022-006X.67.6.995

Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Jaccard, J., & Pina, A. A. (2009). Directionality of Change in Youth Anxiety Treatment Involving Parents: An Initial Examination.

Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77(3), 474-485. doi:

10.1037/a0015761

Siqueland, L., & Diamond, G. S. (1998). Engaging parents in cognitive behavioral treatment for children with anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5(1), 81-102. doi: 10.1016/S1077-7229(98)80022-9

Sofronoff, K., Attwood, T., & Hinton, S. (2005). A randomised controlled trial of a

CBT intervention for anxiety in children with Asperger syndrome. *Journal of*

Child Psychology and Psychiatry, 46(11), 1152-1160. doi: 10.1111/j.1469-

7610.2005.00411.x

Spence, S. H. (1995). *Social skills training: Enhancing social competence with children and adolescents*. Windsor, U.K: NFER-Nelson.

- Spence, S. H., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *41*(6), 713-726. doi: 10.1111/1469-7610.00659
- Stallard, P. (2009). *Anxiety: Cognitive behaviour therapy with children and young people*. New York: Routledge/Taylor & Francis Group; US.
- Stark, K. D., Hargrave, J., Sander, J., Custer, G., Schnoebelen, S., Simpson, J., & Molnar, J. (2006). Treatment of Childhood Depression: The ACTION Treatment Program. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and Adolescent Therapy. Cognitive-Behavioral Procedures* (pp. 169-216). New York: The Guilford Press.
- Suveg, C., Roblek, T. L., Robin, J., Krain, A., Aschenbrand, S., & Ginsburg, G. S. (2006). Parental Involvement When Conducting Cognitive-Behavioral Therapy for Children With Anxiety Disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *20*(3), 287-299. doi: <http://dx.doi.org/10.1891/jcop.20.3.287>
- Tompkins, K. R. (2009). The impact of a parent-only cognitive behavioral group intervention for childhood anxiety on parenting attitudes and behaviors. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, *69*(8-B), 5062.
- van de Wiel, N., Matthys, W., Cohen-Kettenis, P., & van Engeland, H. (2002). Effective treatments of school-aged conduct disorder children: Recommendations for changing clinical and research practices. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *11*(2), 79-84. doi: 10.1007/s007870200014

- Verduyn, C. (2011). Cognitive-behavioral therapy for depression in children and adolescents. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, *48*, 34-39.
- Waters, A. M., Donaldson, J., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2008). Cognitive-behavioural therapy combined with an interpersonal skills component in the treatment of generalised anxiety disorder in adolescent females: A case series. *Behaviour Change*, *25*(1), 35-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1375/behc.25.1.35>
- Waters, A. M., Ford, L. A., Wharton, T. A., & Cobham, V. E. (2009). Cognitive-behavioural therapy for young children with anxiety disorders: Comparison of a Child plus Parent condition versus a Parent Only condition. *Behaviour Research and Therapy*, *47*(8), 654-662. doi: 10.1016/j.brat.2009.04.008
- Waters, A. M., Wharton, T. A., Zimmer-Gembeck, M. J., & Craske, M. G. (2008). Threat-based cognitive biases in anxious children: Comparison with non-anxious children before and after cognitive behavioural treatment. [Editorial]. *Behaviour Research and Therapy*, *46*(3), 358-374. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2008.01.002>
- Webster-Stratton, C. (2007). *De utrolige årene. En veiledning i problemløsning for foreldre med barn i alderen 2-8 år*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Weisz, J. R., & Kazdin, A. E. (2010). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Wells, K. C., & Albano, A. M. (2005). Parent involvement in CBT treatment of adolescent depression: Experiences in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). *Cognitive and Behavioral Practice*, *12*(2), 209-220. doi: 10.1016/S1077-7229(05)80026-4

- Wood, J. J., & McLeod, B. D. (2008). *Child anxiety disorders: a family-based treatment manual for practitioners*. New York: Norton.
- Wood, J. J., McLeod, B. D., Piacentini, J. C., & Sigman, M. (2009). One-Year Follow-up of Family versus Child CBT for Anxiety Disorders: Exploring the Roles of Child Age and Parental Intrusiveness. *Child Psychiatry & Human Development*, 40(2), 301-316. doi: 10.1007/s10578-009-0127-z
- Wood, J. J., Piacentini, J. C., Southam-Gerow, M., Chu, B. C., & Sigman, M. (2006). Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(3), 314-321. doi: 10.1097/01.chi.0000196425.88341.b0
- Zelikovsky, N., Rodrigue, J. R., & Gidycz, C. A. (2001). Reducing parent distress and increasing parent coping-promoting behavior during children's medical procedure. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 8(4), 273-281. doi: 10.1023/A:1011968830009

Appendiks A

Ekskluderte artikler fra det elektroniske søket

Forfatter	Tittel	Årsak til ekskludering
Abedi & Vostanis, 2010	Evaluation of quality of life therapy for parents of children with obsessive-compulsive disorders in Iran.	Det kom ikke klart fram av studien at det var kognitiv atferdsterapi.
Barmish & Kendall, 2005	Should parents be co-clients in cognitive-behavioral therapy for anxious youth?	Ikke randomisert kontrollert studie. Ble brukt som teoretisk bakgrunns litteratur
Butter, 2004	Emotion as a mediator between religious coping and adjustment among parents of children with autistic disorder.	Handler om autisme
Cohen, Mannarino & Knudsen, 2004	Treating Childhood Traumatic Grief: A Pilot Study.	Oppfyller ikke kriteriet for type lidelse
Connell & Dishion, 2008	Reducing depression among at-risk early adolescents: Three-year effects of a family-centered intervention embedded within schools.	Handler hovedsakelig om forebygging
Curtis, 2010	ADHD Symptom Severity Following Participation in a Pilot, 10-week, Manualized, Family-Based Behavioral Intervention	Oppfyller ikke kriteriet for type lidelse
Dowell & Ogles, 2010	The Effects of Parent Participation on Child Psychotherapy Outcome: A Meta-Analytic Review.	Ikke randomisert kontrollert studie. Ble brukt som teoretisk bakgrunns litteratur
Egger, 2009	Toddler with temper tantrums: A careful assessment of a dysregulated preschool child.	Ikke randomisert kontrollert studie
Ellis & Bernard, 2006	Rational emotive behavioral approaches to childhood disorders: Theory, practice and research.	Ikke randomisert kontrollert studie. Ble brukt som teoretisk bakgrunns litteratur
Fjermestad, Haugland, Heiervang & Ost, 2009	Relationship factors and outcome in child anxiety treatment studies.	Ikke randomisert kontrollert studie. Ble brukt som teoretisk bakgrunns litteratur
Gilham, 1995	Preventing depressive symptoms in school children.	Handler hovedsakelig om forebygging
Girling-Butcher & Ronan, 2009	Brief Cognitive-Behavioural Therapy for Children with Anxiety Disorders: Initial Evaluation of a Program Designed for Clinic Settings.	Ikke randomisert kontrollert studie
Grunes, Neziroglu & McKay, 2001	Family involvement in the behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder: A preliminary investigation.	Oppfyller ikke kriteriet for alder. Kommer ikke klart fram at det er kognitiv atferdsterapi.

Ekskluderte artikler fra det elektroniske søket fortsetter

Forfatter	Tittel	Årsak til ekskludering
Gundersen & Svartdal, 2009	Aggression replacement training: Decreasing behaviour problems by increasing social competence.	Det kommer ikke fram av sammendrag at det hovedsakelig er snakk om foreldreinvolvering
Hibbs & Jensen, 1996	Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice.	Det kommer ikke fram av sammendrag at det hovedsakelig er snakk om foreldreinvolvering
Kahana & Feeney, 2005	Cognitive behavioral treatment of health-related anxiety in youth: A case example.	Ikke randomisert kontrollert studie
Karver, Handelsman, Fields & Bickman, 2006	Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature.	Ikke randomisert kontrollert studie. Ble brukt som teoretisk bakgrunns litteratur
Karver, Shirk, Handelsman, Fields, Crisp, Gudmundsen & McMakin, 2008	Relationship Processes in Youth Psychotherapy Measuring Alliance, Alliance-Building Behaviors, and Client Involvement.	Det kommer ikke fram av sammendrag at det hovedsakelig er snakk om foreldreinvolvering
Kazdin, Siegel & Bass, 1992	Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children.	Oppfyller ikke kriteriet for type lidelse
Kazdin & Weisz, 2003	Evidence-based psychotherapies for children and adolescents.	Det kommer ikke fram av sammendrag at det hovedsakelig er snakk om foreldreinvolvering
Kearney, 2008	An interdisciplinary model of school absenteeism in youth to inform professional practice and public policy.	Oppfyller ikke kriteriet for type lidelse
Kendall, 1991	Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures.	Ikke randomisert kontrollert studie. Ble brukt som teoretisk bakgrunns litteratur
Kendall & Barmish, 2007	Show-that-I-can (homework) in cognitive-behavioral therapy for anxious youth: Individualizing homework for Robert.	Ikke randomisert kontrollert studie
Knox, Albano & Barlow, 1996	Parental involvement in the treatment of childhood compulsive disorder: A multiple-baseline examination incorporating parents	Ikke randomisert kontrollert studie
Lehmkuhl, Storch, Rahman, Freeman, Geffken & Murphy, 2009	Just say no: Sequential parent management training and cognitive-behavioral therapy for a child with comorbid disruptive behavior and obsessive compulsive disorder.	Ikke randomisert kontrollert studie

Ekskluderte artikler fra det elektroniske søket fortsetter

Forfatter	Tittel	Årsak til ekskludering
Liber, McLeod, Van Widenfelt, Goedhart, van der Leeden, Utens & Treffers, 2010	Examining the Relation Between the Therapeutic Alliance, Treatment Adherence, and Outcome of Cognitive Behavioral Therapy for Children With Anxiety Disorders.	Det kommer ikke fram av sammendrag at det hovedsakelig er snakk om foreldreinvolvering
Lock, 2002	Treating adolescents with eating disorders in the family context - Empirical and theoretical considerations.	Oppfyller ikke kriteriet for type lidelse
McInerney & McInerney, 2006	Working with the Parents and Teachers of Exceptional Children.	Handler om foreldreinvolvering i skolesammenheng
Melnyk, Alpert-Gillis, Feinstein, Crean, Johnson, Fairbanks, Small, Rubenstein, Slota & Corbo-Richert, 2004	Creating opportunities for parent empowerment: Program effects on the mental health/coping outcomes of critically ill young children and their mothers.	Oppfyller ikke kriteriet for type lidelse
Miller & Feeny, 2003	Modification of Cognitive-Behavioral Techniques in the Treatment of a Five Year-Old Girl with Social Phobia.	Ikke randomisert kontrollert studie
Munsch, Roth, Michael, Meyer, Biedert, Roth, Speck, Zumsteg, Isler & Margraf, 2008	Randomized controlled comparison of two cognitive behavioral therapies for obese children: Mother versus mother-child cognitive behavioral therapy	Oppfyller ikke kriteriet for type lidelse
Ozsvadjian, 2008	Review of Cognitive behaviour therapy for children and families (second edition).	Bokanmeldelse
Pincus, Ehrenreich & Mattis, 2008	Mastery of anxiety and panic for adolescents: Riding the wave, therapist guide.	Bokanmeldelse
Potier & Day, 2007	Childhood onset conduct problems: A preliminary investigation into the role of mothers' interpersonal schemas and their relationship to parenting behaviour.	Oppfyller ikke kriteriet for type lidelse
Reaven, 2011	The treatment of anxiety symptoms in youth with high-functioning autism spectrum disorders: Developmental considerations for parents.	Handler om autisme og asperger (benyttet som teoretisk bakgrunns litteratur)
Rickard, 1985	Treatment of Childhood Problems With Rational-Emotive Therapy: System or Eclectic Package.	Bokanmeldelse
Sander & McCarty, 2005	Youth depression in the family context: Familial risk factors and models of treatment.	Ikke randomisert kontrollert studie. Ble brukt som teoretisk bakgrunns litteratur
Sanford, Boyle, McCleary, Miller, Steele, Duku & Offord, 2006	A pilot study of adjunctive family psychoeducation in adolescent major depression: Feasibility and treatment effect	Det kommer ikke klart fram av sammendrag at det er kognitiv atferdsterapi

Ekskluderte artikler fra det elektroniske søket fortsetter

Forfatter	Tittel	Årsak til ekskludering
Schiff, Holtz, Peterson & Rakusan, 2001	Effect of an intervention to reduce procedural pain and distress for children with HIV infection.	Oppfyller ikke kriteriet for type lidelse
Siqueland & Diamond, 1998	Engaging parents in cognitive behavioral treatment for children with anxiety disorders.	Ikke randomisert kontrollert studie. Ble brukt som teoretisk bakgrunns litteratur
Sofronoff, Attwood & Hinton, 2005	A randomised controlled trial of a CBT intervention for anxiety in children with Asperger syndrome.	Handler om asperger
Stallard, 2009	Anxiety: Cognitive behaviour therapy with children and young people.	Det kommer ikke fram av sammendrag at det hovedsakelig er snakk om foreldreinvolvering
Tompkins, 2009	The impact of a parent-only cognitive behavioral group intervention for childhood anxiety on parenting attitudes and behaviors.	Ikke randomisert kontrollert studie
Weisz & Kazdin, 2010	Evidence-based psychotherapies for children and adolescents (2nd ed.).	Ikke randomisert kontrollert studie. Ble brukt som teoretisk bakgrunns litteratur
Wells & Albano, 2005	Parent involvement in CBT treatment of adolescent depression: Experiences in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS).	Ikke randomisert kontrollert studie. Ble brukt som teoretisk bakgrunns litteratur
Zelikovsky, Rodrigue & Gidycz, 2001	Reducing parent distress and increasing parent coping-promoting behavior during children's medical procedure.	Oppfyller ikke kriteriet for type lidelse

Appendiks B

Ekskluderte artikler fra det elektroniske søket benyttet som teoretisk litteratur

Forfatter	Tittel	Type bakgrunslitteratur
Barmish & Kendall, 2005	Should parents be co-clients in cognitive-behavioral therapy for anxious youth?	Reviewartikkel om foreldreinvolvering i angstbehandling
Dowell & Ogles, 2010	The Effects of Parent Participation on Child Psychotherapy Outcome: A Meta-Analytic Review.	Metaanalyse om foreldreinvolvering i terapi
Ellis & Bernard, 2006	Rational emotive behavioral approaches to childhood disorders: Theory, practice and research.	Teoretisk bakgrunslitteratur
Fjermestad, Haugland, Heiervang & Ost, 2009	Relationship factors and outcome in child anxiety treatment studies.	Reviewartikkel om foreldreinvolvering i angstbehandling
Karver, Handelsman, Fields & Bickman, 2006	Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature.	Metaanalyse om foreldreinvolvering
Kendall, 1991	Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures.	Teoretisk bakgrunslitteratur
Sander & McCarty, 2005	Youth depression in the family context: Familial risk factors and models of treatment.	Reviewartikkel om foreldreinvolvering i depresjonsbehandling
Siqueland & Diamond, 1998	Engaging parents in cognitive behavioral treatment for children with anxiety disorders.	Teoretisk bakgrunslitteratur
Weisz & Kazdin, 2010	Evidence-based psychotherapies for children and adolescents (2nd ed.).	Teoretisk bakgrunslitteratur
Wells & Albano, 2005	Parent involvement in CBT treatment of adolescent depression: Experiences in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS).	Reviewartikkel om foreldreinvolvering i depresjonsbehandling

Appendiks C

Inkluderte artikler i litteraturstudien

Forfatter	Tittel
Asarnow, Scott & Mintz, 2002	A combined cognitive-behavioral family education intervention for depression in children: A treatment development study.
Barrett, 1998	Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders.
Barrett, Dadds & Rapee, 1996	Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial.
Barrett, Duffy, Dadds & Rapee, 2001	Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6-year) follow-up.
Barrett, Healy-Farrell & March, 2004	Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: A controlled trial.
Bodden, Bogels, Nauta, De Haan, Ringrose, Appelboom, Brinkman & Appelboom-Geerts, 2008	Child Versus Family Cognitive-Behavioral Therapy in Clinically Anxious Youth: An Efficacy and Partial Effectiveness Study.
Clarke, Hops, Lewinsohn, Andrews, Seeley & Williams, 1992	Cognitive-behavioral group treatment of adolescent depression: Prediction of outcome.
Clarke, Rohde, Lewinsohn, Hops & Seeley, 1999	Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster sessions.
Hirshfeld-Becker, Masek, Henin, Blakely, Pollock-Wurman, McQuade, DePetrillo, Briesch, Ollendick, Rosenbaum & Biederman, 2010	Cognitive Behavioral Therapy for 4-to 7-Year-Old Children With Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial.
Kendall, Hudson, Gosch, Flannery-Schroeder & Suveg, 2008	Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: A randomized clinical trial evaluating child and family modalities
Khanna & Kendall, 2009	Exploring the Role of Parent Training in the Treatment of Childhood Anxiety.
Lewinsohn, Clarke, Hops & Andrews, 1990	Cognitive-Behavioral Treatment for Depressed Adolescents.
Mendlowitz, Manassis, Bradley, Scapillato, Miezitis & Shaw, 1999	Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement.
Moldenhauer, 2004	Adolescent depression: A primary care pilot intervention study.

Inkluderte artikler i litteraturstudien fortsetter

Forfatter	Tittel
Nauta, Scholing, Emmelkamp & Minderaa, 2001	Cognitive-behavioural therapy for anxiety disordered children in a clinical setting: Does additional cognitive parent training enhance treatment effectiveness?
Nauta, Scholing, Emmelkamp & Minderaa, 2003	Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: No additional effect of a cognitive parent training.
O'Leary, Barrett & Fjermestad, 2009	Cognitive-behavioral family treatment for childhood obsessive-compulsive disorder: A 7-year follow-up study.
Shortt, Barrett & Fox, 2001	Evaluating the FRIENDS Program: A Cognitive-Behavioral Group Treatment for Anxious Children and Their Parents.
Silverman, Kurtines, Ginsburg, Weems, Lumpkin & Carmichael, 1999	Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: A randomized clinical trial.
Silverman, Kurtines, Jaccard & Pina, 2009	Directionality of Change in Youth Anxiety Treatment Involving Parents: An Initial Examination
Spence, Donovan & Brechman-Toussaint, 2000	The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement.
Waters, Ford, Wharton & Cobham, 2009	Cognitive-behavioural therapy for young children with anxiety disorders: Comparison of a Child plus Parent condition versus a Parent Only condition.
Wood, Piacentini, Southam-Gerow, Chu & Sigman, 2006	Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders.
Wood, McLeod, Piacentini & Sigman, 2009	One-Year Follow-up of Family versus Child CBT for Anxiety Disorders: Exploring the Roles of Child Age and Parental Intrusiveness