Fedres deltagelse i utredning og behandling av barn og ungdom med angstlidelse

Fedre deltar sjeldnere enn mødre i behandling av barn og unge med angst. Hvorfor? Vi fant at fedre deltok i større grad i utredning og timer med psykoedukasjon enn i behandlingstimer. Ingen av de øvrige faktorene vi undersøkte, var imidlertid signifikant relatert til fedrenes deltagelse.

TEKST
Gry Hamre
Reidunn Huus
Bente Storm Mowatt Haugland
Ingvar Bjelland

PUBLISERT 2. september 2019

ABSTRACT:

Fathers' participation in assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders

Even though parent involvement is considered important in the assessment and treatment of youths with anxiety disorders, fathers usually participate to a lesser degree than mothers. In this study we examined factors predicting the degree of fathers' participation in assessment and treatment of anxious youth referred to outpatient child mental health clinics. Participants were drawn from an RCT study evaluating the effects of cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders (8-15 years, 53 % girls). Our sub study included 171 children for which data on fathers' participation were available. The results showed a significantly higher degree of participation from fathers in sessions with assessment and psychoeducation, compared to other treatment sessions. However, none of the examined factors were significantly associated with the degree of fathers' participation. Motivation of fathers to be more involved in the treatment of their children seems to be a clinical challenge.

Keywords: Anxiety, CBT, children, fathers, parents involvement.

Involvering av foreldre i utredning og behandling av barn og unge er viktig i klinisk arbeid i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP). Mange evidensbaserte behandlingsprogrammer i BUP i dag vektlegger stor grad av foreldreinvolvering, for eksempel Parent Management Training – Oregon (Serketich & Dumas, 1996), Friends

For Life (Barret, 2004), Chilled (Lyneham, Schniering, Wignall, & Rappee, 2006), traumefokusert kognitiv atferdsterapi (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006) og familiebasert behandling for spiseforstyrrelser (Lock & Le Grange, 2013). Flere metaanalyser (Barmish & Kendall, 2005; In-Albon & Schneider, 2007) viser at det ikke er sammenheng mellom foreldres deltagelse i kognitiv atferdsterapi (KAT) og økt effekt av behandling av barn med angstlidelser. En meta-analyse av Manassis og medarbeidere (2014) viser imidlertid at foreldreinvolvering i noen sammenhenger bidrar til å opprettholde langtidseffekter av KAT. Vi ser mer stabile effekter over tid når terapeutene overfører kontroll og grunnleggende ferdigheter i behandlingen til foreldrene, og veileder dem i strategier som støtter barna i å gradvis eksponere seg for angstprovoserende situasjoner.

Det kan være flere grunner til at begge foreldre bør delta aktivt i utredning og behandling av barn og unge, i kliniske sammenhenger så vel som i forskningsstudier. Fra klinisk praksis er vi godt kjent med at mødre og fedre ofte rapporterer ulike symptomer og alvorlighetsgrad hos sine barn, noe som også bekreftes i forskningslitteraturen (Moreno, Silverman, Saavedra, & Phares, 2008). Ved å basere seg primært på mor som informant når behandlere kartlegger barns symptomer og fungering, kan de gå glipp av viktig informasjon om barnet.

Tidligere studier har vist at fedre deltar i mindre grad enn mødre i psykologisk behandling av sine barn (Duhig, Phares, & Birkeland, 2002; Israel, Thomsen, Langeveld, & Stormark, 2007; Phares, Fields, & Binitie, 2006). For å få foreldre til å følge den samme terapeutiske strategien når de følger opp barn i behandling, er det trolig viktig at begge deltar (Horton, 1984). En studie viste at mødrene rapporterte bedre langtidseffekt når fedrene også hadde vært involvert i behandling av de psykiske vanskene hos barna (Bagner & Eyberg, 2003). Kanskje har behandlingens målsetting, innhold og form betydning for fedres deltagelse. Psykoedukasjon og trening av konkrete ferdigheter inngår som en vesentlig del av kognitiv atferdsterapi med barn og unge. Ifølge Vetere (1992) antas dette å være i tråd med hva fedre foretrekker.

Fedre deltar også i betydelig mindre grad enn mødre i kliniske forskningsstudier av barn og unge med psykiske vansker (Bøgels & Phares, 2008; Cassano, Adrian, Veits, & Zeman, 2006; Phares & Compas, 1992). Dersom forskning på sammenheng mellom foreldrefaktorer og barn og unges psykiske helse baserer seg primært på informasjon fra mødre, vil vi få et ufullstendig og muligens skjevt bilde av disse sammenhengene

Svært få studier har sett på hvilke faktorer som har betydning for om fedre deltar i utredning eller behandling av barn. Hvorvidt far bor sammen med barnet synes ikke å ha noen betydning (Duhig et al., 2002; Walters, Tasker, & Bichard, 2001). Stress eller depresjon hos far, sosioøkonomisk status, barnets kjønn, alder og omfang av barnets vansker ser heller ikke ut til å predikere fedrenes deltagelse (Walters et al., 2001). Hvorvidt fedrene er yrkesaktive eller om deres partnere er i arbeid, ser heller ikke ut til å spille noen rolle (Walters et al., 2001). Faktorer som fedrenes relasjon til egne fedre, forholdet til partner og lik fordeling av foreldreoppgaver synes imidlertid å kunne

predikere fedres deltagelse. En svakhet ved disse resultatene er imidlertid at de bygger på en studie med et lite utvalg (N = 40).

«Fra klinisk praksis er vi godt kjent med at mødre og fedre ofte rapporterer ulike symptomer og alvorlighetsgrad hos sine barn, noe som også bekreftes i forskningslitteraturen»

Faktorer knyttet til behandlingstilbudet har også vært undersøkt, uten at det er funnet noen sammenheng mellom henholdsvis behandlerens kjønn og tidspunktet for avtalene (ettermiddag eller helg) og grad av deltagelse hos fedrene (Duhig et al., 2002). En svensk undersøkelse har imidlertid vist at fedre i stor grad deltar ved barnas helseundersøkelser, men i langt mindre grad i foreldregruppene på helsestasjonen (Hallberg, Beckman, & Hakansson, 2010). Fedrene forklarte dette med at samtalegruppene foregikk på dagtid, at det var vanskelig å gå fra jobb, samt at flere opplevde seg som så erfarne fedre at de ikke trengte dette tilbudet.

I foreliggende studie ønsket vi å undersøke i hvilken grad fedre deltok i utredning og behandling i manualisert KAT hos barn og unge med angstlidelser. Følgende prediktorer for fedres deltagelse ble inkludert: type behandlingstime, plassering i forløpet, behandlingsformat (individuelt eller i gruppe), forskjeller mellom poliklinikker og hvem barnet bor hos. Vi ville også undersøke om faktorer hos henholdsvis barnet og foreldrene hadde sammenheng med fedres grad av deltagelse. Fordi det foreligger få og små studier med hovedsakelig negative funn, ønsket vi ikke å la slike resultater begrense valget av prediktorer. Faktorene som ble valgt ut, var derfor basert både på vår kliniske erfaring og faktorer som har vært fremhevet i forskningslitteraturen, men begrenset av hvilke variabler som var tilgjengelige i behandlingsstudien som materialet ble hentet fra.

Metode

Utvalg

Utvalget er hentet fra den randomiserte kontrollerte studien «Kartlegging og behandling – angst hos barn og voksne» (ATACA) (Wergeland et al., 2014). Deltagerne ble rekruttert gjennom ordinær henvisning til syv BUP-er i Helseregion Vest i perioden 2007-2010.

Barnedelen av ATACA omfattet 182 barn og ungdommer og deres foreldre. I denne delstudien ble familier utelatt dersom det ikke var mulig å finne opplysninger om deltagelse (n = 6), eller dersom fedrene ikke deltok eller møtte ved poliklinikken grunnet død, alvorlig sykdom, var idømt besøksnekt eller var bosatt utenfor kommunen (n = 5). Det endelige utvalget bestod av 171 familier. Gjennomsnittsalderen på barna var

11,5 år, og 53 % var jenter. Totalt bodde 111 barn (65 %) hos begge foreldre, 24 barn (14 %) bodde hovedsakelig hos mor, 21 barn (12 %) bodde hos mor og ny partner, resten (n = 15 barn, 9 %) hadde andre typer bostatus.

Behandling

Behandlingsprogrammet FRIENDS for Life (Barret, 2004, 2008) ble benyttet. Programmet er basert på kognitiv atferdsterapeutiske prinsipper med kjernekomponentene eksponering, avslapning, kognitive strategier og belønningsstrategier. Programmet går over 10 uker, med ukentlige møter, samt to påfyllstimer fire og åtte uker etter behandling. Behandlingen ble gitt individuelt (n = 91) eller i gruppe (n = 87). Behandlingsmøtene varte 90 minutter for gruppebehandling og 60 minutter for individualbehandling.

Foreldreinvolvering i behandlingen

I behandlingsprogrammet forventes det at foreldrene deltar de siste 15 minutter av hver time, der de får informasjon om ferdigheter og teknikker som barna har lært, samt gjennomgår hjemmeoppgaver for kommende uke. Det forventes dessuten at foreldrene er til stede og deltar aktivt i to hele behandlingstimer. I tillegg skal de delta i to egne foreldretimer, der fokus er psykoedukasjon om angst, kjernekomponenter i programmet og foreldrenes rolle i behandlingen. I programmet understrekes foreldrenes betydning i å støtte barna i å gjennomføre gradvis eksponering og trene på teknikker.

Registrering av deltagelse

Informasjon om fremmøte og hvilke omsorgspersoner barnet bodde sammen med, ble innhentet etter at hovedstudien var gjennomført. Informasjonen ble hentet fra pasientadministrativt system (BUP-data), journalnotat og ved intervju av behandler. Det ble også innhentet informasjon om hvem av foreldrene som besvarte ulike spørreskjema som inngikk i utredningen.

Far ble definert som den mannspersonen som hadde primær omsorgsfunksjon for barnet eller ungdommen, uavhengig av om dette var biologiske far, stefar eller fosterfar.

Fremmøte ble definert som andel fremmøter av mulige (tallverdi mellom 0 og 1, angitt som % i teksten under).

Potensielle prediktorer

Da tidligere studier har vært få og er gjennomført med små utvalg, lot vi ikke de negative funnene fra disse begrense hvilke prediktorer vi valgte å inkludere i studien vår. Opplysninger om barnas kjønn og alder, informasjon om mors og fars deltagelse i arbeidslivet og opplevd belastning i familien, samt tidspress ble hentet fra The Development and Well-Being Assessment (DAWBA) (Goodman, Ford, Richards, Gatward, & Meltzer, 2000). DAWBA er et nettbasert spørreskjema med ulike versjoner

for barn (over 12 år), foreldre og skole. Vi benyttet kun foreldreversjonen, og mor og far besvarte hver for seg.

Barnets grad av angst- og depresjonssymptomer ble målt med henholdsvis Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) (Spence, 1998) og The Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ) (Angold et al., 1995).

Foreldrenes opplevde grad og belastning av barnets vansker ble målt med Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1997), som inngår som en del av DAWBA. Foreldrenes psykiske helse ble målt med Depression Anxiety Stress Scales (DASS) (Lovibond & Lovibond, 1995).

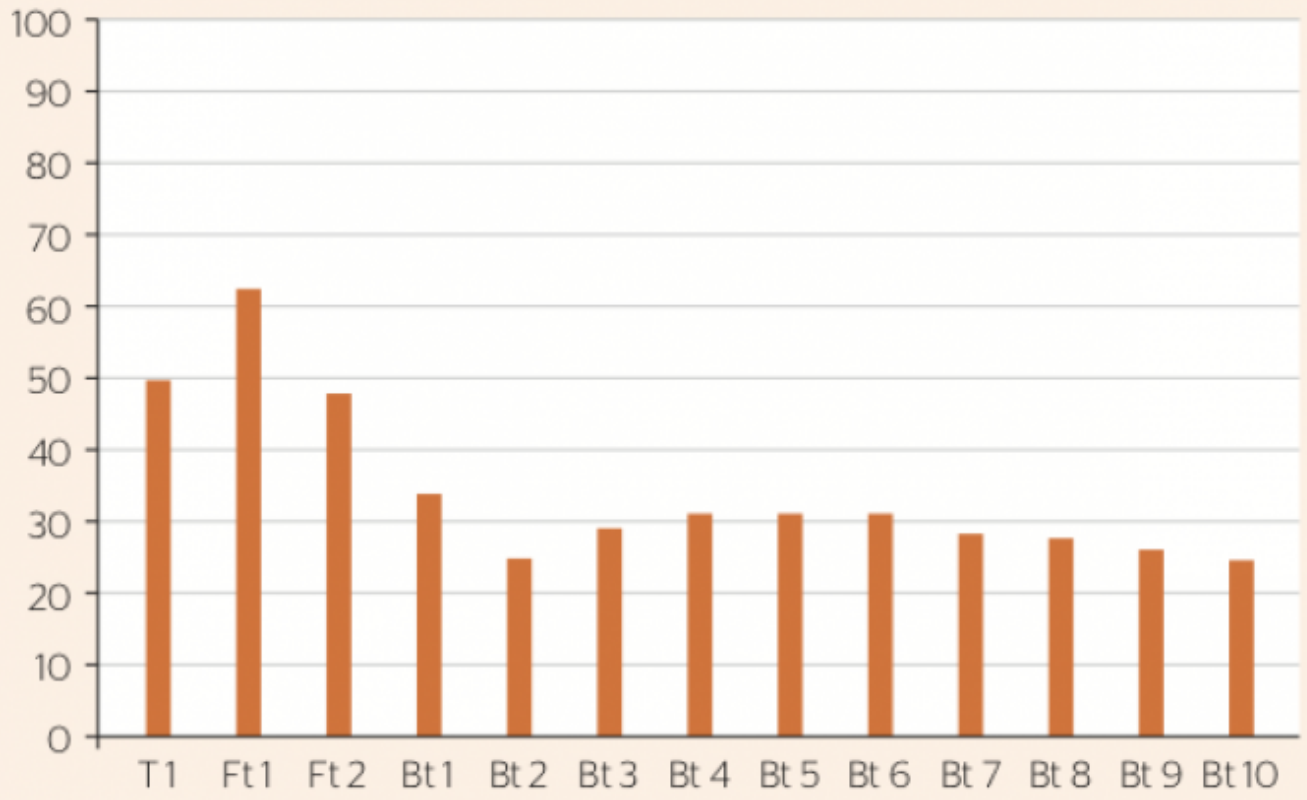
I hvilken grad foreldre og barn hadde tro på behandlingsprogrammet, ble målt med Credibility Scale (CS) (Borkovec & Nau, 1972).

Alle de nevnte kartleggingsinstrumentene er vurdert å ha gode psykometriske egenskaper (Wergeland et al., 2014).

Statistiske analyser

Datasettet manglet 23,5 % av dataene som ble erstattet ved hjelp av multippel imputering. Vi benyttet uavhengige t-tester for å undersøke forskjeller i gjennomsnittlig fedrefremmøte mellom deltagere som fikk henholdsvis individuell behandling og gruppebehandling, mellom deltagere fra de ulike poliklinikkene og mellom deltagere med ulik omsorgsbase (hvilke foreldrepersoner de bodde sammen med). Vi benyttet parvise t-tester for å analysere forskjeller i fedrefremmøte mellom de ulike timene der fedrene var oppfordret til å møte.

Enkeltvise assosiasjoner mellom potensielle prediktorer og grad av fedrenes fremmøte (utfallsvariabel) ble først undersøkt ved hjelp av Pearsons korrelasjonsanalyser. Deretter satte vi opp flernivå lineære regresjonsanalyser med poliklinikk som klyngevariabel og fedrefremmøte som utfallsvariabel. De uavhengige variablene ble lagt inn kumulativt i følgende modeller: modell 1: kjønn og alder, modell 2: andre variabler knyttet til barnet (symptomer på angst, depresjon, grad av vansker, opplevd belastningsgrad av barnets vansker), modell 3: variabler knyttet til foreldrene (symptomer på angst og depresjon, opplevd tidspress i familien, grad av deltagelse i arbeidslivet, tro på behandlingsprogrammet). Signifikansnivå ble i utgangspunktet lagt til 0,05 (2-halet), men der det ble gjort multippel testing, korrigerte vi ved hjelp av Bonferronis metode. Analysene ble utført med IBM SPSS Statistics 24.



FIGUR 1. Prosentvis fremmøte av fedre i løpet av behandlingsprogrammet
T1: Utredning, Ft: Foreldretime, Bt: Behandlingstime

Prosentvis fremmøte av fedre i løpet av behandlingsprogrammet.

Etikk

Studien var godkjent av Regional etisk komite i Helseregion Vest, REK-nummer 3.2007.2322.

Resultater

Fedredeltagelse

Fedrene møtte i gjennomsnitt til 34 % av timene. Fremmøtet var signifikant høyere ved utredning (50 %) og ved de separate foreldretimene (første foreldretime 63 %, andre foreldretime 48 %) enn ved samtlige behandlingstimer (høyest i behandlingstime 1 [34 %], lavest i behandlingstime 2 og 10 [25 %], alle $p < 0{,}001$, se figur 1). Fedrenes fremmøte ved første foreldretime var signifikant høyere enn ved utredning ($p = 0{,}002$) og andre foreldretime ($p = 0{,}0004$). Første foreldretime fant sted ved oppstart, andre foreldretime midtveis i programmet. For familier som gikk i gruppebehandling, ble foreldretimene lagt til ettermiddagstid ved noen BUP-er. For de som gikk i individualbehandling, ble tidspunkt for foreldretimene satt opp i samarbeid med familiene. Vi fant ingen signifikante forskjeller i fedredeltagelse mellom behandlingstimene (data ikke vist). Det var heller ingen forskjell i fedredeltagelse hos de som fikk individuell behandling (35 %) sammenliknet med gruppebehandling (32 %).

Videre var det ingen signifikant forskjell i fedrefremmøte mellom poliklinikkene (tabell 1), eller med hensyn til hvem barnet bodde med (tabell 2).

«Kanskje hersker det fortsatt en oppfatning om at mødre forstår barna sine best, og derfor har hovedansvaret for oppfølging av deres helse»

Prediktorverdier

Tabell 3 viser gjennomsnittsverdier fra spørreskjemaene utfylt av henholdsvis barn/ungdom, mødre og fedre (grad av symptomer på angst og depresjon hos barn og foreldre, foreldres opplevelse av barnets vansker og belastning, tro på behandlingen, tilknytning til arbeidslivet og tidspress).

Tabell 1. Gjennomsnittlig[1] fedrefremmøte i de ulike poliklinikkene

Poliklinikk	n	Gjennomsnittlig fedrefremmøte
1	23	0,38
2	26	0,27
3	27	0,48
4	19	0,21
5	30	0,34
6	24	0,29
7	22	0,35

[1] Ved analyser av et multippelt imputert datasett i SPSS oppgis ikke standardavvik.
Ingen av gjennomsnittsverdiene var signifikant forskjellige fra noen av de andre. Pga. multippel testing (6 tester for hver poliklinikk) ble signifikansnivået satt til $p = 0{,}05/6 = 0{,}0083$.

Tabell 2. Gjennomsnittlig[1] fedrefremmøte ved ulike bostatus

Bor sammen med (bostatus)	n	Gjennomsnitt fedrefremmøte
Begge foreldre	111	0,38
Mor og ektefelle / samboer	21	0,26
Far og ektefelle / samboer	1	0,69
Mor	24	0,20
Far	2	0,67
Pendler mellom mor og far	8	0,28

[1] Ved analyser av et multippelt imputert datasett i SPSS oppgis ikke standardavvik.
Ingen av gjennomsnittsverdiene var signifikant forskjellige fra noen av de andre. Pga. multippel testing (5 tester for hver bostatus) ble signifikansnivået satt til $p = 0{,}05/5 = 0{,}010$.

Tabell 3. Gjennomsnittlige[1] verdier for de ulike prediktorene

	Rapportert av		
Prediktor	Barnet	Mor	Far
Barnets angstsymptomer, grad[2]	36,1	34,8	33,3
Barnets depressive sympt., grad[3]	7,5	7,6	6,8
I hvilken grad har barnet vansker? [4]	-	1,8	1,5
Opplevd belastningsgrad av barnets vansker[5]	-	2,0	1,8
Egne psykiske vansker[6]	-	11,2	8,6
Tro på behandlingsprogrammet[7]	-	24,0	21,9
Tilknytning til arbeidslivet[8]	-	1,3	1,6
Tidspress i familien[9]	-	0,65	0,79

[1] Ved analyser av et multippelt imputert datasett i SPSS oppgis ikke standardavvik.
[2] Målt med Spence Children's Anxiety Scale, med verdier fra 0 (ingen symptomer) til 114
[3] Målt med The Short Mood and Feelings Questionnaire, med verdier fra 0 (ingen symptomer) til 26
[4] Målt med en ordinal skala: 0 = nei, 1 = ja, små vansker, 2 = ja, tydelige vansker, 3 = ja, alvorlige vansker
[5] Målt med med impactskåren i Strength and Difficulties Questionnaire, med verdier fra 0 (ingen belastning) til 10
[6] Målt med Depression Anxiety Stress Scales, med verdier fra 0 (ingen vansker) til 126
[7] Målt med Credibility Scale, med verdier fra 0 (ingen tiltro) til 32
[8] Målt med en ordinal skala: 0 = ikke i lønnet arbeid, 1 = deltidsarbeidende, 2 = heltidsarbeidende
[9] Målt med en ordinal skala: 0 = nei, eller ikke aktuelt, 1 = litt, 2 = ja, veldig

Ujusterte og justerte assosiasjoner mellom potensielle prediktorer og fedredeltagelse

Vi fant ingen signifikante assosiasjoner, verken i de ujusterte (korrelasjoner) eller de justerte analysene (lineær regresjonsanalyse), mellom fedrenes deltagelse og noen av de inkluderte potensielle prediktorene.

Diskusjon

Denne studien viste at fedres deltagelse i KAT-behandling av barn og unge med angstlidelser var høyere ved utredning og ved foreldretimer med psykoedukasjon enn ved barnas behandlingstimer. Vi fant ingen forskjell i fedrefremmøte mellom timer der foreldrene skulle delta aktivt hele timen, og øvrige behandlingstimer der foreldrene kun var til stede siste kvarteret for informasjon. Ved enkelte poliklinikker møtte fedre i større grad enn ved andre, men forskjellen var ikke signifikant. Verken i enkle korrelasjoner eller i flernivås regresjonsanalyser fant vi noen signifikante assosiasjoner mellom de potensielle prediktorene som ble undersøkt, og fedrenes grad av deltagelse.

Behandlingens form og innhold

Enkelte forskere har hevdet at fedre foretrekker en strukturert terapeutisk tilnærming og har vanskeligere for å engasjere seg i mer frie og eksplorerende terapiformer enn det mødre har (Blackie & Clark, 1987; Vetere, 1992). Fedrene møtte imidlertid ikke i større grad til behandlingen i vår studie enn det man har funnet i studier med mindre strukturerte terapiformer. Fedrene møtte derimot i større grad til de spesifikke foreldretimene enn til behandlingstimene. En mulig forklaring kan være at det å motta informasjon og psykoedukasjon har større appell enn det å skulle delta aktivt i barnas behandling. Et liknende mønster er sett i foreldres involvering i samarbeidet med skolen. Bæck (2010) fant at mødre i større grad enn fedre møtte til foreldremøter og foreldrekonferanser, mens det ikke var noen forskjell mellom mødre og fedre når det gjaldt deltagelse i arbeidsgrupper og utvalg.

Faktorer ved behandlerne

Grad av fedrefremmøte varierte mellom poliklinikkene, men vi fant ingen signifikante forskjeller. Presentasjonen av behandlingsprogrammet var ikke standardisert, og vi vet derfor ikke om betydningen av at begge foreldre deltok, ble vektlagt like mye ved alle poliklinikkene. Behandlere kan også ha signalisert viktigheten av at begge foreldrene deltok i de spesifikke foreldretimene, men at det ikke var like avgjørende at begge møtte til barnas behandlingstimer.

Terapeutens holdninger kan ha betydning for fedrenes deltagelse. Fields (2008) viste at terapeutens holdning til og tro på at det var gjennomførbart å få fedrene med, var den viktigste prediktoren for om fedre faktisk ble invitert med i behandling av barna. På tross av behandleres uttrykte holdning om at det er viktig å inkludere begge foreldre, kan fedre i praksis likevel i mindre grad bli invitert (Flynn, 1998). I en nederlandsk RCT-

studie der man oppnådde 91 % deltagelse fra fedrene og 98 % fra mødrene, forklarte forskerne den høye fedredeltagelsen med at forskningsassistentene og terapeutene var spesielt motivert til å inkludere fedrene (Bodden et al., 2008).

Kjønnsroller

Også ved oppfølging av barns somatiske helse deltar mødrene oftest (Egeland & Tandberg, 2011; Hoel & Sveggen, 2009). Kanskje hersker det fortsatt en oppfatning om at mødre forstår barna sine best, og derfor har hovedansvaret for oppfølging av deres helse. Kan hende gjenspeiler funnene våre menns generelle holdning til kontakt med og bruk av helsetjenester. Sandnes (2007) viser for eksempel til at menn i mindre grad enn kvinner oppsøker helsehjelp for egen del.

> «For å øke fedres deltagelse kan det være nødvendig å styrke klinikeres bevissthet om og fokus på fedres betydning i både utredning og behandling av barn og unge med psykiske vansker»

Studiens svakheter og styrker

Data om foreldres deltagelse ble samlet inn retrospektivt fra familier som deltok i en større studie for å vurdere effektene av et angstbehandlingsprogram for barn og ungdom. Vi har verken informasjon om hvordan den enkelte behandler presenterte behandlingen for foreldrene, eller i hvor stor grad de vektla betydningen av at begge foreldre deltok i utredningen og alle behandlingstimene. Enkelte poliklinikker registrerte ikke konsistent hvem av foreldrene som møtte. Disse familiene kunne derfor ikke inkluderes. De ulike poliklinikkene varierte med hensyn til tidspunkt for behandlingstimer og foreldretimer, uten at dette ble systematisk registrert. Det er derfor ikke mulig å vite om møtetidspunkt hadde betydning for fedrefremmøte. Vi hadde heller ikke tilgang til opplysninger om familienes sosioøkonomiske status, og kan ikke si om dette kunne være en prediktor for fedrefremmøte.

Studiens styrke er at den inkluderte et stort utvalg familier som har gjennomgått et behandlingsprogram i en studie med et randomisert kontrollert design. Instrumentene for måling av prediktorvariabler har gode psykometriske egenskaper. En annen styrke er at utredning og behandling ble gjennomført i ordinære poliklinikker, med henviste pasienter og et relativt homogent utvalg av barn og unge med diagnostiserte angstlidelser.

Implikasjoner for klinikk og forskning

For å øke fedres deltagelse kan det være nødvendig å styrke klinikeres bevissthet om og fokus på fedres betydning i både utredning og behandling av barn og unge med psykiske vansker. Randomiserte, kontrollerte studier som undersøker betydningen av behandlerens rolle for å oppnå større fedredeltagelse, ønskes derfor velkommen. Før resultater fra slike studier foreligger, anbefaler vi at informasjon til foreldre standardiseres i poliklinikkene for å sikre at det fremgår tydelig hva som ønskes av foreldredeltagelse, uavhengig av preferanser ved den enkelte poliklinikk eller behandler. Vi synes også at det vil være interessant å få mer kunnskap om fedres oppfatninger av og holdninger til barn og unges psykiske lidelser og behandling av disse, sammenliknet med mødres. Videre er det viktig at studier som omhandler sammenheng mellom foreldrefaktorer og barn og unges psykiske helse spesifiserer om det er mødre eller fedres som deltar, for om mulig å kunne vite mer spesifikt om mødres og fedres betydning.

Konklusjon

Denne studien viste at fedre deltok i mindre grad ved ordinære behandlingstimer for barn og unge med angstlidelser enn ved utredning og spesifikke foreldretimer. Vi undersøkte følgende prediktorer: barnets angst- og depressive symptomer, i hvilken grad barnet hadde vansker, foreldrenes opplevde belastningsgrad av barnets vansker, foreldrenes egne psykiske vansker, foreldrenes tro på behandlingsprogrammet, foreldrenes tilknytning til arbeidslivet og tidspress i familien. Vi fant ikke signifikante assosiasjoner mellom noen av de potensielle prediktorene og fedrenes deltagelse. Fedredeltagelsen var imidlertid, som i de fleste andre tilsvarende studier, generelt lav. Den lave deltagelsen kan skyldes kjønnsrollemønstre i samfunnet, der det fremdeles er mødrene som i størst grad tar ansvar for omsorgsoppgaver knyttet til barnas helse. Med økt oppmerksomhet rettet mot evidensbasert utredning og behandling, vil det være viktig at forskning på barns psykiske helse inkluderer informasjon fra begge foreldre.

Takk

ATACA-studien har mottatt støtte fra Helse Vest (prosjekt nummer 911366 og 911253). Helse Bergen har gitt oss mulighet til å jobbe med denne artikkelen i arbeidstiden (1.- og 2.- forfatter). Vi vil takke Gro Janne Wergeland, Krister W. Fjermestad, Jon F. Bjaastad, Kristin Oeding, Lars-Göran Öst, Odd E. Havik og Einar R. Heiervang, som sammen med tredje- og sisteforfatter har planlagt og gjennomført ATACA og tilrettelagt for bruk av data fra hovedstudien. Vi takker klinikere, administrativt ansatte og ledere ved involverte BUP-klinikker. Sist, men ikke minst vil vi uttrykke takknemlighet overfor de barn og foreldre som har deltatt i behandlingsstudien.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 9, 2019, side 655-662

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 9, 2019, side

TEKST

Gry Hamre

Reidunn Huus

Bente Storm Mowatt Haugland

KONTAKT: bente.haugland@uni.no

Ingvar Bjelland

+ **Vis referanser**

Angold, A., Costello, E.J., Messer, S.C., Pickles, A., Winder, F., & Silver, D. (1995). Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. International Journal of Methods in Psychiatric Research, 5(4), 237-249.

Bagner, D.M., & Eyberg, S.M. (2003). Father involvement in parent training: when does it matter? The Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32(4), 599-605. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3204_13

Barmish, A.J., & Kendall, P.C. (2005). Should parents be co-clients in cognitive-behavioral therapy for anxious youth? The Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34(3), 569-581. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3403_12

Barret, P.M. (2004). Friends for life - Group leader's manual (4 utg.). Brisbane: Australian Academic Press.

Barret, P.M. (2008). Friends for life. Norsk oversettelse av Jon Fauskanger Bjåstad, Kristin Martinsen, Marianne Aalberg, Gro Janne Wergeland, Krister Fjermestad, Simon-Peter Neumer og Einar R. Heiervang. Bergen: Innovest AS.

Blackie, S., & Clark, D. (1987). Men in marriage counselling. I C. Lewis & M. O'Brien (red.), Reassessing Fatherhood: New Observations on Fathers and Modern Families. London: Sage.

Bodden, D.H., Bogels, S.M., Nauta, M.H., De Haan, E., Ringrose, J., Appelboom, C., . . . Appelboom-Geerts, K.C. (2008). Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: an efficacy and partial effectiveness study. The Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47(12), 1384-1394. https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318189148e

Borkovec, T.D., & Nau, S.D. (1972). Credibility of Analogue Therapy Rationales. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 3(4), 257-260. https://doi.org/10.1016/0005-7916(72)90045-6

Bæck, U.-D.K., (2010). Parental involvement Practices in Formalizes Home- School Cooperation. Scandinavian Journal of Educational Research, 54(6), 549-563. https://doi.org/10.1080/00313831.2010.522845

Bøgels, S., & Phares, V. (2008). Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: a review and new model. Clinical Psychology Review, 28(4), 539-558. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.011

Cassano, M., Adrian, M., Veits, G., & Zeman, J. (2006). The inclusion of fathers in the empirical investigation of child psychopathology: an update. The Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35(4), 583-589. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3504_10

Cohen, A.C., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (2006). Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents. New York, London: The Guilford Press.

Duhig, A.M., Phares, V., & Birkeland, R.W. (2002). Involvement of fathers in therapy: A survey of clinicians. Professional Psychology-Research and Practice, 33(4), 389-395. https://doi.org/10.1037//0735-7028.33.4.389

Egeland, S.E., & Tandberg, B.S. (2011). Foreldres evaluering av «Foreldretreff» for foreldre til barn på sykehus. Vård i Norden, 31(99), 16-22. https://doi.org/10.1177/010740831103100104

Fields, S.A. (2008). The role of the theory of planned behavior in therapists' involvement of parents in youth treatment. University of South Florida.

Flynn, J.K. (1998). Mothers and fathers in family therapy: a survey of family therapists. (M. Sc.), University of London

Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: A research note. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 38(5), 581-586. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x

Goodman, R., Ford, T., Richards, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). The Development and Well-Being Assessment: Description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 41(5), 645-655. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2000.tb02345.x

Hallberg, A.C., Beckman, A., & Hakansson, A. (2010). Many fathers visit the child health care centre, but few take part in parents' groups. Journal of Child Health Care, 14(3), 296-303. https://doi.org/10.1177/1367493510373755

Hoel, L.L., & Sveggen, T. (2009). Foreldremøter i somatisk avdeling med alvorlig syke barn. Sykepleien forskning, 4(2), 126-131. https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2009.0066

Horton, L. (1984). The father`s role in behavioral parent training: A review. Journal of Clinical Child Psychology, 13, 274 - 279. https://doi.org/10.1080/15374418409533202

In-Albon, T., & Schneider, S. (2007). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. Psychotherapy and Psychosomatics, 76(1), 15-24. https://doi.org/10.1159/000096361

Israel, P., Thomsen, P.H., Langeveld, J.H., & Stormark, K.M. (2007). Child factors associated with parent involvement in usual clinical care of children and adolescents: a national register study. Nordic Journal of Psychiatry, 61(3), 173-181. https://doi.org/10.1080/08039480701352363

Lock, J., & Le Grange, D. (2013). The Treatment manual for Anorexia Nevrosa. A Family- based Approach. New York, London: The Guilford Press.

Lovibond, P.F., & Lovibond, S.H. (1995). The Structure of Negative Emotional States - Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (Dass) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour Research and Therapy, 33(3), 335-343. https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U

Lyneham, H.J., Schniering, C.A., Wignall, A., & RAppee, R.M. (2006). The Cool Kids Anxiety Program. Sidney: Centre for Emotional Health, Macquarie University.

Manassis, K., Lee, T.C., Bennett, K., Zhao, X.Y., Mendlowitz, S., Duda, S., . . . Wood, J.J. (2014). Types of parental involvement in KAT with anxious youth: a preliminary meta-analysis. The Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82(6), 1163-1172. https://doi.org/10.1037/a0036969

Moreno, J., Silverman, W.K., Saavedra, L.M., & Phares, V. (2008). Fathers' ratings in the assessment of their child's anxiety symptoms: a comparison to mothers' ratings and their associations with paternal symptomatology. The Journal of Family Psychology, 22(6), 915-919. https://doi.org/10.1037/a0014097

Phares, V., & Compas, B.E. (1992). The role of fathers in child and adolescent psychopathology: make room for daddy. The Psychological Bulletin, 111(3), 387-412. https://doi.org/10.1037/0033-2909.111.3.387

Phares, V., Fields, S., & Binitie, I. (2006). Getting fathers involved in child-related therapy. Cognitive and Behavioral Practice, 13(1), 42-52. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2005.06.002

Sandnes, T. (2007). Helse og bruk av helsetjenester – forskjeller mellom menn og kvinner. Vedlegg til St.prp. nr. 1. Statistisk sentralbyrås rapporter. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Serketich, W.J., & Dumas, J.E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta- analysis. Behavior Therapy, 27(2), 171-186. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(96)80013-X

Spence, S.H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. Behaviour Research and Therapy, 36(5), 545-566. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00034-5

Vetere, A. (1992). Working with families. I J.M. Ussher & P. Nicolson (red.), Gender Issues in Clinical Psychology. London: Routledge.

Walters, J., Tasker, F., & Bichard, S. (2001). 'Too busy'? Fathers' attendance for family appointments. Journal of Family Therapy, 23(1), 3-20. https://doi.org/10.1111/1467-6427.00166

Wergeland, G.J., Fjermestad, K.W., Marin, C.E., Haugland, B.S., Bjaastad, J.F., Oeding, K., Bjelland, I., Silverman, W.K., Ost, L.G., Havik, O.E., Heiervang, E.R. (2014). An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. Behaviour Research and Therapy, 57, 1-12. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.03.007