

Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket:

FRIENDS for life (behandling)

FRIENDS for life er et program for behandling av angstsymptomer hos barn og ungdom og det kan anvendes både i skolen, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

BAKGRUNN

Denne artikkelen er en kunnskapsoppsummering av effektene av tiltaket *FRIENDS for life*, et behandlingsprogram for barn og ungdommer med angst. Tiltaket er tilrettelagt for grupper, men kan også brukes individuelt. FRIENDS har som mål å hjelpe barn og ungdommer med å utvikle ferdigheter og kunnskaper som gjør dem bedre rustet til å håndtere angstprovoserende situasjoner. I Norge er RKBU Vest ansvarlig for distribusjon og implementering av tiltaket ut 2018.

METODE

Kunnskapsoppsummeringen bygger på et systematisk litteratursøk i databasene Embase, Medline og Psycinfo, NORART, Cochrane, Cristin, NORA, SCOPUS og SweMed. To norske effektstudier er omtalt i denne oppsummeringen, samt en tredje norsk studie og en internasjonal reviewartikkel. FRIENDS er et tiltak som kan benyttes både som forebygging og behandling. Denne kunnskapsoppsummeringen er begrenset til tiltaket som behandling.

RESULTATER

Resultatene omfatter en beskrivelse av tiltaket, effektstudier, forskningsmetodisk kvalitet og implementeringskvalitet. Det foreligger to norske effektstudier, hvorav den ene er en RCT med både pre-post-målinger og sammenligning med kontrollgruppe. Studien er av god forskningsmetodisk kvalitet og finner positive effekter av tiltaket i en økologisk valid setting.

KONKLUSJON

FRIENDS for life er klassifisert på nivå 4 – intervensjon med tilfredsstillende dokumentasjon på effekt.

Innledning

Bakgrunn

I følge Folkehelseinstituttet vil 15-20 % av alle barn ha psykiske plager som fører til nedsatt funksjon i løpet av oppveksten (Folkehelseinstituttet, 2014). Angstlidelser er blant de mest høyfrekvente psykiske lidelser blant barn og unge, og Barn i Bergen fant at ca. 3,3 % av alle barn mellom 8-10 år hadde en angstlidelse (Heiervang m. fl., 2007).

Separasjonsangst, spesifikke fobier og sosial angst er de vanligste angstlidelsene i barneårene (Heiervang m. fl., 2007; Wichstrom m. fl., 2012), mens generalisert angst og andre angstlidelser oftere forekommer fra puberteten av (Merikangas, 2005). Angst i barneårene er forbundet med angst i ungdomsårene (Pine, 2007) og senere depressive symptomer (Kovacs & Lopez-Duran, 2010). Blant ungdommer har dobbelt så mange jenter som

gutter angst- og depresjonsplager (Merikangas m. fl., 2010; Wichstrom, 1999).

Angstlidelser kan ha vedvarende og alvorlige konsekvenser for barns fungering, utvikling og livskvalitet (Essau, Conradt, & Petermann, 2000; Folkehelseinstituttet, 2014; Fröjd, Ranta, Kaltiala-Heino, & Marttunen, 2011; Mendlowicz & Stein, 2000).

Barn og unge som viser tegn til psykiske plager bør fanges opp på et tidlig tidspunkt og forebygging og tidlig intervensjon kan foregå i form av universelle, grupperettede,



Rannveig Grøm Sæle

rannveig.sale@uit.no


Institutt for psykologi,
UiT Norges arktiske universitet



Ase Sagatun

ase.sagatun@r-bup.no

Regionsenter for barn og unges
psykiske helse,
Helseregion Øst og Sør

 Engelsk sammendrag på nettsiden

ISSN 2464-2142

Tidsskriftet Ungsinn utgis av Regionalt kunnskapssenter for barn og unge- nord (RKBU Nord) ved UiT Norges arktiske universitet.



familierettede og individuelt rettede tiltak (Folkehelseinstituttet, 2014; Major m. fl., 2011).

Om tiltaket

FRIENDS for life er et manualbasert kognitivt adferdsterapeutisk program for angst hos barn og unge. FRIENDS er utarbeidet av Paula Barrett (Barrett, 2004, 2005) og oversatt til en rekke språk. Den norske versjonen (Barrett, 2008a, 2008b, 2008c, 2008d) kom i første utgave i 2005 og er en oversettelse og tilrettelegging av FRIENDS for life: 4th edition (Barrett, 2004). FRIENDS er videreutviklet fra programmet Coping coala, som igjen er en tilpassing av det amerikanske Coping cat-programmet, eller Mestringskatten på norsk (Kendall, 1990; Kendall, Martinsen, & Neumer, 2006). Mestringskatten var opprinnelig laget som et program for individuell behandling, mens FRIENDS-programmet er utviklet som gruppetiltak. FRIENDS kan tilpasses ulike målgrupper, kontekster og arbeidsmetoder. Tiltaket finnes i Norge i barne- og ungdomsversjon, som begge omtales i denne artikkelen. Det fins også versjoner for barnehage og videregående skole, men disse er ikke oversatt til norsk.

Internasjonalt foreligger det mest forskning på FRIENDS som forebyggende tiltak. I Norge er det derimot foreløpig lite forskning på forebyggings-effekten av tiltaket, derfor har denne kunnskapsoppsummeringen fokus på effekten av FRIENDS i behandling av diagnostiserte angstlidelser.

Det teoretiske grunnlaget for tiltaket

Den teoretiske modellen som ligger til grunn for FRIENDS har tre komponenter: fysiologi, kognisjon og læring (Barrett, 2008c, 2008d). Den fysiologiske komponenten handler om å kjenne igjen og forstå kroppens reaksjoner på angst, og å lære deltakerne avslapningsøvelser. Gjennom den kognitive komponenten lærer deltakerne om negative tanke-mønstre og negativ egenevaluering, og hvordan de kan bruke positive selvinstruksjoner og egenbelønning for å endre negative tanker. Læringskomponenten hjelper deltakerne til bedre angstmestring gjennom problemløsningsferdigheter, eksponering og belønningssystemer. Modell-læring er sentralt, og både jevnaldrende, søsken og familie fungerer som modeller.

Beskrivelse og materiell

I Norge foreligger FRIENDS i to versjoner tilpasset barnets utviklingsnivå; en barnevernsversion (8-12 år) og en ungdomsversjon (12-15 år). Til begge versjonene medfølger en terapeutmanual med detaljert beskrivelse av hvordan programmet skal gjennomføres (Barrett, 2008c, 2008d), samt en arbeidsbok for deltakerne (Barrett, 2008a, 2008b).

Manualene inkluderer en introduksjon med redegjørelse for målsetninger, målgrupper og de teoretiske prinsippene bak programmet. I tillegg beskrives ulike måter å bruke programmet på (individuell-/gruppebehandling, samt forebygging i skolen). Deretter kommer instruksjoner og retningslinjer for hver time, inkludert forberedelse og aktiviteter som skal gjøres i timen og hjemme. FRIENDS består hovedsakelig av ferdighetstrening hvor målet er angstmestring. Deltakerne lærer ferdigheter som anses å ha betydning for utvikling, opprettholdelse og opplevelse av angst.

Ordet FRIENDS skal fungere som en påminnelse om ferdighetene barna lærer. Akronymet står for følgende ord og ferdigheter:

Bokstav	Ferdighet
F	<i>Følelser:</i> Være oppmerksom på egne og andres følelser
R	<i>Rolig og avslappet:</i> Bruke avslapnings- og avspenningsøvelser
I	<i>Indre hjelpsomme tanker:</i> Positivt selvsnakk, kalt "grønne tanker"
E	<i>Ett steg av gangen med trappetrinnsplaner:</i> Eksponering/problemløsning
N	<i>Nå kan jeg belønne meg selv!:</i> Belønning både for innsats og måloppnåelse
D	<i>Det er øvelse som gjør mester:</i> Nødvendigheten av både øvelse og repetisjon
S	<i>Smil og ha det bra!:</i> Anvendelse av støttelag/sosial støtte

Bokstavene i akronymet utgjør syv trinn som følges i stigende rekkefølge gjennom timene. I grupper varer timene vanligvis 90 minutter med 6-8 deltakere. Individuelle timer varer vanligvis i 60 minutter. Et eget opplegg for psykoedukasjon av foreldre er også beskrevet. Det arrangeres oppfølgingstimer én og tre måneder etter avslutning av programmet. Manualen inneholder også stensiler og lysark til bruk i timene. Arbeidsbøkene er til bruk for hver enkelt deltaker og inneholder aktiviteter, hjemmeoppgaver repetisjon og øvelser.

Målsetninger og målgruppe

Målgruppen er barn og ungdommer (8-15 år) med angst. Tiltaket kan brukes som behandling der angstdiagnose foreligger, eller som forebygging for barn og unge som enten har angstsymptomer eller som har risiko for å utvikle angstlidelser.

Målsetningene med FRIENDS-programmet er å hjelpe deltakerne til å utvikle ferdigheter som gjør dem bedre rustet til å mestre angst. I tillegg beskrives det også som en intervensjon som kan dempe depresjonssymptomer.

Gjennomføring av tiltaket og metoder som anvendes

Programmet er basert på at deltakerne skal lære både av egen erfaring og av hverandre, og er derfor tilrettelagt for gjennomføring i grupper. Det kan likevel også gjennomføres individuelt, men det anbefales å involvere foreldre og søsken i timene. Teorigrunnlaget foregår i timene, men øving og ferdighetstrening gjøres hjemme. For eksempel planlegges eksponering sammen med terapeuten, mens selve eksponeringen gjennomføres som hjemmeløse.

Manualen gir detaljerte beskrivelser og anbefalinger for hvordan programmet skal gjennomføres i klinisk settinger. Terapeuten skal forklare barna og foreldrene at barna skal lære noen ferdigheter, heller enn å beskrive det som at barnet har et problem som skal fikses. Hele familien skal oppfordres til å øve på ferdighetene hjemme og oppmuntres til å diskutere innholdet i arbeidsboken sammen. Hensikten er å normalisere vanskeligheter og å styrke kommunikasjonen innad i familien, samt å fremme foreldrenes rolle som modeller for barnets læring. Det inngår også to foreldresamlinger.

Felles for gruppe- og individualversjonen er at barna/ungdommene først møter med terapeuten i eget rom. Familiene involveres i siste del av timen, for å bli forklart målsetninger og ta del i planleggingen av hvordan de skal øve på ferdighetene hjemme. Akademiske prestasjoner skal ikke vektlegges, og når oppgavene innebærer skriving og lesing kan terapeuten eller foreldrene ta seg av det dersom barnet/ungdommen ikke liker det.

I gruppeformatet kan barna jobbe to og to sammen med oppgavene, mens terapeuten går rundt og

støtter og gir hjelp. Terapeutferdigheter som anses viktige for god gruppeledelse er beskrevet i manualen, og det legges vekt på positiv forsterkning, empati, refleksjon og tilbakemelding.

Implementeringsstrategier, kvalitetssikring og kostander

RKBU Vest er ansvarlig for distribusjon og implementering av tiltaket i Norge, inkludert opplæring, godkjenninger og sertifiseringer. Implementeringsstøtte er her vurdert og skåret utfra hvordan situasjonen er nå, men RKBU Vest sin kontrakt med tiltakseier i Australia (Paula Barrett) går ut ved utgangen av 2018, og det er uklart om tiltaket fortsatt vil implementeres i Norge etter dette.

I overkant av 200 fagpersoner (helsesøstre, kliniske pedagoger, leger, psykologer, barnevernspedagoger, tilhørende spesialisthelsetjeneste, førstelinjetjeneste og kommunale tjenester) har gjennomført FRIENDS-utdanning.

Det er utarbeidet en egen implementeringsplan for å ivareta opplæring og veiledning, implementeringskvalitet og systematisk evaluering (Haugland, Rogde, & Bjåstad, 2012). Det skal inngås skriftlig kontrakt med RKBU Vest som forplikter arbeidsgiver med hensyn til ressursbruk og deltakelse. Nye utøvere må sette av fem dager til kurs og samlinger og 30 timer til veiledning. Tiden det tar å gjennomføre et tiltak er estimert til 12 × 60 minutter for et individualtiltak og 12 × 90 minutter for gruppetiltak. Forberedelsestid kommer i tillegg.

Manualene koster kr 250,- og arbeidsbøkene kr 150,- per stykk. Opplæring er gratis, men utgifter til 30 timers veiledning må dekkes. Typisk er veiledningsutgiftene på kr 1100 per time, dvs. kr 33000,- som deles på deltakerne i veiledningsgruppen.

Problemstilling for artikkelen

Formålet med denne artikkelen er å undersøke om FRIENDS for life kan antas å være virksomt benyttet i vanlig praksis i Norge. Vi har avgrenset problemstillingen til å gjelde tiltaket brukt som behandling, og ikke forebygging.

Metode

Litteratursøk etter studier om tiltaket ble gjennomført i databasene Embase, Medline og Psycinfo,

NORART, Cochrane, Cristin, NORA, SCOPUS og SweMed. Søkedato: 23.05.2017. I tillegg ble tiltaksleverandør i Norge kontaktet og dokumentasjon som manualer, veiledere, og forskningsdokumentasjon som eventuelt ikke ble fanget opp av søket ble innhentet, samt informasjon om implementeringsstrategier og kvalitetssikring. Det ble søkt etter relevant forskningsdokumentasjon for tre typer studier: Nordiske effektstudier, internasjonale kunnskapsoppsummeringer og andre norske studier i henhold til kriteriene for klassifisering av tiltak i Ungsinn (Martinussen m. fl., 2016).

Resultater

Resultater fra litteratursøk

Litteratursøket resulterte i totalt 94 treff når dubletter var fjernet. I tillegg oppga tiltaksleverandør 9 referanser som ikke fremkom i søket, og 103 treff ble dermed vurdert totalt. Av disse ble to norske effektstudier med FRIENDS til bruk i behandling inkludert (Wergeland m.fl., 2014; Martinsen m.fl., 2010). Forebyggingsstudier ble ekskludert, med ett unntak: en spesialistoppgave i klinisk psykologi hvor FRIENDS ble prøvd ut som et selektert forebyggende tiltak i kommune/skole-helsetjenesten (Høye, 2010). Siden det ikke er en behandlingsstudie er den ikke skåret som en effektstudie, men den er likevel beskrevet her fordi den omhandler selektiv forebygging og er gjennomført i en norsk setting som kan være relevant for målgruppen for denne artikkelen. Studien beskrives under andre nordiske evalueringer. To internasjonale kunnskapsoppsummeringer ble identifisert i søket (Higgins & O'Sullivan, 2015; NREPP, 2012). En ble identifisert i ettertid (Briesch, Hagermoser Sanetti, & Briesch, 2010). De to første omhandlet tiltaket som forebyggingstiltak og er derfor ikke omtalt ytterligere i denne oppsummeringen. Briesch m. fl. (2010) omhandler også primært forebygging, men de har i tillegg inkludert tre studier hvor angstdiagnose var kriterium for deltakelse, og noen av resultatene er derfor relevante å omtale her. Underveis er også en siste artikkel identifisert (Kolen m.fl., 2018), som omhandler oppfølging av deltakerne i Wergeland m.fl. (2014).

Beskrivelse og teoretisk rasjonale

Oppsummert er FRIENDS godt beskrevet både når det gjelder hovedformål, målgruppe, metoder som benyttes og teoretisk rasjonale (se tabell 1). Det fins

manualer for gruppeledere/behandlere med teoretisk bakgrunn og konkrete forslag til aktiviteter, samt arbeidsbøker til barna/ungdommen og deres foreldre. Hovedmålsetningen er å hjelpe deltakerne til å utvikle ferdigheter som reduserer angstsymptomer.

Undermålsetninger er noe mindre utfyllende beskrevet. I manualen nevnes depresjon flere steder, uten at det kommer klart frem hvilke komponenter som er ment å redusere depresjonssymptomer.

I manualene beskrives ikke kjernekomponenter eksplisitt, men den teoretiske modellen består av tre komponenter (fysiologi, kognisjon og læring) og alle ansees som sentrale i programmet. De ti sesjonene dekker disse komponentene med gitte tema som følger en bestemt rekkefølge. Det er noe fleksibilitet i valg av øvelser i timene, men tema for timene er gitt. Trinn fire, «Ett steg om gangen», er viet tre sesjoner (6-8) og kan av den grunn anses som en sentral komponent i programmet. Her lager deltakere eksponeringsplaner for vanskelige oppgaver i hverdagen.

FRIENDS-programmet er beskrevet i flere lærebøker (Kjøbli & Keeping, 2017; Kvale, 2013).

Tabell 1. Vurdering av tiltakets beskrivelse.

Dimensjoner i beskrivelsen	Ikke beskrevet	Noe beskrevet	Godt beskrevet
Problembeskrivelse			X
Målgruppe			X
Hovedmål			X
Sekundærmål		X	
Utforming av tiltaket			X
Metoder som benyttes			X
Kjerneelementer/fleksibilitet		X	
Utøvere av tiltaket			X
Manual/veileder for utøvere			X
Materiell for mottakere av tiltaket			X
Undersøkelser som styrker beskrivelsen			X

Nordiske effektstudier

To norske effektstudier er identifisert og inkludert. Martinsen, Aalberg, Gere, and Neumer (2010) er en pilotstudie. Fordi den inkluderer pre-post-målinger,

beskriver vi den likevel som en effektstudie her. Den andre studien, Wergeland m. fl. (2014), er en RCT med god forskningsmetodisk kvalitet.

Tabell 2. Inkluderte nordiske effektstudier.

Studie/ artikkel	Forskningsdesign	Deltakere	Utvalget	Måletidspunkter
Martinsen m. fl. (2009)	"Multiple single-case" studie. Ingen kontrollgruppe	18 barn, ved tre klinikker fikk gruppeterapi	Barn, fra 7 til 12 år. 48,4% jenter. Gjennomsnittsalder 9,81 år.	Pretest og posttest umiddelbart etter hovedintervensjon
Wergeland m. fl. (2014)	Blokk-randomisering av grupper på 6 til to intervensjonsgrupper eller kontrollgruppe	182 ungdommer, hvor 66 fikk gruppeterapi, 75 individualterapi og 38 var i kontrollgruppen (venteliste). Rekrutterte fra sju offentlige poliklinikker for barn og ungdom i tidsrommet 2008 til 2010	Ungdommene var mellom 8 og 15 år. 53,5 % jenter i intervensjonsgruppen og 50 % i kontrollgruppen. Gjennomsnittsalder var 11,5 år (11,6 i intervensjon; 11,4 i kontroll)	Pretest, posttest og oppfølging ett år etter (kun intervensjons-gruppene)

Forskningsmetodisk kvalitet

Den metodiske vurderingen er presentert i tabell 3, med begrunnelser under.

Tabell 3. Forskningsmetodisk kvalitet.

Studie	1. Statistiske analyser	2. Måling	3. Indre validitet	4. Tro mot tiltaket	5. Ytre validitet	Gj. snitt
Martinsen m. fl. (2009)	1,5	2	1	1	1	1,3
Wergeland m. fl. (2014)	4	3,5	3,5	4	3	3,6

Note. Ikke rapportert eller undersøkt = 0; Dårlig/utilfredsstillende = 1; Tilfredsstillende = 2; Godt = 3; Svært godt = 4.

Statistiske analyser

I Martinsen m. fl. (2010) var de primære utfallsmål endring i symptomskåre, både når det gjaldt cut-off for diagnose (*Changes in severity ratings*, CRS) og endring i selvrapporterte symptomer (*Reliable Change Indeks*, RCI). Alle resultatene er presentert på individnivå. Sekundært utfallsmål var brukerfor- nøydhed blant foreldrene. Det er ikke gjort styrkebe- regning. Frafallet er rapportert ($n = 3$), men ikke vurdert. Analysene som er gjennomført virker ade- kvate i forhold til hensikten med studien, men de- signet er ikke egnet til å vurdere effekt av tiltaket og slike effektstørrelser er da heller ikke rapportert.

I Wergeland m. fl. (2014) var de primære utfallsmå- lene prosentandel med fravær av 1) enhver angst- diagnose, 2) primærdiagnose eller 3) minst én angstdiagnose ved behandlingsslutt og ved oppføl- ging ett år senere. Det er gjort logistiske regresjons- analyser for å sammenligne andel uten diagnose i intervensjonsgruppene (både individual- og grup- peterapi) mot kontrollgruppen. Sekundære utfalls- mål var endring i barn/ungdommer eller foreldres symptomrapportering. *Reliable Change Index* ble brukt for å undersøke klinisk signifikant endring i rapportering av angst- og depresjonssymptomer. Andelen med *Reliable Change* ble sammenlignet mellom de to intervensjonsgruppene ved posttest og ett års oppfølging ved hjelp av en logistisk regre- sjonsanalyse. Kontrollgruppen er ikke inkludert i presentasjonen av disse analysene.

Wergeland m. fl. (2014) har gjennomført styrkebe- regninger og opplyser at styrken i det endelige ut- valget var 90 % for å oppdage en middels stor effekt. Frafallet er på 14,3 %, og post hoc analyser er rap- portert å ikke vise forskjeller mellom deltakere som fullførte, eller ikke når det gjelder alder, kjønn, dia- gnoser og symptomrapportering. Det rapporteres manglende datapunkter opp mot 11 % på de under- søkte variablene, men i tilfeldige mønstre (*Little's MCAR test* var ikke signifikant). Stort sett var manglende datapunkter knyttet til frafall fra stu- dien, og ved manglende diagnose ble siste regist- rerte datapunkt benyttet. Nødvendige forutset- ninger for analysene var oppfylt eller ble kompen- sert for. Både *Intention-to-treat* (ITT) og *completer-* analyser er gjennomført. Det er rapportert effekts- størrelser i form av odds ratio (OR) og Cohens *d*.

2. Målinger og måleinstrumenter

I Martinsen m. fl. (2010) er det for de primære ut- fallsmålene brukt et semistrukturert diagnostisk in- tervju med foreldrene, *Anxiety Disorder Interview Schedule* (ADIS-P), spørreskjema til barna om angst, *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC) og depresjon *Mood and Feelings Question- naire* (MFQ). Psykometriske egenskaper for de ulike instrumentene i det aktuelle utvalget ($n = 18$) er ikke rapportert. ADIS er vurdert i Psyktest barn (Rasmussen & Neumer, 2015), hvor det konklude- res med at det finnes internasjonale studier som rapporterer adekvate psykometriske egenskaper, men at det foreligger lite dokumentasjon på slike egenskaper til den norske versjonen. De norske oversettelsene av MASC og MFQ (13-15 år) har gode psykometriske egenskaper i tråd med det som er vist i internasjonale studier (Richter & Sund, 2015; Villabø & Neumer, 2017).

Brukerfor- nøydhed er målt med et instrument utvik- let i Tyskland (Mattejat & Remschmidt, 1998). Skje- maet er oversatt til norsk og tilbakeoversatt, og god- kjent til bruk i Norge av de tyske forfatterne. Psyko- metriske egenskaper for den norske versjonen er ikke oppgitt.

I Wergeland m. fl. (2014) benyttes også det diagnos- tiske intervjuet ADIS-C/P for barn og unge som primære utfallsmål (SAD, SOP og GAD). For å vur- dere annen problematikk enn angstdiagnoser ble web-versjonen av *Development and Well-Being As- sessment* (DABWA) brukt. Inter-rater reliabilitet er rapportert for de diagnostiske instrumentene (kappa stort sett mellom .72 og .89, med lavest .58 for *andre angstdiagnoser* i DAWBA). Alle diagnos- tiske intervju er filmet, og et tilfeldig utvalg på 20 % fra de ulike test-tidspunktene er vurdert på nytt av ekspert-ratere som var blinde for den opprinnelige vurderingen. Sekundære utfallsmål (symptomrap- portering) ble målt med *Spence Children's Anxiety Scale* (SCAS) og *Short Mood and Feelings Question- naire* (SMFQ). Både barna selv og foreldrene har fylt ut symptomsjekklistene. Det rapporteres god reliabilitet for symptomsjekklistene i det aktuelle ut- valget for begge instrumentene og både for barn og foreldre (Cronbachs *alfa* mellom 0,85 og 0,91). Per i dag er SCAS ikke omtalt i PsykTestBarn. Test-retest reliabilitet blir oppgitt for både SCAS og MFQ, men gjelder for foreldrerapport i internasjonale studier.

3. Indre validitet

Studien til Martinsen m. fl. (2010) er en pilotstudie av den første norske oversettelsen av FRIENDS-programmet. Effektene av tiltaket er presentert som en multiple single-case studie. Det er ingen randomisering eller kontrollgruppe. For alle barn henvist til tre BUP'er våren 2006 som skåret over cut-off på internaliserende score i Child Behavior Checklist, ble det gjennomført ADIS med både foreldre og barn. Barna med hoveddiagnosene separasjonsangst (SAD), generalisert angstlidelse (GAD) eller sosial fobi (SOP) fikk tilbud om å være med i studien ($n = 21$). Designet tillater ikke konklusjoner om årsakssammenheng. Forfatterne presenterer endringer fra før til etter behandling. Modning, tilvenning til instrumenter, regresjon mot gjennomsnittet m.m. kan ikke utelukkes, uten at forfatterne drøfter dette.

Deltakerne i Wergeland m. fl. (2014) ble randomisert til to intervensjonsgrupper (individualterapi eller gruppeterapi) eller en kontrollgruppe. Pre-testene indikerer ingen signifikant forskjell mellom gruppene på inkluderte variabler ved oppstart. Kontrollgruppen (venteliste) er liten sammenlignet med intervensjonsgruppene (38 vs. 91 og 88) uten at dette er problematisert.

4. Tro mot tiltaket (fidelity)

I pilotstudien til Martinsen m. fl. (2010) ble første norske utgave av manualer og oppgavehefte oversatt av gruppen som gjennomførte studien. Forskerne i studien ledet også gruppene med hjelp av de lokale behandlerne fra de ulike BUP'ene. Terapeutene fikk to dagers opplæring og en veiledning i mnd. i prosjektperioden. Det er ikke rapportert om prosedyrer som sikrer at tiltaket ble gjennomført etter planen.

Wergeland m. fl. (2014) baserer seg på den norske manualen for tiltaket, men med noen mindre justeringer (eksempelvis er de to foreldresamlingene beskrevet som frivillige i manualen, men er obligatoriske i studien). Terapeutene har gjennomgått opplæring og har veiledning hver 2-4 uke. Terapeutenes kompetanse og lydighet mot manualen ble vurdert gjennom videopptak.

5. Ytre validitet

I studien av Martinsen m. fl. (2010) ble alle som var henvist til BUP med primærdiagnose SAD, SOP eller GAD invitert i studien. Deltakerne var mellom 7-12 år og 48 % jenter. Eneste eksklusjonskriterium var $IQ < 70$. Den vanligste diagnosen i utvalget var SAD, og den hyppigst forekomne kormorbide diagnosen depresjon. Tre deltakere (av 18) skåret over kliniske nivå på eksternaliserende symptomer for CBCL. Utvalget vurderes til å gjenspeile vanlig praksis. Forskerne hadde hovedansvaret for gjennomføringen av FRIENDS-timene, noe som ikke ble videreført etter prosjektets slutt. Utfallsmålene ble målt umiddelbart etter den siste av de 10 hovedsamlingene, før boostertimene.

Studien omtalt i Wergeland m. fl. (2014) er utført i vanlig poliklinisk praksis. Deltakerne er barn og ungdom av begge kjønn, mellom 8 og 15 år og med diagnosene SAD, SOP eller GAD. Deltakerne bestod imidlertid hovedsakelig av etnisk norske barn/unge og foreldre, og over 80 % ble vurdert å ha medium eller høy sosioøkonomisk status. Eksklusjonskriterier var gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, psykose og psykisk utviklingshemming. Utover det er komorbiditet med andre diagnoser ikke diskutert. Oppfølging etter ett år er gjennomført. Siden kontrollgruppen er en ventelistegruppe som i ettertid er randomisert inn i intervensjonsgruppene, er det heller ikke noen sammenligning av symptomer mellom de som har fått behandling med FRIENDS og ikke, utover etter 10 uker.

Effekter

Studien har tre målepunkter, en pretest, en posttest ved avslutning av behandlingsperioden på ti uker og en oppfølgingstest ett år etter. Kontrollgruppen ble randomisert til de to intervensjonsgruppene etter posttest og inngår derfor der ved ett års oppfølging. Effektstørrelsene i tabell 4 illustrerer forskjell mellom kontrollgruppen og de to intervensjonsgruppene ved posttest.

Effektstørrelsene som er rapportert for endring i angstdiagnoser kan karakteriseres som fra noe under medium (fravær av minst én angstdiagnose) til store (fravær av enhver angstdiagnose). Dette viser at forskjellen i bedring var betydelig mellom barn som fikk behandling med FRIENDS og barn som

sto på venteliste. Likevel, som forfatterne selv problematiserer, var andelen barn i intervensjonsgruppen som ble kvitt alle angstdiagnoser (23 %) lavere enn i andre effektstudier med lignende intervensjoner, hvor prosentandelen har ligget mellom 50 og 60 ved behandlingsslutt (Bodden m. fl., 2008; Nauta, Scholing, Emmelkamp, & Minderaa, 2003). Forfatterne mener avviket kan forklares med forskjeller i diagnosemønster og alvorlighetsgrad på rapporterte symptomer ved oppstart, samt varighet av intervensjonen.

Barna i begge gruppene rapporterte en reduksjon i symptomtrykk fra pretest til posttest, og det var det ingen forskjell mellom gruppene når det gjaldt angstsymptomer rapportert ved post-test (Cohen's $d = 0,00$). Foreldrerapporten viste derimot en forskjell, hvor foreldre i intervensjonsgruppen rapporterte bedring, mens foreldre i kontrollgruppen ikke gjorde det (Cohen's $d = 0,65$).

Et av hovedmålene til Wergeland m. fl. var å sammenligne FRIENDS gitt som individualterapi og i gruppe. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller mellom de to behandlingstypene. Andelen uten noen angstdiagnose var 25,3% for individualterapi og 20,5% i gruppeterapi (OR= 1,32, 95% KI [0,57; 3,06], $p = 0,524$), og effektstørrelsene (Cohen's d) for rapporterte angstsymptomer (SCAS) var 0,02 for barna og 0,05 for foreldrene, altså svært små.

Tabell 4. Effektstørrelser for utfallsvariabler basert på lærer- og elevrapporteringer.

Målsetting	OR [95% KI]	Cohen's d
Fravær av enhver angstdiagnose	0,09 [0,02; 0,51], $p = ,006$	
Fravær av primær angstdiagnose	0,22 [0,07; 0,69], $p = ,009$	
Fravær av minst én angstdiagnose	0,38 [0,24; 0,60], $p < ,001$	
SCAS – barnerapport		0,00
SCAS – foreldrerapport		0,65

Note. OR er forholdet mellom betingede odds, og dersom det er like odds for å bli frisk om man mottar behandling eller ikke, vil OR bli 1. OR < 1 indikerer en effekt i favor av Friends. KI er konfidensintervall. Cohen's d uttrykker en standardisert forskjell mellom gjennomsnittene i to grupper. SCAS: Spence Children's Anxiety Scale.

Internasjonale kunnskapsoppsummeringer

Vi har ikke identifisert internasjonale kunnskapsoppsummeringer for tiltaket som behandling alene,

men Briesch m. fl. (2010) har i sin reviewartikkel inkludert tre studier hvor tiltaket er brukt som indikert forebygging, og hvor angstdiagnose var et kriterium for deltakelse. De konkluderer med at FRIENDS har stor effekt for angst-diagnostiserte barn (Cohens $d = 0,84$). Effekten i disse studiene er større enn i studier på risikopopulasjoner (Cohens $d = 0,44$) og den generelle populasjonen (Cohens $d = 0,24$).

Andre norske evalueringer

(ikke effektstudier)

I Fjell kommune ble FRIENDS prøvd ut som et indikert forebyggende tiltak med pre-post-design (Høye, 2010). Studien ble gjennomført i tre skolehelsetjenester og en ungdomshelsestasjon. Barn og unge som hadde tatt kontakt med skolehelsetjenesten eller kommunepsykolog med symptomer på angst og/eller depresjon ble invitert til å delta. Til sammen deltok 36 barn/unge fra 8-16 år (gjennomsnitt 11,8 år) og deres foreldre. Det var 12 gutter og 24 jenter. To grupper ble gjennomført på barne-skole, en på ungdomsskole og en på ungdomshelsestasjon. Hovedgruppelederene hadde gjennomgått to dagers opplæring og hadde erfaring med å lede/være medveileder 2-7 ganger tidligere. Gruppelederene mottok veiledning fire ganger (a 1,5 time) undervis i prosjektperioden. DABWA ble anvendt som mål på foreldre- og lærer-rapportering av barna/unges symptombilde før behandling. Både barn og foreldre fylte ut SCAS, MFQ og Strenght and Difficulties Questionnaire pre- og post-intervensjon, og barna også etter tre måneder. Behandlingseffekten ble undersøkt ved å kjøre t-tester for uavhengige grupper mellom pre- og post-målene. Effektstørrelser er oppgitt i Cohens d . Resultatene viste at barna/ungdommene selv rapporterte om en signifikant nedgang av angstsymptomer umiddelbart og tre måneder etter å ha gjennomført FRIENDS. Foreldrerapportene viste ingen signifikant reduksjon av angstsymptomer. Både foreldre og barn rapportere om en signifikant reduksjon av depresjonssymptomer rett etter behandling. Effektstørrelsene rett etter behandling er av middels størrelse ($d = 0,39-0,45$). Studien har ingen undersøkte langtidseffekter, ei heller kontrollgruppe.

Implementeringskvalitet

Implementeringskvalitet er skåret i tabell 5, utfra situasjonen i 2018. Vi presiserer at det er usikkert om det fins implementeringsstøtte i Norge fra 2019.

Tabell 5. Implementeringskvalitet.

Kategori	Ja	Nei	Ikke relevant
1. Implementeringsstøtte	X		
2. Kvalifikasjonskrav	X		
3. Opplæring	X		
4. Sertifiseringsordninger	X		
5. Monitorering av fidelity/etterlevelse	X		
6. Veiledning	X		
7. Identifisering av målgrupper	X		
8. Kartleggings- og vedlikeholdsverktøy	X		
9. Strategier for tilpasning	X		
Samlet skåre	\sum 9/9		

Implementeringsstøtte

En implementeringsplan foreligger, med beskrivelser av hvilken støtte tiltaksleverandør gir til tjenestene (Haugland m. fl., 2012). Tiltaksleverandør står for opplæring og sertifisering og gjør FRIENDS-materiellet, samt nødvendige kartleggings- og evalueringsmetoder tilgjengelig.

Kvalifikasjonskrav, opplæring og sertifisering

Kvalifikasjonskrav for å bli utøver eller veileder er minimum treårig helse/sosialfaglig utdanning og minimum to års erfaring fra arbeid med barn og unges med psykiske vansker. I tillegg skal deltakerne ha mulighet for direkte arbeid med barn og unges psykiske helse i utdanningsperioden. Minst to fagpersoner fra samme arbeidssted/organisasjon skal delta i utdanningen. For å bli sertifisert som FRIENDS-leder må man ha gjennomført innføringsprogrammet, gjennomført FRIENDS-programmet i en gruppe og ett individuelt behandlingsforløp, levert en skriftlig rapport om erfaringer og resultater fra pre- og postkartlegging av deltakere, samt fullført 30 timers godkjent veiledning.

Monitorering og veiledning

Videopptak bedømmes med en egen skala for å vurdere utøvers kompetanse og grad av etterlevelse. Det foreligger en sjekklister for hva veiledningen bør inneholde, og omfanget er 30 timer. For å vedlikeholde kompetansen fins et FRIENDS-nettverk, samt at utøver som en del av utdanningen får delta på en erfaringsamling i regi av tiltaksleverandør ett år etter første kurs. Øvrige vedlikeholdsordninger er ikke etablert.

Målgrupper, måleinstrumenter og strategier for tilpasning

Målgruppe er barn som er henvist til BUP med diagnostiserte angstlidelser. Det anbefales at man vurderer å ekskludere barn og ungdom med alvorlige atferds- eller lærevansker, alvorlig skolevegring, OCD, psykisk utviklingshemming eller aktuelle livs- eller familiekriser som må håndteres umiddelbart.

I implementeringsplanen oppfordres det til å evaluere effekt av behandlingen, og det foreslås flere instrumenter som kan brukes som pre-post-mål på symptomer, livskvalitet og hverdagslig fungering. I tillegg anbefales en brukerfornøydhetsskala.

FRIENDS kan tilpasses som forebyggingstiltak for barn med angstsymptomer eller risiko for emosjonelle lidelser i kommunene/andre tjenester. Tiltaksleverandør fokuserer på tiltaket som indikert/selektivt forebyggende og behandling, og ikke som universell forebygging.

Diskusjon

Hovedmålet med denne artikkelen var å undersøke om FRIENDS for life er et virksomt behandlingstiltak mot angst i vanlig praksis i Norge. Resultatene diskuteres videre i henhold til kriteriene for klassifisering i Ungsinn.

Beskrivelse og teoretisk rasjonale

FRIENDS er godt beskrevet når det gjelder hovedformål, målgruppe, metoder som benyttes og teoretisk rasjonale. Manualene for gruppeledere/behandlere inneholder konkrete forslag til aktiviteter. Kjernekomponenter i selve programmet beskrives ikke eksplisitt, men den teoretiske modellen består av fysiologi, kognisjon og læring, og disse elementene anses som sentrale. Teorien er velbegrunnet og

empirisk basert. Beskrivelsene av bakgrunn og teoretisk rasjonale i gruppelederboka er dog basert på eldre litteratur. Den norske manualen virker å være en relativt direkte oversettelse av den originale, uten norske eller nordiske referanser, og er heller ikke oppdatert med nyere litteratur om angst og angstbehandling.

De sekundære utfallsmålene er noe uklare. Noen steder i manualen er programmet omtalt også som forebyggende mot depresjon, men det kommer ikke tydelig frem om dette faktisk er et formål med programmet og hvordan det gjenspeiles i aktivitetene.

Det er én felles manual for et tiltak som kan brukes både som forebygging og behandling. Begrepsbruken i manualen veksler noe, men fokuserer først og fremst på forebygging, selv om det i manualen er gitt noen anbefalinger til hvordan man kan bruke programmet terapeutisk. Et tiltak som er designet for universell forebygging, kan mangle elementer som kan være viktige for behandling av barn med mer alvorlige symptombilder. For eksempel ser eksponeringstrening ut til å foregå primært som hjemmelekse, med kun planlegging i timene sammen med terapeut.

I manualen beskrives ikke eksklusjonskriterier, men i den norske implementeringsplanen er målgruppene snevert definert, med mange foreslåtte eksklusjonsdiagnoser. I Wergeland m. fl. (2014) er også barn med visse komorbide diagnoser ekskludert.

Antall effektstudier

Det foreligger to norske studier på tiltaket som behandling.

Forskningsdesign, forskningsmetodisk kvalitet og effekter på sentrale mål

Martinsen m. fl. (2010) er en pilot som ikke har hatt som mål å avdekke effekter på gruppenivå. Den andre norske effektstudien (Wergeland m. fl., 2014) er en RCT som bærer høy forskningsmetodisk kvalitet og finner gode effekter av tiltaket når det er sammenlignet med en kontrollgruppe ved 10 uker. Når forfatterne sammenligner resultater med andre sammenlignbare behandlinger er andelen som oppnår bortfall av alle diagnoser noe lavere i denne studien.

Deltakerne i begge studier synes å være representative for barn og ungdommer i norske BUP'er. Flerparten er imidlertid etnisk norske og med middels eller høy sosialøkonomisk status, så resultatene er muligens ikke generaliserbare til BUP'er med en mer variert populasjon.

Oppfølgingsstudier

Wergeland m. fl. (2014) fulgte opp deltakerne ett år etter behandling og fant økende effektstørrelser, men kontrollgruppen var på dette tidspunktet innrullert i intervensjonsgruppene. I løpet av dette oppfølgingsåret ble det gjennomført to oppfølgings-timer, ved én og tre måneder. Kodal m. fl. (2018) undersøkte de samme deltakerne gjennomsnittlig 3,9 år etter og rapporterte at et fortsatt økende antall var diagnosefrie. Det fins ingen sammenligning mellom barn og foreldre som gjennomgikk FRIENDS og de som ikke gjorde det, utover 10 uker. Det er derfor ikke mulig å si noe om effekten av FRIENDS sammenlignet med annen behandling eller ingen behandling.

Implementeringskvalitet

Det er laget en implementeringsplan med beskrivelser av hvilken støtte og opplæring tjenestene kan få av tiltaksleverandør, gjeldende ut 2018. Kvalifikasjonskrav til utøvere og tjenester er tydelig beskrevet, samt hva som skal til for å bli sertifisert. Det fins et nettverk som utøvere kan bruke for å vedlikeholde kompetansen, men det er ikke etablert øvrige ordninger for vedlikehold eller kontroll etter sertifisering. Tiltaksleverandør oppgir flere instrumenter for å kartlegge endringer i symptomer, livskvalitet og hverdagslig fungering, samt brukerfornyethet. Vi ser ikke at det er anbefalt noe instrument som kan avdekke i hvilken grad barna og ungdommene faktisk tar i bruk og fortsetter å bruke strategiene de har lært. Dette er heller ikke et krav knyttet til klassifisering i Ungsinn, men slike mål kunne likevel bredere belyst effektene av FRIENDS, både i evaluering av terapi og gjennom effektstudier.

Konklusjon

FRIENDS for life som behandlingstiltak for barn og ungdom med angst vurderes å være på evidensnivå 4 - tiltak med tilfredsstillende dokumentasjon på effekt.

Noen punkter oppfyller kravene til evidensnivå 5 – for eksempel fins det en utfyllende implementeringsplan, men det er uavklart om tiltaket skal implementeres i Norge etter 2018. For å nå helt opp til evidensnivå 5 kreves i tillegg at effekten på hovedutfalls målet har større praktisk betydning samt at det er gjennomført to effektstudier med god kvalitet.

Referanser

- Barrett, P. (2004). *Friends for Life! for Children. Participant workbook and Leaders Manual*. Brisbane, Australia: Australian Academic Press.
- Barrett, P. (2005). *Friends for Life! for Youth. Participant workbook and Leaders Manual*. Brisbane, Australia: Australian Academic Press.
- Barrett, P. (2008a). *Friends for life: Arbeidsbok for barn* (J. F. Bjåstad, K. D. Martinsen, M. Aalberg, S.-P. Neumer, & E. Heiervang, overs.). Bergen: Innovest AS.
- Barrett, P. (2008b). *Friends for life: Arbeidsbok for ungdom* (J. F. Bjåstad, K. D. Martinsen, M. Aalberg, S.-P. Neumer, & G. J. W. Henningsen, overs.). Bergen: Innovest AS.
- Barrett, P. (2008c). *Friends for life: Terapeutmanual for barn* (J. F. Bjåstad, K. D. Martinsen, M. Aalberg, S.-P. Neumer, & E. Heiervang, overs.). Bergen: Innovest AS.
- Barrett, P. (2008d). *Friends for life: Terapeutmanual for ungdom* (J. F. Bjåstad, K. D. Martinsen, M. Aalberg, S.-P. Neumer, & K. Fjermestad, overs.). Bergen: Innovest AS.
- Bodden, D. H. M., Bögels, S. M., Nauta, M. H., De Haan, E., Ringrose, J., Appelboom, C., . . . Appelboom-Geerts, K. C. M. M. J. (2008). Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: An efficacy and partial effectiveness study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*, 1384-1394. doi:10.1097/CHI.0b013e318189148e
- Briesch, A. M., Hagermoser Sanetti, L. M. & Briesch, J. M. (2010). Reducing the prevalence of anxiety in children and adolescents: An evaluation of the evidence base for the FRIENDS for Life program. *School Mental Health, 2*, 155-165. doi:10.1007/s12310-010-9042-5
- Essau, C. A., Conradt, J. & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders, 14*(3), 263-279. doi: 10.1016/S0887-6185(99)00039-0
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Rapport 2014. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Fröjd, S., Ranta, K., Kaltiala-Heino, R. & Marttunen, M. (2011). Associations of social phobia and general anxiety with alcohol and drug use in a community sample of adolescents. *Alcohol and Alcoholism, 46*, 192-199. doi:10.1093/alcalc/agg096
- Haugland, B. S., Rogde, A. H. & Bjåstad, J. F. (2012). *Implementering av FRIENDS*. Bergen: RKBU Vest - Regionalt kunnskapssenter for barn og unge.
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M. B., . . . Gillberg, C. (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*, 438-447. doi:10.1097/chi.0b013e31803062bf
- Higgins, E. & O'Sullivan, S. (2015). "What Works": Systematic review of the "FRIENDS for Life" programme as a universal school-based intervention programme for the prevention of child and youth anxiety. *Educational Psychology in Practice, 31*, 424-438. doi.org/10.1080/02667363.2015.1086977
- Høye, A. L. (2010). Tidlig intervensjon for barn og unge med angst- og depresjonssymptomer. *Spesialistoppgave*.
- Kendall, P. C. (1990). *Coping cat workbook*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kendall, P. C., Martinsen, K. D. & Neumer, S.-P. (2006). *Mestringskatten (Coping Cat): terapeutmanual: kognitiv atferdsterapi for barn med angst*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kjøbli, J. & Keeping, D. (2017). *Å mestre det vanskelige: individrettede intervensjoner for barn og unge*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kodal, A., Fjermestad, K., Bjelland, I., Gjestad, R., Ost, L. G., Bjaastad, J. F., . . . Wergeland, G. J. (2018). Long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy for youth with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 53*, 58-67. doi:10.1016/j.janxdis.2017.11.003
- Kovacs, M. & Lopez-Duran, N. (2010). Prodromal symptoms and atypical affectivity as predictors of major depression in juveniles: implications for prevention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*, 472-496. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02230.x
- Kvale, G. (2013). *Hvordan sikre angstpasienter kunnskapsbasert behandling?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var - Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Martinsen, K. D., Aalberg, M., Gere, M., & Neumer, S.-P. (2009). Using a structured treatment, Friends for Life, in Norwegian outpatient clinics: Results from a pilot study. *the Cognitive Behaviour Therapist, 2*, 10-19. doi:10.1017/S1754470X08000160
- Martinussen, M., Reedtz, C., Eng, H., Neumer, S.-P., Patras, J., & Mørch, W.-T. (2016). *Ungsinn - Kriterier og prosedyrer for vurdering og klassifisering av tiltak*. Tromsø: UiT Norges Arktiske Universitet.

- Mattejat, F., & Remschmidt, H. (1998). *Fragennögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)*. Göttingen: Hogrefe.
- Mendlowicz, M. V., & Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 669-682. doi:10.1176/appi.ajp.157.5.669
- Merikangas, K. R. (2005). Vulnerability factors for anxiety disorders in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 649-679, vii. doi:10.1016/j.chc.2005.06.005
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., . . . Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 980-989. doi:10.1016/j.jaac.2010.05.017
- 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 & Adolescent Psychiatry*, 42(11), 1270-1278. doi:10.1097/01.chi.0000085752.71002.93
- NREPP. (2012). *FRIENDS Program*. SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP) Intervention Summary.
- Pine, D. S. (2007). Research review: a neuroscience framework for pediatric anxiety disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 631-648. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01751.x
- Rasmussen, L.-M. P., & Neumer, S.-P. (2015). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM IV: Barnevern (ADIS for DSM IV:C). *PsykTestBarn*, 2(4). doi: 10.21337/0044
- Richter, J. & Sund, A. M. (2015). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Mood and Feelings Questionnaire - Humøret Ditt (MFQ). *PsykTestBarn*, 1(1). doi: 10.21337/0018
- Villabø, M. & Neumer, S.-P. (2017). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC). *PsykTestBarn*, 1(3). doi: 10.21337/0050
- Wergeland, G. J., Fjermestad, K. W., Marin, C. E., Haugland, B. S., Bjaastad, J. F., Oeding, K., . . . 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. doi:10.1016/j.brat.2014.03.007
- Wichstrom, L. (1999). The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: the role of intensified gender socialization. *Developmental Psychology*, 35, 232-245. doi:10.1037/0012-1649.35.1.232
- Wichstrom, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E., & Sveen, T. H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 695-705. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x

Forfatterne erklærer at de ikke har noen interessekonflikter.

Mottatt 28.03.2018, godkjent 20.11.2018, publisert: 28.11.2018

Redaktør: Monica Martinussen

