

# Terapeuters alliansebyggende atferd og frafall i kognitiv atferdsterapi for barn og unge med angstlidelser

Silje Berg Oppedal og Julie Sture Sørensen



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2018



# **Terapeuters alliansebyggende atferd og fracfall i kognitiv atferdsterapi for barn og unge med angstlidelser**

*”Å komme sammen er en begynnelse.  
Å holde sammen er framgang.  
Å arbeide sammen er suksess.”*

Henry Ford (1922)

© Silje Berg Oppedal og Julie Sture Sørensen

2018

Terapeuters alliansebyggende atferd og frafall i kognitiv atferdsterapi for barn og unge med angstlidelser

Silje Berg Oppedal og Julie Sture Sørensen

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

**Forfattere:** Silje Berg Oppedal og Julie Sture Sørensen

**Tittel:** Terapeuters alliansebyggende atferd og frafall i kognitiv atferdsterapi for barn og unge med angstlidelser

**Veileder:** Krister Westlye Fjermestad

**Bakgrunn:** Angstlidelser er blant de mest prevalente psykiske lidelsene blant barn og unge, og har store individuelle og samfunnsmessige konsekvenser. Kognitiv atferdsterapi (KAT) er en behandlingsform som har vist seg effektiv. Imidlertid er det for lite kunnskap og forskning på prosessvariabler i barnefeltet. Dessuten er det mange barn og unge som faller fra terapi. Mange variabler kan påvirke frafall, og en mulig prediktor for frafall i terapi er terapeuters alliansebyggende atferder. Problemstillingen vår er om det er en sammenheng mellom terapeuters alliansebyggende atferd og frafall i KAT for barn og unge med angstlidelser.

**Metode:** Arbeidet er en del av et større prosjekt, ATACA-studien, som hadde til hensikt å undersøke effekten av KAT hos barn og unge med angstlidelser. Vi kodet 80 terapivideoer sammen med to andre kodere, og benyttet Adolescent Alliance Building Scale (Revised; AABS(R)), som er et observatør- og kodings skjema for å vurdere terapeuters alliansebyggende atferd. Utvalget bestod av 80 barn og ungdom (8-15 år) som oppfylte kriteriene for separasjonsangst, sosial angst og/eller generalisert angstlidelse. Deltakerne var pasienter ved BUP og mottok KAT som individualterapi. Datamaterialet ble analysert med forundersøkelser og reliabilitetsanalyser, samt t-tester og logistisk regresjonsanalyse for å undersøke sammenhengen mellom terapeuters alliansebyggende atferd og frafall.

**Resultater:** Resultatene viste signifikante forskjeller i de alliansebyggende terapeutatferdene samarbeid, ros og struktur i de terapiforløpene hvor barn falt fra sammenlignet med terapiforløpene hvor de ikke falt fra. Vi fant at mer struktur (OR = 47.26,  $p = 0.04$ ), og mindre samarbeid (OR = 0.05,  $p = 0.04$ ) økte sannsynligheten for frafall. Effektstørrelsene var store. Følgende alliansebyggende terapeutatferd viste ikke sammenheng med frafall: lytte, presentere behandlingsmodell, uttrykke forventninger, utforske motivasjon, kognitiv restrukturering og støtte.

**Konklusjon:** Funnene fra denne oppgaven indikerte at spesifikke terapeutatferd som samarbeid, struktur og ros henger sammen med frafall, mens andre alliansebyggende terapeutatferd ikke henger sammen med frafall. Nullfunn kan skyldes metodologiske svakheter knyttet til lite variasjon i alliansebyggende terapeutatferd, utvalgsstørrelse eller skåringsform i AABS(R).



# Forord

Arbeidet med hovedoppgaven har vært en lang og krevende prosess, men det har også vært svært lærerikt. Vi har fått innsikt i terapeuters alliansebyggende atferd og betydningen det har for frafall, og vi tar med oss denne kunnskapen videre i vår rolle som kommende psykologer.

Det er flere vi ønsker å takke for hjelp og støtte underveis i prosessen. Først og fremst vil vi takke vår veileder Krister Westlye Fjermestad for god støtte, veiledning, oppmuntring og konstruktive tilbakemeldinger. Takk for at du har svart på våre utallige spørsmål. Uten deg hadde verken hovedoppgaven eller arbeidsprosessen vært den samme. Vi vil også rette en takk til førsteamanuensis Pål Ulleberg for hjelp med statistiske utfordringer. Videre vil vi takke ATACA-gruppen for at vi fikk benytte deres datamateriale som grunnlag for oppgaven. Vi er takknemlige og ydmyke for at vi har fått lov til å få innblikk i terapirommet. Vi vil også takke professor Stephen Shirk for oppklaringer knyttet til skåringsskjemaet AABS(R).

En stor takk rettes til våre samarbeidspartnere Øyvind Føreland og Ylva Vognild. Etter utallige timer med samarbeid om koding og datamaterialet, kunne vi til slutt se lyset i enden av tunnelen. Våre samarbeidspartnere fortjener også en takk for den gode alliansen vi har hatt i kollokviesamarbeid gjennom 6 år med studier. Vi vil også rette en stor takk til familie og venner, for støtte og korrekturlesing.

Til slutt vil vi takke hverandre for det gode samarbeidet og samholdet, med en passe dose ros og struktur. Det har vært avgjørende for at ingen falt fra og for at alliansen har vedvart. Andre medvirkende faktorer som har forhindret frafall fra hovedoppgavearbeidet, har vært god humor og latter underveis, samt iver og inspirasjon etter å ha observert et glimrende norsk samarbeid i OL. Vi tar med oss den gode erfaringen videre.

God lesning!

Silje Berg Oppedal og Julie Sture Sørensen

Oslo, april 2018





# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning.....</b>	<b>1</b>
1.1	Formål med oppgaven .....	2
1.2	Oppgavens oppbygging .....	3
<b>2</b>	<b>Angstlidelser hos barn og ungdom .....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Behandling av angstlidelser hos barn og ungdom .....</b>	<b>5</b>
3.1	Kognitiv atferdsterapi (KAT) .....	5
3.2	Evidens for KAT som effektiv behandling for angstlidelser .....	6
3.3	Evidensbaserte behandlingsmanualer .....	7
3.3.1	FRIENDS-manualen.....	7
3.3.2	Allianse i manualbasert KAT .....	8
<b>4</b>	<b>Frafall .....</b>	<b>9</b>
4.1	Prediktorer for frafall.....	10
<b>5</b>	<b>Allianse .....</b>	<b>13</b>
5.1	Definisjon av allianse .....	13
5.2	Sammenheng mellom allianse og frafall.....	14
<b>6</b>	<b>Terapeutens bidrag til alliansen.....</b>	<b>15</b>
6.1	Terapeuters alliansebyggende atferd.....	16
6.2	Mål på terapeuters alliansebyggende atferd.....	18
6.2.1	Adolescent Alliance Building Scale (Revised) - AABS(R).....	18
6.3	Terapeutiske utfordringer knyttet til alliansebygging med barn .....	20
<b>7</b>	<b>Problemstilling .....</b>	<b>21</b>
<b>8</b>	<b>Metode.....</b>	<b>22</b>
8.1	ATACA-studien .....	22
8.2	Utvalg.....	23
8.3	Prosedyre .....	24
8.4	Etiske betraktninger .....	24
8.5	Instrumenter.....	25
8.5.1	Uavhengige variabler.....	25
8.5.2	Avhengig variabel.....	27
8.6	Statistiske analyser.....	27
<b>9</b>	<b>Resultater.....</b>	<b>28</b>
9.1	Forundersøkelser .....	28
9.1.1	Manglende data.....	28
9.1.2	Normalitet.....	28
9.1.3	Gjennomsnittsskårer for leddene i AABS(R) .....	30
9.2	Reliabilitet .....	30
9.2.1	Inter-rater enighet.....	30
9.2.2	Korrelasjoner mellom ledd i AABS(R).....	31
9.3	Hovedanalyser.....	32
9.3.1	Frafall .....	32
9.3.2	Alliansebygging ved frafall versus ikke-fracfall.....	32
9.3.3	Predikerer terapeuters alliansebyggende atferd frafall? .....	33
<b>10</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>34</b>
10.1	Sammenheng mellom alliansebyggende terapeutatferder og frafall.....	34
10.1.1	Samarbeid og frafall.....	34

10.1.2	Struktur og frafall.....	35
10.1.3	Ros og frafall .....	37
10.1.4	Øvrige forklaringer av funn på tvers av alliansebyggende terapeutatferder .....	38
<b>10.2</b>	<b>Forklaringer på alliansebyggende atferder som ikke predikerer frafall .....</b>	<b>39</b>
10.2.1	Metodologiske årsaker til nullfunn .....	39
10.2.2	Øvrige forklaringer på nullfunn.....	43
<b>10.3</b>	<b>Oppgavens styrker og svakheter .....</b>	<b>44</b>
10.3.1	Utfordringer med å undersøke frafall .....	44
10.3.2	Metodiske betraktninger ved bruk av AABS(R) .....	45
10.3.3	Generaliserbarhet.....	45
10.3.4	Reliabilitet.....	46
<b>10.4</b>	<b>Kliniske implikasjoner .....</b>	<b>46</b>
<b>10.5</b>	<b>Oppsummering og konklusjon .....</b>	<b>47</b>
	<b>Litteraturliste .....</b>	<b>48</b>
	<b>Vedlegg A.....</b>	<b>61</b>
	<b>Vedlegg B .....</b>	<b>71</b>
	<b>Vedlegg C .....</b>	<b>72</b>

## Oversikt over tabeller

Tabell 1.	<i>Demografiske variabler i ATACA-utvalget.....</i>	23
Tabell 2.	<i>Oversikt over ledd i AABS(R).....</i>	26
Tabell 3.	<i>Deskriptiv statistikk og tester for normalitet for ledd i AABS(R).....</i>	29
Tabell 4.	<i>AABS(R) reliabilitet: ICC verdier.....</i>	30
Tabell 5.	<i>Korrelasjoner for ledd i AABS(R).....</i>	30
Tabell 6.	<i>Uavhengig t-test (to-halet) mellom ledd i AABS(R) og frafall.....</i>	31
Tabell 7.	<i>Logistisk regresjonsanalyse AABS(R) og frafall.....</i>	32

# 1 Innledning

Angstlidelser er de mest prevalente psykiske lidelsene blant barn og ungdom (Costello, Egger, & Angold, 2005; Merikangas, Nakamura, & Kessler, 2009). Angst er en naturlig respons på fryktstimuli, imidlertid kan overdreven angst føre til stort ubehag for barnet og de rundt (Martinsen & Hagen, 2012). I tillegg kan overdreven angst føre til funksjonsfall i hverdagslivet, og påvirke både relasjoner, skoleprestasjoner og fremtidig psykisk helse (Kendall & Ollendick, 2004; Strauss, Frame, & Forehand, 2010). Uten behandling vil angstlidelser kunne bli vedvarende eller kroniske, og det er knyttet store økonomiske konsekvenser til angstlidelser for samfunnet (Keller et al., 1992; Kessler et al., 2012; Seligman & Ollendick, 2011).

Forskning viser at kognitiv atferdsterapi (KAT) er en effektiv behandling for ulike angstlidelser (James, James, Cowdrey, Soler & Choke, 2015). Hovedprinsippene i KAT er at tanker påvirker følelser og atferd, der endringsmekanismer i KAT er å fokusere på å endre uhensiktsmessige følelser og atferd ved å endre negative automatiske tanker (Berge & Repål, 2016). Studier viser at rundt 60% av barn (6-19 år) ikke lenger oppfyller kriteriene for sin primære angstdiagnose etter behandling med KAT (Cartwright-Hatton, Roberts, Chitsabesan, Fothergill & Harrington, 2004; James, Soler & Weatherall, 2005). Det vil si at etter behandling med KAT oppfyller opptil 40% fremdeles kriteriene for sin primære angstdiagnose. Ettersom KAT viser god effekt for barn og unge med angstlidelser er det viktig at de får tilgang til denne behandlingen. Samtidig er det viktig å undersøke hva som er virksomt i KAT fordi omtrent 40% ikke har effekt av denne behandlingen.

I tillegg til manglende effekt for en betydelig andel barn og ungdom med angstlidelser som mottar KAT, er frafall et omfattende problem. En metastudie har rapportert at opptil 50% av barn og unge med angstlidelser faller fra terapi (de Haan, Boon, de Jong, Hoeve & Vermeiren, 2013; Gonzalez, Weersing, Warnick, Scahill & Woolston, 2011). Dersom barn og unge faller fra terapi, vil det ikke ha noe betydning om terapien har effekt eller ikke, ettersom barna dermed ikke får muligheten til å nyttiggjøre seg av terapien. Derfor er det viktig å få økt kunnskap om faktorer knyttet til frafall, slik at dette kan forebygges. Mange studier som har undersøkt prediktorer for frafall har i hovedsak undersøkt demografiske variabler, for eksempel bosituasjon, alder og etnisitet, som vanskelig lar seg endre i terapi (Wergeland et al., 2015). Det er derfor sentralt å identifisere faktorer assosiert med frafall som i større grad lar seg endre. Eksempel på faktorer som det er mulig å endre på er prosessvariabler (Karver et al., 2008). Prosessvariabler i terapiforskning kan defineres slik: alt som kan observeres av

det som skjer mellom og i pasienten og terapeuten mens de arbeider sammen (Orlinsky & Howard, 1986). Dersom man kan få økt kunnskap om hvilke prosesser i behandlingen som predikerer hvilke pasienter som faller fra, vil man i større grad kunne forebygge frafall.

Allianse er en prosessvariabel som kan knyttes til frafall fra terapi (Wergeland et al., 2016), og kan defineres som enighet om mål, enighet om oppgaver og utvikling av emosjonelt bånd (Bordin, 1979). En metaanalyse i voksenfeltet har etablert at allianse er moderat assosiert med frafall (Sharf, Primavera & Diener, 2010). I barnefeltet er det derimot forsket mindre på hvilke faktorer som er knyttet til frafall i angstbehandling (Wergeland et al., 2015). Samtidig har forskning i barnefeltet vist at allianse har betydning for utfall av terapi (McLeod, 2011), og har blitt understreket som særlig viktig ettersom barn og ungdom ofte er sendt i terapi av andre, eksempelvis foreldre eller lærere, og ikke nødvendigvis er motivert for å gå i terapi selv (Chu et al., 2004; Kazdin, Whitley & Marciano, 2006; Shirk & Karver, 2003). Det er derimot lite forskning som viser hvordan allianse bygges (Fjermestad et al., 2016b; Jungbluth & Shirk, 2009; Shirk & Karver, 2006). Terapeuter er forskjellige i hvordan de skaper allianse, og oppnår ulike resultater (Castonguay & Beutler, 2006; Norcross & Lambert, 2011; Wampold, 2001). Ettersom forskning har indikert at allianse henger sammen med frafall, samt at det er terapeutforskjeller i hvordan allianse dannes, er det grunn til å anta at terapeuters alliansebyggende atferd kan være en mulig prediktor for frafall.

## **1.1 Formål med oppgaven**

I denne oppgaven er formålet å undersøke hvorvidt det er en sammenheng mellom alliansebyggende atferd hos terapeuten og frafall fra behandling med KAT blant barn og unge med angstlidelser. Oppgaven er basert på barkedelen av Assessment and Treatment - Anxiety in Children and Adults Study (ATACA; Wergeland et al., 2014), som ble utført i tidsrommet 2008-2012. ATACA-studiens formål var å evaluere effekten av det manualbaserte kognitive atferdsprogrammet FRIENDS for life (FRIENDS; Barrett, 2004; 2008) for barn og ungdom henvist til spesialisthelsetjeneste for angstlidelser. I denne oppgaven vil betegnelsen barn brukes om både barn og ungdom (0-18 år), med mindre annet er presisert.

Basert på tidligere forskning mener vi det er grunnlag for en hypotese om at terapeutens alliansebyggende atferd vil predikere barnas vurderte allianse (Creed & Kendall, 2005; Karver et al., 2008). En utfordring i feltet er at man sjelden har mål på selvrapportert allianse fra barn som faller fra behandlingen, slik at en direkte kobling mellom selvrapportert allianse og frafall er vanskelig å undersøke. Derfor vil vi i denne oppgaven direkte undersøke

sammenhengen mellom alliansebyggende atferd hos terapeuten og frafall. Dersom det er en slik sammenheng, uavhengig av en mulig modererende effekt av barnas rapporterte allianse, vil dette ha kliniske implikasjoner for hvordan terapeuter kan trenes for å forebygge frafall. Ettersom KAT som nevnt har vist god effekt på angstlidelser blant barn og unge, vil forebygging av frafall fra KAT kunne bidra til at flere barn og unge med angstlidelser får den hjelpen de trenger.

## **1.2 Oppgavens oppbygging**

I denne oppgaven vil det først følge en beskrivelse av angstlidelser og konsekvenser av slike lidelser. Deretter vil kjernekomponentene i KAT og forskningsgrunnlaget for KAT som evidensbasert behandling presenteres. Evidensbaserte behandlingsmanualer vil deretter beskrives nærmere. Videre vil utfallsmålet frafall diskuteres og forskningsfunn om frafall vil belyses. Forskningslitteraturen på allianse og terapeutatferd vil legges frem. Metode og resultater vil deretter presenteres. I oppgaven vil vi avslutningsvis diskutere funnene og implikasjonene av disse.

## 2 Angstlidelser hos barn og ungdom

Angstlidelser er blant de vanligste psykiske lidelsene hos barn og ungdom, og epidemiologiske studier har rapportert prevalens opptil 27% (Chavira, Stein, Bailey & Stein, 2004; Costello et al., 2005; Merikangas et al., 2009). Angstlidelser kjennetegnes av overdreven frykt som aktiveres i situasjoner som individet opplever som truende (Carr, 2016). Angstresponsen består av ulike komponenter, inkludert tankemønstre, kroppslige reaksjoner (for eksempel hjertebank, høy puls og svette) og handlinger (for eksempel unngåelse). Affektive og relasjonelle komponenter er også sentrale, ettersom negative tanker og kroppslige reaksjoner kan føre til negative følelser, samt at unngåelsesatferd kan være med på å påvirke relasjoner negativt (Carr, 2016). Angstlidelser er assosiert med funksjonstap i hverdagslivet (Essau, Conradt & Petermann, 2000; Strauss et al., 2010), og uten behandling vil angstlidelser kunne bli vedvarende eller kroniske (Keller et al., 1992; Kessler et al., 2012). I tillegg kan den høye prevalensen av angstlidelser i kombinasjon med funksjonsfall føre til store økonomiske konsekvenser for samfunnet (Selligman & Ollendick, 2011). Ettersom angst er en prevalent psykisk lidelse med store konsekvenser, er det viktig å studere denne pasientgruppen og mulige mekanismer i terapi som kan bidra til bedring og forhindre frafall fra terapi. Det er rapportert at angstlidelsene som forekommer oftest blant barn og ungdom er generalisert angstlidelse (GAD) og sosial fobi (SOP) (Merikangas et al., 2009). Disse angstlidelsene, sammen med separasjonsangst (SAD), refereres ofte samlet til som angstlidelser i barndommen (Carr, 2016). Disse tre angstlidelsene var inklusjonsdiagnoser i ATACA, studien denne oppgaven er basert på.

# 3 Behandling av angstlidelser hos barn og ungdom

Norsk Psykologforening (2007) har vedtatt en prinsipperklæring om at norske psykologer skal ha en praksis i tråd med empirisk evidens, også kalt evidensbasert praksis. Statens Helsetilsyn (2000) har utviklet kliniske retningslinjer for utredning og behandling av angstlidelser, og i disse retningslinjene presenteres KAT som en veldokumentert behandlingstilnærming for barn og ungdom med angstlidelser.

## 3.1 Kognitiv atferdsterapi (KAT)

KAT er basert på kognitiv- og læringspsykologisk teori, atferdsterapi og Banduras sosiale læringsteori (Bandura, 1978; Berge & Repål, 2016; Friedberg & McClure, 2002, Grova, Haugland & Dahl, 2011). Rasjonalet i KAT bygger på “den kognitive trekanten”, hvor tanker, følelser og atferd har en gjensidig påvirkning på hverandre, og hvor endring i en komponent, som for eksempel tanker, vil føre til endring i de andre komponentene, som atferd og følelser (Martinsen & Hagen, 2012). Kognitiv prosessering har en sentral rolle i KAT, ettersom mennesker hele tiden fortolker situasjoner og hendelser. I KAT tenker man at mennesker reagerer ulikt avhengig av hvordan de fortolker hendelsene. Disse reaksjonene kan igjen påvirke hvordan de handler (Martinsen & Hagen, 2012).

I KAT operer man med tre nivåer av kunnskap: grunnleggende antakelser, leveregler og automatiske tanker. Grunnleggende antakelser er oppfatninger man har om seg selv, andre og verden. Antakelsene kan være både positive og negative, men det er særlig de negative antakelsene man er opptatt av å jobbe med i KAT ettersom disse antas å ha en negativ effekt på barnets fungering. Et eksempel på en negativ grunnleggende antagelse kan være “ingen liker meg”. Leveregler er “regler” for å mestre de negative antagelsene, for eksempel “hvis jeg gjør som andre sier, vil jeg bli godtatt”, og påvirker ofte atferd gjennom kompensatoriske strategier, som unngåelse. Automatiske tanker er tanker som dukker opp i bevisstheten uten at man gjør noe spesielt for å fremkalle dem, og kan ses på som en del av den indre dialogen til mennesket. Et eksempel på en negativ automatisk tanke er “jeg får aldri til noe”. KAT er mest opptatt av de negative automatiske tankene, som påvirker oss negativt følelsesmessig (Martinsen & Hagen, 2012). Tankemønstre kan også endres gjennom atferd, eksempelvis med atferdseksperimenter der barna får utfordret sine kognitive antagelser.

KAT fokuserer i stor grad på situasjoner “her og nå”, og slik behandling er problem- og målfokusert og handlingsorientert. Det er en strukturert behandlingstilnærming hvor hver behandlingstime har en spesifikk struktur som gjentas gjennom hele forløpet. Strukturen innebærer å ha en plan for hver behandlingstime, en terapeutisk gjennomgang av det temaet som står på planen, samt å gi og gjennomgå hjemmeoppgaver (Martinsen & Hagen, 2012).

KAT ble hovedsakelig utviklet for voksne med psykiske lidelser, men har også blitt tilpasset for bruk i terapi med barn og ungdom (Grova, 2007). Det finnes flere ulike behandlingsmanualer for KAT. Disse har flere fellestrekk: sammenheng mellom tanker, følelser og handling, kognitiv rekonstruering, hjemmeoppgaver, eksponering, utvikling av ferdigheter og belønning (Berge & Repål, 2016; Kazantzis, Deane, Ronan & L’Abate, 2005; Seligman & Ollendick, 2011; Tomkins, 2004).

## **3.2 Evidens for KAT som effektiv behandling for angstlidelser**

Empirien som foreligger støtter KAT som evidensbasert behandling for angstlidelser, og resultater fra flere metastudier viser at KAT gir signifikant bedring (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer & Fang, 2012; James, James, Cowdrey, Soler & Choke, 2013; Reynolds, Wilson, Austin & Hooper, 2012). Behandling med KAT for angstlidelser ser også ut til å ha effekt ved komorbide tilstander og på tvers av kulturelle og etniske grupper (Ginsburg & Drake, 2002; Ollendick, Jarret, Grills-Taquechel, Hovey & Wolff, 2008; Ollendick, Öst, Reuterskiöld & Costa, 2010). Randomiserte kontrollerte studier (RCT’er) viser generelt store effektstørrelser over lengre tid, og vurderinger gjort etter behandling indikerer at omtrent 60% av barn og ungdom som mottar behandling med KAT er forventet å ikke lenger oppfylle kriteriene for sin primære angstdiagnose (Benjamin, Harrison, Settipani, Brodman & Kendall, 2013; Saavedra, Silverman, Morgan-Lopez & Kurtines, 2010; Seligman & Ollendick, 2011).

Ifølge Shirk og Karver (2006) er det viktig å undersøke hvorvidt terapi virker før man undersøker hvilke mekanismer som er virksomme. Ettersom forskning viser at KAT kan være en effektiv behandling mot angstlidelser (Cartwright-Hatton et al., 2004; James et al., 2005), kan det være nyttig å rette fokus mot hvilke mekanismer som er virksomme i KAT. Noen studier har pekt på enkelte medierende faktorer, eksempelvis terapeutfleksibilitet, mengde angstsymptomer rapportert av barnet og funksjonsnivå (Berman, Weems, Silverman & Kurtines, 2000; Chu & Kendall, 2004; Chu, Skriner & Zandberg, 2013; Hudson et al., 2014;



Wergeland et al., 2016). En faktor som påvirker utfall av KAT er kvaliteten på alliansen mellom terapeuten og barnet (Chu et al. 2004; Hudson et al., 2014). Det er dog få studier som har undersøkt akkurat hvilken rolle alliansen spiller i terapi med barn og unge, og hvordan alliansen bygges (Fjermestad et al., 2016). Dersom terapeuter ikke har god nok kunnskap om hva som kan bidra til å bygge allianse, vil det være vanskelig for dem å vite hva de skal gjøre og hvilke alliansebyggende terapeutatferder det er hensiktsmessig å gjøre mer av. Fjermestad og medarbeidere (2016) peker på at det å forstå hvordan man kan styrke alliansen kan bidra til å optimalisere utfall, ettersom alliansen har en potensielt fasiliterende rolle for effekt av terapi med barn.

### **3.3 Evidensbaserte behandlingsmanualer**

Det finnes flere ulike manualbaserte behandlingsopplegg for barn og unge med angst, for eksempel Mestringskatten (Kendall, 1990, 2006), FRIENDS (Barrett & Ryan, 2004; Barrett, 2004) og SMART (Neumer & Junge-Hoffmeister, 2010). Behandlingsmanualene har til hensikt å integrere alle elementene i KAT: psykoedukasjon, fysiologiske reaksjoner, negative tanker og følelser, kognitiv restrukturering, problemløsning og eksponering (Velting, Setzer & Albano, 2004). I ATACA-studien, som vår oppgave er basert på, ble FRIENDS-manualen benyttet.

#### **3.3.1 FRIENDS-manualen**

FRIENDS er et manualbasert KAT-program for barn og ungdom med ulike angstlidelser. Programmet tar for seg kognitive, fysiologiske og atferdsmessige komponenter som interagerer i utviklingen og opprettholdelsen av angstlidelser (Wergeland et al., 2014). Programmet er utviklet for barn og ungdom i alderen 8-16 år og tilbys som individualterapi eller gruppeterapi (Barrett, 2008). Programmet finnes i en versjon for barn (8-12 år) og en versjon for ungdom (12-16 år), der 12-åringene kan motta begge versjoner avhengig av terapeutens kliniske vurdering. FRIENDS-programmet innebærer 10 timers ukentlig behandling med en varighet på 60 minutter (individualterapi) eller 90 minutter (gruppeterapi). Foreldre deltar i 15 minutter på slutten av hver time, samt at foreldre tilbys to egne timer med terapeuten underveis i behandlingsforløpet. I tillegg er det to oppfølgingstimer for barnet 4 og 12 uker etter behandlingsslutt.

Studier viser at FRIENDS har god effekt i behandling av barn og ungdom med angstlidelser (Barrett, Duffy, Dadds & Rapee, 2001; Shortt, Barrett & Fox, 2001), og det

regnes som et velegnet manualbasert behandlingsprogram for unge med angstproblematikk (Barrett, Farrell, Ollendick & Dadds, 2006; Maggin & Johnson, 2014). FRIENDS har blitt brukt i ulike land, både som behandling og forebygging (for eksempel Sverige (Ahlen, Breitholtz, Barrett & Gallegos, 2012), Australia (Barrett, Sonderegger & Xenos, 2003), Storbritannia (Stallard, Simpson, Anderson & Goddard, 2008) og Norge (Wergeland et al., 2014)). I ATACA-studien ble den norske versjonen av FRIENDS (4. utgave) benyttet. ATACA-studien evaluerte effekten av FRIENDS-programmet, og fant at KAT hadde god effekt sammenlignet med ventelistekontroller (Wergeland et al., 2014).

### **3.3.2 Allianse i manualbasert KAT**

En mulig svakhet med manualbaserte behandlinger er at de kan administreres på en rigid og lite fleksibel måte, og at dette kan påvirke den terapeutiske relasjonen negativt (Shirk & Karver, 2006). Terapeuter bør bruke konseptene og prosedyrene i behandlingsmanualer fleksibelt slik at de passer for det enkelte barnet. Dette kan imidlertid være vanskelig å gjennomføre i praksis (Kendall, Chu, Gifford, Hayes & Nauta, 1998). En metaanalyse som undersøkte forskjeller i terapeut-barn allianse i manualbasert behandling sammenlignet med ikke-manualbasert behandling fant ingen forskjeller i allianse etter behandling mellom de to behandlingsbetingelsene. Allianse ble målt både ved observasjon og barnets selvrapportering (Langer, McLeod & Weisz, 2011). En annen studie viste at de fleste barn med angst som mottok KAT vurderte relasjonen med terapeuten som svært positiv (Kendall et al., 1997). Shirk og Karver (2006) understreker at KAT for barn og unge ikke er en passiv og mottakende prosess. Selv om terapeutene har en agenda for timen og en plan for ulike tema og aktiviteter, ligner terapien mer på veiledning enn på undervisning. Terapeuten forteller ikke barnet hva det skal gjøre, men modellerer atferd, øver på utførelse og rollespill, før barna oppfordres til å prøve atferden i hverdagen. Til tross for at det pekes på at manualbaserte behandlinger kan påvirke alliansebygging negativt, viser studier at det ikke er forskjeller mellom manualbaserte og ikke-manualbaserte behandlinger når det gjelder allianse (McLeod et al., 2016). Mange behandlingsmanualer trekker frem viktigheten av en god allianse med barn og foreldre, imidlertid uten at det er etablert empiriske baserte retningslinjer for disse prosessene (Shirk & Karver, 2006). Etersom alliansen er viktig for utfall av terapi, er det nødvendig med studier som undersøker alliansebyggende terapeutatferd i manualbaserte behandlinger i klinikker. Før vi presenterer litteraturen på terapeutatferd, vil vi introdusere utfallsmålet i denne oppgaven: frafall.

## 4 Frafall

Ifølge Kazdins (1996) gjennomgang av litteraturen på frafall i barnefeltet, må tre betingelser være tilstede for at man kan si at et barn har falt fra behandling prematurt: *a) pasienten slutter i behandling, b) avgjørelsen om å slutte i behandling er kun tatt av pasienten, og c) terapeuten ser på dette som prematurt og vurderer at pasienten bør fortsette i behandling.* Videre påpeker Kazdin (1996) at hva som defineres som prematurt ikke er helt tydelig. Dersom kriteriet for frafall er terapeutens vurdering (for eksempel Gonzalez, et al., 2011), er det ikke gitt at barnet er enig i denne vurderingen. Hvorvidt frafall vurderes som prematurt henger sammen med hvilke mål som er satt for terapien, noe som ikke nødvendigvis samsvarer mellom terapeuten og barnet. Frafall kan også vurderes ut ifra antall behandlingstimer som er fullført (for eksempel Kendall & Sugarman, 1997; Pina, Silverman, Weems, Kurtines & Goldman, 2003). Det er nærliggende å tenke at når barn faller fra etter første time kan frafallet vurderes som prematurt. Kazdin (1996) påpeker derimot at endring kan forekomme veldig tidlig i en behandlingskontekst. Noen barn vil kunne oppleve positiv endring allerede i utredningsfasen, før selve behandlingen har begynt. Det er altså flere svakheter når det gjelder å definere frafall på et konseptuelt nivå.

På et operasjonelt nivå i forskningen er det også inkonsistens i hvordan frafall defineres, og definisjonen varierer på tvers av studier (Kazdin, 1996). Eksempelvis defineres frafall i noen studier som barn som er henvist til terapi, men som aldri møter opp, mens i andre studier defineres frafall som barn som faller fra terapi etter noen uker. Ettersom studier benytter ulike definisjoner på frafall blir det vanskelig å sammenligne resultater. I forskning på barnefeltet kan det være utfordrende å definere frafall. Det kan være vanskelig å vite om avgjørelsen om å slutte i terapi er tatt av foreldrene eller barnet, og Kazdin's (1996) betingelse *b) avgjørelsen om å slutte i behandling er kun tatt av pasienten*, vil derfor være vanskelig å vurdere. Foreldre spiller en viktig rolle for barnas oppmøte til terapi, ettersom det i mange tilfeller er foreldrene som har initiert terapien i utgangspunktet. Lite motiverte barn kan dermed presses av foreldre til å gå i behandling, selv om de egentlig ikke vil. På samme måte kan foreldrene avgjøre om barnet skal slutte i terapien. Dermed kan det bli vanskelig å skille mellom foreldrenes bidrag til frafall og terapeutenes bidrag til frafall, eksempelvis hvordan de benytter seg av alliansebyggende atferder.

Flere studier har vist at både hvordan frafall defineres og hvordan det operasjonaliseres, henger sammen med hvilke resultater man får, for eksempel hvor mange man anser som falt fra, og hvilke faktorer som henger sammen med frafall (de Haan et al. 2013; Wierzbicki &

Pekarik, 1993). Likevel kan ulike definisjoner av frafall være relevant avhengig av problemstillingen som undersøkes. ATACA-studien hadde som formål å undersøke effekten av det manualbaserte angstprogrammet FRIENDS (Wergeland et al., 2015). Manualbaserte angstprogram har ofte et forhåndsbestemt antall timer. I denne sammenheng vil det være relevant å undersøke hvor mange barn som fullfører en hel behandlingsprotokoll, og hvilke faktorer knyttet til dette som predikerer frafall. I ATACA-studien ble frafall definert som barn som var fraværende i mer enn tre påfølgende timer og som ikke kom tilbake til tross for oppfølging (for eksempel telefonkontakt, tilbud om nye timer; Wergeland et al., 2014).

## 4.1 Prediktorer for frafall

Den konseptuelle modellen Barriers-to-treatment (Kazdin, Holland & Crowley, 1997) hevder at familier erfarer flere barrierer assosiert med deltakelse i behandling, som videre øker sjansen for frafall. Ifølge forfatterne av modellen har barrierer som karakteristikk ved familien, foreldrene og barnet blitt undersøkt tidligere. I tillegg foreslår modellen at familien opplever andre barrierer som bidrar til frafall. Disse tilleggsbarrierene inkluderer praktiske hindringer for deltakelse, en oppfattelse av at behandlingen er krevende og at behandling oppleves lite relevant for barnets problemer, og dårlig relasjon eller allianse med terapeuten.

En metastudie av de Haan og medarbeidere (2013) undersøkte frafall blant barn og ungdom i psykisk helsevern og fant at opptil 50% falt fra terapi for tidlig. Metaanalysen undersøkte tre grupper av prediktorer: a) variabler knyttet til barnet/ungdommen, b) variabler knyttet til foreldrene og c) variabler knyttet til behandlingen og terapeuten. Resultatene viste at variabler knyttet til barnet varierte på tvers av studier, og hadde liten effekt på frafall. Den viktigste prediktoren for frafall når det gjaldt foreldrevariabler var det å ha en yngre mor. I tillegg viste variabler som lavere sosioøkonomisk status, å bo med mor som aleneforsørger, og mer psykiske problemer hos foreldre signifikante forskjeller, imidlertid var effektstørrelsene små. Resultatene viste at variabler knyttet til behandling og terapeut, helhetlig var sterkere prediktorer for frafall enn variabler knyttet til foreldre og barn. Mer spesifikt viste resultatene at svakere allianse mellom terapeut-barn og terapeut-forelder, samt at barn og foreldre opplevde relasjonen ulikt, predikerte frafall. I tillegg viste resultatene at en oppfattelse av behandlingen som lite relevant for barnets vansker predikerte frafall. Resultatene viste også at terapeuter som var kontrollerende, konfronterende og styrende signifikant predikerte frafall, mens det at terapeuten viste omsorg og bekymring, var støttende og kommuniserende økte sjansen for at barna fortsatte i terapi. Sistnevnte resultater

var dog noe inkonsistent på tvers av studier (de Haan et al., 2013). Resultatene fra denne studien kan gi kunnskap om prediktorer for frafall i terapi med barn og ungdom. Imidlertid har de Haan og medarbeidere (2013) undersøkt flere diagnosegrupper, og studiens resultater er dermed ikke direkte overførbare til angstbehandling. Det kan tenkes at mekanismer som bidrar til frafall er særlig viktig i angstbehandling, ettersom unngåelse er et kjernesymptom ved angstlidelser, og frafall fra terapi kan vurderes som en form for unngåelse.

Det er få studier som har undersøkt prediktorer for frafall i *angstterapi* for barn og ungdom (Wergeland et al., 2015). I en studie av Kendall og Sugarman (1997) fant man at frafall var assosiert med å være i kontrollgruppe, foreldre som var aleneforsørger og lavere selvrapporterte angstsymptomer før behandling. En annen studie fant ingen signifikante forskjeller mellom de som falt fra behandling og de som fullførte behandling (Pina et al., 2003). Begge disse studiene var randomiserte kontrollerte KAT-studier utført på spesialiserte universitetsklinikker for barn med angst. En studie gjennomført av Gonzalez og medarbeidere (2011) undersøkte prediktorer for frafall generelt, i tillegg til prediktorer for tidlig (time 2-6) og sent ( $\geq 7$ . time) frafall fra angstbehandling i offentlig helsetjeneste. Resultatene indikerte at prediktorer for frafall var at omsorgsperson rapporterte høyere depressive symptomer hos barnet ved vurdering før behandling. Forfatterne fant at etnisk minoritetsstatus predikerte tidlig frafall, mens at omsorgspersoner rapporterte høyere depressive symptomer hos barnet predikerte sent frafall. Resultatene fra disse studiene er inkonsistente og gir ikke et tydelig bilde på hvilke faktorer som er særlige viktige når det gjelder frafall.

Wergeland og medarbeidere (2015) undersøkte også prediktorer for frafall i angstbehandling (KAT) hos barn og unge, og har det samme datagrunnlaget som denne oppgaven (ATACA-studien). Studien fant at lavt nivå av behandlingstro, målt med et fireledds spørreskjema hos foreldre og barn etter time 1, predikerte frafall. Forhøyede nivåer av selvrapporterte internaliserende symptomer hos foreldre predikerte også frafall. Dette er i tråd med studier som har vist at familier som opplever flere stressorer, og der foreldre har mer internaliserende problemer, har større sannsynlighet for å falle fra (de Haan et al., 2013; Kazdin, 2000). Når det gjaldt demografiske og kliniske faktorer var det ingen forskjell mellom barn som falt fra og barn som ikke falt fra behandling. De som falt fra rapporterte like nivåer av angst- og depresjonssymptomer som de som ikke falt fra. Gruppene (frafall og ikke-frafall) var heller ikke ulike når det gjaldt komorbiditet eller det å ha enslige foreldre. Disse funnene er i tråd med andre studier, som rapporterer ingen (Pina et al., 2003) eller få (Kendall & Sugarman, 1997) signifikante forskjeller mellom de som faller fra og ikke. Videre

fant Wergeland og medarbeidere (2015) at høyere alder hos barnet var assosiert med høyere risiko for frafall i senere behandlingsfase. Dessuten hadde de som falt fra lavere selvrapportert selvbilde enn de som fullførte behandling, der selvbilde var definert som barnas tro på egen kompetanse og egen verdi. Det kan henge sammen med at barn som har lavere selvbilde, opplever seg selv som mindre kompetent til å være i terapi og til å oppnå atferdsendring, som dermed kan øke risikoen for å falle fra terapi (Wergeland et al., 2015). De fant dessuten at det ikke var forskjeller i barnets motivasjon før behandling mellom de som fullførte og de som falt fra, noe som var overraskende ettersom behandlingstro og motivasjon for behandling antas å henge sammen. Det kan forklares med at behandlingstro var målt etter time 1, mens motivasjon var målt på forhånd. Det støttes også av at de to variablene ikke korrelerte med hverandre (Wergeland et al., 2015), og de kan representere ulike konstrukter (Greenberg, Constantino & Bruce, 2006). En pasient kan eksempelvis være svært motivert, men ikke oppleve behandlingen som relevant.

Studier har i stor grad fokusert på demografiske faktorer, pasientkarakteristika og kliniske faktorer assosiert med pasient eller foreldre (eksempelvis angstsymptomer, depresjon, eksteraliserende atferd; Connolly Gibbons et al., 2003). Til tross for at disse studiene gir informasjon om faktorer som er relatert til frafall, gir de lite informasjon om hvorfor noen barn og ungdom ikke fullfører terapi (Nock & Ferriter, 2005). Demografiske variabler vil med liten sannsynlighet endre seg i løpet av et behandlingsforløp, og gir derfor lite informasjon om *hvordan* man kan forebygge frafall. Å identifisere faktorer assosiert med frafall som det er mulig å endre på er derfor viktig (de Haan et al., 2013; Greenberg et al., 2006; Kazdin, 1996). Wergeland og medarbeidere (2015) foreslår terapeutisk allianse og samarbeid, så vel som forventninger til behandling, som mulige faktorer som kan påvirke frafall fra angstbehandling. Disse faktorene kan dermed være potensielle endringsfaktorer for å forebygge frafall. I det følgende vil vi presentere forskning på allianse og hvordan terapeuter skaper en allianse.

## 5 Allianse

Spør man pasienter hva som var til hjelp i behandlingen, svarer de fleste forholdet til terapeuten, og få nevner spesifikke teknikker eller metoder (Norcross, 2010). Den terapeutiske alliansen er en av de viktigste og mest solide faktorene som påvirker utfall av terapi, og forklarer 5% av variasjonen i utfall (Hubble, Duncan, Miller & Wampold, 2010; Norcross & Lambert, 2011). Viktigheten av den terapeutiske allianse i barnefeltet har lenge vært anerkjent, imidlertid har det vært lite forskning på området (McLeod, 2011; Shirk, Karver & Brown, 2011).

### 5.1 Definisjon av allianse

Den terapeutiske alliansen kan defineres som den samarbeidende og affektive relasjonen mellom terapeuten og pasienten (Bordin, 1979). De samarbeidende aspektene av alliansen omfatter graden av enighet mellom terapeuten og pasienten om terapiens mål og teknikker som brukes for å nå disse målene. Den affektive komponenten i alliansen er båndet mellom pasienten og terapeuten, og omfatter gjensidig tillit, respekt og det å like hverandre (Crits-Christoph, Gibbons & Mukherjee, 2013).

Shirk og Karver (2006) skiller begrepet allianse fra engasjement og involvering. Engasjement definerer de som handlinger, strategier og atferder som fremmer allianse, involvering og fullføring av behandlingen. Involvering defineres som barnets aktive deltagelse i oppgaver knyttet til terapien og det terapeutiske arbeidet, som er noe mer enn å møte opp. Shirk og Karver (2006) vektlegger også Bordins definisjon av allianse, men forsøker å skille mellom alliansen og involvering i terapeutiske oppgaver, som ligner på Bordins enighet om behandlingsmål. For å klare å skille mellom alliansen og involvering, vektlegger de båndet i alliansen. Det affektive båndet i alliansen kan innebære at barnet opplever terapeuten som en hjelper og en alliert (Shirk & Karver, 2006). Implisitt vil det si at man opplever terapeuten som en man kan stole på, som henger sammen med synet på allianse som en relasjon med tillit og respekt (Shirk & Karver, 2006). Når man opplever terapeuten som en hjelper, vil det samarbeidende aspektet av relasjonen bli viktig (Shirk & Karver, 2006). En slik definisjon er mer enn å like hverandre, og samsvarer med Luborsky, Singer og Luborskys (1975) syn på alliansen som opplevelsen av at terapeuten er støttende og hjelpsom, og er en alliert i innsatsen mot problemene. Det skiller også alliansen fra andre relasjonelle begreper som varme, genuinitet og strukturering (Shirk & Karver, 2006). Hvis

terapeuten ikke ses på som en guide eller hjelper i terapi, er det kanskje en positiv relasjon, men ikke nødvendigvis en terapeutisk allianse (Shirk & Karver, 2006).

## 5.2 Sammenheng mellom allianse og frafall

Forskning på barnefeltet har vist at allianse er knyttet til utfall (Chu et al., 2004; Kazdin et al., 2006; Shirk & Karver, 2003). Noen hevder at alliansen direkte påvirker utfallet av terapi (Wright, Everett & Roismann, 1986), mens andre mener at alliansen påvirker utfall gjennom for eksempel pasientinvolvering i terapeutiske aktiviteter (Shirk & Karver, 2006; Shirk & Russell, 1998). Studier har dessuten indikert at allianse er nødvendig for at terapi skal fortsette (Shirk & Saiz, 1992), og at allianse er kritisk for pasientens motivasjon og etterlevelse av behandlingsoppgaver (Stark, Rouse & Livingston, 1991). Denne forskningen indikerer at den terapeutiske alliansen kan forklare varians i utfall, imidlertid er det enda ikke etablert hvordan alliansen henger sammen med frafall (Fjermestad et al., 2016).

En studie av Garcia og Weisz (2002) undersøkte blant annet hvilke faktorer som ligger til grunn for frafall. Utvalget bestod av familier til barn (7-18 år) som mottok behandling ved offentlige klinikker. Foreldrene til barna fylte ut skjemaet Reasons for Ending Treatment Questionnaire (RETQ) etter behandlingslutt. Hvorvidt valget om å avslutte behandling var for tidlig eller ikke, ble vurdert av forfatterne basert på klinisk informasjon rapportert av terapeutene (for eksempel at avslutningen var “imot terapeutens anbefaling”). Forfatterne kom frem til seks faktorer: terapeutiske relasjonsproblemer, praktiske problemer knyttet til klinikk og familie, problemer knyttet til ansatte og timer, bekymringer knyttet til tid og innsats, ikke nødvendig med behandling og problemer knyttet til økonomi. Resultatene viste at kun faktorene terapeutiske relasjonsproblemer (for eksempel “barnet mitt eller meg likte ikke terapeuten”, “det virket ikke som terapeuten forstod”, “terapeuten snakket ikke om de riktige problemene”) og problemer knyttet til økonomi predikerte frafall. Resultatene indikerte at foreldre til barn som falt fra, sammenlignet med foreldre til barn som fullførte, mer sannsynlig oppfattet at terapeuten ikke var investert i barnet og foreldrene, at terapeuten ikke var kompetent eller effektiv og at behandling ikke kom til å være nyttig for barnet. Funnene fra studien om at terapeutiske relasjonsproblemer predikerte frafall, er delvis konsistent med Kazdin og medarbeidere (1997) Barriers-to-treatment modell. Modellen identifiserer fem klustre av potensielle barrierer som predikerer frafall, hvor en av klustrene er “forhold til terapeuten”.



## 6 Terapeutens bidrag til alliansen

Forskning i voksenfeltet har vist at terapeutferdigheter i å skape en god allianse er viktig for utfall av psykoterapi (Baldwin & Imel, 2013). Egenskaper hos terapeuten overskygger effekter av terapiteknikker (Luborsky, McLellan, Diguier, Woody & Seligman, 1997; Wampold, 2001), og terapeuter varierer på hvor gode resultater de oppnår (Wampold, 2001). Slike terapeuteffekter forklarer 8% av variasjonen i behandlingsutfall, og er en av de mest solide prediktorene for behandlingsutfall (Miller, Hubble, Chow & Seidel, 2013; Wampold, 2006). De beste terapeutene har omtrent 50% bedre resultater enn gjennomsnittsterapeuten og omtrent 50% mindre frafall fra behandling (Beutler et al., 2004; Miller, Hubble & Duncan, 2007).

Det er flere faktorer som kjennetegner en god terapeut. Terapeutens personlighet har betydning (Duncan, Miller, Wampold & Hubble, 2010). Castonguay & Beutler (2006) mener at gode terapeuter er tolerante, fordomsfrie og kreative. Holdningen til pasienter er preget av omsorg, varme, aksept, genuinitet og pålitelighet. Norcross og Lambert (2011) har analysert flere metaanalyser og konkluderer med at gode terapeuter er fleksible, og veksler mellom ulike måter å forholde seg til pasienten på etter pasientens behov. Hartmann (2013) oppsummerer i boken *God psykoterapi* at gode terapeuter prøver å forstå, lytter, formidler håp, tillit og engasjement, og kommer i en god dialog med pasienten. De snakker til pasienter på en likeverdig, taktfull og respektfull måte, og de prøver å unngå å bli sinte, moraliserende, anklagende og bedrevitende (Hartmann, 2013). Studier viser at gode behandlere er mindre aggressive og avvisende overfor pasientene sammenlignet med terapeuter som har dårligere resultater (Binder & Strupp, 1997; Najavits & Strupp, 1994). Forskning har hittil vist at pasienter som endrer seg mest i terapi, har terapeuter som reflekterer, nikker, smiler og har god øyekontakt, de er empatiske, hjelpsomme og gir råd (Hartmann, 2013). Disse terapeutene etterstreber og tilrettelegger for samarbeid, og ber om tilbakemelding om hva som er til hjelp i behandlingen. Terapiprosessen blir bedre når terapeuter klarer å involvere pasientene i et gjensidig samarbeid (Hartmann, 2013).

Dyktigere terapeuter er mer tolerante og tålmodige til egne negative følelser til pasientene og terapiprosessen (Castonguay & Beutler, 2006). Ubearbeidede følelser og holdninger påvirker behandlingsprosessen og behandlingsutfallet negativt (Johnson et al., 1995). Terapeuter oppdager ofte ikke, eller tar ikke opp, spenninger og tilløp til alliansebrudd med pasientene sine (Lambert, 2010; Lambert et al., 2003), samtidig som pasienter med negative følelser overfor behandler og/eller behandlingen ikke tar opp følelsene og unngår dem (Hill,

Thompson, Cogar & Denman, 1993; Rennie, 1992). Alliansebrudd som blir oppdaget og bearbeidet fører til et godt terapiutfall, mens oversette og ubearbeidede brudd og tilløp til brudd fører til frafall og dårlige resultater (Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011).

## 6.1 Terapeuters alliansebyggende atferd

Terapeuter som oppnår gode resultater evner å etablere og opprettholde en god allianse til et mangfold av pasienter (Castonguay & Beutler, 2006; Norcross & Lambert, 2011). Man kan dermed tenke seg at terapeutatferder som bidrar til en god allianse vil kunne påvirke utfallet av terapi, og potensielt påvirke frafall fra behandling. Metastudier gir evidens for at det er terapeutforskjeller når man måler allianse og etterlevelse, og at slike forskjeller forklarer noe av variasjonen i terapeuteffekter (Baldwin & Imel, 2013). Samtidig er det noe inkonsistente funn (Baldwin & Imel, 2013). I tillegg er mye av forskningen på terapeutatferd utført på voksenalderen, men denne empirien kan ha overføringsverdi til barnefeltet. Man vet lite om hvilke faktorer som bidrar til en god pasient-terapeut allianse eller som bidrar til at barnet deltar i behandlingen (Chiu, McLeod, Har & Wood, 2008; McLeod, 2011; Shirk & Karver, 2006).

Fjermestad og medarbeidere (2016) oppsummerer litteraturen på terapeutens alliansebyggende atferder ved å vise til tre dimensjoner av terapeutatferd: a) å gi barnet kontekst for behandlingen, b) å være mottakelig for barnets opplevelser, og c) å benytte terapeutiske atferder som undergraver alliansen og barnets involvering. Den første dimensjonen har fokus på å utforske barnets motivasjon, forklare behandlingsmodellen, fremme samarbeid og gi håp om endring. Slike atferder kan gi en forståelse av hvorfor barnet er i terapi, hva timene kan inneholde og hvordan terapi virker. Den andre dimensjonen omhandler å være mottakelig ved å være oppmerksom mot barnets erfaringer på en varm og empatisk måte, i tillegg til å validere opplevelsene. Den tredje dimensjonen handler om terapeutiske strategier som undergraver alliansen og barnets involvering i terapien, ved å presse barnet til å snakke, ha for mye fokus på å finne felles opplevelser, for høy grad av struktur og få frem for mye informasjon.

De tre dimensjonene av alliansebyggende terapeutatferd foreslått av Fjermestad og medarbeidere (2016) samsvarer også til dels med en heuristisk modell etablert av Shirk, Gudmundsen, McMakin, Dent og Karver (2003). Shirk og medarbeidere (2003) evaluerte terapeutens bidrag til alliansebyggingen, og foreslo en heuristisk modell som organiserte terapeutatferd i fire kategorier: opplevelses-fokuserte, motivasjonsfokuserte,

samarbeidsfokuserte og effektfokuserte intervensjoner (Shirk & Karver, 2006).

Opplevelsesfokuserte intervensjoner vektla empati, validering og støtte, med fokus på å få frem beskrivelser og indre opplevelser. Motivasjonsfokuserte intervensjoner inkluderte strategier for å mobilisere ungdommens ønske om endring, og inkluderte å få frem selvmotiverende utsagn. Med samarbeidsfokuserte intervensjoner mener forfatterne terapeuter som etablerer behandlingsmål og kobler sammen målene med deltagelse i behandling. Effektfokuserte intervensjoner handler om å etablere positive forventninger for endring, som handler om en plan for bedring og utsagn om nytten av behandlingen.

Studier har vist at terapeuters alliansebyggende atferder henger sammen med allianse. For eksempel viser studier at terapeuters oppmerksomhet til ungdommens opplevelse, formulering av meningsfulle mål og det at terapeuten presenterer seg selv som en alliert, var assosiert med bedret allianse (Diamond, Liddle, Houge & Dakof, 1999; Diamond, Siqueland & Diamond, 2003). Karver og medarbeidere (2008) konkluderte med at terapeutatferder som handlet om å sosialisere ungdommene til behandling (for eksempel å presentere behandlingsmodellen) positivt predikerte allianse i time 3. Andre terapeutatferder, som å skape en god relasjon (for eksempel å lytte til ungdommenes subjektive opplevelser og gi støtte) var positivt predikert med allianse i time 3.

Creed og Kendall (2005) undersøkte en rekke terapeutatferder som potensielt fremmer eller påvirker alliansebygging i de tre første timene med KAT for engstelige barn. Allianse ble målt av barnet og terapeuten etter time 3 og 7. Terapeutatferdene målte de med observasjonsskjema Therapist Alliance-Building Behavior Scale (TABBS), som har til hensikt å måle terapeutatferder som påvirker den terapeutiske alliansen. Skjemaet er utviklet ved å kvalitativt analysere terapivideoer i manualbasert KAT, med hensyn til Bordins (1979) definisjon av alliansen som mål, oppgaver og bånd. TABBS har identifisert 11 terapeutatferder som påvirker alliansen positivt eller negativt. Creed og Kendall (2005) fant at barnets rapporterte allianse ved time 3 var positivt assosiert med terapeutens *samarbeidende atferd* (Creed & Kendall, 2005). De samarbeidende atferdene inkluderte å presentere terapi som et samarbeid, å skape en følelse av samhold ved å bruke ord som “vi”, “oss” og “la oss”, og ved å hjelpe barnet med målsetting for behandlingen. *Å tvinge barnet til å snakke om angsten og å skape felles forståelse*, predikerte svakere barne-rapportert allianse. *Å skape felles forståelse* innebærer å bidra til at klienten føler seg spesiell og knyttet til terapeuten, for eksempel ved utsagn av typen «meg også» eller bruk av eksempler som får barnet til å si «meg også». Når det gjelder terapeut-rapportert allianse, predikerte ingen av terapeutatferdene allianse ved time 3, imidlertid predikerte samarbeidende atferder allianse

ved time 7. Å være svært formell, som vil si å snakke med barnet på en overdreven didaktisk og nedlatende måte, predikerte svakere allianse. Andre terapeutatferder som ikke predikerte allianse rapportert av barn og terapeuter inkluderte å være *leken, skape håp og oppmuntring*, samt *småpratning*. Resultatene fra studien peker på en sammenheng mellom tidlig terapeutatferd og senere nivå av allianse.

## 6.2 Mål på terapeuters alliansebyggende atferd

Det er utviklet flere observatørmål for å undersøke terapeuters alliansebyggende atferd, eksempelvis Therapist Alliance-Building Behavior Scale (TABBS; Creed & Kendall, 2005) og Adolescent Alliance Building Scale (Revised; AABS(R); Shirk & Jungbluth, 2014). Vi har i denne oppgaven benyttet kodingsskjemaet AABS(R), som er en revidert utgave av AABS (Shirk et al., 2003). AABS har blitt benyttet i flere studier (Jungbluth & Shirk, 2009; Karver et al., 2008; Russel, Shirk & Jungbluth, 2008).

### 6.2.1 Adolescent Alliance Building Scale (Revised) - AABS(R)

For å utvikle empiriske retningslinjer for ungdommers deltagelse i terapi, har Shirk og medarbeidere (2003) gjennomgått klinisk litteratur og forskningslitteratur, og undersøkt anbefalinger i flere behandlingsmanualer for ungdom (Karver et al., 2008). På bakgrunn av dette etablerte de et manualisert kodingssystem, AABS (Shirk et al., 2003). Kodingssystemet hadde til hensikt å skape en terapeutisk allianse og fremme deltagelse i terapi for ungdom. Forfatterne hadde som hypotese at enkelte terapeutatferder, som å få frem informasjon fra ungdommen, huske informasjon som ungdommen tidligere hadde nevnt, kritisere ungdommen og misforstå informasjon, enten kunne bidra til eller hindre utvikling av allianse på tvers av ulike typer terapi. Videre hadde de en hypotese om at terapeutatferder som å presentere behandlingsmodellen, ha en samarbeidende tilnærming, formulere mål i KAT og utforske subjektive opplevelser ville bidra til alliansedannelse. De hadde også en hypotese om at terapeutatferder som å ikke anerkjenne følelser og uttrykke støtte i ikke-direktiv støtteterapi (NST), kunne skade alliansedannelsen. Terapeuters atferd vil predikere terapeutisk allianse og være viktig for deltagelse i terapi (Karver et al., 2008), der deltagelse i terapi kan tenkes å være essensielt for å forhindre frafall.

Som nevnt har flere studier benyttet AABS for å måle alliansebyggende atferd hos terapeuter. Karver og medarbeidere (2008) utførte en RCT-studie med et utvalg bestående av 23 ungdommer med depressive symptomer etter et suicidforsøk som mottok KAT eller non-

direktiv støttetterapi. Studien undersøkte hvorvidt terapeutatferd målt med AABS i time 1 og time 2 predikerte kvaliteten på alliansen, som ble vurdert av observatør og ungdommens selvrapportering i time 3. I denne studien ble terapeutatferd gruppert i tre domener: terapeutiske feilgrep, sosialisering og bånd. Alle de tre domenene var korrelert med observatør- og pasientvurdert allianse. Høyere skårer på sosialisering og bånd var assosiert med sterkere allianse, mens høyere skårer på terapeutiske feilgrep var assosiert med lavere skårer på allianse.

Russell og medarbeidere (2008) utførte en studie med et utvalg bestående av 54 ungdommer som mottok KAT for depresjon. Studien undersøkte hvorvidt terapeutatferd målt med AABS i time 1 predikerte kvaliteten på alliansen i time 4. Alliansen ble vurdert av både terapeut og ungdom ved selvrapportering. Forfatterne benyttet faktoranalyse for å karakterisere terapeutatferder i time 1, og fant fire underliggende faktorer: a) erfaringsbasert sosialisering (definert som å orientere ungdommen til terapi og utforske ungdommens erfaringer), b) terapeutens responsivitet (definert som å tilby støtte og perspektiv), c) terapeutiske feilgrep (definert som å skape barrierer for, eller brudd i, alliansebyggingen) og d) remoralisering (definert som å formidle håp om positivt behandlingsutfall og bekrefte ungdommens motivasjon). Resultatene viste at høyere grad av terapeutisk responsivitet og remoralisering var assosiert med en sterkere terapeutvurdert allianse, mens høyere grad av erfaringsbasert sosialisering var assosiert med sterkere allianse vurdert av ungdommen.

En annen studie av Jungbluth og Shirk (2009) hadde et utvalg på 42 ungdommer med depresjon som mottok KAT. Studien undersøkte sammenhenger mellom og terapeutatferder målt med AABS i time 1 og pasientinvolvering i time 2, 4 og 8 målt av observatør. De kontrollerte for ungdommens motstand i starten, for å isolere terapeutens bidrag til involveringen. Resultatene pekte på at variasjon i terapeutatferd i time 1 var assosiert med pasientinvolvering i time 2, 4 og 8. Mer spesifikt viste resultatene at terapeutatferdene a) å lytte til ungdommens erfaringer, b) utforske ungdommens motivasjon og c) mindre struktur predikerte mer pasientinvolvering i time 2. Det at ungdommer viste motstand tidlig, var assosiert med at terapeuten i større grad roste og utforsket motivasjon. Imidlertid forklarte ikke tidlig motstand sammenhengen mellom terapeutatferd og involvering (Jungbluth & Shirk, 2009).

## 6.3 Terapeutiske utfordringer knyttet til alliansebygging med barn

Fra et utviklingsperspektiv kan alliansen være mer kritisk for barn enn for voksne i terapi (Shirk & Saiz, 1992). En studie viste at allianse hadde større betydning for utfall hos barn sammenlignet med ungdom (McLeod, 2011). Ettersom barn sjeldent henviser seg selv til terapi eller ikke alltid gjenkjenner problemene sine, kan det tenkes at alliansen er særlig viktig for utfallet for denne gruppen (Shirk & Karver, 2003). Selv om alliansen er særlig viktig for barn, kan alliansebygging være mer krevende med barn (Shirk & Russell, 1998). Det er uklart om yngre barn forstår sammenhengen mellom behandlingsmål, aktiviteter i terapi og terapeutens rolle (Shirk & Karver, 2006). Shirk og Saiz (1992) påpeker at barn er forskjellige utviklingsmessig i den grad de gjenkjenner og anerkjenner problemer, forstår årsaken til problemene, og ser på terapeuten som en som kan hjelpe med problemene. Utviklingsmessige forhold som autonomi og mistro til voksnes autoritet kan særlig komplisere det terapeutiske samarbeidet når det gjelder ungdom (DiGiuseppe, Linscott & Jilton, 1996). Dermed kan alliansebygging være utfordrende med ungdom (Meeks & Bernet, 2002). Det kan dessuten være utfordrende å involvere ungdom i behandlingstimene (Meeks & Bernet, 2002), noe som kan påvirke i hvilken grad man får dannet allianse.

Det kan være spesifikke terapeutiske utfordringer i alliansebygging med engstelige barn. Unngåelse er et kjernesymptom i angstlidelser og er med på å opprettholde angsten (Martinsen & Hagen, 2012). Unngåelse kan bli trigget av at terapeuten utfordrer barnet med eksponeringsøvelser og atferdsekspertiment. Alliansen består av enighet om mål, enighet om oppgaver/teknikker og bånd (Bordin, 1979), der oppgaver/teknikker i angstbehandling kan være eksponering for fryktstimuli. Ettersom dette kan trigge unngåelse, kan det være krevende med alliansebygging hos barn med angstlidelser. En annen utfordring med å danne allianse med engstelige barn er at de kan være sjenerte, stille og tilbaketrukkne, særlig ved sosial angstlidelse, noe som kan gjøre samarbeidet krevende da stillhet hos barnet kan oppleves stressende for terapeuten.

Selv om det kan være utfordringer knyttet til alliansebygging med barn, er det også flere faktorer som kan gjøre det lettere. Barn er for eksempel vant til å følge voksnes råd, det kan være mer rom for å leke eller ha det gøy, i tillegg til at barn grunnleggende kan ha mer tillit til voksne enn det voksne har. Selv om alder kan antas å påvirke alliansen, er det studier som ikke finner signifikante forskjeller på alder som modererende variabel for effekter på allianse og utfall (Shirk et al., 2003; Shirk et al., 2011).

## 7 Problemstilling

I denne oppgaven ønsker vi å undersøke om det er en sammenheng mellom terapeuters alliansebyggende atferd og frafall i KAT for barn og ungdom med angstlidelser. Ved å undersøke dette kan man få kunnskap om terapeutatferder som er viktige for at barn og unge skal fullføre terapi og ikke falle fra for tidlig. Ideelt sett ville det vært hensiktsmessig å undersøke en direkte sammenheng mellom pasient- og terapeutvurdert allianse og frafall, men manglende informasjon fra de barna som faller fra gjør det vanskelig. Nettopp fordi barna faller fra har man i mange tilfeller ingen informasjon på deres vurdering av alliansen. Denne oppgaven vil dermed se på en indirekte kobling mellom terapeut- og pasientvurdert allianse og frafall ved å undersøke om det kan være en direkte sammenheng mellom terapeutens alliansebyggende atferd og hvilke barn som faller fra. Oppgaven har således en eksplorerende tilnærming. Problemstillingen for denne oppgaven er som følger; *Er det sammenheng mellom terapeuters alliansebyggende atferd og frafall fra KAT for barn og ungdom med angstlidelser?* Basert på tidligere forskning er vår hypotese at det vil være mer av enkelte alliansebyggende atferder i KAT-forløp hvor barn ikke faller fra enn i KAT-forløp hvor barn faller fra. Grunnet blandede funn på tvers av tidligere studier, har vi ingen forhåndsbestemt antakelse om hvilke atferder dette vil gjelde.

# 8 Metode

Denne oppgaven er basert på datamateriale fra ATACA-studien (Wergeland et al., 2014), en RCT som evaluerte effekten av en manualbasert behandling for angst hos barn. En videre beskrivelse av ATACA-studien vil følge, deretter presenteres metoden for denne oppgaven.

## 8.1 ATACA-studien

Datamaterialet i ATACA-studien er innhentet fra syv ulike klinikker i offentlig spesialisthelsetjeneste i Helse Vest (Barne- og ungdomspsykiatri, BUP) i perioden 2008-2014. Klinikkene har egne inntaksområder, og barna ble henvist fra fastlege, utenom noen få som ble henvist fra barnevernstjenesten. Deltakerne ble informert om studien under klinikkens inntaksrutiner, og skriftlig informert samtykke til å delta i studien ble gitt av foreldre, samt barn som var over 12 år (Wergeland et. al., 2014). Utvalget bestod av 182 barn i alderen 8-15 år ( $M = 11.5$ ,  $SA = 2.1$ ) og 17 terapeuter. Terapeutene bestod av 10 psykologer, 6 kliniske pedagoger og 1 sosionom. Terapeutene var mellom 30-63 år ( $M = 48.2$ ;  $SA = 11.0$ ) og de hadde fra 3 til 27 år med klinisk erfaring. Terapeutene gjennomførte trening før deltagelse i studien, og fikk i tillegg veiledning av psykologer som var sertifiserte FRIENDS-terapeuter både før og underveis i studien. Terapeutene hadde i gjennomsnitt 4.3 klienter hver ( $SA = 1.7$ ; range = 1-7). Se Tabell 1 for utfyllende informasjon om demografiske variabler i utvalget.

Barna ble intervjuet med det diagnostiske semistrukturerte intervjuet Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-C/P, Silverman & Albano, 1996), som har god inter-rater reliabilitet, retest reliabilitet og samtidig validitet (Lyneham, Abbott, & Rapee, 2007; Silverman, Saavedra, & Pina, 2001; Wood, Piacentini, Bergman, McCracken, & Barrios, 2002). Barna ble inkludert i studien dersom de møtte kriteriene for sosial fobi (SOP), separasjonsangst (SAD) og/eller generalisert angstlidelse (GAD) som primærdiagnose ifølge DSM-IV-kriteriene (American Psychiatric Association, 1994), som benyttes i ADIS-C/P. Diagnostiseringen var basert på rapportering fra foreldre og barn, samt terapeutens kliniske vurdering. Diagnose ble satt dersom intervjuet med foreldrene og/eller barnet innfridde kriteriene. ADIS-C/P ble også brukt til å måle utfall (Wergeland et al., 2014). Eksklusjonskriteriene var alvorlig gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, psykotisk lidelse og mental retardasjon. Barn som stod på psykofarmakologiske medisiner ble inkludert i studien dersom dosen hadde vært stabil i tre måneder før deltagelse og under studien. Etter



inkludering ble deltakerne randomisert til en av tre betingelser: individuell KAT, gruppe KAT eller venteliste. Deltakerne i de to behandlingsbetingelsene mottok deretter behandling med FRIENDS-manualen, 4. utgave (Barret, 2004). For utdypende informasjon om studien, se Wergeland og medarbeidere (2014).

Tabell 1. Demografiske variabler i ATACA-utvalget

Barn og ungdom	%
Kjønn	
Gutt	53.5
Jente	46.5
Etnisitet	
Norsk	90.7
Asiatisk	1.6
Ikke-rapportert	7.7
Bosituasjon	
To foreldre	57.7
En forelder	19.8
En biologisk og en steforelder	13.2
Forsterhjem	1.6
Ukjent	7.7
Sosial klasse	
Høy	30.7
Medium	50.5
Lav	7.7
Ukjent	11.1
Terapeuter	
Kjønn	
Kvinne	94.0
Mann	6.0

*Merk.* ATACA = Assessment and Treatment - Anxiety in Children and Adults Study.

## 8.2 Utvalg

Utvalget i vår oppgave bestod av barn og ungdom fra ATACA-studien som var randomisert til individuell KAT (N = 91), og dermed behandling med FRIENDS. Deltakerne var i alderen 8-15 år (M = 11.4, SA = 2.10). Det var 48.4% gutter og 51.6% jenter. Alle deltakerne møtte diagnosekriteriene fra DSM-IV for enten SOP (47.2%), SAD (31.9%), eller GAD (20.9%) som primærdiagnose. Ved behandlingsslutt var det 35.2% av deltakerne som ikke lenger møtte kriteriene for sin primærdiagnose.

## 8.3 Prosedyre

I denne oppgaven ble totalt 80 videoer kodet med AABS(R), ettersom 11 av 91 terapivideoer manglet. Av de 80 videoene var 79 av videoene time 2 og én av videoene time 1 fordi time 2 var utilgjengelig for dette barnet. Time 2 ble undersøkt ettersom alliansebygging skjer i en tidlig fase av behandlingen (Diamond et al., 1999). Samtidig er time 2 mer representativ for behandlingen enn time 1, som er en introduksjonstime. Ved å identifisere terapeuters alliansebyggende atferd som henger sammen med frafall tidlig i forløpet vil man også i større grad kunne forebygge frafall. Filmene ble kodet av fire kodere, inklusiv forfatterne i denne oppgaven, i perioden august 2016-desember 2016 ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo. Alt datamateriale ble gitt et anonymt ID-nummer og oppbevart nedlåst i henhold til taushetsplikt, konfidensialitet og etter avtale med prosjektleder i ATACA. Koderne gjennomgikk først pilotkoding sammen med veileder Krister W. Fjermestad, som er en del av forskningsgruppen i ATACA-studien. Koderne fulgte retningslinjer for koding (se vedlegg 1). Ledd og skåringer ble diskutert nøye underveis for å sikre en tilfredsstillende inter-rater reliabilitet. Koderne hadde ikke informasjon om diagnoser og behandlingsutfall mens kodingen pågikk. Filmene som ble kodet i pilotkodingen ble ikke brukt i datamaterialet til denne oppgaven. Etter pilotkodingen ble hver koder tilfeldig tildelt 40 filmer hver, slik at hver film ble kodet av to kodere, for å unngå observasjonsskjevhet. Dessuten ble alle filmene kodet individuelt for å unngå at koderne ble påvirket av hverandre under skåringen. Etter at hver koder hadde sett 10 filmer ble det utført reliabilitetsanalyser for å undersøke inter-rater reliabilitet. Dette ble gjentatt etter at hver koder hadde sett henholdsvis 20, 30 og 40 filmer. Det ble også satt av tid til jevnlig møter med koderne og veileder for å diskutere problemstillinger som dukket opp underveis. Skåringsmanualen var tilgjengelig under kodingen for å sikre at man hadde oversikt over hvilke terapeutatferder som skulle skåres. Et maks antall på fem filmer ble kodet per dag for å unngå feilkoding grunnet tretthet. Shirk og Jungbluth (2014) har anbefalt å kode hele terapitimer, ettersom atferd som ikke skjer så ofte skal fanges opp, og for å normalisere fordelingen av skårene, samt for å bedre reliabilitet. Disse anbefalingene ble fulgt.

## 8.4 Etiske betraktninger

Generelle etiske retningslinjer har blitt fulgt i gjennomføringen av denne oppgaven. Vi har signert taushetsplikterklæring spesifikt for datamaterialet fra ATACA-studien. Deltakere i

studien (foreldre og barn) skrev under på informert samtykkeerklæring før deltakelse i ATACA-studien. De gav også samtykke til å bli filmet. Filmene har blitt oppbevart i henhold til taushetsplikt, konfidensialitet og etter avtale med prosjektleder i ATACA-studien. ATACA-studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK Vest (prosjektnummer 2011/1004).

## 8.5 Instrumenter

### 8.5.1 Uavhengige variabler

#### Terapeuters alliansebyggende atferder (AABS(R))

For å vurdere alliansebyggende atferd hos terapeuten, benyttet vi skjemaet Adolescent Alliance Building Scale (Revised; AABS(R)), utviklet av Shirk og Jungbluth (2014). Hensikten er å fange forskjeller i spesifikke terapeutintervensjoner både når det gjelder kvalitet og kvantitet. Skjemaet er basert på observasjoner, og måler spesifikke terapeutiske intervensjoner som terapeuter bruker for å bygge allianse med ungdom. Vårt utvalg består av både barn og ungdom, og AABS(R) er benyttet for å vurdere alliansebygging hos både barn og ungdom. Skjemaet består av 10 ulike ledd for atferd (Tabell 1). Åtte av leddene måler spesifikke alliansebyggende terapeutatferder, mens to av leddene er globale mål på struktur og støtte. Hvert ledd måles på to aspekter: *nivå* (level) og *grad* (extent; se vedlegg 1 for manual). Disse kodes i segmenter på 5 minutter (Shirk og Jungbluth, 2014). Koderne vurderer først hvorvidt en alliansebyggende terapeutatferd er tilstede i segmentet, for så å vurdere kodens kvalitet basert på spesifikke markører (nivå), og deretter i hvor stor grad terapeutene utfører atferden (grad). Nivå kodes 0, 1 eller 2, som referer henholdsvis til at atferden ikke er tilstede, at atferden er generell, og at atferden er spesifikk. Grad kodes 0, 1, 2 eller 3, hvor 0 referer til at atferden ikke er tilstede, mens 3 referer til at atferden er primært fokus i segmentet.

Nivå referer til om terapeutintervensjonene er spesifikke og personlige fremfor brede og generiske. For noen ledd innebærer det at flere elementer ved en intervensjon inkluderes, for eksempel at terapeuten både eksplisitt er enig med barnet og foreslår en instrumentell plan. Grad av alliansebyggende terapeutatferd referer til i hvilken grad terapeuten fokuserer på intervensjonen i timen. Høye skårer på grad involverer vanligvis at temaet utdypes eller at terapeuten følger opp temaet. For å få en totalskåre for hvert ledd fra hver film, multipliseres nivå og grad fra hvert segment, legges sammen og deles på antall segmenter i filmen.

Minimumsskåre på leddene er 0, og maksimumskåre på leddene er 6. De globale leddene (støtte og struktur) har en minimumskåre på 0 og en maksimumskåre på 3.

I kodingen ble den amerikanske versjonen av AABS(R) benyttet. I oppgaven har vi oversatt leddene til norsk, og leddene er som følger;

Tabell 2. Oversikt over ledd I AABS(R)		
Ledd i AABS(R)	Norsk oversettelse	Forkortelse
1. Therapist attends to adolescent experience	1. Terapeuten lytter til ungdommens opplevelser	Lytte
2. Therapist presents self as ally	2. Terapeuten presenterer seg som alliert	Alliert
3. Therapist orients teen to collaborative nature of therapy	3. Terapeuten tilrettelegger for en samarbeidende natur	Samarbeid
4. Therapist presents treatment model	4. Terapeuten presenterer behandlingsmodellen	Presentere behandlingsmodell
5. Therapist expresses positive expectations for change	5. Terapeuten uttrykker positive forventinger for endring	Uttrykke forventninger
6. Therapist explores teen's motivation for therapy	6. Terapeuten utforsker ungdommens motivasjon for terapi	Utforske motivasjon
7. Therapist employs cognitive restructuring	7. Terapeuten benytter kognitiv restrukturering	Kognitiv restrukturering
8. Therapist praises the adolescent	8. Terapeuten roser ungdommen	Ros
9. Global Therapist actively structures segment	9. Terapeuten strukturerer timen aktivt	Struktur
10. Global Therapist expresses support	10. Terapeuten uttrykker støtte	Støtte

## 8.5.2 Avhengig variabel

### Frafall

Frafall fra behandling ble definert som barn som ikke fullførte hele behandlingsmanualen (Swift & Greenberg, 2012), en definisjon mye brukt i evidensbaserte behandlingsprogram (Wergeland et al., 2015). Ifølge denne definisjonen ble det vurdert at barn som hadde fullført minst 7 av 10 timer med FRIENDS, inkludert siste behandlingstid og kartlegging etter behandling, hadde fullført behandlingen. Det vil si at barn som var fraværende i mer enn 3 timer, ble definert i kategorien frafall (Wergeland et al., 2015). Deltagere som ikke kom til timene ble kontaktet av terapeuten og ble tilbudt en ny individualtime. Foreldrene til barna som falt fra ble kontaktet av terapeuten. Begrunnelsen for å falle fra behandlingen ble kartlagt av terapeuten for hvert barn når de ble skrevet ut, og årsaker til frafall ble kategorisert av forskningsgruppen i ATACA-studien.

## 8.6 Statistiske analyser

Datamateriale ble analysert ved bruk av IBM SPSS 24.0. Det ble laget en skåre for hvert ledd i AABS(R) for hver deltaker. Det ble gjort ved å ta gjennomsnittet av skårene for de to koderne som hadde kodet den enkelte filmen for å danne en ny variabel. På denne måten hadde hver deltaker kun en skåre på hvert av de ti leddene i AABS(R).

Statistiske analyser ble videre utført i tre stadier: forundersøkelser, reliabilitetsanalyser og hovedanalyser. Forundersøkelser ble utført for å undersøke manglende data, samt for å se på antagelser om normalitet og gjennomsnitt i distribusjonen av skårer. Det ble i tillegg kalkulert gjennomsnitt og standardavvik for hvert ledd på AABS(R) for videre analyser.

Reliabilitetsanalyser (intraclass korrelasjonskoeffisient, ICC) ble gjennomført for å undersøke inter-rater reliabilitet mellom de fire koderne på AABS(R). Det ble laget en korrelasjonsmatrise med Pearson  $r$  for subskalaer på AABS(R), for å undersøke skjemaets psykometriske egenskaper. I hovedanalysen utførte vi en uavhengig t-test (to-halet) og en multivariat logistisk regresjonsanalyse for å undersøke sammenhengen mellom de alliansebyggende terapeutatferdene og frafall, i tillegg til å undersøke om de alliansebyggende terapeutatferdene kunne predikere frafall. Effektstørrelser i t-testen ble kalkulert med Cohen's  $d$ , der formel som ble benyttet var  $Cohen's\ d = (M_{\text{fracfall}} - M_{\text{ikke fracfall}}) / SA_{\text{pooled}}$ . Effektstørrelser i korrelasjonsanalysen ble kalkulert med Pearson's  $r$ . Cohen (1988, 1992) har etablert grenseverdier for tolkning av  $d$  og  $r$ : liten effekt ( $d = 0.20$ ,  $r = .10$ ), medium effekt ( $d = 0.50$ ,  $r = .30$ ) og stor effekt ( $d = 0.80$ ,  $r = .50$ ).

# 9 Resultater

## 9.1 Forundersøkelser

### 9.1.1 Manglende data

Opprinnelig var det 91 deltakere i individualterapi-betingelsen (IKAT) i ATACA-studien. Ti av videoene manglet og en av filmene ble ekskludert på grunn av at den ikke var mulig å spille av. Utvalget som ble kodet med AABS(R) bestod dermed av 80 videoer fra tilsvarende antall barn, etter at manglende videoer var fjernet. Fem av videoene manglet identifiseringsnummer og det var dermed ikke tilgjengelige data på frafall fra disse deltakerne. Totalt antall videoer med data på både AABS(R) og frafall var dermed 75. Videre ble det utført en analyse for å undersøke manglende data på AABS(R) og frafall: Little's Missing Completely at Random (MCAR) test. Denne analysen viste at det ikke var et systematisk mønster i de manglende dataene. Alle ledd fra AABS(R) ble ekskludert parvis i videre analyser, slik at kun deltakere med data både på frafall og AABS(R) ble inkludert.

### 9.1.2 Normalitet

Deskriptive analyser ble utført for å vurdere normaliteten av leddene i AABS(R), ettersom flere av de statistiske analysene benyttet i denne studien har en antagelse om normal distribusjon. I vårt datamateriale forekom det utliggerer for noen av leddene i AABS(R). For å undersøke om utliggerne hadde en sterk påvirkning på gjennomsnittene, brukte vi 5% trimmed mean (Pallant, 2010). Analysen viste at utliggerne ikke hadde en sterk påvirkning på gjennomsnittene (se Tabell 3) og disse ble derfor inkludert i videre analyser. For å vurdere normalfordeling av skårer i AABS(R)-leddene benyttet vi Kolmogorov-Smirnov test for normalitet (Pallant, 2010). Analysene viste at leddene lytte, samarbeid, presentere behandlingsmodell, struktur og struktur var normalfordelte. De resterende leddene uttrykke forventninger, utforske motivasjon, kognitiv restrukturering og ros var ikke normalfordelte. Verdiene på skjevhet og kurtose på leddene lytte, samarbeid, presentere behandlingsmodell, ros, struktur og støtte indikerte også normalfordeling av skårer, ifølge referanseverdier for skjevhet ( $>2$ ) og kurtose ( $>7$ ; West, Finch & Curran, 1995), der skjevhetsverdier større enn 2 og kurtoseverdier større enn 7 er problematiske. For resterende ledd uttrykke forventninger, utforske motivasjon og kognitiv restrukturering, var verdiene på skjevhet og kurtose noe høye (se Tabell 3), som indikerer at de ikke er normalfordelte.

Tabell 3. Deskriptiv statistikk og tester for normalitet for ledd i AABS(R)

AABS(R)-ledd	Spenn	Minimum	Maksimum	Gjennom- snitt	SD	Varians	5% trimmed mean	Kolmogrov- Smirnov		Skjevhet	Kurtose
								Statistikk	Sig.		
Struktur	1.90	1.05	2.95	2.22	0.32	0.10	2.23	0.08	0.20*	-0.65	1.86
Presentere behandlingsmodell	3.95	0.00	3.95	1.99	1.02	1.04	1.98	0.06	0.20*	0.05	-0.75
Støtte	1.59	1.00	2.59	1.85	0.30	0.09	1.85	0.09	0.20*	-0.30	0.23
Lytte	4.45	0.15	4.60	1.82	0.82	0.68	1.78	0.08	0.20*	0.66	1.34
Ros	2.50	0.00	2.50	1.15	0.62	0.38	1.13	0.10	0.06	0.44	-0.60
Samarbeid	1.86	0.00	1.86	0.73	0.38	0.14	0.71	0.09	0.20*	0.56	0.36
Kognitiv restrukturering	2.94	0.00	2.94	0.32	0.49	0.24	0.24	0.26	0.00	3.24	12.81
Uttrykke forventninger	1.13	0.00	1.13	0.14	0.21	0.05	0.11	0.25	0.00	2.67	8.91
Utforske motivasjon	1.00	0.00	1.00	0.13	0.18	0.03	0.10	0.24	0.00	2.38	7.54

*Merk.* AABS(R) = Adolescent Alliance Building Scale (Revised). \* Dette er nedre grense for sann varians.

### **9.1.3 Gjennomsnittsskårer for leddene i AABS(R)**

Gjennomsnittsskårer for leddene i AABS(R) vises i Tabell 3, og er rangert fra den atferden terapeutene gjorde mest av til den atferden terapeutene gjorde minst av. Gjennomsnittsskårene på de ulike leddene i AABS(R) viste at terapeutene i størst grad gjorde alliansebyggende atferder som handlet om å lytte til barnets erfaringer, presentere behandlingsmodellen, å rose barnet, i tillegg til å strukturere og støtte. Alliansebyggende atferder som handlet om kognitiv restrukturering, å uttrykke positive forventninger for endring, samt å utforske barnets motivasjon for terapi og samarbeid ble brukt i svært liten grad. Ledd 2 "Terapeuten presenterer seg som alliert" fra AABS(R) ble fjernet grunnet manglende varians, ettersom det nesten alltid ble skåret 0. De resterende ni leddene i AABS(R) ble inkludert i videre analyser. Det bør påpekes at alle de alliansebyggende terapeutatferdene målt med AABS(R) ble gjort i liten grad, med unntak av størbstruktur og støtte.

## **9.2 Reliabilitet**

### **9.2.1 Inter-rater enighet**

Inter-rater reliabiliteten ble kalkulert ved bruk av ICC (se Tabell 4), og er et estimat på ratio mellom sann skåre av varians og total varians (Shrout & Fleiss, 1979). For å evaluere ICC-statistikken har forskere utviklet retningslinjer for å vurdere blant annet nivåer av klinisk signifikans (Cicchetti, 1994). Retningslinjene utviklet av Cicchetti og Sparrow (1981) antyder at for reliabilitetskoeffisienter under .40, regnes nivået av klinisk signifikans som svak, mellom .40 og .59 regnes nivået av klinisk signifikans som brukbart, og mellom .60 og .74 regnes nivået av klinisk signifikans som utmerket (Cicchetti & Sparrow, 1981; Fleiss, 1981; Landis & Koch, 1977). Ved gjennomgang av ICC etter endt koding var verdien for noen ledd lav mellom koder 1 og koder 4 (to ledd) og mellom koder 3 og koder 4 (tre ledd). På disse leddene ble dermed verdiene for de to koderne som var mest reliable målt med ICC på akkurat det leddet brukt. Det vil si at for ledd 1 og 7 ble verdien for koder 1 benyttet, og for ledd 1, 3 og 10 ble verdien for koder 3 benyttet. De fleste av ICC verdiene var dermed over .41 og møtete kriteriet for brukbar klinisk signifikans. Ifølge de nevnte retningslinjene for kriterier for ICC (Cicchetti & Sparrow, 1981) tolkes de fleste av våre verdier med en reliabilitet som er utmerket. Snittet for ICC-verdiene var dermed 0.64, noe som indikerer utmerket grad av enighet.



Tabell 4. AABS(R) reliabilitet: ICC verdier

Kode	Kodere			
	Koder 1 og Koder 2	Koder 1 og Koder 4	Koder 2 og Koder 3	Koder 3 og Koder 4
1. Lytte	.83	.16	.84	.27
2. Alliert	-	-	-	-
3. Samarbeid	.94	.65	.80	.08
4. Presentere behandlingsmodell	.72	.41	.81	.83
5. Uttrykke forventninger	.46	.67	.45	.76
6. Utforske motivasjon	.90	.69	.73	.79
7. Kognitiv restrukturering	.93	.23	.57	.77
8. Ros	.79	.81	.83	.87
9. Struktur	.60	.42	.91	.46
10. Støtte	.78	.52	.72	-.04
Gjennomsnitt ICC	.77	.51	.74	.64

*Merk.* AABS(R) = Adolescent Alliance Building Scale (Revised), ICC = Intraclass Correlations.

### 9.2.2 Korrelasjoner mellom ledd i AABS(R)

Vi utførte en to-halet bivariat korrelasjon mellom AABS(R)-leddene (se Tabell 5). Pearson's correlation coefficient (Pearson's  $r$ ) ble brukt til å vurdere korrelasjonene og signifikansnivå. Den viser at flere av leddene korrelerer signifikant med hverandre. Korrelasjonene mellom leddene er fra svake til moderate, bortsett fra mellom leddene presentere behandlingsmodell og samarbeid, som har en sterk korrelasjon.

Tabell 5. Korrelasjoner for ledd i AABS(R)

	1	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Lytte	1								
3. Samarbeid	.08	1							
4. Presentere behandlingsmodell	.09	.53**	1						
5. Uttrykke forventninger	.18	.39**	.22	1					
6. Utforske motivasjon	.05	.27*	.34**	.49**	1				
7. Kognitiv restrukturering	.49**	.29**	.28*	.19	.02	1			
8. Ros	.09	.31**	.33**	.29**	.21	.17	1		
9. Struktur	-.26*	.04	-.13	.13	.03	-.17	-.27*	1	
10. Støtte	.42**	.49**	.24	.35**	.28*	.33**	.45**	-.22	1

*Merk.* AABS(R) = Adolescent Alliance Building Scale (Revised). \*Korrelasjoner er signifikante på 0.01-nivå (tohalet). \*\*Korrelasjoner er signifikante på 0.05-nivå (tohalet).

## 9.3 Hovedanalyser

### 9.3.1 Frafall

Totalt i vårt utvalg var det 9 barn (12%) som falt fra terapi. Begrunnelser for frafall ble kartlagt av terapeutene i ATACA-studien (Wergeland et al., 2015). Informasjonen om begrunnelse for frafall vurdert av terapeuten ble kodet av to av forfatterne fra studien til Wergeland og medarbeidere (2015) og koderne viste god inter-rater reliabilitet ( $k = 0.83$ ; Wergeland et al., 2015). Begrunnelse for frafall i vårt utvalg var manglende motivasjon ( $n = 6$ ), akutte endringer i situasjon som gjorde at annen behandling/annet behandlingsfokus var nødvendig ( $n = 2$ ), og annet ( $n = 1$ ). "Annet" er omstendigheter vi ikke har oversikt over.

### 9.3.2 Alliansebygging ved frafall versus ikke-frafall

Resultatene fra t-testen viste at det var signifikante forskjeller i de alliansebyggende terapeutatferdene samarbeid, ros og struktur i de terapiforløpene hvor pasienter falt fra sammenlignet med i de terapiforløpene hvor de ikke falt fra (se Tabell 6). Det vil si at terapeutene i større grad utførte alliansebyggende atferd av typen samarbeid og ros hos dem som ikke falt fra, enn hos dem som falt fra, mens de i større grad utførte alliansebyggende atferd av typen struktur i de terapiforløpene hvor barn falt fra, enn hos dem som ikke falt fra. De øvrige alliansebyggende terapeutatferdene viste ikke signifikante forskjeller.

Tabell 6. Uavhengig t-test (to-halet) mellom ledd i AABS(R) og frafall

	Frafall		Ikke frafall		t	Sig. (to- halet)	Cohen's <i>d</i>
	Gjennom- snitt	SA	Gjennom- snitt	SA			
1. Lytte	1.81	0.63	1.84	0.87	0.074	0.941	0.03
3. Samarbeid	0.42	0.21	0.77	0.39	2.577	0.012*	1.09
4. Presentere behandlingsmodell	1.39	1.39	2.08	0.95	1.905	0.061	0.57
5. Uttrykke forventninger	0.18	0.20	0.13	0.21	-0.541	0.590	0.20
6. Utforske motivasjon	0.10	0.09	0.14	0.19	0.659	0.512	0.29
7. Kognitiv restrukturering	0.28	0.22	0.34	0.53	0.345	0.731	0.15
8. Ros	0.67	0.58	1.23	0.61	2.565	0.012*	0.93
9. Struktur	2.48	0.28	2.18	0.32	-2.682	0.009*	1.00
10. Støtte	1.70	0.41	1.87	0.28	1.710	0.091	0.51

Merk. AABS(R) = Adolescent Alliance Building Scale (Revised), \*Signifikante forskjeller på 0.01-nivå.

### 9.3.3 Predikerer terapeuters alliansebyggende atferd frafall?

En multivariat logistisk regresjonsanalyse ble utført for å vurdere om alliansebyggende atferd predikerte sannsynligheten for at en deltaker falt fra terapi eller ikke (se Tabell 7). Modellen inkluderte tre prediktorer, som var de tre leddene som var signifikant forskjellige mellom frafall og ikke-frafall i t-testen: samarbeid, ros og struktur. Det ble utført to tester for å undersøke om den logistiske regresjonsmodellen var egnet: Omnibus Tests of Model Coefficients og Hosmer-Lemeshow Goodness of Fit, som begge viste at modellen var egnet. Som helhet forklarte modellen 40.5% av variansen i frafall (Nagelkerke  $R^2$ ), og identifiserte 89.3% av deltakerne korrekt i kategoriene frafall og ikke frafall.

Vi fant at mer struktur (OR = 47.26,  $p = 0.04$ ), og mindre samarbeid (OR = 0.05,  $p = 0.04$ ) økte sannsynligheten for frafall. Effektstørrelsene var store. Leddet ros var ikke signifikant assosiert med frafall. Vi undersøkte den grafiske fremstillingen av de signifikante leddene i den logistiske regresjonsanalysen (se vedlegg 3). Figurene viste at når det var lavt nivå av struktur var det ingen som falt fra, mens når det var høyt nivå av struktur var det flere som falt fra. På samme måte viste figuren at ved høyt nivå av samarbeid var det ingen som falt fra, mens når det var et lavt nivå av samarbeid var det flere personer som falt fra.

Tabell 7. Logistisk regresjonsanalyse AABS(R) og frafall

	B	S.E	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
						Lower	Upper
Samarbeid	-3.00	1.48	1	0.04*	0.05	0.00	0.91
Ros	-1.15	0.95	1	0.23	0.32	0.05	2.05
Struktur	3.86	1.90	1	0.04*	47.26	1.15	1945.88
Konstant	-8.28	4.65	1	0.08	0.00		

*Merk.* AABS(R) = Adolescent Alliance Building Scale (Revised). \*Signifikant prediktor for frafall

# 10 Diskusjon

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke hvorvidt terapeuters alliansebyggende atferd med barn og ungdom som har angstlidelser og behandles med KAT, henger sammen med hvem som faller fra terapi og hvem som fullfører. Vår hypotese var at det ville være mer av enkelte alliansebyggende atferder i KAT-forløp hvor barn ikke faller fra enn i KAT-forløp hvor barn faller fra. Grunnet blandede funn på tvers av få tidligere studier, hadde vi ingen forhåndsbestemt antakelse om hvilke atferder dette ville gjelde. Resultatene bekrefter vår forskningshypotese, da vi fant at det var sammenheng mellom enkelte alliansebyggende terapeutatferder og frafall. De alliansebyggende terapeutatferdene som viste en sammenheng med frafall var struktur, samarbeid og ros. Resultatene viste at det var signifikant mer av de alliansebyggende atferdene samarbeid og ros i terapiforløpene hvor barna ikke falt fra, sammenlignet med terapiforløpene hvor barna falt fra. Det var også høyere grad av terapeutatferden struktur i terapiforløp hvor barna falt fra, sammenlignet med terapiforløpene hvor barna ikke falt fra. Når det gjelder prediktorer for frafall, viste det seg at en økning i terapeuters struktur økte sjansen for frafall, mens en reduksjon i terapeuters samarbeidende atferd økte sjansen for frafall, og effektstørrelsene var store. Den alliansebyggende terapeutatferden ros var ikke en signifikant prediktor for frafall. De øvrige alliansebyggende terapeutatferdene viste ikke signifikante sammenhenger med frafall. I det følgende vil vi drøfte resultatene fra denne oppgaven og sette det i sammenheng med relevant teori og empiri. Deretter drøfter vi svakheter og styrker ved oppgaven. Avslutningsvis vil vi drøfte kliniske implikasjoner og videre anbefalinger.

## 10.1 Sammenheng mellom alliansebyggende terapeutatferder og frafall

### 10.1.1 Samarbeid og frafall

Resultatene viste at det var signifikant mer samarbeid i terapiforløpene hvor barna ikke falt fra, sammenlignet med terapiforløpene hvor barna falt fra. I AABS(R) måles den alliansebyggende terapeutatferden samarbeid på to nivåer. Nivå 1 innebærer bruk av ord som “vi”, “oss”, “team” og “jobbe sammen”, men uten en eksplisitt diskusjon om samarbeidet. Nivå 2 innebærer at terapeuten snakker eksplisitt om terapiens samarbeidende natur, eller at terapeutene snakker om terapi som et teamarbeid, for eksempel ved utsagn som “vi skal jobbe

med å utvikle mestringsstrategier sammen”, “jeg kan ikke endre deg, men hvis vi jobber som et team kan vi gjøre fremgang” eller “vi må begge bidra for at terapi skal virke”.

Våre funn viste at den alliansebyggende terapeutatferden samarbeid henger sammen med frafall. Denne sammenhengen kan forklares på flere måter. Man kan tenke seg at terapeutens evne til å tilrettelegge for samarbeid kan fremme barnets agens og eierskap til terapiprosessen. Gjennom samarbeid blir det tydeliggjort at barnet også skal bidra i prosessen og at det ikke er terapeutens jobb å “fikse” barnet. I tillegg formidler samarbeid at terapeuten er aktiv i terapiprosessen og skal jobbe sammen med barnet. I terapi med barn som har angstlidelser kan det oppleves som særlig godt og trygt at terapeuten og barnet har terapien som et felles prosjekt ettersom barn med angstlidelser ofte kan være sjenerte og tilbaketrukne. En slik etablering av samarbeid kan tenkes å forebygge frafall ifølge våre resultater.

Tidligere studier bekrefter også at terapeutens fokus på samarbeid er viktig for endring i terapi (Hartmann, 2013; Martin, Garske & Davis, 2000), at samarbeid er en viktig alliansebyggende strategi (Creed & Kendall, 2005; Fjermestad et al., 2016; Shirk & Karver, 2003; 2006) og at samarbeid kan være viktig for frafall (Wergeland et al., 2015). Våre funn kan sammenlignes med studien til Creed og Kendall (2005), som fant at terapeuters samarbeidende atferd predikerte allianse i time 3. Creed og Kendall (2005) undersøkte sammenhengen mellom samarbeid og allianse, mens vi har undersøkt sammenhengen mellom samarbeid og frafall. Likevel kan våre funn sammen med funnene til Creed og Kendall (2005) tyde på at terapeutens tilrettelegging for samarbeid er viktig for alliansen og frafall i KAT.

### **10.1.2 Struktur og frafall**

Resultatene viste at det var signifikant mer struktur i terapiforløpene hvor barna falt fra, sammenlignet med terapiforløpene hvor barna ikke falt fra. I de terapiforløpene hvor terapeuten hadde mye struktur, var det over 47 ganger større sannsynlighet for at barnet falt fra. I AABS(R) skåres struktur ut i fra hvor mye plass terapeuten gir barnet til å snakke. Struktur i AABS(R) er et globalt mål, og måles i grad fra 0 til 3, der laveste skåre 0 beskriver terapeuter som gir minimal struktur, barnet styrer timens retning, terapeuten følger barnet og barnet snakker mye mer enn terapeuten. Høyeste skåre på struktur beskriver terapeuter som er veldig styrende, aktivt leder timene og terapeuter som snakker mye mer enn barnet.

Struktur, i betydningen ytre behandlingsrammer, som at terapeuten har en agenda for timen og spesifikke oppgaver som skal gjennomgås, kjennetegner manualbaserte behandlinger som FRIENDS, til forskjell fra for eksempel psykoanalytisk behandling (Berge & Repål, 2016). Det er viktig å merke seg at struktur målt i AABS(R) handler om noe annet enn dette, der AABS(R) måler veldig styrende og dominerende terapeuter. Det å strukturere timer i KAT, for eksempel gjennom å følge manualens agenda, er dermed ikke den type atferd som måles ved ABBS(R). Samtidig kan det være vanskelig å skille mellom “gunstig” og “ugunstig” struktur, for eksempel å klare å skille mellom terapeuter som har en tydelig agenda for timen eller terapeuter som er overkjørende. I tillegg kan det tenkes at for liten grad av struktur kan være negativt for terapiprosessen. Det mest hensiktsmessige kan være å ha en balanse mellom en viss grad av struktur uten å være overkjørende.

En svakhet med manualbaserte behandlinger er at de kan administreres på en rigid og lite fleksibel måte. Imidlertid mener Shirk og Karver (2006) at KAT ikke er en passiv og mottakende erfaring, men innebærer at terapeuten oppmuntrer til interaksjon med barnet. Dermed behøver ikke manualbruk å gå på bekostning av alliansen, og det er uklart om effekter av manualbruk henger sammen med frafall. Likevel kan en for streng etterlevelse av manualen gjør at terapeuten blir veldig strukturert og gir lite rom til barnet. Det kan tenkes at det vi måler med høy struktur er terapeuter som blir rigide med tanke på å følge manualen. Terapeutene i ATACA-studien hadde ulik mengde veiledning og erfaring med FRIENDS, noe som kan ha påvirket deres grad av etterlevelse av manualen. Det kan tenkes at terapeuter som fikk mye veiledning og hadde lang erfaring med FRIENDS kunne bruke manualen mer fleksibelt og få mer rom for alliansebyggende atferder, sammenlignet med terapeuter som ikke hadde like mye erfaring med manualen. Andre faktorer som kan ha betydning for terapeutenes fleksibilitet og struktur kan tenkes å være terapeutenes reaksjoner i møte med barn som er stille og lite deltagende i terapi. Terapeutene kan få et behov for å bli aktive og strukturerte, eksempelvis for å kompensere for stillheten som kan oppleves som ubehagelig for terapeuten.

Det kan være flere grunner til at det er en sammenheng mellom struktur og frafall. Når terapeuter har høy struktur på timene, kan det signalisere til barna at terapeuten mener noe om hva som skal skje i terapitimene, og at terapeuten er en ekspert som har fasiten på hvordan problemet skal løses. For noen kan dette oppleves betryggende; terapeuten tar styringen og har en løsning på problemet. Samtidig kan man da gå glipp av verdifull informasjon om barnas opplevelse av sine vansker, og man undergraver prinsippet om at barnet er ekspert på seg selv. I tillegg kan barna oppleve mindre agens når det er terapeuten

som tar styringen. Barna kan oppleve at de må følge terapeutens anbefalinger og gjøre som terapeuten sier, mens de ikke tar del i prosjektet selv. På den måten kan struktur gå på bekostning av barnets deltagelse i terapien, der man kan tenke seg at barnets deltagelse i terapi er sentralt for frafall.

Våre resultater samsvarer med funn fra tidligere studier. Terapeutatferder som kan bidra til å undergrave alliansen og barnets involvering i terapi, kan være å presse barnet til å snakke, ha for mye fokus på å finne felles opplevelser, for høy grad av struktur og få frem for mye informasjon (Fjermestad et al., 2016). En metaanalyse som har undersøkt frafall i barne- og ungdomsterapier viste at terapeuter som var kontrollerende, konfronterende og styrende signifikant predikerte frafall (de Haan et al., 2013). Terapeutatferdene som beskrives i studiene til Fjermestad og medarbeidere (2016) og de Haan og medarbeidere (2013) kan ligne på beskrivelser av den alliansebyggende terapeutatferden struktur i AABS(R). Sammen med våre funn kan det tyde på at struktur er viktig for alliansen, barnets involvering og frafall fra terapi.

### **10.1.3 Ros og frafall**

Resultatene viste at det var signifikant mer ros i terapiforløpene hvor barna ikke falt fra, sammenlignet med terapiforløpene hvor barna falt fra. I AABS(R) innebærer nivå 1 av ros at terapeuten gir generell ros som ikke er spesifikk for terapiatferd. Eksempler på dette kan være “så kult at du spiller gitar” eller “det høres ut som du prøver å være en god venn, det er bra”. Nivå 2 innebærer at terapeuten roser pasienten for spesifikk terapiatferd, for eksempel å snakke om vanskelige temaer eller øve på en ferdighet terapeuten har introdusert (“det var modig av deg å snakke om dette, kjempebra jobbet” eller “jeg er imponert over hvor mye du har skrevet ned i hjemmelelse”).

Ros var ikke en signifikant prediktor for frafall. Det kan forklares med at både struktur og samarbeid hadde veldig store effekter som kan ha kamuflert den eventuelle effekten av ros. Dermed kan det tenkes at ros likevel kan være viktig for å ikke falle fra i manualbasert KAT med barn og ungdom som har angstlidelser. At ros er viktig er i tråd med at belønning er et sentral element i KAT (Berge & Repål, 2016), som har røtter fra læringsteori, eksempelvis operant betingning (Skinner, 1963). Belønning brukes som positiv forsterkning, og i KAT lærer barnet å belønne seg selv for å forsøke og eventuelt for å ha oppnådd målene sine (Berge & Repål, 2016). I KAT kan ros være et eksempel på belønning. Ros er ofte relasjonelt betinget, og dermed kan ros fra en terapeut være svært betydningsfullt. KAT innebærer aktiv

jobbing i form av eksponering og hjemmeoppgaver, som kan oppleves som ubehagelig og utfordrende, særlig for barn med angstlidelser. Dersom man ikke får støtte og tilbakemeldinger på innsatsen som gjøres i terapien, kan det føre til at man mister tro på egen mestring og motivasjon for behandling. Ros kan gi en opplevelse av mestring, og kan dermed gi økt motivasjon for å bli i terapi og kan gi håp om endring. På en annen side kan det tenkes at for mye ros eller feil bruk av ros kan oppleves lite genuint.

Dersom man baserer seg på at rasjonale for belønning er knyttet til læringsteori og begreper som operant og klassisk betingning, innebærer dette at man belønner (eksempelvis ved å gi ros) for å øke ønsket atferd hos barnet. Med bakgrunn i dette er det naturlig å tenke at terapispesifikk ros (for eksempel å rose for hjemmelekse) vil ha større betydning for terapiprosessen enn generell ros (for eksempel å gi ros for at barnet har vunnet en fotballkamp). Våre resultater viser at det var signifikant mer ros i terapiforløpene hvor barna ikke falt fra, sammenlignet med terapiforløpene hvor barna falt fra. Det vil si at terapeuter som roser mer terapispesifikt, har færre som faller fra, enn terapeuter som roser mer generelt.

#### **10.1.4 Øvrige forklaringer av funn på tvers av alliansebyggende terapeutatferder**

Resultatene våre peker på at de alliansebyggende terapeutatferdene samarbeid, struktur og ros henger sammen med frafall. Samtidig kan det være andre underliggende eller medierende faktorer som påvirker resultatene. Det er flere pasientvariabler som kan påvirke terapiprosessen og utfall i terapi, for eksempel komorbide tilstander, inhibert temperament og symptomnivå (Fjermestad et al., 2016). Andre pasientvariabler som kan påvirke prosess og utfall er alder/utviklingsnivå, interpersonlig fungering i familie, foreldres helse- og sosiale status, samt forventninger til behandling (Karver, Handelsman, Fields & Bickman, 2005, Wergeland et al., 2015).

Både barn og terapeut inngår i samarbeidsrelasjonen i terapi, og det er naturlig å tenke at begge bidrar til relasjonen. Vi har målt alliansebyggende terapeutatferd, imidlertid påvirker karakteristikker ved barnet naturligvis terapeutens atferd og terapeutens alliansebygging. Barn kan være ulike i hvor samarbeidsvillige, aktive og involverte de er i terapien, noe som kan påvirke terapeutenes alliansebyggende atferder som ros, struktur og samarbeid. Noen barn kan oppleves som mer krevende av terapeuten, noe som kan føre til at terapeutene strukturerer timene i større grad, roser mindre og at det er krevende å legge til rette for samarbeid. Dette kan for eksempel gjelde barn som har oppmerksomhetsvansker eller barn



som er passive og tilbaketrukne. Terapeutens strukturering kan også henge sammen med barnets alder, der yngre barn kanskje har behov for mer strukturering enn ungdommer. På den måten kan det tenkes at det er karakteristikk ved barnet som påvirker forskjeller i de alliansebyggende terapeutatferdenes sammenheng med frafall. AABS(R) måler kun terapeutens atferd og tar ikke høyde for barnets bidrag til alliansen og påvirkningen det kan ha på alliansebyggende terapeutatferd. Vi har heller ikke kontrollert for karakteristikk ved barnet i denne oppgaven, imidlertid kan det være interessant for videre forskning å undersøke.

## **10.2 Forklaringer på alliansebyggende atferder som ikke predikerer frafall**

Resultatene peker mot at det ikke er en sammenheng mellom frafall og de spesifikke alliansebyggende terapeutatferdene presentere behandlingsmodell, støtte, lytte, uttrykke forventninger, utforske motivasjon og kognitiv restrukturering. De alliansebyggende terapeutatferdene presentere behandlingsmodell og støtte viste ikke signifikante forskjeller mellom frafall og ikke frafall, men viste imidlertid en trend til sammenheng med frafall, og hadde moderate effektstørrelser. En åpenbar mulig årsak til at vi ikke fant en sammenheng mellom flere av terapeutatferdene og frafall er at slike sammenhenger ikke finnes. I det følgende vil vi drøfte andre mulige årsaker til nullfunn.

### **10.2.1 Metodologiske årsaker til nullfunn**

#### **Forklaringer knyttet til lite variasjon i terapeutatferd**

Generelt ble alle alliansebyggende terapeutatferder utført i liten grad, også de som viste signifikante forskjeller i frafall, med unntak av struktur og støtte. Andre studier på AABS/AABS(R) har også funnet lave nivåer av atferdene alliert, utforske motivasjon, kognitiv restrukturering og uttrykke forventninger (Abrahamsen, 2016; Jungbluth & Shirk, 2009). Samtidig undersøkte de andre pasientgrupper (henholdsvis posttraumatisk stresslidelse og depresjon), men med samme behandlingstilnærming (KAT). Etersom de alliansebyggende terapeutatferdene ble utført i liten grad, i tillegg til at det var få som falt fra behandlingen totalt, kan man undre seg om de i det hele tatt har betydning for frafall. Samtidig har vi funnet signifikante forskjeller mellom enkelte alliansebyggende terapeutatferder og frafall med store effektstørrelser. Leddene alliert, uttrykke forventninger, utforske motivasjon og kognitiv restrukturering viste derimot ikke en sammenheng med

frafall og var ikke normalfordelte. Ettersom flere av leddene ikke var normalfordelte, kan resultatene bli problematiske å tolke. Likevel gjør vi oss noen tanker rundt mulige årsaker til nullfunnene. Lite variasjon og lite forekomst av de alliansebyggende terapeutatferdene kan ha ført til at vi ikke fant sammenheng mellom disse atferdene og frafall.

En mulig forklaring på hvorfor det generelt sett var lite alliansebyggende terapeutatferder kan være fordi terapeutene havnet i noen av fallgruvene ved manualbasert behandling. Ettersom ATACA-studiens hensikt var å evaluere effekten av FRIENDS på angstlidelser var terapeutene klar over at de ble filmet og studert, og det er mulig at de ble særlig opptatt av å følge manualen og ble mindre fleksible. Et generelt inntrykk var at terapeutene opplevdes som stresset når det gjaldt tid. Det var dessuten mye materiale som skulle gjennomgås i FRIENDS-timen vi undersøkte. Det at terapeutene var opptatt av å følge manualen kan ha ført til at enkelte alliansebyggende atferder kan ha gått på bekostning av andre. Et eksempel er at for mye struktur kan ha gått på bekostning av å lytte til barnets opplevelse og å utforske barnets motivasjon. For mye fokus på terapioppgaver kan gå på bekostning av å utforske ungdommens opplevelser, som undergraver alliansen (Castonguay, Goldfried, Wisner, Raue & Hayes, 1996), og som igjen kan tenkes å påvirke frafall. Samtidig er det verdt å bemerke at selv om mye struktur påvirket frafall negativt, så var det generelt svært få som falt fra studien.

En annen årsak til at vi fant lite alliansebyggende atferder hos terapeutene kan skyldes at AABS(R) ikke fanger godt nok opp relevante alliansebyggende atferder. De alliansebyggende terapeutatferdene kognitiv restrukturering og presentere behandlingsmodell fremstår kanskje ikke like relevante for alliansebyggingen, men heller som terapispesifikke intervensjoner i KAT. På en annen side kan disse atferdene ligne på Bordins (1979) definisjon av allianse: enighet om oppgaver. Kanskje bør AABS(R) forkortes, reformuleres eller ha mer fokus på atferder som faktisk forekommer i terapi. Det kan tenkes at de alliansebyggende terapeutatferdene uttrykke forventninger og utforske motivasjon henger tett sammen, da vi observerte at disse terapeutatferdene ofte forekom samtidig. Derfor kan det bli et kunstig skille, og muligens kan disse leddene vurderes å slås sammen til ett ledd. Samtidig korrelerer ikke disse atferdene sterkt. Eventuelt bør det vurderes om AABS(R) skal inneholde andre atferder i tillegg til eller i stedet for de som måles. Selv om de alliansebyggende terapeutatferdene utforske motivasjon og uttrykke forventninger kan ligne på Bordins (1979) definisjon av allianse: enighet om mål, kan terapeutatferd som utforsker enighet om mål gjøres mer eksplisitt i AABS(R). Kanskje bør skaleringen økes for å få frem flere nyanser i atferd. Samtidig kan det påvirke reliabiliteten i kodingen.

## **Forklaringer knyttet til skåringsform i AABS(R)**

Nullfunn kan også henge sammen med skåringsmanualen. I skåringsmanualen skilte vi mellom spesifikk og generell alliansebyggende terapeutatferd. Spesifikk alliansebyggende terapeutatferd målt i AABS(R) vil si at terapeutens intervensjoner knyttes spesifikt til barnet og barnets vansker, altså en atferd som er kvalitativt annerledes og av mer terapeutisk kvalitet enn generell alliansebyggende terapeutatferd. Et eksempel på spesifikk alliansebyggende terapeutatferd er at terapeuten utforsker motivasjon knyttet til barnets vansker og engasjerer barnet i hvordan de skal få til endring (“hvordan ville livet ditt vært annerledes hvis du var mindre deprimert?”). Generell terapeutatferd kan på en annen side være at terapeutene får fram mer generell motivasjon for terapi uten å få barnet til å utdype videre (“fortell meg om målene dine for terapi”).

Det kan være vanskelig å skille mellom spesifikk og generell alliansebyggende terapeutatferd i AABS(R), eksempelvis å skille mellom spesifikk og generell presentasjon av behandlingsmodell. I skåringsmanualen er det generelle nivået av å presentere behandlingsmodellen at terapeuten snakker om noen få aspekter ved behandlingen, som ukentlige avtaler, varighet og generelt hvordan behandlingen virker. Til sammenligning innebærer det spesifikke nivået av å presentere behandlingsmodellen at terapeuten diskuterer kjernetrekk ved behandlingsmodellen, eksempelvis at terapeuten forsøker å få frem barnets perspektiv på modellen, og/eller at terapeuten kobler behandlingskomponenter til barnets spesifikke symptomer. Koderne var i flere tilfeller uenige i hvilke atferder som skulle kodes som spesifikke og generelle, noe som kan ha ført til at koderne gjorde ulike vurderinger på dette underveis. Selv om det ble gjort tiltak for å etterstrebe enighet mellom koderne, viste resultatene at enigheten mellom noen av koderne på noen ledd var svak. Man kan også tenke seg at noen alliansebyggende terapeutatferder var mer krevende for terapeuten enn andre, og at det derfor var vanskeligere å oppnå en høy skåre på disse. For eksempel kan det kreve mye av en terapeut å fokusere godt, å lytte til pasientens opplevelser og budskap, gjøre kognitive restruktureringer og lignende, mens det å gi ros eller tilrettelegge for samarbeid kanskje ikke er like terapeutisk krevende.

Atferdene som måles i AABS(R) er ikke ment å måle det samme underliggende konstruktet (Shirk, 2017). Selv om leddene ikke måler det samme underliggende konstruktet, kan det likevel være noe vanskelig å skille mellom noen av leddene i kodingen. For eksempel vil det i noen tilfeller kunne være vanskelig å skille mellom lytte og støtte, der det å lytte kan oppleves støttende, og det kan være lettere å vise støtte jo mer man har lyttet og forsøkt å forstå. Korrelasjonen mellom lytte og støtte var moderat, noe som kan indikere en overlapp

mellom de to konstruktene. Det vil kunne føre til at atferd som egentlig handler om lytte kodes som støtte, og motsatt. Korrelasjonen hadde en positiv retning, men gir imidlertid ikke informasjon om kausalitet. Det kan dessuten tenkes at støtte er noe mer enn å lytte, på lik linje som at å lytte er noe mer enn støtte.

Samtidig som alliansebyggende terapeutatferder kan være vanskelig å skille mellom, kan det som nevnt også hende at de henger tett sammen og påvirker hverandre. Ifølge Shirk og Jungbluth (2009) kan terapeuter som utforsker ungdommens opplevelse og motivasjon også være bedre på å gi personlige kognitive oppgaver, eksempelvis kognitiv restrukturering, ved at de da har mer personlig informasjon om ungdommen de kan benytte i terapeutiske oppgaver. Våre resultater viste at lytte og kognitiv restrukturering korrelerte moderat.

### **Forklaringer knyttet til utvalgsstørrelse**

En annen mulig årsak til at vi ikke fant at flere av de alliansebyggende terapeutatferdene hang sammen med frafall kan skyldes lite utvalg. Med et større utvalg øker sjansen for å oppdage mindre forskjeller. Samtidig er 80 terapivideoer, som dette utvalget bestod av, et relativt stort utvalg i kliniske studier. Dessuten var det få deltakere som falt fra i vår oppgave, som kan forklare nullfunn.

Man kan tenke seg at de to deltakerne som falt fra på grunn av akutte endringer hadde falt fra uavhengig av terapeutens alliansebyggende atferd. Dermed står vi igjen med 7 av 75 deltakere som kan tenkes å ha falt fra på grunn av faktorer ved behandlingsprosessen. Resultatene våre viste at 6 av de 9 som falt fra terapi begrunnet frafallet med manglende motivasjon. Man kan undre seg om man ville funnet en sammenheng mellom motivasjon og frafall dersom terapeutene i større grad hadde utforsket barnets motivasjon for terapi, ettersom de i liten grad gjorde dette. I ATACA-studien, som utvalget er basert på, fant Wergeland og medarbeidere (2015) at det ikke var forskjeller i motivasjon før behandling mellom barn som falt fra og barn som ikke falt fra. Selv om barna ikke viste forskjeller i motivasjon før behandling, påvirker ikke det nødvendigvis hvorvidt terapeutene utforsker motivasjon eller ikke, ettersom terapeutatferder er prosessvariabler og motivasjon før behandling er å anse som karakteristikk ved barnet.

Fordi det var så få deltakere som falt fra er det også vanskeligere å finne faktorer som er assosiert med frafall i denne oppgaven. Det er naturlig å tenke at årsaker til å falle fra vil kunne variere på tvers av barn, og det vil være lettere å se sammenhenger dersom utvalget var større. Frafallsraten kan ses i lys av lignende studier, med tidsbegrensede manualiserte intervensjoner, for eksempel en metastudie av de Haan og medarbeidere (2013), som fant at

mellom 28-75% falt fra terapien blant barn og ungdom i psykisk helsetjeneste. Sammenlignet med denne studien var vår frafallsrate imidlertid lavere.

At få personer falt fra kan også henge sammen med hvordan frafall ble definert. Studier har vist at hvordan frafall defineres henger sammen med hvilke resultater man får (for eksempel de Haan et al. 2013). I vår oppgave ble frafall definert ut ifra antall behandlingstimer som ble fullført. Det ble vurdert at barn som hadde fullført minst 7 av 10 timer med FRIENDS, inkludert siste behandlingstime og kartlegging etter behandling, hadde fullført behandlingen. Det vil si at barn som var fraværende i mer enn tre timer, ble definert i kategorien frafall. Ut ifra kriteriene for frafall kan man argumentere for at det er høye krav for å fullføre behandling og at man intuitivt kunne tenke seg at antall pasienter som falt fra ville vært noe høy. Det er ikke tilfellet i vår oppgave, og det ser dermed ikke ut til at definisjonen på frafall var årsaken til at det var lav prosentandel som falt fra.

Andre årsaker til at det var få som falt fra kan skyldes hvordan behandlingen var organisert (Wergeland et al., 2015). Det var et tidsbegrenset og strukturert tilbud, noe som gir forutsigbarhet for pasientene, og kan øke motivasjon og evne til å fullføre behandlingen (Pina et al., 2003). Terapeutene kontaktet dessuten familier som ikke møtte til timen, for å finne en ny tid. Med en slik tett oppfølging er det nærliggende å tenke at deltakere som potensielt kunne falt fra, fortsatte i behandling. En annen grunn til lavt frafall kan være at det var en gratis helsetjeneste, der økonomi kan være en årsak til frafall (de Haan et al., 2013). Dette samsvarer med Kazdin og medarbeideres (1997) Barriers-to-treatment modell som identifiserer klusteren “problemer og krav knyttet til behandling” som en potensiell barriere som kan predikere frafall. Økonomi kan tenkes å være et aspekt som kommer innunder denne klusteren.

## **10.2.2 Øvrige forklaringer på nullfunn**

### **Foreldres innvirkning på gjennomføring av terapi**

En årsak til at ikke alle de alliansebyggende terapeutatferdene viste en sammenheng med frafall, kan være at det er flere ytre faktorer som kan påvirke hvorvidt barn fullfører eller faller fra terapi (de Haan et al., 2013; Kazdin et al., 1997). Et eksempel på en slik ytre faktor er foreldres beslutning om å avslutte behandling, som kan være uavhengig av hva barnet ønsker. Dermed finner man heller ikke sammenhenger mellom terapeutens alliansebyggende atferd med barnet og frafall. Ettersom det i noen tilfeller kan være foreldrenes beslutning om å avslutte behandling, kan det tenkes at foreldrenes motivasjon for behandlingen også er

viktig for at barna fullfører terapi. En studie av Wergeland og medarbeidere (2015), som baserer seg på materialet fra ATACA-studien, viste at lav behandlingstro vurdert av både barnet og foreldrene predikerte frafall, noe som indikerer at det er viktig at også foreldre forventer at behandlingen virker. Behandlingstro kan sammenlignes med leddet uttrykke forventninger i AABS(R), der forventninger måler at terapeuten uttrykker positive forventninger for endring overfor barnet, noe som inkluderer at behandlingen kan gi effekt på symptomene den enkelte barnet har. Våre resultater viste ikke en sammenheng mellom terapeuters uttrykte forventning til terapi og frafall. Studien av Wergeland og medarbeidere (2015) indikerer at det ikke bare nødvendigvis er viktig å jobbe med barnas tro på behandlingen, men også med foreldrenes tro på behandlingen. I AABS(R) måles leddet uttrykke forventninger kun med tanke på barnet, og inkluderer ikke foreldre. Det kan være noe av grunnen til at vi ikke finner en sammenheng mellom uttrykke forventninger og frafall. Terapeutene kan ha uttrykt positive forventninger om endring både med de barna som falt fra og med de som ikke falt fra, uten at dette hang sammen med frafall, fordi det kan ha vært foreldrene som tok avgjørelsen om frafall.

## **10.3 Oppgavens styrker og svakheter**

Under metodiske årsaker til nullfunn drøftet vi noen mulige svakheter ved oppgaven, eksempelvis lite variasjon i alliansebyggende terapeutatferd, problemer knyttet til skåring i AABS(R) og utvalgsstørrelse. Videre vil vi drøfte andre svakheter, i tillegg til styrker ved oppgaven.

### **10.3.1 utfordringer med å undersøke frafall**

Funnene fra oppgaven vår indikerer en sammenheng mellom spesifikke alliansebyggende terapeutatferder og frafall. Som nevnt innledningsvis, er problemet med å studere sammenhengen mellom allianse og frafall at man ofte ikke har informasjon om hvordan pasienten vurderer alliansen i de terapiforløpene hvor pasienten faller fra. Det kan derfor være utfordrende å studere denne koblingen direkte, og dermed også utfordrende å undersøke hvilke prosessvariabler som påvirker frafall. Ettersom studier har indikert en sammenheng mellom allianse og frafall, og mellom allianse og alliansebyggende atferd, kan man tenke seg at spesifikke alliansebyggende terapeutatferder også henger sammen med frafall. Samtidig er det en svakhet at vi manglet videoer på noen av de som falt fra, og dermed ikke har kunnet måle terapeuters alliansebyggende atferd i disse forløpene.

En annen svakhet ved frafallsmålet, var at årsaker til frafall ble vurdert av terapeutene og kategorisert av forskningsgruppen i ATACA-studien, og ikke med et standardisert instrument. Det kan ha skapt noe informasjonsskjevheter, ettersom at grunnene for å falle fra kan skyldes terapeutens atferd eller alliansen, og det kan være ubehagelig å vurdere seg selv som mulig medvirkende årsak til frafall. Samtidig samsvarer årsakene til at barna falt fra i ATACA-studien med tidligere rapporterte årsaker (Wergeland et al., 2015).

### **10.3.2 Metodiske betraktninger ved bruk av AABS(R)**

Gjennom oppgaven har vi diskutert flere svakheter og styrker ved AABS(R). Andre ulemper kan være at AABS(R) opprinnelig er brukt på studier av time 1 med ungdom med depresjon (Jungbluth & Shirk, 2009; Karver et al., 2008; Russel et al., 2008), og skiller seg således fra vårt utvalg både med hensyn til problematikk og alder. Vi har undersøkt time 2, og ikke time 1, men unntak av et terapiforløp hvor time 2 manglet. To av de tre studiene utført på AABS har undersøkt alliansebyggende terapeutatferd i time 1, og én studie har undersøkt alliansebyggende terapeutatferd i time 1 og time 2. Det kan tenkes at det foregår mer alliansebyggende atferd i første time enn andre time fordi terapeutene kan være ekstra fokusert på allianse i sitt første møte med barnet, noe som gjør at vi kan ha gått glipp av noe alliansebyggende terapeutatferd fra time 1.

I denne oppgaven har vi benyttet observatørmål for å undersøke alliansebyggende terapeutatferder som kan henge sammen med frafall. På den måten har vi ikke vært avhengig av subjektive og selvrapporterte mål fra pasientene. Samtidig er det en svakhet at vi ikke har undersøkt alliansemål fra barna eller informasjon om barnas erfaringer med terapi som kan henge sammen med det å falle fra, men dette var utenfor oppgavens fokus. På en annen side har vi med begrunnelsene for frafall, som kan gi kvalitativ informasjon om frafallet.

### **10.3.3 Generaliserbarhet**

Vi har undersøkt et klinisk utvalg av flere terapeuter som arbeider i BUP. Terapeutene representerer flere faggrupper: psykologer, sosionomer og kliniske pedagoger. Det er ikke gjort lignende studier i Norge med et tilsvarende og relativt stort klinisk utvalg. Med et klinisk utvalg kan resultatene ha stor overføringsverdi. Samtidig er dette også noe av svakheten, at vi ikke har eksperimentell kontroll på mange uforutsette variabler. Utvalget i denne oppgaven var barn og unge med sosial angst, separasjonsangst og/eller generalisert angstlidelse som har mottatt manualisert KAT (FRIENDS), og det kan dermed være vanskelig å overføre disse resultatene til andre pasientgrupper, andre aldersgrupper eller

andre behandlingstilnæringer. Samtidig har behandlingsforskningen vist at terapi har visse fellestrekk (Goldfried, 2009; Norcross & Lambert, 2011; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004), og det er mulig at spesifikke alliansebyggende terapeutatferder vi finner i denne oppgaven er en del av slike fellestrekk.

### **10.3.4 Reliabilitet**

En styrke med oppgaven er at det er fire observatører som har vurdert terapeuters alliansebyggende atferder, noe som hindrer sosial etterlevelse og øker objektive vurderinger. Koderne har etterstrebet objektive vurderinger, som også styrkes av at et kodingskjema ble benyttet. Det var flere møter mellom koderne og veileder for å diskutere og bli enige om kodingen. På en annen side er koding av terapeutatferd subjektive mål. Noen ledd var utfordrende å kode selv om alle koderne var utstyrt med skåringsmanualen under kodingen. Møtene hvor vi diskuterte koding underveis bidro til at vi opprettholdt en god ICC på de fleste ledd. Likevel hadde noen av koderne lav ICC på noen av leddene. Det kan også tenkes at diskusjonen underveis bidro til at koderne ble mer samstemte og erfarne i kodingen slik at de siste filmene ble kodet med større grad av enighet. Imidlertid er det også mulig at det gikk på bekostning av hvordan leddene opprinnelig var ment å kodes. Konsekvensen av dette er at vi har kodet noe annet enn det AABS(R) egentlig har til hensikt å måle. Likevel har AABS(R) som mål god reliabilitet og validitet, og er undersøkt i flere studier (Jungbluth & Shirk, 2009; Karver et al., 2008; Russel et al., 2008). En annen fordel når man undersøker prosessvariabler og utfall er at studien er en RCT, som i tillegg er manualbasert.

## **10.4 Kliniske implikasjoner**

Norske terapeuter skal ha en praksis i tråd med empirisk evidens, også kalt evidensbasert praksis (Norsk Psykologforening, 2007). Resultater fra denne oppgaven kan ha betydning for klinikere. Det kan være til hjelp i klinisk praksis å få kunnskap om sammenhenger mellom frafall og spesifikke alliansebyggende terapeutatferder (samarbeid, ros og struktur), slik at man kan bidra til å forebygge at pasienter faller fra terapi. Å hindre at personer, særlig barn og unge, faller fra et behandlingsopplegg er et sentralt bidrag til samfunns- og helseøkonomien. Det at de blir i behandling kan forhindre at psykiske lidelser får store konsekvenser for sosial og akademisk utvikling, som vil påvirke individet positivt så vel som storsamfunnet. Denne oppgaven har identifisert noen mulige faktorer som er knyttet til frafall i terapi med barn og ungdom som mottar KAT, og som terapeuter kan benytte seg av i klinisk



praksis. Likevel må det understrekes at oppgaven har hatt en utforskende tilnærming og at funnene bør replikeres.

## 10.5 Oppsummering og konklusjon

Resultatene viste at det var signifikant mer ros og samarbeid i terapiforløpene hvor barna ikke falt fra, sammenlignet med terapiforløpene hvor barna falt. Det var signifikant mer struktur i terapiforløpene hvor barna falt fra, sammenlignet med i de terapiforløpene hvor barna ikke falt fra. De alliansebyggende terapeutatferdene samarbeid og struktur predikerte frafall med sterke effektstørrelser. Andre alliansebyggende terapeutatferder, som lytte, presentere behandlingsmodell, forventning, motivasjon, kognitiv restrukturering og støtte viste ikke sammenheng med frafall. Det kan tenkes at sistnevnte atferder faktisk ikke henger sammen med frafall. Tatt i betraktning at terapeutene gjorde svært lite av alle de alliansebyggende terapeutatferdene er det imidlertid vanskelig å trekke konklusjoner om sammenheng mellom alliansebyggende terapeutatferder og frafall. Basert på erfaringer med AABS(R) mener vi at det kan være metodologiske årsaker til at vi ikke finner signifikante sammenhenger mellom enkelte alliansebyggende terapeutatferder og frafall. Det vil være interessant å undersøke hvilke sammenhenger man hadde funnet mellom spesifikke alliansebyggende terapeutatferder og frafall dersom terapeutene i større grad hadde benyttet seg av dem. Det kunne også vært interessant å undersøke nærmere hvordan terapeuters utforskning av motivasjon og frafall henger sammen, ettersom 6 av 9 pasienter oppga dette som grunn for å avslutte behandling. Andre muligheter for videre forskning er å undersøke andre mål av alliansebyggende terapeutatferd, andre pasientgrupper og andre behandlingstilnærminger, samt barnets bidrag til alliansen og barnets påvirkning på terapeutatferd.

Det er behov for mer forskning på psykoterapiprosesser i terapi med barn og ungdom. Flere studier bør undersøke hvilke prosesser som bidrar til endring i terapi med barn og unge, særlig innen kognitiv atferdsterapi for angstlidelser, som har dokumentert effekt (Hofmann, et al., 2012; James et al., 2013; Reynolds et al., 2012). Særlig bør det fokuseres på mulige prediktorer for frafall som det i større grad er mulig å endre, eksempelvis terapeutatferder og alliansebygging. Det er stor samfunnsmessig verdi knyttet til å få økt kunnskap om hva som virker i terapi og hva som kan forhindre frafall, samtidig som det også er av stor betydning for hvert enkelt barn.

# Litteraturliste

- Abrahamsen, H. (2016). *Terapeuters alliansebyggende strategier innen traumefokusert behandling av barn*. (Hovedoppgave, Universitetet i Oslo). Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/50688/Terapeuters-alliansebyggende-strategier-innen-traumefokusert-behandling-av-barn-.pdf?sequence=8&isAllowed=y>
- Ahlen, J., Breitholtz, E., Barrett, P. M., & Gallegos, J. (2012). School-based prevention of anxiety and depression: A pilot study in Sweden. *Advances in School Mental Health Promotion*, 5(4), 246-257. doi: 10.1080/1754730X.2012.730352
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4. utg.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (s. 258-297). Hoboken, NJ: Wiley.
- Bandura, A. (1978). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 1(4), 139-161. doi: 10.1016/0146-6402(78)90002-4
- Barrett, P. M. (2004). *Friends for life - Group leader's manual* (Vol. 4). Brisbane: Australian Academic Press.
- Barrett, P. M. (2008). *Friends for life (in Norwegian)*. Bergen: Innovest AS.
- 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., Farrell, L. J., Ollendick, T. H., & Dadds, M. R. (2006). Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: an evaluation of the friends program. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 35(3), 403-411. doi: 10.1207/s15374424jccp3503\_5
- Barrett, P. M., & Ryan, S. (2004). *Friends for Life: For Children*. Australian Academic Press.
- Barrett, P. M., Sonderegger, R., & Xenos, S. (2003). Using FRIENDS to combat anxiety and adjustment problems among young migrants to Australia: A national trial. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8(2), 241-260. doi: 10.1177/1359104503008002008

- Benjamin, C. L., Harrison, J. P., Settapani, C. A., Brodman, D. M., & Kendall, P. C. (2013). Anxiety and Related Outcomes in Young Adults 7 to 19 Years After Receiving Treatment for Child Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(5), 865-876. doi: 10.1037/a0033048
- Berge, T., & Repål, A. (Red). (2016). *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Berman, S. L., Weems, C. F., Silverman, W. K., & Kurtines, W. M. (2000). Predictors of outcome in exposure-based cognitive and behavioral treatments for phobic and anxiety disorders in children. *Behavior Therapy, 31*(4), 713-731. doi: 10.1016/S0005-7894(00)80040-4
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (s. 227-306). Hoboken, NJ: Wiley.
- Binder, J. L. & Strupp, H. (1997). Negative process: Arecurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*(2), 121-139.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*(3), 252-260. doi: 10.1037/h0085885
- Carr, A. (2016). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: a contextual approach*. London: Routledge.
- Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C., & Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology, 43*(4), 421-43. doi: 10.1348/0144665042388928
- Castonguay, L. G. & Beutler, L. E. (2006). Common and unique principles of therapeutic change: What do we know and what do we need to know. I L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Red.), *Principles of Therapeutic Change that Work* (s. 353-369). New York: Oxford University Press.
- Castonguay, L., Goldfried, M., Wisner, S., Raue, P., & Hayes, A. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 497-504.
- Chavira, D. A., Stein, M. B., Bailey, K., & Stein, M. T. (2004). Child anxiety in primary

- care: Prevalent but untreated. *Depression and anxiety*, 20(4), 155-164. doi: 10.1002/da.20039
- Chiu, A. W., McLeod, B. D., Har, K., & Wood, J. (2008). Child–therapist alliance and clinical outcomes in cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(6), 751-758. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01996.x
- Chu, B. C., Choudhury, M. S., Shortt, A. L., Pincus, D. B., Creed, T. A., & Kendall, P. C. (2004). Alliance, technology, and outcome in the treatment of anxious youth. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(1), 44–55. doi: 10.1016/S1077-7229(04)80006-3
- Chu, B. C., & Kendall, P. C. (2004). Positive association of child involvement and treatment outcome within manual-based cognitive-behavioral treatment for children with anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 821-829. doi: 10.1037/0022-006X.72.5.821
- Chu, B. C., Skriner, L. C., & Zandberg, L. J. (2013). Shape of Change in Cognitive Behavioral Therapy for Youth Anxiety: Symptom Trajectory and Predictors of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(4), 573-587. doi: 10.1037/a0033390
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, Criteria, and Rules of Thumb for Evaluating Normed and Standardized Assessment Instruments in Psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284-290. doi: 10.1037/1040-3590.6.4.284
- Cicchetti, D. V., & Sparrow, S. S. (1981). Developing criteria for establishing interrater reliability of specific items: Applications to assessment of adaptive behavior. *American Journal of Mental Deficiency*, 86(2), 127-137.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. utg.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155
- Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., de la Cruz, C., Barber, J. P., Siqueland, L., & Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, 13, 59-76. doi: 10.1093/ptr/kpg007
- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of

- anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14(4), 631-648. doi: 10.1016/j.chc.2005.06.003
- Creed, T. A. & Kendall, P. C. (2005). Therapist alliance building behavior within a cognitive-behavior treatment for anxiety in youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 498-505. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.498
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., & Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy Process-Outcome Research. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (s. 298-340). Hoboken, NJ: Wiley.
- Diamond, G., Liddle, H., Hogue, A., & Dakof, G. (1999). Alliance building interventions with adolescents in family therapy: A process study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(4), 355-368. doi: 10.1037/h0087729
- Diamond, G., Siqueland, L., & Diamond, G. M. (2003). Attachmentbased family therapy for depressed adolescents: Programmatic treatment development. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(2), 107-127. doi: 10.1023/A:1023782510786
- de Haan, A. M., Boon, A., E., de Jong, J. T. V. M., Hoeve, M., & Vermeiren, R. R. J. M. (2013). A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. *Clinical Psychology Review*, 33(5), 698-711. doi: 10.1016/j.cpr.2013.04.005
- DiGiuseppe, R., Linscott, J. & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied and Preventive Psychology*, 5(2), 85-100. doi: 10.1016/S0962-1849(96)80002-3
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (Red.). (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2. utg.). Washington, DC: American Psychological Association.
- 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
- Fjermestad, K., McLeod, B. D., Tully, C. B., & Liber, J. M. (2016). Therapist Characteristics and interventions: Enhancing alliance and involvement with youth. I S. Maltzman (Red.), *The Oxford Handbook of Treatment Processes and Outcomes in Psychology* (s. 1-22). Oxford Handbooks Online. doi: 10.1093/oxfordhb/9780199739134.013.11
- Fleiss, J. L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions* (2. utg.). New York: Wiley.

- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2002). *Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescents: The Nuts and Bolts*. New York: Guilford Press.
- Garcia, J. A., & Weisz, J. R. (2002). When youth mental health care stops: Therapeutic relationship problems and other reasons for ending youth outpatient treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(2), 439-443. doi: 10.1037/0022-006X.70.2.439
- Ginsburg, G. S., & Drake, K. L. (2002). School-Based Treatment for Anxious African-American Adolescents: A Controlled Pilot Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(7), 768-775. doi: 10.1097/00004583-200207000-00007
- Goldfried, M. R. (2009). Searching for therapy change principles: Are we there yet? *Applied and Preventive Psychology, 13*(1-4), 32-34. doi: 10.1016/j.appsy.2009.10.013
- Gonzalez, A., Weersing, V. R., Warnick, E. M., Scahill, L. D., & Woolston, J. L. (2011). Predictors of treatment attrition among an outpatient clinic sample of youths with clinically significant anxiety. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 38*(5), 356–367. doi: 10.1007/s10488-010-0323-y
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J., & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review, 26*(6), 657-678. doi: 10.1016/j.cpr.2005.03.002
- Grova, B. (2007). Kognitive metoder i terapi med barn og ungdom. I H. Øvreeide, & H. Haavind (Red.), *Barn og unge i psykoterapi* (s. 196-222). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- 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.
- Hartmann, E. (2013). Hva er virksomt i psykoterapi? Integrering av klinisk og forskningsbasert kunnskap. I K. Benum, E. D. Axelsen & E. Hartmann (Red.), *God psykoterapi. Et integrativt perspektiv* (s. 21-49). Oslo: Pax forlag.
- Hill, C. E., Thompson, B. J., Cogar, M. C., & Denman, D. W. (1993). Beneath the surface of long-term therapy: Therapist and client report of their own and each other's covert processes. *Journal of Counseling Psychology, 40*(3), 278-287. doi: 10.1037/0022-0167.40.3.278
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy

- of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440. doi: 10.1007/s10608-013-9595-3
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., Miller, S. D. & Wampold, B. E. (2010). Introduction. I B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Red.), *The heart & soul of changes. Delivering what works in therapy* (s. 23-46). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hudson, J. L., Kendall, P. C., Chu, B. C., Gosch, E., Martin, E., Taylor, A., & Knight, A. (2014). Child involvement, alliance, and therapist flexibility: Process variables in cognitive-behavioural therapy for anxiety disorders in childhood. *Behavior Research and Therapy*, 52, 1-8. doi: 10.1016/j.brat.2013.09.011
- James, A. C., James, G., Cowdrey, F. A., Soler, A., & Choke, A. (2013). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). doi: 10.1002/14651858.CD004690.pub3
- James, A. C., James, G., Cowdrey, F. A., Soler, A., & Choke, A. (2015). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescent. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). doi: 10.1002/14651858.CD004690.pub4
- James, A., Soler, A., & Weatherall, R. (2005). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). doi: 10.1002/14651858.CD004690.pub2
- Johnson, B., Taylor, E., D'Elia, J., Tzanetos, T., Rhodes, R., & Geller, J. D. (1995). The emotional consequences of therapeutic misunderstandings. *Psychotherapy Bulletin*, 30, 54–58.
- Jungbluth, N. J., & Shirk, S. R. (2009). Therapist strategies for building involvement in cognitive-behavioral therapy for adolescent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1179-1184. doi: 10.1037/a0017325
- Karver, M., Handelsman, J., Fields, S. & Bickman, L. (2005). A theoretical model of common process factors in youth and family therapy. *Mental Health Services Research*, 7(1), 35-51.
- Karver, M., Shirk, S., Handelsman, J., 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, 15–28. doi: 10.1177/1063426607312536
- Kazantzis, N., Deane, F., Ronan, K. R., & L'Abate, L. (2005). *Using homework assignments in cognitive behavior therapy*. New York: Routledge.

- Kazdin, A. E. (1996). Dropping Out of Child Psychotherapy: Issues for Research and Implications for Practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 1*(1), 133-156. doi: 10.1177/1359104596011012
- Kazdin, A. E. (2000). Perceived Barriers to Treatment Participation and Treatment Acceptability Among Antisocial Children and Their Families. *Journal of Child and Family Studies, 9*(2), 157-174. doi: 10.1023/A:1009414904228
- Kazdin, A. E., Holland, L., & Crowley, M. (1997). Family experience of barriers to treatment and premature termination from child therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(3), 453-463. doi: 10.1037/0022-006X.65.3.453
- Kazdin, A. E., Whitley, M., & Marciano, P. L. (2006). Child–therapist and parent–therapist alliance and therapeutic change in the treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*, 436–445. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01475.x
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Wunder, J., Beardslee, W. R., Schwartz, C. E., & Roth, J. (1992). Chronic Course of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*(4), 595-599. doi: 10.1097/00004583-199207000-00003
- Kendall, P. C. (1990). *Coping Cat manual*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kendall, P. C. (2006). *Coping Cat workbook*. Workbook Publishing.
- Kendall, P. C., Chu, B., Gifford, A., Hayes, C., & Nauta, M. (1998). Breathing life into a manual: Flexibility and creativity with manual-based treatments. *Cognitive and Behavioral Practice, 5*(2), 177–198. doi: 10.1016/S1077-7229(98)80004-7
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(3), 724–730.
- Kendall, P. C. & Ollendick, T. H. (2004). Setting the research and practice agenda for anxiety in children and adolescence: a topic comes of age. *Cognitive and Behavioral Practice, 11*(1), 65-74. doi: 10.1016/S1077-7229(04)80008-7
- Kendall, P. C., & Sugarman, A. (1997). Attrition in the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(5), 883–888. doi: 10.1037/0022-006X.65.5.883
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, J., Georgiades, K., Green, J. G., Gruber, M. J., ... Merikangas, K. R. (2012). Prevalence, Persistence, and Sociodemographic Correlates of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent



- Supplement. *Arch Gen Psychiatry*, 69(4), 372-380. doi:  
10.1001/archgenpsychiatry.2011.160
- Lambert, M. J. (2010). "Yes, it is time for clinicians to routinely monitor treatment outcome". I B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Red.), *The heart & soul of changes. Delivering what works in therapy* (s. 232-266). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L. & Smart, D. W. (2003). Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(3), 288-301. doi:  
10.1093/clipsy/bpg025
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174.
- Langer, D. A., McLeod, B. D., & Weisz, J. R. (2011). Do treatment manuals undermine youth-therapist alliance in community clinical practice? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 427-432. doi: 10.1037/a0023821
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Diguer, L., Woody, G. & Seligman, D. A. (1997). The psychotherapist matters: Comparison of outcome across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(1), 53-65. doi:  
10.1111/j.1468-2850.1997.tb00099.x
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapy: Is it true that "Everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995-1008. doi: 10.1001/archpsyc.1975.01760260059004
- Lyneham, H. J., Abbott, M. J., & Rapee, R. M. (2007). Interrater reliability of the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: child and parent version. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(6), 731-736. doi:  
10.1097/chi.0b013e318045a09
- Maggin, D. M., & Johnson, A. H. (2014). A meta-analytic evaluation of the FRIENDS program for preventing anxiety in student populations. *Education and Treatment of Children*, 37(2), 277- 306. doi: 10.1353/etc.2014.0018
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- Martinsen, K., & Hagen, R. (Red.). (2012). *Kognitiv atferdsterapi i behandling av barn og unge*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- McLeod, B. D. (2011). Relation of the alliance with outcome in youth psychotherapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology review, 31*(4), 603-616. doi: 10.1016/j.cpr.2011.02.001
- McLeod, B. D., Jensen-Doss, A., Tully, C. B., Southam-Gerow, M. A., Weisz, J. R., & Kendall, P. C. (2016). The role of setting versus treatment type in alliance within youth therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(5), 453-464. doi: 10.1037/ccp0000081
- Meeks, J., & Bernet, W. (2002). *The fragile alliance* (5. utg.). Melbourne, FL: Kreiger.
- Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in clinical neuroscience, 11*(1), 7-20.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L. & Seidel, J. A. (2013). The outcome of psychotherapy: Yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy, 50*(1), 88-97. doi: 10.1037/a0031097
- Miller, S. D., Hubble, M. & Duncan, B. (2007). Supershrinks. *Psychotherapy Networker, 31*, 27-35.
- Najavits, L. M. & Strupp, H. (1994). Differences in effectiveness of psychodynamic therapists: A process-outcome study. *Psychotherapy, 31*(1), 114-123. doi: 10.1037/0033-3204.31.1.114
- Neumer, S. -P., Junge-Hoffmeister, J. (2010). *SMART. Forebygging av emosjonelle problemer hos ungdom. Veileder*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Nock, M. K., & Ferriter, C. (2005). Parent management of attendance and adherence in child and adolescent therapy: a conceptual and empirical review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 8*(2), 149–166. doi: 10.1007/s10567-005-4753-0
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. I B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Red.), *The heart and soul of changes. Delivering what works in therapy* (s. 113-141). Washington, DC: American Psychological Association.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work. Evidence-based responsiveness* (s. 3-21). New York: Oxford.
- Norsk Psykologforening (2007). *Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis*. Hentet fra <https://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis/prinsipperklaering-1-om-evidensbasert-psykologisk-praksis-2>
- Ollendick, T. H., Jarrett, M. A., Grills-Taquechel, A. E., Hovey, L. D., & Wolff, J. C. (2008).

- Comorbidity as a predictor and moderator of treatment outcome in youth with anxiety, affective, attention deficit/hyperactivity disorder, and oppositional/conduct disorders. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1447-1471. doi: 10.1016/j.cpr.2008.09.003
- Ollendick, T. H., Öst, L-G., Reuterskiöld, L., & Costa, N. (2010). Comorbidity in youth with specific phobias: Impact of comorbidity on treatment outcome and the impact of treatment on comorbid disorders. *Behaviour research and therapy*, 48(9), 827-831. doi: 10.1016/j.brat.2010.05.024
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1986). The psychological interior of psychotherapy: Explorations with the Therapy Session Reports. I L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Red.), *Guilford clinical psychology and psychotherapy series. The psychotherapeutic process: A research handbook* (s. 477-501). New York: Guilford Press.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (s. 307-389). New York: Wiley.
- Pallant, J. (2010). *SPSS Survival Manual*. McGraw-Hill: Australia.
- Pina, A. A., Silverman, W. K., Weems, C. F., Kurtines, W. M., & Goldman, M. L. (2003). A comparison of completers and noncompleters of exposure-based cognitive and behavioral treatment for phobic and anxiety disorders in youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 701–705. doi: 10.1037/0022-006X.71.4.701
- Rennie, D. L. (1992). Qualitative analysis of the client's experience of psychotherapy: The unfolding of reflexivity. I S. Toukmanian & D. Rennie (Red.), *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches* (s. 211-233). Newbury Park, CA: Sage.
- Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., & Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 251-262. doi: 10.1016/j.cpr.2012.01.005
- Russell, R., Shirk, S. & Jungbluth, N. (2008). First-session pathways to the working alliance in cognitive–behavioral therapy for adolescent depression. *Psychotherapy Research*, 18(1), 15-27. doi: 10.1080/10503300701697513
- Saavedra, L. M., Silverman, W. K., Morgan- Lopez, A. A., & Kurtines, W. M. (2010).

- Cognitive behavioral treatment for childhood anxiety disorders: long- term effects on anxiety and secondary disorders in young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(8), 924-934. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02242.x
- Safran, J. D., Muran, J. C. & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work* (s. 224-238). New York: Oxford University Press.
- Seligman, L. D., & Ollendick, T. H. (2011). Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders in Youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 217-238. doi: 10.1016/j.chc.2011.01.003
- Sharf, J. Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 637-645. doi: 10.1037/a0021175
- Shirk, S., Gudmundsen, G. R., McMakin, D., Dent, H. C., & Karver, M. (2003). *Rater's manual for the Alliance Building Behaviors Scale*. Ikke publisert manual. University of Denver, Denver, CO.
- Shirk, S., & Jungbluth, N. J. (2014). *Adolescent Alliance Building Scale (Revised), coding manual*. Ikke publisert manual. University of Denver, Denver, CO.
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 452–464. doi: 10.1037/0022-006X.71.3.452
- Shirk, S. R., & Karver, M. S. (2006). Process issues in cognitive-behavioral therapy for youth. I P. C. Kendall (Red.), *Child and adolescent therapy: Cognitive behavioral procedures* (s. 465-491). New York, NY: Guilford.
- Shirk, S. R., Karver, M. S., & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 17-24. doi: 10.1037/a0022181
- Shirk, S., & Russell, R. (1998). Process issues in child psychotherapy. I A. Bellack & M. Hersen (Red.), *Comprehensive clinical psychology* (s. 57–82). Oxford, UK: Pergamon Press.
- Shirk, S. R., & Saiz, C. C. (1992). Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development and Psychopathology*, 4(4), 713–728. doi: 10.1017/S0954579400004946
- 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
- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86(2), 420-8.
- Silverman, W. K., & Albano, A. M. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-IV) Child and Parent Interview Schedules*. Albany, NY: Greywind Publications.
- Silverman, W. K., Saavedra, L. M., & Pina, A. A. (2001). Test-retest reliability of anxiety symptoms and diagnosis with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: child and parent versions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(8), 937-944. doi: 10.1097/00004583-200108000-00016
- Skinner, B. F. (1963). Operant behavior. *American Psychologist*, 18(8), 503-515. doi: 10.1037/h0045185
- Stallard, P., Simpson, N., Anderson, S., & Goddard, M. (2008). The FRIENDS emotional health prevention programme. *European child & adolescent psychiatry*, 17(5), 283-289. doi: 10.1007/s00787-007-0665-5
- Stark, K. D., Rouse, L. W., & Livingston, R. (1991). Treatment of depression in childhood and adolescence: Cognitive-behavioral procedures for the individual and family. I P. C. Kendall (Red.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (s. 165–206). New York: Guilford Press.
- Statens helsetilsyn (2000). *Angstlidelser - kliniske retningslinjer for utredning og behandling* (utdanningsserie 4-99). Hentet fra [http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/angstlidelser\\_utredning\\_behandling\\_ik-2694.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/angstlidelser_utredning_behandling_ik-2694.pdf)
- Strauss, C. C., Frame, C. L., & Forehand, R. (2010). Psychosocial Impairment Associated With Anxiety in Children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16(3), 235-239. doi: 10.1207/s15374424jccp1603\_8
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547-559. doi: 10.1037/a0028226
- Tomkins, M. A. (2004). *Using homework in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Velting, O. N., Setzer, N. J., & Albano, A. M. (2004). Update on and Advances in Assessment and Cognitive-Behavioral Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(1), 42-54. doi: 10.1037/0735-7028.35.1.42

- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Wampold, B. E. (2006). The psychotherapist. I J. C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Red.), *Evidence-based practice in mental health: Debate and dialogues on fundamental questions* (s. 200-208). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wergeland, G. J. H., Fjermestad, K. W., Marin, C. E., Bjelland, I., Haugland, B. S. M., Silverman, W. K., ... & Heiervang, E. R. (2016). Predictors of treatment outcome in an effectiveness trial of cognitive behavioral therapy for children with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *76*, 1-12. doi: 10.1016/j.brat.2015.11.001
- Wergeland, G. J. H., Fjermestad, K. W., Marin, C. E., Haugland, B. S-M., Bjaastad, J. F., Oeding, K., ... Heiervang, E. (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
- Wergeland, G. J. H., Fjermestad, K. W., Marin, C. E., Haugland, B. S-M., Silverman, W. K., Öst, L-G., ... Heiervang, E. R. (2015). Predictors of dropout from community clinic child CBT for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, *31*, 1-10. doi: 10.1016/j.janxdis.2015.01.004
- West, S. G., Finch, J. F., & Curran, P. J. (1995). Structural equation models with nonnormal variables: Problems and remedies. I R. H. Hoyle (Red.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (s. 56-75). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, *24*(2), 190-195. doi: 10.1037/0735-7028.24.2.190
- Wood, J. J., Piacentini, J. C., Bergman, R. L., McCracken, J., & Barrios, V. (2002). Concurrent validity of the anxiety disorders section of the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: child and parent versions. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *31*(3), 335-342. doi: 10.1207/S15374424JCCP3103\_05
- Wright, L., Everett, F., & Roisman, L. (1986). *The Johns Hopkins series in contemporary medicine and public health. Experiential psychotherapy with children*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

# Vedlegg A

## **Adolescent Alliance Building Scales (Revised) Coding Manual (Revised June 5, 2014) © Stephen Shirk & Nathaniel Jungbluth**

The AABS(R) represents a refinement of the original AABS observational coding system. Like the original system the focus of revised approach is to capture both differences in quality and quantity of specific therapist interventions during short treatment segments. In addition to specific behavioral codes, the system includes two global ratings of structure and support. Based on our experience, it is recommended that full sessions be coded in order to increase the probability of capturing low frequency behaviors, to normalize score distributions, and to improve overall reliability.

Based on an analysis of item reliability and ease of interpretation, we have developed an alternative approach to the original extensiveness coding that combines quality and quantity ratings into judgment. Extensiveness refers to both depth (thoroughness) and frequency/duration of specific interventions. In order to improve clarity and reliability, and increase options for scoring, we distinguish between quality judgments (depth) and extent (focus/turns/elaboration). The new system uses a two stage coding scheme for each behavioral item. First, coders determine the presence of a code (intervention) in the segment and then judge its quality based on specific markers. Depth (level) refers to the degree to which therapist interventions are specific and personalized as opposed to broad and generic. For some interventions greater depth refers to inclusion of more intervention elements, e.g., both explicitly agreeing with a teen *and* suggesting an instrumental plan. Coders rate the predominant level in the segment (though highest level should be noted). After coding the depth of an intervention, coders then determine its extent during a specific segment. Typically extent refers to the degree of therapist focus on the intervention, for example, was it one among many interventions or was there a sustained focus over most of the segment. Higher extent scores typically involve multiple conversational turns, therapist elaboration, or sustained therapist follow up.

Items that showed extremely low frequency or limited variability in our prior studies have been eliminated in order to reduce coding load. In addition, a zero code is given for each item if the therapist behavior did not occur. When there is no occurrence, both level and extent are coded as zero.

Finally, in order to reduce coder mental load, we now recommend coding five minute rather than ten minute segments. We found that many ten minute segments were characterized by multiple interventions that were difficult for coders to track simultaneously. In addition, we recommend randomizing by case rather than segment in order to prevent account for interventions that carry over multiple segments.

**Code 1: Therapists attends to adolescent experience**

<p>Level 1 Therapist elicits basic background information, e.g. <i>age, grade, classes, favorite subject, who lives at home, favorite activities, etc.</i></p>		<p>Level 2 Therapist elicits information about significant events or experiences, e.g. <i>what was happening when you first got depressed; what led up to your suspension, what were you feeling when you cut yourself; what thoughts did you have when you heard your dad was arrested?</i></p>	
<p>Extent 0  Not present</p>	<p>Extent 1  Passing focus; one of many interventions; virtually no follow up; Very limited therapist elaboration, e.g., "oh, I see"; "right, I get it"</p>	<p>Extent 2  Some sustained focus marked by some follow up or more than a single conversational turn; OR some therapist reflections, e.g. "so you felt rejected"</p>	<p>Extent 3  Primary focus of the segment; multiple conversational turns; sustained follow up OR substantial therapist reflection and prompting, e.g., "so you were feeling angry; and then what happened"</p>



**Code 2: Therapist presents self as ally**

**\* This category is action-oriented. To be an ally, the therapist must express agreement with the teen--that the therapist is "on the teen's side" and may advocate for the teen.**

<p>Level 1 Therapist expresses agreement with teen's goal or perspective, <u>and</u> speaks vaguely about offering help. (e.g., "Things shouldn't be like this for you, maybe we can work on it"; I hear what you're saying, maybe we can change that")</p>	<p>Level 2 Therapist directly expresses agreement with teen, <u>and</u> suggests a plan to address it by: advocating for teen (e.g., "I agree that you should be able to go out some evenings. I'll speak to your mother about how it would be helpful for you to spend time with friends outside of school.") or making a plan to deal with it (e.g., I agree that you should be able to go out some evenings; we can work on how you can negotiate this with your mom") I agree that getting a summer job makes sense; I can help you put together a resume or practice interviews")</p>
---	--

<p>Extent 0  Not present</p>	<p>Extent 1  Passing focus; one of many interventions; virtually no follow up; Very limited therapist elaboration</p>	<p>Extent 2  Some sustained focus marked by some follow up or more than a single conversational turn; OR some therapist elaboration</p>	<p>Extent 3  Primary focus of the segment; multiple conversational turns; sustained follow up or substantial therapist elaboration</p>
--------------------------------------	---	---	--

**Code 3 Therapist orients teen to collaborative nature of therap**

<p>Level 1 Therapist hints at collaborative nature of therapy by using words such as “we”, “us”, “team”, “working together”, but there is no explicit discussion of collaboration</p>	<p>Level 2 Therapist explicitly talks about the collaborative nature of therapy or talks about therapy as involving teamwork , e.g., <i>(We’ll be working on building new coping skills together; I can’t make you change, but if we work as a team, we’ll make progress; Therapy is a two way street, we both have things we need to do to make therapy work)</i></p>
---	--

<p>Extent 0 Not present</p>	<p>Extent 1 Passing focus; one of many interventions; virtually no follow up; Very limited therapist elaboration</p>	<p>Extent 2 Some sustained focus marked by some follow up or more than a single conversational turn; OR some therapist elaboration</p>	<p>Extent 3 Primary focus of the segment; multiple conversational turns; sustained follow up or substantial therapist elaboration</p>
---------------------------------	--	--	---

**Code 4: Therapist presents treatment model**

<p>Level 1 Therapist talks about a few aspects of treatment, e.g., weekly appointments, who will be seen, duration, and may offer a very general statement of how treatment works, (e.g. <i>in therapy you'll learn new skills to help you cope</i>)</p>	<p>Level 2 Therapist goes beyond discussion of sessions, duration, etc to discuss core features of the treatment model (e.g., <i>"The reason we call it CBT is that we;lll focus on how your thoughts and behaviors affect your feelings, these things are connected, and we can change your sad feelings by focusing on thoughts and actions that contribute to them."</i> Therapist makes an effort to elicit client's perspective on model, e.g. <i>"how does this sound to you"</i>) Therapist links treatment components to youth's specific symptoms. (<i>I can hear that you can be very hard on yourself. Part of our work will involve tracking what you say to yourself when you're upset."</i>)</p>
--	--

<p>Extent 0 Not present</p>	<p>Extent 1 Passing focus; one of many interventions; virtually no follow up; Very limited therapist elaboration</p>	<p>Extent 2 Some sustained focus marked by some follow up or more than a single conversational turn; OR some therapist elaboration</p>	<p>Extent 3 Primary focus of the segment; multiple conversational turns; sustained follow up or substantial therapist elaboration</p>
---------------------------------	--	--	---

**Code 5: Therapist Expresses Positive Expectations for Change**

<p>Level 1 Therapist makes general statements about the efficacy of the treatment, e.g. (<i>I think this therapy will be helpful to you; Lots of kids like you have benefited from this treatment; I really stand by this therapy</i>)</p>	<p>Level 2 Therapist <u>personalizes</u> the positive expectation to what he/she has learned about the teen, e.g. (<i>So you said you've had no energy, one of the things this therapy will really help with is getting you more active; I hear that you've lost interest in things you used to enjoy, we're going to focus on rebuilding things that make you feel good, that's one of the ways this treatment will help you get better, I can tell you're really smart and can learn new ways of dealing with your feelings. That makes me confident this therapy will work for you.</i>)</p>
--	---

<p>Extent 0  Not present</p>	<p>Extent 1  Passing focus; one of many interventions; virtually no follow up; Very limited therapist elaboration</p>	<p>Extent 2  Some sustained focus marked by some follow up or more than a single conversational turn; OR some therapist elaboration</p>	<p>Extent 3  Primary focus of the segment; multiple conversational turns; sustained follow up or substantial therapist elaboration</p>
--------------------------------------	---	---	--

**Code 6: Therapist explores teen’s motivation for therapy**

<p>Level 1 Therapist elicits teen’s goals or reasons for being in therapy, e.g. (<i>I heard what your parents are hoping for, but I’m interested in what you hope to get out of therapy; Tell me about your goals, what you’d like to accomplish in therapy</i>)</p>	<p>Level 2 Therapist elicits goals/reasons and engages teen in talk about positive change, so after eliciting a goal the therapist pursues greater depth, e.g. <i>“how would your life be different if you were less depressed: OR therapist reflects and summarizes the change statement, e.g. (I hear that you’re tired of your energy getting in the way of your school work, and that you’d really like to feel like yourself again.”</i></p>
--	---

<p>Extent 0  Not present</p>	<p>Extent 1 Passing focus; one of many interventions; virtually no follow up; Very limited therapist elaboration Passing focus; one of many interventions; virtually no follow up; Very limited therapist elaboration</p>	<p>Extent 2 Some sustained focus marked by some follow up or more than a single conversational turn; OR some therapist elaboration</p>	<p>Extent 3 Primary focus of the segment; multiple conversational turns; sustained follow up or substantial therapist elaboration</p>
--------------------------------------	---	--	---

**Code 7: Therapist employs cognitive restructuring**

<p>Level 1 Therapist offers another perspective but does not pursue it very far or invite the teen to reflect much independently. E.g., <i>I'm thinking that what you call lazy is really you feeling depressed</i>"; <i>I'm guessing your mom was feeling something else when she said that....was she really angry or was she scared you might get hurt?"</i></p>	<p>Level 2 Therapist explores alternative perspectives, socratically, clearly giving teen opportunities to reflect/generate new thoughts. Asks questions to support new lines of thinking (<i>"Why do you think she said that?...Any other reasons she might have said that to you?"</i>) <i>Let's see if we can come up with alternatives.</i>) OR therapist explicitly addresses teen's thinking (<i>"Let's look at what you're telling yourself..."</i>), about how these different thoughts impact them emotionally or behaviorally (<i>"Wow. That's a painful thing to have to think. I can understand why you punched the wall, with a thought like that in your head."</i>; <i>"So you think that failing the test shows you're stupid. That's pretty harsh. How else might we think of this? If a friend failed a test, would you call them stupid? What might you say to them?"</i>) or for attempting to solidify what was learned at the end by summarizing or inviting teen to discuss a take away.</p>
---	---

<p>Extent 0  Not present</p>	<p>Extent 1  Passing focus; one of many interventions; virtually no follow up; Very limited therapist elaboration Passing focus; one of many interventions; virtually no follow up; Very limited therapist elaboration</p>	<p>Extent 2  Some sustained focus marked by some follow up or more than a single conversational turn; OR some therapist elaboration</p>	<p>Extent 3  Primary focus of the segment; multiple conversational turns; sustained follow up or substantial therapist elaboration</p>
--------------------------------------	--	---	--

**Code 8: Therapist praises the adolescent**

<p>Level 1 Therapist offers general praise NOT SPECIFIC to therapy behavior, e.g. (<i>Wow, that's really great that you play the guitar; That's really cool, do you have any new shows coming up; It sounds like you really try to be a good friend, that's awesome</i>)</p>	<p>Level 2 Therapist praises the adolescent for specific therapy related behaviors like disclosure, bringing up a difficult topic, practicing a skill, e.g., (<i>That took a lot of courage to bring that up, great work; I'm really impressed by how much you wrote down, good work; I can see you're really working hard on not reacting, that's super</i>)</p>
--	---

<p>Extent 0  Not present</p>	<p>Extent 1  Passing focus; one of many interventions; virtually no follow up; Very limited therapist elaboration Passing focus; one of many interventions; virtually no follow up; Very limited therapist elaboration</p>	<p>Extent 2  Some sustained focus marked by some follow up or more than a single conversational turn; OR some therapist elaboration</p>	<p>Extent 3  Primary focus of the segment; multiple conversational turns; sustained follow up or substantial therapist elaboration</p>
--------------------------------------	--	---	--

**Global Codes**

<p>Therapist actively structures (directs) session.</p> <p><b>**Room given to client –</b></p>	<p>0: Therapist provides minimal structure; Direction for the session set by the teen; Therapist follows teen; Teen talks far more than therapist</p>	<p>1: Therapist provides some structure but gives the teen ample room to talk; Teen leads at times; Teen talks somewhat more than therapist</p>	<p>2: Therapist provides clear structure, moderately directive through active questioning or providing examples; Relative balance between therapist and teen talking</p>	<p>3: Therapist is highly directive; actively leads the session; Therapist talks far more than client</p>
<p>Therapist expresses support.</p>	<p>0: Therapist is “matter of fact”, “takes care of business”, Virtually no reflections or expressions of understanding</p>	<p>1: Therapist provides low levels of support; Very limited number of reflections and validating statements</p>	<p>2: Therapist provides moderate level of support; Multiple reflections and validating statements are present in the segment</p>	<p>3: Therapist provides high level of support; Expression of empathy and concern a highly prominent feature of the segment; Numerous reflections and validating statements</p>



# Vedlegg B

## AABS Coding Record

Patient ID \_\_\_\_\_ Segment \_\_\_\_\_

Coder \_\_\_\_\_

Code	Level	Extent
1 Therapist attends to adolescent experience		
2 Therapist presents self as ally		
3 Therapist orients teen to collaborative nature of therapy		
4 Therapist presents the treatment model		
5 Therapist expresses positive expectations for change		
6 Therapist explores teen's motivation for therapy		
7 Therapist employs cognitive restructuring		
8 Therapist praises the adolescent		
9 GLOBAL Therapist actively structures segment		
10 GLOBAL Therapist expresses support		

Segment \_\_\_\_\_

Code	Level	Extent
1 Therapist attends to adolescent experience		
2 Therapist presents self as ally		
3 Therapist orients teen to collaborative nature of therapy		
4 Therapist presents the treatment model		
5 Therapist expresses positive expectations for change		
6 Therapist explores teen's motivation for therapy		
7 Therapist employs cognitive restructuring		
8 Therapist praises the adolescent		
9 GLOBAL Therapist actively structures segment		
10 GLOBAL Therapist expresses support		

Segment \_\_\_\_\_

Code	Level	Extent
1 Therapist attends to adolescent experience		
2 Therapist presents self as ally		
3 Therapist orients teen to collaborative nature of therapy		
4 Therapist presents the treatment model		
5 Therapist expresses positive expectations for change		
6 Therapist explores teen's motivation for therapy		
7 Therapist employs cognitive restructuring		
8 Therapist praises the adolescent		
9 GLOBAL Therapist actively structures segment		
10 GLOBAL Therapist expresses support		

# Vedlegg C

Figurer: Grafisk fremstilling av logistisk regresjonsanalyse

