

Hvordan kan terapeuter bygge allianse med barn og ungdom?

*En observasjonsstudie av alliansebyggende
terapeutatferd*

Øyvind Føreland & Ylva Vognild



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

17/4-2018

Hvordan kan terapeuter bygge allianse med barn og ungdom?

*En observasjonsstudie av alliansebyggende
terapeutatferd*

© Øyvind Føreland & Ylva Vognild

2018

Hvordan kan terapeuter bygge allianse med barn og ungdom?

En observasjonsstudie av alliansebyggende terapeutatferd

Øyvind Føreland & Ylva Vognild

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

Sammendrag

Forfattere: Øyvind Føreland & Ylva Vognild

Tittel: Hvordan kan terapeuter bygge allianse med barn og ungdom? En observasjonsstudie av alliansebyggende terapeutatferd.

Veileder: Krister Westlye Fjermestad

Bakgrunn: Angstlidelser hos barn og ungdom er utbredt, og kognitiv atferdsterapi (KAT) er den anbefalte behandlingsmetoden for denne typen lidelser. Likevel er det 40% som ikke opplever bedring etter KAT-behandling. Dette indikerer et behov for å øke kunnskap om hva som kan gjøre behandling av angstlidelser mer virksom. Fellesfaktoren allianse har vist seg å ha sammenheng med utfall i terapi med barn. Færre har derimot forsket på hvordan terapeuter kan bygge allianse med barn, og denne oppgaven tar sikte på å undersøke hvordan en kan oppnå en god allianse med barn i alderen 8-15 år. Oppgaven har som mål å finne ut hvilke antatt alliansebyggende atferder som forekommer mest, om dette varierer ved bruk av ulike aldersversjoner av en behandlingsmanual, samt hvilke atferder som er prediktorer for allianse.

Metode: Utvalget er hentet fra The Assessment and Treatment – Anxiety in Children and Adults Study (ATACA). Barn med angstlidelser (N = 91) mottok individualterapi ved Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (gjennomsnittsalder = 11.4 år, SA = 2.1, 49.5% gutter). Adolescent Alliance Building Scale - Revised (AABS-R) ble benyttet for å kode åtti videoer tidlig i disse terapiforløpene. Det ble undersøkt om det var forskjell i bruk av alliansebyggende terapeutatferd basert på om barne- eller ungdomsversjonen av FRIENDS For Life -manualen ble brukt. Allianse ble målt ved barnerapport etter time 3 og 7 med spørreskjemaet Therapeutic Alliance Scale for Children – Revised (TASC-R). For å undersøke hva slags terapeutatferd som hadde en positiv effekt på allianse, ble atferdskategoriene som var signifikant korrelert med allianse brukt som prediktorer i en multippel regresjonsanalyse. I tillegg kontrollerte vi for manualversjon i regresjonsanalysen.

Resultat: Det var store forskjeller i hvor mye de ulike atferdskategoriene ble brukt. Flere av atferdskategoriene forekom i signifikant ulik grad basert på om barne- eller ungdomsmanual ble benyttet. Atferdskategoriene “Utforske Erfaring” og “Fremme Samarbeid” var statistisk signifikante prediktorer for allianse. Disse prediktorene var signifikante for begge manualversjoner.

Konklusjon: Denne oppgaven gir evidens for at terapeuter som viser interesse for barnets erfaringer, samt benytter samarbeidsfremmende atferd, kan oppnå en bedre allianse.

Forord

Vi ble presentert for dette prosjektet i en forelesning av Krister Fjermestad på slutten av 8. semester. I løpet av dette semesteret hadde vi fått en forståelse av viktigheten av allianse. Vi ville lære mer om hvordan man kunne få til en god allianse i terapi, samt bidra med mer kunnskap på dette forskningsfeltet. Da vi satte i gang med å kode terapivideoer høsten 2016 oppdaget vi hvor vanskelig det er å studere den komplekse prosessen som kalles psykoterapi. Arbeidet med denne oppgaven har til tider vært krevende og frustrerende. Samtidig har det vært veldig givende og har gjort at vi føler oss bedre rustet til å gå inn i det kliniske arbeidslivet med ny innsikt i alliansebyggende atferd.

Takk til vår veileder, Krister Fjermestad, for først å invitere oss til å bli med på dette prosjektet og senere følge oss opp med nyttige innspill, konstruktive tilbakemeldinger og mye støtte. Ditt endeløse engasjement har holdt motet vårt oppe når prosjektet har vært utfordrende.

Vi vil takke barn, foresatte og terapeuter som deltok i ATACA-studien. Deres deltakelse har gjort det mulig å studere KAT og viktige terapeutiske prosesser. Videre vil vi takke prosjektledere i ATACA for å ha gitt oss muligheten til å studere betydningsfullt klinisk materiale.

Vi er også svært takknemlige for professor Stephen R. Shirk sitt personlige engasjement i prosjektet, ved at han svarte på spørsmål vi hadde om kodingsskjemaet underveis. En stor takk til Helene Abrahamsen, for hennes innspill til kodingsprosessen og for at hun har latt oss videreføre deler av sitt eget arbeid. Vi vil også takke Signe Kari Gulaker Vognild og Anne Marit Føreland for at de tok seg tid til korrekturlesing. Det setter vi virkelig pris på. Takk til venner og familie for gjennomlesing og innspill.

Takk til våre medstudenter Julie Sture Sørensen og Silje Berg Oppedal for tålmodigheten og samarbeidet i den krevende og slitsomme kodingsprosessen. Sist, men ikke minst, vil vi takke hverandre for å opprettholde et godt humør og et utmerket samarbeid gjennom det siste halvannet året. Denne oppgaven, fra koding av mange terapivideoer til nøye formulering av tekst, har krevd mye mer tid og arbeid enn vi hadde forestilt oss. Det har vært betryggende at vi har kunnet stole på hverandre som samarbeidspartnere i denne prosessen.

Oslo, april 2018

Øyvind Føreland og Ylva Vognild

Liste over forkortelser

AABS: Adolescent Alliance Building Scale

AABS-R: Adolescent Alliance Building Scale - Revised

ATACA: The Assessment and Treatment – Anxiety in Children and Adults Study

BUP: Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

ICC: Intraclass Correlation Coefficient

KAT: Kognitiv atferdsterapi

NST: Non-directive supportive therapy

PTSD: Posttraumatisk stresslidelse

TASC-R: Therapeutic Alliance Scale for Children - Revised

TF-CBT: Traumefokusert kognitiv Atferdsterapi

Begrepsforklaringer

Visse begrepsvalg er tatt for at oppgaven skal bli enklere å lese. Disse er som følger:

«Barn» refererer gjennom denne oppgaven oftest til både barn og ungdom under 18 år.

Unntak er tilfeller hvor det skilles mellom de to aldersgruppene som mottok behandling med ulik versjon av manualen, og når annet presiseres i referanse til annen forskning.

«Foresatte» refererer til biologiske-, adoptiv- og fosterforeldre eller andre i familien som var omsorgsperson for barnet.

Viktig informasjon

Denne oppgaven er del av et teamarbeid mellom fire studenter. Vi har alle benyttet samme materiale og har kodet videoer sammen. Det vil derfor være visse likhetstrekk mellom oppgavene, på tross av forskjellig problemstilling. Den andre oppgave undersøker alliansebygging og frafall.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	V
Forord.....	VII
Innholdsfortegnelse	X
1 Innledning	1
2 Angstlidelser hos barn	2
3 Kognitiv atferdsterapi.....	4
4 Hva er virksomt i terapi?.....	5
4.1 Teoretisk modell for endring	5
4.2 Allianse	6
4.2.1 Allianse i KAT.....	7
4.2.2 Utfordringer knyttet til alliansebygging med barn med angst.....	8
4.3 Alliansebyggende atferd.....	9
5 Oppgavens relevans.....	13
6 Problemstillinger	14
7 Metode	15
7.1 ATACA-Studien	15
7.1.1 Deltakere.....	15
7.1.2 Behandling	16
7.1.3 Terapeutene og klinikkene	17
7.1.4 Resultater fra ATACA-studien	17
7.2 Adolescent Alliance Building Scale (Revised)	18
7.3 Kodeprosessen.....	21
7.4 Therapeutic Alliance Scale for Children - Revised (TASC-R)	22
7.5 Plan for analyse.....	23
8 Resultater	25
8.1 Preliminære analyser	25
8.2 Forskjeller i terapeutatferd som følge av ulik manual	26
8.3 Korrelasjoner mellom variablene	27
8.4 Predikerer terapeutatferd allianse?	28
9 Diskusjon.....	29
9.1 Oppsummering av hovedfunn	29
9.2 Hva er de ulike terapeutatferdene i praksis?	29
9.3 Hvilke terapeutatferder forekom mest?	31
9.3.1 Sammenligning med tidligere AABS-studier	32

9.3.2	Terapeutenes opplæring kan ha påvirket forekomst	34
9.4	Forskjell mellom ulike manualversjoner av FRIENDS.....	35
9.5	Hvorfor predikerer akkurat disse typene terapeutatferd allianse?	37
9.5.1	Mulige årsaker til at terapeutatferdene predikerer allianse	37
9.5.2	Uidentifiserte medierende variabler	38
9.5.3	Mulige årsaker til nullfunn.....	38
9.6	Metodologiske betraktninger.....	40
9.6.1	Generaliserbarhet	40
9.6.2	Kodeprosessen	40
9.6.3	Observasjon som metode	41
9.6.4	Manglende data.....	42
9.6.5	Forskningsdesign	43
9.7	Bidrag til feltet	44
9.8	Implikasjoner for forskningsfeltet	44
9.8.1	Underliggende faktorer	45
9.8.2	Evaluering av leddene.....	45
9.8.3	Generaliserbarheten til AABS	47
9.8.4	Videre forskning	47
9.9	Implikasjoner for praksis	48
10	Konklusjon.....	50
	Litteraturliste.....	51
	Vedlegg 1 – AABS-R	59
	Vedlegg 2 – AABS-R Kodingskjema.....	68
	Vedlegg 3 – TASC-R	69
	Vedlegg 4 – Sammendrag og ANOVA for regresjonsanalyse.....	70

Tabeller og figurer

Figur 1.	<i>Modell for prosess og utfall i terapi med barn og ungdom</i>	5
Tabell 1	<i>Studier som har undersøkt alliansebyggende atferds effekt på allianse</i>	10
Tabell 2	<i>Eksempler på aktiviteter i time 2.....</i>	16
Tabell 3	<i>Forklaring av nivåer på ulike AABS-ledd.....</i>	19
Tabell 4	<i>Interrater reliabilitet for AABS-ledd.....</i>	25
Tabell 5	<i>Deskriptiv analyse av AABS-ledd</i>	26
Tabell 6	<i>T-test for forskjeller i skåre på ledd mellom aldersgrupper.</i>	27
Tabell 7	<i>Korrelasjoner mellom AABS-ledd og TASC-R.....</i>	27
Tabell 8	<i>Regresjonsanalyse med terapeutatferder (AABS-R) som prediktorer for allianse (TASC-R)</i>	28

1 Innledning

Denne oppgaven tar utgangspunkt i materiale fra individuell angstbehandling for barn i studien The Assessment and Treatment - Anxiety in Children and Adults Study (ATACA). Studien ble utført på Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) i år 2008-2012.

Angstlidelser er blant de mest prevalente psykiske lidelsene (James, James, Crowdrey, Soler & Choke, 2015). Kognitiv atferdsterapi (KAT) er en type psykoterapi som benyttes innen psykisk helsevern. På tross av at KAT regnes som en evidensbasert behandling for angstlidelser, er det 40 % av barn med angstlidelser som ikke har effekt av behandlingen (James et al., 2015). For å kunne gi mest mulig effektiv behandling har det blitt rettet fokus mot faktorer som bedrer behandlingsutfall, og spesielt faktorer som terapeuter kan påvirke.

I terapi med voksne har allianse vist seg å henge sammen med behandlingsutfall (Horvath & Bedi, 2002; Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011). Allianse defineres ofte som kvaliteten på det affektive båndet mellom klient og terapeut, og graden av samarbeid mellom disse i terapeutiske oppgaver (Elvins & Green, 2008). Det har vært mindre fokus på allianse i barne- og ungdomsfeltet sammenlignet med voksenfeltet, men i flere studier er det funnet sammenheng med utfall (McLeod, 2011; Shirk & Karver, 2003; Shirk, Karver & Brown, 2011). Alliansen har også vist seg å ha sammenheng med andre viktige terapifaktorer, slik som motivasjon, behandlingstro, og tilfredshet med behandling etter avslutning (Fjermestad et al., 2015; 2017; Ormhaug, Shirk & Wentzel-Larsen, 2015; Shirk & Saiz, 1992). Slike funn understreker viktigheten av alliansebygging. Å identifisere terapeutatferder som styrker alliansen kan dermed anses som et viktig mål i terapiforskning. Det er blitt hevdet at alliansebygging med barn ikke nødvendigvis foregår på samme måte som med voksne. For eksempel har en rekke tradisjonelle terapeutatferder som kan ha positiv effekt med voksne, vist seg å påvirke allianse med unge negativt, blant annet bruk av fri assosiasjon og overføringstolkninger (Diamond, Liddle, Hogue & Dakoff, 1999). Det kan derfor være problematisk å generalisere alliansebyggende terapeutatferd med voksne til å også gjelde barn (Shirk & Saiz, 1992). Det er behov for å undersøke hvilke terapeutatferder som virker alliansebyggende spesifikt med barn, og denne oppgaven tar sikte på å belyse dette spørsmålet. Etersom deltakerne i det benyttede materialet fra ATACA-studien er barn med angstlidelser, vil vi først introdusere angst og KAT. Deretter vil vi presentere en teoretisk modell knyttet til allianse, forklare alliansebegrepet, og presentere forskning på terapeutatferder som styrker alliansen.

2 Angstlidelser hos barn

Angstlidelser er anslått å forekomme hos 5-19% av barn i en stor metastudie (James et al., 2015). Angst kan forstås som en fryktrespons som ikke er hensiktsmessig og som baserer seg på en feilaktig overvurdering av en potensiell trussel (Carr, 2015). Noen typer frykt og engstelse kan være adaptive (Gullone, 2000). Angst på et klinisk nivå kan derimot føre til stort ubehag, og påvirker barn kognitivt, emosjonelt og atferdsmessig (Carr, 2015). I tillegg kan angst forstyrre generell fungering (Kendall, Safford, Flannery-Schroeder & Webb, 2004), samt akademisk og sosial fungering (Chansky & Kendall, 1997; King & Ollendick, 1989; James, Soler & Weatherall, 2005). Eksempelvis kan separasjonsangst føre til skolevegring, som over lengre tid kan føre til isolasjon og forsinket faglig læring (Carr, 2015). Angst har også vist seg å kunne påvirke senere psykisk helse. Studier har vist at voksne med angstlidelser ofte rapporterer betydelig angst i barndommen, og det faktum at eldre barn rapporterer større plager med angst enn yngre barn tyder på at ubehandlet angst kan forverres med tiden (Kendall et al., 2004).

Diagnosesystemene The International Classification of Diseases (ICD-10; World Health Organization, 1993) og Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5; American Psychiatric Association (APA), 2000) skiller mellom flere typer angstlidelser. Generalisert angstlidelse, sosial fobi og separasjonsangst vil her nærmere beskrives da deltakerne i studien denne oppgaven er basert på hadde minst én av disse diagnosene. Diagnosekriteriene som nevnes er hentet fra DSM-IV (APA, 2000), da denne var grunnlaget for diagnosen blant våre deltakere.

Generalisert angstlidelse hos barn viser seg som en vedvarende generell engstelse og bekymring, og oppstår ofte i flere situasjoner. For å stille denne diagnosen må den generaliserte angsten ha vedvart minst et halvt år. Et sentralt symptom er bekymring for at bekymringen oppleves ukontrollerbar. Andre vanlige symptomer er anspenthet med kroppslige symptomer, konsentrasjonsvansker, søvnvansker, rastløshet, tretthet og irritabilitet (APA, 2000).

Sosial fobi karakteriseres av frykt for sosiale situasjoner hvor man kan risikere å være i sentrum for andres oppmerksomhet. Deriblant finner man vanlige sosiale interaksjoner, å bli observert, eller å opptre foran andre. Et aspekt av fobien er en frykt for å opptre på en pinlig måte, inkludert at angstsymptomer blir synlige (APA, 2000). Fobien kan være begrenset til visse situasjoner, slik som å spise foran andre eller holde et foredrag foran andre. Alternativt kan den være diffus og inkludere nesten alle sosiale situasjoner utenfor nærmeste familie

(Carr, 2015). Unngåelse av fryktede situasjoner, eller at personen opplever sterk angst eller frykt mens de befinner seg i slike situasjoner, er et fremtredende trekk (APA, 2000).

Ved separasjonsangst vekkes angst med betydelig ubehag når barnet skilles fra omsorgspersonene, eller i påvente av en separasjon. Separasjonsangst kan innebære en urealistisk og oppslukende frykt for at primære omsorgsgivere skal bli utsatt for skade, og/eller bekymring for hendelser som vil medføre at barnet vil bli adskilt fra foreldrene (kidnapping, sykehusopphold eller lignende) (APA, 2000). Det kan også vise seg som vedvarende frykt for å være alene eller å sove alene (APA, 2000). Somatiske symptomer i forbindelse med separasjon vanlig (APA, 2000).

Komorbide psykiske lidelser er svært utbredt blant barn med angstlidelser. Omtrent 75% av barn med angstlidelse har flere enn én angstlidelse, og omtrent 50-60% har en komorbid affektiv lidelse (Seligman & Ollendick, 2011). Andre komorbide lidelser som er blitt rapportert er blant annet rusmisbruk, ADHD og atferdsforstyrrelse (James et al., 2005; James et al., 2015). Risikoen for suicidforsøk og suicid er også høyere hos personer med angstlidelser (Hill, 2011). Det foreligger også studier som tyder på at angst i barndommen kan komme forut for utvikling av depressive lidelser (f.eks. Biederman, Faraone, Mick, & Lelon, 1995; Brady & Kendall, 1992; Kovacs, Gatsonis, Paulauskas, & Richards, 1989). I tillegg til det store ubehaget barn og ungdommer kan oppleve på grunn av sin angst, er angstens sammenheng med andre psykiske lidelser enda et argument for å effektivt behandle angst på et tidlig tidspunkt. KAT regnes som den anbefalte typen terapi mot angstlidelser for barn (Hollon og Beck, 2013), men KAT har også begrenset effekt. Derfor er det behov for mer forskning på hvordan effekten av KAT kan forbedres, slik at barn får redusert angstsymptomene og kommer inn på gode utviklingsspor.

3 Kognitiv atferdsterapi

For barn med angstlidelser er KAT den anbefalte typen behandling fordi denne retningen har best evidensgrunnlag (Silverman, Pina & Viswesvara, 2008). KAT har vist seg å redusere barns angstsymptomer, slik at flere ikke lenger fyller kriteriene for sin opprinnelige angstlidelse ved avslutning, samt senke mengde angstsymptomer rapportert av både barn og foresatte (Rapee, Schniering & Hudson, 2009). Videre viste den lengste oppfølgingsstudien til dags dato at bedring fra angst vedvarte 19 år etter behandling (Benjamin, Harrison, Settipani, Brodman & Kendall, 2013).

I KAT tar man utgangspunkt i en antatt gjensidig sammenheng mellom tanker, følelser, kroppslige fornemmelser og atferd. Angst antas å henge sammen med en tendens til å tenke på en uhensiktsmessig måte, noe som kan medføre følelser som engstelse og ubehag, samt kroppslige symptomer (Carr, 2015). Følelsene kan også medføre uhensiktsmessige handlinger, slik som unngåelse eller «tryggingsatferd»: bruk av ulike strategier i forsøk på å forhindre det man frykter, for eksempel å alltid ha en flaske vann tilgjengelig dersom man er redd for å bli tørr i munnen når man skal snakke foran andre. Tryggingsatferd regnes som uhensiktsmessig da det opprettholder eller forsterker angsten, ved at det holder oppmerksomheten på det man frykter, og kan øke symptomene (Berge, 2015).

Ettersom sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd anses som gjensidig, er behandlingsmodellen basert på at vonde følelser og kroppslige fornemmelser kan endres gjennom å endre uhensiktsmessige tanker og/eller handlinger. Slike tanker og handlinger adresseres i den hensikt å påvirke angsten. Eksempelvis kan et barn som får angst ved separasjoner få hjelp til å identifisere og utfordre tanker og atferd som opprettholder separasjonsangsten, slik som katastrofetanker om egen hjelpeløshet og unngåelsesatferd. Barnet vil også lære å benytte mer hensiktsmessige tankemønstre og handlinger (James et al., 2005). Ofte innebærer KAT med barn i tillegg psykoedukasjon til både barn og foresatte, trening på avslapningsteknikker og eksponering for angstvekkende situasjoner (f.eks. i KAT-programmet Mestringskatten; Kendall & Hall, 2006).

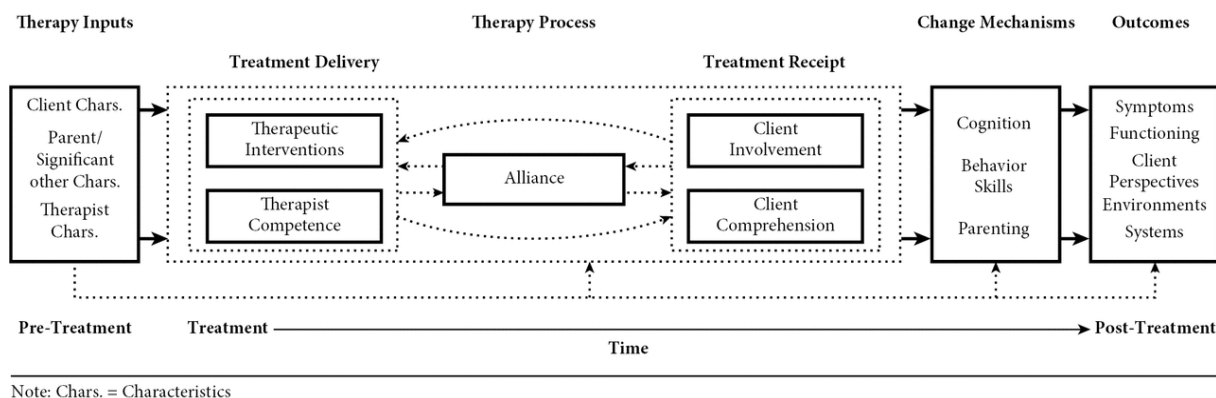
På tross av at KAT er den anbefalte behandlingen for angst hos barn, har metastudier funnet at omtrent 40% av barn ikke oppnår full remisjon etter KAT-behandling (Cartwright-Hatton, Roberts, Chitsabesan, Fothergill & Harrington, 2004; James et al., 2005; James et al., 2015). Dette peker mot et behov for å utforske hva som kan styrke effekten av angstbehandling for barn.

4 Hva er virksomt i terapi?

Forskning har kartlagt ulike faktorer som har sammenheng med utfall av terapi. Det finnes flere teoretiske modeller som forklarer hvordan slike faktorer henger sammen med, eller fungerer som, endringsmekanismer i terapi. Slike modeller kan være et nyttig hjelpemiddel for bedre å forstå hvordan behandling kan forbedres. Denne oppgaven tar utgangspunkt i en slik modell (se Figur 1).

4.1 Teoretisk modell for endring

En teoretisk modell er blitt utviklet av Fjermestad, McLeod, Tully og Liber (2016) for å belyse hvordan terapi fører til endring hos barn. Modellen er basert på en gjennomgang av forskning på forhold mellom variablene presentert i Figur 1. Som vist i figuren deles modellen inn i fire grupper variabler: (1) terapi-input (karakteristikk tilstede ved begynnelsen av terapiforløpet), (2) terapiprosess (variabler som bidrar til symptomreduksjon), (3) endringsmekanismer og (4) utfall. Variablene presenteres på en tidslinje i nevnte rekkefølge, og påvirkningen antas å hovedsakelig gå i denne retningen.



Figur 1. Modell for prosess og utfall i terapi med barn og ungdom (gjengitt med tillatelse; Fjermestad et al., 2016)

Prosessvariablene er komplekse, da flere av dem antas å påvirke hverandre. For eksempel antas allianse å både påvirke og påvirkes av de øvrige prosessvariablene, deriblant terapeutintervensjoner. Modellen har spesielt fokus på terapeutintervensjoner som man antar styrker allianse og klientinvolvering. Evidensgrunnlaget for sammenhengene mellom

prosessvariabler er for øyeblikket preliminært. Forfatterne foreslår at modellen kan brukes videre som teoretisk rammeverk i forskning innenfor dette feltet.

Vi har ønsket å empirisk undersøke den antatte sammenhengen mellom terapeutintervensjoner og allianse som legges frem i modellen. Samtidig vil vi problematisere begrepet terapeutintervensjoner. *Intervensjon* impliserer at det er en atferd som er designet for å endre noe ved klienten. Ettersom det enda ikke er klart hva slags atferd som virker alliansebyggende, blir det upresist å kalle det *intervensjon*. Mye av atferden som er antatt å virke alliansebyggende vil sannsynligvis ikke alltid bli gjort med en intensjon om å bygge allianse. Vi argumenterer for at det vil være mer korrekt å bruke begrepet «alliansebyggende atferd», som foreslått av Creed og Kendall (2005). Dermed er sammenhengen mellom alliansebyggende *atferd* og allianse hovedfokus i vår oppgave. Videre i oppgaven vil vi bruke begrepet «alliansebyggende atferd» om terapeutatferd som antas å virke alliansebyggende. Vi vil først mer inngående presentere alliansebegrepet, deretter diskutere mulige utfordringer med alliansebygging med barn, for så å presentere forskningen som foreligger på terapeutatferd.

4.2 Allianse

Alliansebegrepet har mange beslektede og overlappende begreper, blant annet «terapeutisk allianse», «arbeidsallianse» og «hjelpende allianse» (Jensen, Haavind, Gulbrandsen, Mossige, Reichelt & Tjersland, 2010). Disse har noe varierende definisjoner. Bordin (1979) har formulert den mest anvendte definisjonen av allianse. Han definerer allianse som bestående av tre adskilte, men relaterte dimensjoner: bånd, oppgave og mål. «Bånd» er det affektive aspektet i relasjonen mellom klient og terapeut. «Oppgave» refererer til enighet om og deltakelse i aktivitetene i terapi. «Mål» omhandler enighet om behandlingsmål. Oppgave og mål kan anses som komponenter ved alliansen som krever en viss grad av samarbeid mellom terapeuten og klienten.

Viktigheten av allianse er tydelig i de mange studiene som har vist en sammenheng mellom allianse og behandlingsutfall i psykoterapi med voksne (Horvath & Bedi, 2002). Allianse er den faktoren ved terapi som er best dokumentert som å bidra til positive kliniske utfall uavhengig av terapeutisk tilnærming (McLeod, 2011). Ulike studier har funnet at alliansen hos voksne har en effektstørrelse (Cohens r) mellom .22 og .29 på utfall (Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds & Wampold, 2012; Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds & Horvath, 2012; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske & Davis, 2000). Cohens r over .24

regnes som en middels effektstørrelse (McLeod, 2011). Til sammenligning har sammenhengen mellom allianse og utfall blitt forsket lite på i barne- og ungdomsfeltet. Styrken til assosiasjonen allianse-utfall i barnefeltet er fortsatt uavklart, og effektstørrelsene har vært små, med r som varierer fra .14 (McLeod, 2011) til .22 (Shirk et al., 2011). Foreløpig antyder resultatene i metastudier at en sterk allianse henger sammen med symptomlette hos barn, selv om sammenhengen muligens er lavere på barnefeltet sammenlignet med voksenfeltet (McLeod, 2011).

Terapeutens evne til å oppnå en sterk allianse med barnet ser altså ut til å bidra til positive utfall. Ut fra slike funn kan man forstå en god allianse mellom terapeut og klient som en forutsetning for at barnet skal kunne nyttiggjøre seg av terapi. Å etablere en god allianse anses som viktig uavhengig av hvilken terapiretning man befinner seg innenfor, og det kan tenkes at alliansebygging foregår på forskjellige måter innenfor ulike retninger. Ettersom denne oppgaven benytter materiale fra KAT, vil vi i følgende avsnitt beskrive alliansens rolle i denne behandlingstilnærmingen.

4.2.1 Allianse i KAT

Allianse kan anses som en integrert del av KAT (Fjermestad, 2011). I KAT legges det vekt på at barnet selv skal delta aktivt i behandlingen, samt at behandlingen er et samarbeid mellom terapeuten og barnet. Eksempelvis samarbeider barnet og terapeuten om å finne frem til sammenhenger mellom barnets uhensiktsmessige tanker og vonde følelser. Videre bør terapeuten i KAT ha en holdning om seg selv som en person som ikke sitter med alle svarene, men har noen idéer som kan testes ut, og noen måter å evaluere om disse idéene har verdi for barnet (Kendall, 1993). I KAT etterstreber terapeuten dermed å involvere barnet og legge til rette for at barnet får en viss agens i behandlingen. Terapeuten forsøker, gjennom samarbeid, å utvikle barnets problemløsningsevne til å bli mer selvstendig (Kendall, 1993). Dette kan illustreres med sokratisk utspørring, som går ut på å stille undrende, tentative spørsmål med den hensikt at barnet blir veiledet til å selv oppdage sammenhenger eller finne frem til nye tolkninger, heller enn at terapeuten foreslår dette (Dummett, 2013). Dette understreker hvordan særlig samarbeidsaspektet av alliansen er integrert i KAT.

Det emosjonelle aspektet ved alliansen («båndet») blir viktig når KAT-terapeuten skal hente frem barnets erfaringer og opplevde vansker, og når barnet oppfordres til eksponering fremfor unngåelse. For at barnet skal delta aktivt bør han/hun ha en viss trygghet overfor terapeuten. Utforskning av erfaring og oppmuntring til eksponering setter krav til terapeutens

evne til å formidle empati, støtte og tro på bedring. Viser terapeuten disse evnene i slike intervensjoner, kan det tenkes å bidra til å en videre forsterking av det emosjonelle båndet mellom terapeuten og barnet. Ettersom allianse anses å være en integrert komponent i KAT, vil det være interessant å undersøke hvor mye alliansebyggende atferd som faktisk forekommer i slik terapi.

4.2.2 utfordringer knyttet til alliansebygging med barn med angst

Det er flere utfordringer knyttet til å danne en god allianse i terapi med barn. Barn blir nesten alltid henvist til terapi av voksne, og kan være motvillige til å motta terapi (Shirk & Saiz, 1992). I tillegg kan barn ofte bagatellisere eller fornekte psykiske problemer, da de ofte mangler innsikt i det som er vanskelig, og ikke har innsett at de ønsker forandring (DiGiuseppe, Linscott & Jilton, 1996). Det er også økt forekomst av atferdsproblematikk hos barn som blir henvist til psykoterapi (Southam-Gerow, Weisz & Kendall, 2003). Dette kan gjøre det enda mer utfordrende å oppnå en god allianse. Et annet moment som kompliserer alliansebygging i terapi med barn er at terapeuten kan ha utfordringer med å ta hensyn til barnets utviklingsnivå. For eksempel rapporterer yngre barn med angst mindre ubehag enn eldre barn samme diagnose (Kendall & Ollendick, 2004). Det er usikkert om dette skyldes mindre angstsymptomer eller om yngre barna er dårligere på å gjenkjenne ubehag knyttet til angst. Uansett kan dette føre til at det blir vanskeligere å komme frem til et felles mål, samt å motivere de yngre barna til å nå dette målet.

Behandlingen av angstlidelser kan by på ytterligere utfordringer. Barn med angstlidelser har i snitt høyere grad av hemmet temperament (behavioural inhibition) (Claus & Blackford, 2012; Hirshfeld et al., 1992). Dette medfører at de er mer sjenerte, legger mer bånd på seg i nye situasjoner og kvier seg mer for å svare på vanskelige spørsmål (Hirshfeld et al., 1992; Kendall & Ollendick, 2004). Alliansebygging blir da viktigere for at barnet skal kjenne seg trygt nok til å engasjere seg i terapien. At barnet føler seg trygt er også en forutsetning for å kunne snakke om det som er vanskeligst. Det kreves mer av terapeuten for å opparbeide trygghet til å snakke om det vanskeligste når barnet har større grad av hemmet temperament.

Ved bruk av KAT som behandlingsform for barn med angstlidelser kan det være spesielt utfordrende å opprettholde en god allianse. KAT benytter eksponeringsoppgaver som innebærer at barnet blir utfordret til å gå inn i angstprovoserende situasjoner. Mange klinikere er bekymret for alliansebrudd i slike situasjoner, for eksempel ved at terapeuten er for

pressende, på tross av at det ikke foreligger empirisk belegg for dette (Kendall et al., 2009). På samme tid har eksponeringsoppgavene potensiale for å styrke alliansen, dersom barnet opplever mestring eller at mulige alliansebrudd blir godt håndtert.

De nevnte utfordringene gjør det viktig å undersøke hvordan allianse kan forbedres i terapi med barn. Denne problemstillingen har fått relativt lite oppmerksomhet i forskningen så langt (McLeod, 2011; Shirk et al., 2011).

4.3 Alliansebyggende atferd

En mulig inngangsport til å finne ut av hvordan en god allianse kan opparbeides i terapi er å studere terapeutatferd. En problemstilling knyttet til terapeutatferd handler om hvordan det skal måles. Så vidt vi vet har alle studiene som har brukt terapeutatferd som prediktor for allianse i terapi med barn målt atferden ved observasjon. Studiene er basert på kodingsskjema som observatører fyller ut mens de ser eller hører på opptak av terapitimen. Alliansebyggende atferd kan være problematisk å måle ved selvrapport, ettersom det kan være vanskelig for terapeuten å huske hvor mye de gjorde av ulik atferd. Selvrapport vil i tillegg være sårbart for sosial ønskevridighet. Derfor vil vi argumentere for at observasjon er en mer objektiv metode for å måle terapeutatferd.

Det finnes ulike kodingsskjema for å måle terapeutatferd ved observasjon. Studier som har brukt de ulike kodingsskjemaene blir presentert i Tabell 1. I denne oppgaven har vi valgt å bruke Adolescent Alliance Building Scale (AABS; Shirk, Gudmundsen, McMakin, Dent & Karver, 2003; Shirk & Jungbluth, 2014). Dette kodingsskjemaet er det mest brukte for å undersøke sammenhengen mellom terapeutatferd og allianse. Det har blitt publisert to studier og en hovedoppgave som bruker AABS (Russell, Shirk & Jungbluth, 2008; Karver et al., 2008; Abrahamsen, 2016). I tillegg har AABS blitt brukt for å undersøke sammenhengen mellom terapeutatferd og klientinvolvering (Jungbluth & Shirk, 2009). Så vidt vi vet har andre kodingsskjema for koding av alliansebyggende atferd bare blitt brukt i én studie hver (Fjermestad, 2016; Se Tabell 1). Vi har valgt å bruke AABS siden det er det mest brukte kodingsskjemaet. Videre vil vi kort beskrive de tidligere studiene som har brukt AABS. En detaljert beskrivelse av AABS blir presentert senere (se Tabell 3).

Tabell 1

Studier som har undersøkt alliansebyggende atferds effekt på allianse

Forfattere	År	Kodingskjema	Atferd som har effekt på allianse
Diamond, Liddle, Hogue, & Dakof	1999	Alliance Building Behaviour Scale (ABBS) (Diamond, Liddle, Dakof, Hogue, & Johnson-Leckrone, 1996)	Positiv: rette oppmerksomheten mot ungdommens erfaring, formulere personlig meningsfulle mål, presentere seg som en alliert for ungdommen.
Creed & Kendall	2005	Therapist Alliance Building Behavior Scale (TABBS) (Creed & Kendall, 2005)	Positiv: økt samarbeid, ikke være for formell. Negativ: presse ungdommen til å snakke, å overdrive felles forståelse
McLeod & Weisz	2005	Therapy Process Observational Coding System for Child Psychotherapy—Strategies scale (TPOCS-S) (McLeod, 2001)	Positiv: økt bruk av CBT-intervensjoner.
Russell, Shirk, & Jungbluth	2008	Adolescent Alliance Behaviour Scale (AABS) (Shirk, Gudmundsen, McMakin, Dent, & Karver, 2003)	Positiv: ulik bruk av typer atferd i ulike deler av timen.
Karver et al.	2008	Adolescent Alliance Behaviour Scale (AABS)	Negativ: mistolkning eller forvrengning, mislykket anerkjennelse av emosjon, kritikk, spørre for mye om hendelser og situasjoner, huske for mye av tidligere informasjon om ungdommen.
Abrahamsen	2016	Adolescent Alliance Behaviour Scale Revised (AABS-R) (Shirk & Jungbluth, 2014)	Negativ: for mye strukturering av timen (ikke signifikant som prediktor).

I en studie ble det undersøkt om skåre på AABS i time 1 kunne predikere allianse i time 3 og 4 (Russell et al., 2008). Utvalget bestod av 54 ungdommer diagnostisert med depresjon (gjennomsnittsalder=15.8 år, SA=1.2, 67 % jenter). Faktoranalyse ble brukt for å gruppere de 16 leddene på AABS til fire generelle domener. Disse domenenene ble operasjonalisert som: (a) erfaringsbasert sosialisering - «Terapeuten får frem og utforsker ungdommens perspektiver for å personliggjøre behandlingsmodellen. Han/hun presenterer denne modellen for klienten.»; (b) terapeutresponsivitet - «Terapeuten er responderende i sin støtte av ungdommens forsøk på å få perspektiv på sine affektladete opplevelser.»; (c) terapeutfeil - «Terapeuten har ikke klart å forstå ungdommens opplevelse eller har vært sint og kritisk mot ungdommen.»; og (d) remoralisering - «Terapeuten tilbyr optimistiske synspunkt på utfallet av ungdommens behandling, samt støtter opp om engasjement og motivasjon for endring». Økt bruk av erfaringsbasert sosialisering i starten av timen

predikerte klientvurdert allianse, mens bedre terapeutresponsivitet og økt bruk av remoralisering på slutten av timen predikerte terapeutvurdert allianse (Russell et al., 2008).

I en annen studie ble det undersøkt om terapeutatferd målt med AABS i time 1 og 2 predikerte allianse i time 3 (Karver et al., 2008). Utvalget bestod av 23 ungdommer med depressive symptomer som hadde forsøkt å ta livet sitt (Gjennomsnittsalder = 14.6 år, SA = 1.8, 52% jenter). Deltakerne ble delt inn i to ulike grupper som fikk to ulike typer behandling: KAT og “Non-Directive Supportive Therapy” (NST). Forskerne gjorde noen modifikasjoner ved AABS ved at de tok ut ledd som var lite reliable og som i liten grad ble observert. Etter endringene ble 10 ledd brukt for å kode terapitimene. Ledd som korrelerte høyt med hverandre ($r > .40$) ble gruppert sammen til tre domener: (a) terapeutfeil - mistolkning eller forvrengning, mislykket anerkjennelse av emosjon, kritikk, spørre for mye om hendelse og situasjon, huske for mye av tidligere informasjon om ungdommen; (b) sosialisering - presentere terapimodellen, presentere terapi som samarbeid, målsetting; og (c) relasjon - støtte og utforske subjektiv erfaring av følelser, tanker eller ønsker. Forskerne hadde en hypotese om at hvor mye terapeutene gjorde av de ulike typene terapeutatferd ville variere basert på type behandling. De fant at terapeutene gjorde mer av sosialisering ved KAT, men det var ingen forskjell mellom type behandling på rapport og terapeutfeil. Terapeutfeil viste seg å være en signifikant prediktor for allianse. Det ble ikke funnet noen interaksjonseffekter mellom terapeutatferd og type behandling (Karver et al., 2008).

AABS ble brukt i en tredje studie for å undersøke om det var en sammenheng mellom terapeutatferd og klientinvolvering (Jungbluth & Shirk, 2009). Utvalget var 42 ungdommer mellom 14 og 18 år (gjennomsnittsalder = 15.7 år, SA = 1.1, 64% jenter) som møtte kriteriene for depresjon. I denne studien grupperte ikke forskerne de ulike leddene inn i domener. I stedet sjekket de korrelasjoner for hvert enkelt ledd på AABS opp mot mål på klientinvolvering. Tre ledd korrelerte signifikant med klientinvolvering. Disse var: å utforske erfaring, å utforske ungdommens motivasjon, og å strukturere timen. Det ble gjennomført en regresjonsanalyse med disse leddene, som viste at disse terapeutatferdene var statistisk signifikante prediktorer for klientinvolvering. Grad av strukturering hadde en negativ påvirkning på motivasjon, slik at mye struktur førte til at ungdommen var mindre motivert.

I en hovedoppgave ble det undersøkt om skåre på AABS i time 2 predikerte allianse i time 6 (Abrahamsen, 2016). Utvalget i studien var 56 barn og ungdom mellom 10 og 18 år (gjennomsnittsalder = 14.9 år, SA = 2.2, 79% jenter) som hadde opplevd minst ett traume. Deltakerne mottok Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) i BUP. I motsetning til studiene nevnt ovenfor, ble det ikke funnet en underliggende faktorstruktur i AABS. Dermed

ble ikke de ulike leddene kategorisert i domener. I stedet ble sammenhengene mellom hvert enkelt ledd på AABS og skåre på det barnerapporterte alliansemålet Therapeutic Alliance Scale for Children, Revised (TASC-R) undersøkt. Det eneste av de ti leddene som hadde en statistisk signifikant korrelasjon med TASC-R var struktur. Denne korrelasjonen var negativ. Det vil si at mer strukturering av timen og at terapeuten snakket mer enn barnet var forbundet med dårligere allianse. Denne sammenhengen var ikke statistisk signifikant i en regresjonsanalyse (Abrahamsen, 2016).

Forskning på terapeutatferd er en svært kompleks og tidkrevende prosess. Dette kan være en mulig årsak til at sammenhengen mellom terapeutatferd og allianse har blitt viet relativt lite oppmerksomhet. Kompleksiteten av prosessen kan også forklare at ulike studier har brukt samme kodingskjema på ulike måter, slik at de blir vanskelige å sammenlikne. Feltet er fortsatt i startfasen, noe som medfører at det enda ikke er tydelig hva slags analysenivå (for eksempel enkelte spesifikke terapeutatferder eller grupperinger av disse) som er mest hensiktsmessig for å studere terapeutatferd. AABS er det instrumentet som har kommet lengst på denne veien, ved at det allerede har vært igjennom en revideringsprosess og at det har blitt brukt i flest studier. Samtidig er det behov for mer forskning for å komme frem til en konsensus om hvordan det burde brukes. Det gjenstår også at studier som har brukt AABS blir replikert.

5 Oppgavens relevans

Alliansen kan forstås som en integrert del av KAT for barn, da både samarbeidsaspektet og det emosjonelle båndet søkes ivaretatt gjennom intervensjonene og den terapeutiske holdningen i KAT (Fjermestad, 2011). I tillegg virker alliansen spesielt viktig i terapi for barn med angst, for at disse skal føle seg trygge nok til å fortelle om sine bekymringer og delta aktivt i terapien. Vi vil med denne oppgaven undersøke hvilke terapeutatferder som styrker alliansen vurdert av barnet. Vår valgte metode for å undersøke alliansebygging er AABS, da dette er det kodingsskjemaet for alliansebyggende atferd som er mest benyttet i forskning. Materialet som er brukt i denne studien er hentet fra terapi med barn med angstlidelser som får et manualbasert KAT-program i BUP. Selv om flere manualbaserte KAT-programmer anses som evidensbasert behandling, møter de ofte skepsis i klinikker grunnet utfordringer knyttet til manualbruk (Neumer, Martinsen, Gere & Villabø, 2011). Når 40% av barn ikke opplever effekt av KAT, er det tydelig at det fortsatt mangler kunnskap om hvordan terapeuter skal lykkes i å behandle angst. Alliansen kan anses som en forutsetning for at terapien skal ha effekt, men det trengs mer kunnskap om alliansebygging med barn og ungdom. Det er en fordel å undersøke dette i virkelighetsnære settinger fremfor forskningsklinikker. Denne oppgaven bidrar til innsikt i alliansebygging i en naturlig klinisk setting, og resultatene vil i større grad kunne generaliseres til å gjelde for de barna som får behandling i offentlige klinikker.

6 Problemstillinger

Vår hovedproblemstilling er hvorvidt det finnes bestemte terapeutatferder som predikerer ungdommens vurdering av allianse. Tre forskningsspørsmål vil bli undersøkt for å besvare denne problemstillingen.

Vårt første forskningsspørsmål er: *Hvilke terapeutatferder forekommer mest?* De aktuelle terapeutatferdene vi undersøker er målt med 10 ledd i det observasjonsbaserte kodingsskjemaet AABS-R (se 7.2). Dette er et åpent, beskrivende forskningsspørsmål da kun et begrenset antall studier har benyttet dette kodingsskjemaet tidligere, og ingen har forsket på barn med disse typene angstlidelser i denne kulturelle settingen.

I den aktuelle delen av ATACA-studien mottok barna manualbasert KAT-behandling med FRIENDS For Life (FRIENDS)-programmet. Ettersom manualen finnes i to versjoner basert på aldersgruppe (8-12 år og 12-16 år), er vårt andre forskningsspørsmål: *Er det forskjell i mengde terapeutatferd som gjøres basert på hvilken manualversjon som er brukt?* Dette spørsmålet er interessant med tanke på at alliansebyggende atferd kan forstås som en integrert del av KAT. Dersom dette er tilfelle vil det være naturlig at det er en forskjell på hva terapeutene gjør når de benytter ulike manualversjoner. Vi har en hypotese om at vi for noen ledd vil finne forskjeller i forekomst med bruk av barne- versus ungdomsmanualen, men vi har ingen hypotese om hvilke ledd dette vil gjelde. Ettersom bruk av ulike manualer er basert på barnets alder i denne studien, vil det være vanskelig å si om forskjeller i alliansebyggende atferd skyldes manualversjon eller alder. Dersom vi finner forskjell mellom manualversjoner, kan dette også indikere at barnets alder kan ha betydning for mengden og typen alliansebyggende atferd terapeuter gjør.

Vårt siste forskningsspørsmål er: *Predikerer terapeutatferd målt med AABS i time 2 barns vurdering av allianse i time 3 og 7?* For å besvare dette vil vi først undersøke om noen av atferdene korrelerer signifikant med det barnerapporterte alliansemålet Therapeutic Alliance Scale for Children - Revised (TASC-R), for et underutvalg på N = 53. Eventuelle signifikant korrelerte ledd vil inkluderes som prediktorer i en multippel regresjon. Vi vil kontrollere for manualgruppe i regresjonsanalysen. Ettersom det er forskjellige typer terapeutatferd som har hatt en effekt på allianse i tidligere studier (se Tabell 1), har vi ingen hypotese om hvilke terapeutatferder som kommer til å predikere allianse.

7 Metode

7.1 ATACA-Studien

Denne oppgaven tar utgangspunkt i datamaterialet og videoopptak av terapi fra barnedelen av ATACA-studien (prosjektledere Einar Heiervang og Odd E. Havik, se Wergeland et al., 2014). ATACA-studien undersøkte effekten av KAT ved behandling av angstlidelser i BUP, samt forskjellen i behandlingsutfall mellom gruppeterapi og individualterapi. Studien ble utført mellom 2008 og 2012 og er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge (prosjektnummer 2011/1004).

7.1.1 Deltakere

Deltakerne i ATACA-studien var 182 barn mellom 8 og 15 år (Gjennomsnittsalder = 11.5 år, SA = 2.1, 53% jenter) som fikk behandling for angstlidelser ved syv ulike BUP-er på Vestlandet i Norge.

I denne oppgaven har materiale fra barna som fikk individualterapi blitt brukt. Det var 91 barn som fikk individualterapi (gjennomsnittsalder = 11.4 år, SA = 2.1, 51.5% jenter). Ved rapportering av etnisitet oppgav 86.8% europeisk og 1.1% asiatick (12.1% rapporterte ikke etnisitet). Barna var henvist til behandling for angstlidelser ved syv ulike BUP-er mellom år 2008 og 2010. Et inklusjonskriterium var at barna var diagnostisert med enten separasjonsangst, sosial fobi eller generalisert angstlidelse med det diagnostiske intervjuet Anxiety Disorders Interview Schedule – Child and Parent version (ADIS-C/P). Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, psykotisk lidelse og psykisk utviklingshemning var eksklusjonskriterier. En femtedel av barna kom fra hjem med aleneforsørger. Registrar General's Social Class coding scheme (Currie et al., 2008) ble brukt som indikator for sosioøkonomisk status. Foresattes sosioøkonomiske status ble klassifisert som høy (25.3%), middels (51.6%) og lav (9.9%). Det var 13.2% manglende data om status.

Fra de 91 terapiforløpene var 80 videoer tilgjengelige for koding. En av barnets foresatte deltok de siste 15 minuttene av timen. Vi kodet ikke sekvensene som foresatte var med i, ettersom AABS-R ikke er designet for alliansebygging med foresatte, og allianse til foresatte faller utenfor problemstillingen til denne oppgaven.

7.1.2 Behandling

En oversatt versjon av FRIENDS For Life (FRIENDS)-programmet (Barrett, 2004; 2008; 4. versjon) ble brukt i ATACA-studien. FRIENDS manualbasert KAT-program med 10 60-minutters sesjoner fordelt over 10 uker. Oversettelsen ble gjort av et norsk team i samarbeid med Barrett, forfatteren av manualen. Det ble i tillegg gjort små endringer i manualen for å tilpasse den til norsk kultur. Det er to versjoner av FRIENDS-manualen: én for barn (8-12 år) og én for ungdom (12-15 år). Tolvåringene i studien ble randomisert til enten barnemanualen eller ungdomsmanualen. FRIENDS-programmet har vist seg å være effektivt ved behandling av angstlidelser hos barn også i andre studier (f.eks. Liber et al. 2008; Shortt, Barrett & Fox, 2001). FRIENDS har også blitt benyttet som forebyggende tiltak i skoler (Neumer, Martinsen, Gere & Villabø, 2011). FRIENDS inneholder flere elementer som baserer seg på KAT. Terapeutene jobber med barnas evne til å gjenkjenne, nyansere og beskrive følelser og kroppslige fornemmelser. Følelser og reaksjoner knyttes til hjelpsomme og ikke-hjelpsomme tanker i utfordrende situasjoner. Barna får øvelse i å selv hente frem hjelpsomme og hensiktsmessige tanker. Terapien innebærer også trening på avslapningsøvelser. Barnet og terapeuten lager i samarbeid planer og strategier for eksponering. Hensikten er at barnet skal mestre stadig mer angstskapende situasjoner uten bruk av uhensiktsmessige strategier, slik som unngåelse. Begge manualversjonene (for barn og ungdom) inneholder essensielle og valgfrie behandlingsoppgaver. Tabell 2 illustrerer forskjellen på innhold i time 2 med barn og ungdommer.

Tabell 2

Eksempler på aktiviteter i time 2

Eksempler	Barnemanual (51 videoer)	Ungdomsmanual (22 videoer)
1	Identifisere følelsesansikt	Samtale om hva selvtillit betyr for ungdommen
2	Fargelegge følelsesansikt	Hvordan vises selvtillit, hva gjør og hvordan tenker de som har positiv selvtillit?
3	Mime og gjette følelsesuttrykk	Ungdommen forteller om noe han/hun har oppnådd innenfor ulike kategorier i livet
4	Introduksjonstekst: hjelpsomme tanker	Introduksjonstekst: «Trygghetssymboler» (feilattribuering av mestring til ytre objekter fremfor egen prestasjon)
5	Fylle inn tanker, følelser og handlinger i både hyggelig og skremmende situasjon	Beskrive vanskelig situasjon, trygghetssymboler samt hvilke personlige egenskaper som faktisk hjalp ungdommen å takle situasjonen.

I time to var oppgavene til barna knyttet til å lære seg sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd. Ungdommenes oppgaver var mer relatert til selvtillit.

7.1.3 Terapeutene og klinikkene

Totalt 15 terapeuter gjennomførte de individuelle terapiforløpene i ATACA-studien. Ni av disse var psykologer, fem var kliniske pedagoger, og én var klinisk sosionom. Fjorten av terapeutene var kvinner og én var mann. Alle var fast ansatte på BUP-ene og hadde blitt med i studien frivillig. Terapeutene hadde gjennomsnittlig 12 år klinisk erfaring. Fem terapeuter hadde fullført en formell 2-årig etterutdanning i KAT. De øvrige terapeutene hadde liten eller ingen formell trening i KAT i forkant av studien. Før studien hadde terapeutene deltatt på et to-dagers kurs om KAT og angst, samt et to dagers kurs for FRIENDS-programmet. De hadde også gjennomført to pilotbehandlinger hver. Terapeutene hadde i gjennomsnitt 5.9 pasienter hver i studien (SA=2.5, rekkevidde=2-10).

Underveis i behandlingen fikk terapeutene veiledning fra en av to erfarne KAT-behandlere, som hadde lisens til å trene terapeuter i FRIENDS-programmet. Én terapeut rapporterte å ha fått mer enn 100 timer KAT-veiledning før studien startet, to rapporterte 80-99 timer, en rapporterte 50-79 timer, tre rapporterte 20-49 timer, og åtte rapporterte færre enn 20 timer.

7.1.4 Resultater fra ATACA-studien

Av barna som fikk behandling oppnådde 23% komplett remisjon (møtte ikke lenger kriterier for noen av inklusjonsdiagnosene) etter endt behandling (Wergeland et al., 2014). Kun 3% av barna på venteliste oppnådde det samme. I behandlingsgruppen opplevde 55% symptomlette etter endt behandling, sammenlignet med 32% av barna på venteliste. Det ble ikke funnet noen statistisk signifikante forskjeller mellom individualterapi og gruppeterapi. I tillegg ble det funnet en assosiasjon mellom skåre på barnerapportert allianse og behandlingsutfall (Fjermestad et. al., 2015). Kombinasjonen av den relativt lave remisjonsraten og den påviste sammenhengen mellom allianse og utfall gjør det særlig viktig å undersøke om terapeutatferder påvirker barnets allianse i dette utvalget. Denne kunnskapen kan da brukes til å identifisere konkrete terapeutatferder behandlere kan få opplæring i med sikte på å bedre behandlingsutfall.

7.2 Adolescent Alliance Building Scale (Revised)

AABS er en observasjonsbasert kodingsmanual som opprinnelig ble utviklet for et utvalg barn med depresjon som mottok KAT-behandling eller støtteterapi (Shirk et al., 2003). Skalaen var ment å måle terapeutatferder som antas å være relevant for å skape en terapeutisk allianse med klienter. Mulig alliansebyggende terapeutatferder ble identifisert basert på en litteraturgjennomgang og gjennomgang av behandlingsmanualer for internaliserende lidelser (Karver et al., 2008; Shirk et al., 2003).

Manualen inkluderte i den første versjonen følgende ledd som antas å bidra til en god allianse: terapeuten henter frem informasjon, utforsker subjektiv opplevelse, formulerer mål, presenterer behandlingsmodellen, presenterer den samarbeidende formen til terapien, uttrykker støtte, og gjenkaller tidligere informasjon fra klienten. Manualen inkluderte i tillegg ledd som antas å påvirke alliansen negativt: terapeuten forvrenger eller misforstår, mislykkes i å anerkjenne ungdommens følelser, eller kritiserer ungdommen.

Shirk oppgav i personlig kommunikasjon (2017) at de originale AABS-leddene kunne deles inn i 2 klustre; rapportbygging og behandlingssosialisering. Han fortalte også at det er gjort tre studier med de originale leddene, og disse har vist noe inter-item korrelasjon, men ikke en fullstendig likhet med grupperingene i den originale modellen. Manualen har etter bruk i flere studier blitt revidert i den forstand at små endringer har blitt gjort på de originale leddene, før ledd med lav reliabilitet har blitt fjernet og høyt korrelerende ledd har blitt sammenslått (Jungbluth & Shirk, 2009; Karver et al., 2008).

AABS-R (Shirk & Jungbluth, 2014), som ble brukt i denne studien, er den nyeste versjonen og består av ti ledd: åtte spesifikke atferdskoder, og to globale vurderinger av struktur og støtte (se Tabell 3). I våre kodinger delte vi hver video inn i segmenter på 5 minutter, etter anbefaling fra utviklerne av AABS-R (Shirk & Jungbluth, 2014). For hvert segment observerte og kodet vi nivået av hvert atferdsledd, deretter graden av atferden. Intensjonen med denne inndelingen var å fange opp forskjeller både i kvalitet og kvantitet på relevante terapeutatferder, samt å forbedre reliabilitet, tydelighet, og alternativer for skåring.

Tabell 3

Forklaring av nivåer på ulike AABS-ledd

Spesifikt ledd	Nivå 1	Nivå 2
Ledd 1: Utforske Erfaring	Terapeuten får frem grunnleggende informasjon (alder, skoleklasse, hvem som bor i hjemmet, favorittaktiviteter osv.)	Terapeuten får frem informasjon om signifikante hendelser eller opplevelser (eks. «Hva var det som skjedde da du begynte å bli deprimeret?», «Hva følte du da hunden din døde?»).
Ledd 2: Presentere som Alliert	Terapeuten uttrykker enighet med barnets mål eller perspektiver og snakker vagt om å hjelpe («Det burde ikke være slik for deg, kanskje vi kan jobbe med det», «Jeg hører hva du sier, kanskje vi kan endre det»)	Terapeuten uttrykker direkte enighet med barnet og foreslår en plan for å løse det: Er talsmann for barnet («Jeg er enig i at du burde kunne gå ut noen kvelder, jeg vil snakke med moren din om hvordan det kan være til hjelp for deg) ELLER lager en plan for å håndtere det (eks. «Jeg er enig i at du burde kunne gå ut noen kvelder, vi kan jobbe med hvordan du kan forhandle med din mor»).
Ledd 3: Fremme Samarbeid	Terapeuten henter til terapiens samarbeidende form ved å bruke ord som «vi», «oss», «lag», «jobbe sammen», men det er ingen direkte drøfting av samarbeidet.	Terapeuten snakker direkte om terapiens samarbeidende form eller snakker om terapi som et teamarbeid (eks. «Jeg kan ikke få deg til å endre deg, men hvis vi jobber sammen som et lag, vil vi komme videre»).
Ledd 4: Presentere Modell	Terapeuten snakker om noen aspekter ved behandlingen, f.eks. ukentlige avtaler, hvem vil du møte, varighet, og kan komme med veldig generelle uttalelser om hvordan behandling virker (eks. «I terapi kan du lære nye ferdigheter for mestring»).	Terapeuten går utover å diskutere timene, varighet osv. til å diskutere kjerneelementer i behandlingsmodellen (eks. «Grunnen til at vi kaller det KAT er at vi fokuserer på hvordan tanker og handlinger påvirker dine følelser. Disse henger sammen og vi kan forandre dine triste følelser ved å fokusere på tankene og handlingene som bidrar til dem»). Terapeuten gjør en innsats for å få frem klientens syn på modellen (eks. «Hvordan høres dette ut for deg?»). Terapeuten kobler behandlingskomponenter til barnets spesifikke symptomer (eks. «Jeg hører at du kan være veldig streng mot deg selv. En del av arbeidet vårt vil innebære å følge med på det du sier til deg selv når du er opprørt»).
Ledd 5: Formidle Håp	Terapeuten kommer med generelle uttalelser om effekten av behandlingen (eks. «Jeg tror denne behandlingen vil være til hjelp for deg»).	Terapeuten gjør den positive forventningen personlig for barnet (eks. «Jeg hører at du har mistet interessen for ting som du pleide å like. Vi skal fokusere på å bygge opp igjen tingene som får deg til å føle deg bra, det er en av måtene denne behandlingen vil hjelpe deg å bli bedre»).
Ledd 6: Utforske Motivasjon	Terapeuten får frem barnets mål eller grunn for å gå i terapi (eks. «Jeg hører hva foreldrene dine ønsker, men jeg er interessert i hva du ønsker å få ut av terapien; fortell meg om dine mål, hva kan du tenke deg å oppnå i terapi?»).	Terapeuten får frem mål/grunner og engasjerer barnet i å snakke om positive endringer, etter å ha fått frem et mål går terapeuten mer i dybden (eks. «På hvilken måte ville livet ditt blitt annerledes hvis du var mindre deprimeret?») ELLER terapeuten reflekterer og oppsummerer endringsutsagn (eks. «Jeg hører at du er lei av at energien din kommer i veien for skolearbeid, og at du virkelig har lyst til å føle deg som deg selv igjen»).

Ledd 7: Restrukturere (Kognitiv restrukturering)	Terapeuten foreslår et annet perspektiv, men utforsker det ikke noe særlig videre, eller tilbyr ikke barnet i særlig grad å reflektere på egenhånd (eks. «Jeg tenker at det du tenker er latskap egentlig er at du føler deg nedstemt»).	Terapeuten utforsker alternative perspektiver sokratiske, gir tydelig barnet mulighet til å reflektere/genere nye tanker. Stiller spørsmål for å underbygge nye tenkemåter (eks. «Kan det finnes andre grunner til at hun sa det?»). ELLER terapeuten adresserer eksplisitt barnets tenkemåte (eks. «La oss undersøke det du forteller deg selv.») om hvordan ulike tanker påvirker barnet emosjonelt eller atferdsmessig, eller for å styrke det barnet har lært ved å oppsummere eller invitere barnet til å diskutere det lærte.
Ledd 8: Gi Ros	Terapeuten gir generell ros, IKKE spesifikk til terapifatferd (eks. «Det høres ut som om du er en god venn»).	Terapeuten roser barnet for spesifikk terapirelatert atferd som selvutbrodering, ta opp et vanskelig tema, øve på en ferdighet e.l. (eks. «Det krevde mye mot å fortelle om det, bra jobbet!»)

Globalt ledd	Grad 0	Grad 1	Grad 2	Grad 3
Ledd 9: Struktur	Terapeuten gir minimal struktur, kursen for timen settes av barnet, terapeuten følger barnet, barnet snakker mye mer enn terapeuten.	Terapeuten tilbyr noe struktur, men gir barnet nok rom til å snakke, barnet leder an noen ganger, barnet snakker til en viss grad mer enn terapeuten.	Terapeuten tilbyr tydelig struktur, moderat førende gjennom aktiv spørring eller kommer med eksempler, relativ balanse mellom terapeuten og barnets snakking	Terapeuten er svært førende, leder aktivt timen, terapeuten snakker mye mer enn barnet
Ledd 10: Støtte	Terapeuten er svært likefrem og saklig orientert, nesten ingen uttrykkelse av eller uttalt støtte.	Terapeuten tilbyr liten grad av støtte, veldig begrenset antall refleksjoner eller validerende uttalelser.	Terapeuten tilbyr moderat grad av støtte, flere refleksjoner og validerende kommentarer er til stede i segmentet.	Terapeuten tilbyr høy grad av støtte. Uttrykkelse av empati og omtanke er et fremtredende trekk i segmentet, flere refleksjoner og validerende kommentarer.

Merk. Tabellen er tilpasset fra hovedoppgave av Abrahamsen (2016) med forfatterens tillatelse.

For hvert segment skal koderne avgjøre om de ulike leddene er til stede. Deretter skal terapeutatferdens kvalitet bedømmes ut fra bestemte markører. Først skåres nivå. En skåre på 0 vil si at atferden ikke er tilstede. Skåres nivået som 1 eller 2, forteller dette noe om kvaliteten eller dybden til atferden. Det vil si i hvilken grad atferdene oppfattes som spesifikke og personlig tilpassede, heller enn brede og generiske. For noen av leddene vil en koding av høyere nivå referere til at terapeuten inkluderer flere elementer i atferden. Eksempelvis må terapeuten i Presentere som Alliert (Ledd 2) både eksplisitt si seg enig med barnet, og foreslå en instrumentell plan. Det presiseres i AABS-R-manualen at nivå på hvert ledd skal kodes ut fra hva som er det dominerende nivået i segmentet.

Etter å ha kodet nivå skal koderne avgjøre *graden* av hvert enkelt ledd i segmentet. Dette refererer oftest til hvor mye tid atferden tar av segmentet. En høy skåre på grad kommer typisk av flere turtakinger i samtalen eller at terapeuten utdyper (Se vedlegg 1 for AABS-R manual).

Ledd 1-8 kodes høyere enn null dersom de spesifikke terapeutatferdene observeres i det gjeldende segmentet. Disse atferdene noteres underveis i hvert segment. De globale leddene, Struktur (Ledd 9) og Støtte (Ledd 10), blir gitt en skåre etter hvert segment. Dette er fordi det i større grad er en vurdering av det totale bildet av struktur eller støtte. I manualen beskrives det hva som må til for å oppnå grad 0-3 på de globale leddene. For Struktur (Ledd 9) inkluderer manualen for eksempel forklaringer for hvor mye plass terapeuten og barnet kan ta i timen for å oppnå de ulike skårene.

Etter koding av terapivideoer regnet vi ut gjennomsnittlige leddskårer for terapitimen, for senere bruk i analyser. Dette ble gjort ved at nivå ble multiplisert med grad i hvert segment. Så ble leddskårene (for eksempel for Fremme Samarbeid, Ledd 3) i alle timens segmenter summert og delt på antall segmenter. Slik fant vi gjennomsnittlige leddskårer for terapitimen.

7.3 Kodeprosessen

Vi valgte å kode alliansebyggende atferd i time 2 ettersom det anbefales i AABS-R-manualen å kode tidlig i behandlingsforløpet (Shirk & Jungbluth, 2014). Time 1 skiller seg betydelig ut fra de andre timene, med mye fokus på introduksjon av FRIENDS-manualen. Dermed kan time 2 forstås som første reelle behandlingstime.

Vi kodet videoer fra pilotstudien til ATACA for å få øvelse med kodingskjemaet. Disse videoene skulle ikke brukes i vår oppgave og var ikke nødvendigvis andre terapitime. Hensikten med dette var å oppnå enighet om hvordan videoene skulle skåres. I øvingsperioden arbeidet hele teamet på fire kodere (forfatterne av denne oppgaven og to andre studenter) sammen. Alle videoer i analyse materialet ble dobbeltkodet, slik at de fire medlemmene av koderteamet kodet 40 eller 41 videoer hver. Dermed måtte vi være sikre på at de to som kodet en bestemt video, ville skåre tilnærmet likt som de to av oss som ikke så på denne videoen. Skåringene fra pilotvideoene har ikke blitt tatt med i analysen. Dette fordi disse ble brukt som treningsvideoer for å koordinere våre skåring og forbedre vår enighet om skåring.

I forkant av pilotkoding satte vi oss inn i AABS-R sammen med veileder. Vår veileder har erfaring med et liknende kodesystem, og var med som klinisk spesialist og forsker tidlig i kodeprosessen. Sammen med veileder kodet vi deler av pilotvideoer. Vi stoppet da etter hver sekvens og sammenlignet skårene. Med fokus på skårer vi var uenige på, diskuterte vi hva slags atferd som kunne falle under de ulike leddene og forsøkte å finne konkrete eksempler på hva nivå og grad skulle inkludere. Vi diskuterte på forhånd bruk av AABS-R med professor Stephen Shirk og Helene Abrahamsen. Vi kodet også noen pilotvideoer uten veileder. Inkludert de vi kodet med veileder, så vi på 6 pilotvideoer til sammen.

Vi hadde AABS-R-manualen tilgjengelig under koding og kunne, om ønskelig, sette videoen på pause eller spole tilbake når som helst, også utenom stoppene mellom segmentene. Maksimalt 5 videoer ble kodet hver dag, for å unngå at tretthet skulle påvirke kodingen.

Terapivideoene ble sett individuelt av hver koder, på et lukket rom. Dette ble gjort for å bevare konfidensialitet og minimere distraksjoner. Kodingskjema for hver video ble kun merket med et ID-nummer. Utenom koding, ble videoene oppbevart nedlåst og konfidensielt (kun merket med aidentifisert kode) på Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo, etter godkjenning fra professor Einar Heiervang (prosjektleder i ATACA-studien).

For hver 20. video vi kodet ble interrater-reliabiliteten regnet ut for hvert enkelt ledd. I sammenheng med dette møttes vi og veileder for å diskutere uenighet i koding og andre problemstillinger som ble oppdaget underveis. Dette tydeliggjorde for gruppen hva som skulle inkluderes under hvert ledd.

I én video blant de som inngår i materialet var barnets mor til stede hele timen. I denne videoen var det dog tydelig at terapeuten stort sett kun henvendte seg til barnet, og i begrenset grad forholdt seg til mor. Vi valgte å kode denne på normal måte (med utgangspunkt i terapeut og barn) selv om mor var til stede, og ikke kode når terapeuten en gang iblant henvendte seg til mor.

7.4 Therapeutic Alliance Scale for Children - Revised (TASC-R)

TASC-R er et selvutfyllingskjema utviklet for å måle allianse i terapi med barn og ungdommer (Shirk et al., 2011). Den inneholder tolv ledd som besvares med en skala fra 1 til 4. Eksempler på spørsmål er: “Jeg likte å bruke tid med terapeuten.” og “Jeg og terapeuten arbeidet bra sammen for å løse problemene mine.” TASC-R tar utgangspunkt i Bordins

modell for allianse (1979). Den måler både pasient-, foresatte- og terapeutvurdert allianse. Vi brukte kun de pasientvurderte alliansemålene.

Tidligere studier har funnet god indre konsistens i TASC-R ($\alpha \geq .88$; Accurso, Hawley & Garland, 2013; Creed & Kendall, 2005). I en norske studie hadde TASC-R indre konsistens (Cronbach's α) på .77 i tredje time og .84 i syvende time (Fjermestad et al., 2015), og i en annen norsk studie .88 i første time og .91 i sjette time (Ormhaug, Jensen, Wentzel-Larsen & Shirk, 2014). Høyere skåre på TASC-R predikerer bedre behandlingsutfall (McLeod, 2011), og TASC-R har vist prediktiv validitet knyttet til utfall (f.eks. Hawley & Weisz, 2005; Ormhaug et al., 2014). Videre har TASC-R vist konvergent validitet med andre målingsinstrumenter for allianse (Accurso et al., 2013; Fjermestad et al., 2012).

I denne studien ble TASC-R fylt ut etter time 3 og time 7. Det ble satt av tid til utfylling på slutten av disse timene. Terapeuten forlot da rommet, og en administrativt ansatt var tilgjengelig dersom barnet hadde behov for hjelp med utfylling. Barnet leverte det utfylte skjemaet i en lukket konvolutt. Det var generelt liten endring (på gruppenivå) i skåre mellom de to timene for pasientvurdert og terapeutvurdert allianse. Derfor ble gjennomsnittet av skåre på TASC-R for de to timene benyttet, som et mer representativt og stabilt mål på allianse gjennom terapiforløpet. Både tidlig og sen allianse blir da representert. Av de 80 tilgjengelige videoene var det 53 som også hadde TASC-mål.

7.5 Plan for analyse

Enighet mellom koderne (interrater reliabilitet, målt ved intraklasse korrelasjonskoeffisient (ICC)), ble beregnet etter koding av 20, 40, 60 og 80 videoer. En "two-way random effects"-modell med mål på konsistens ble benyttet fordi: a) koderne for hver video kan anses som et tilfeldig utvalg kodere, b) det var ikke forskjellige kodere for hver video, og c) systematiske forskjeller mellom koderne vurderes her som irrelevant (Shrout & Fleiss, 1979). Hensikten var å undersøke om enigheten mellom kodeparene var tilstrekkelig høy, slik at vi kunne benytte gjennomsnittet av hvert koderpar sine gjennomsnittlige leddskårer for hver video i videre analyser. Målet var å oppnå ICC på .59 eller høyere, som ifølge Cicchetti (1994) tilsier et godt nivå av enighet.

En deskriptiv analyse av data ble gjennomført, inkludert sjekk av om de ulike variablene var normalfordelt. Etersom en del ($n = 27$) av deltakerne med tilgjengelige videoer manglet skårer på TASC-R ble det gjennomført en Little's Missing Completely at Random-test (MCAR), for å undersøke om det var noen systematikk i de manglende dataene. MCAR-

analysene viste at der ikke var noe mønster i manglende data (missing completely at random). Terapiforløpene som hadde alliansevurdering, men ikke video, hadde omtrent samme gjennomsnitt på TASC-R som de som hadde video. Dette styrker antakelsen om at det ikke er noen systematikk i de manglende dataene. Det ble det utført t-tester for å undersøke om det var noen forskjeller i skåre på hvert av leddene mellom gruppen med barn og gruppen med ungdom. Ikke alle antakelsene som bør ligge til grunn for å gjennomføre en t-test var tilfredsstilt for alle leddene. Noen av leddene var ikke normalfordelt (se 7.2). I tillegg var ikke antakelsen om homogen varians tilfredsstilt ved ett ledd (Restrukturere, Ledd 7), ved Levene's test. Øvrige antakelser var tilfredsstilt.

Med utgangspunkt i Fields (2000) anbefaling om å ha en utvalgsstørrelse (N) på minst 15 for hver prediktor i multippel regresjonsanalyse, besluttet vi å ikke inkludere alle 10 leddene i analysen. Derfor gjennomførte vi en bivariat korrelasjonsanalyse som utgangspunkt for å velge ut hvilke variabler vi skulle ha med videre i regresjonsanalyser. Kun ledd som viste signifikant sammenheng med allianse ville bli inkludert i regresjonsanalyser.

Vi benyttet en multippel lineær regresjonsanalyse ettersom vi hadde flere kontinuerlige uavhengige variabler som vi ønsket å undersøke virkningen av på en kontinuerlig utfallsvariabel. Den avhengige variabelen var TASC-R, og prediktorene vi undersøkte var AABS-R-leddene som hadde vist seg å korrelere signifikant med TASC-R. "Forced entry" ble benyttet da vi ikke hadde noen antagelse om at noen av våre valgte prediktorer var viktigere i å forklare utfall enn andre (Field, 2000; Mundry & Nunn, 2008). Til de statistiske analysene brukte vi IBM SPSS 24.0.

8 Resultater

8.1 Preliminære analyser

Tabell 4 viser interrater-reliabilitet, ved ICC, for hvert AABS-R-ledd mellom to og to kodere som kodet samme videoer.

Tabell 4

Interrater reliabilitet for AABS-ledd

Ledd	Koder 1 & 2	Koder 1 & 4	Koder 2 & 3	Koder 3 & 4
Ledd 1: Erfaring	.83	.16	.84	.27
Ledd 3: Samarbeid	.94	.65	.80	.08
Ledd 4: Modell	.72	.41	.81	.83
Ledd 5: Håp	.46	.67	.45	.76
Ledd 6: Motivasjon	.90	.69	.73	.79
Ledd 7: Restrukturere	.93	.23	.57	.77
Ledd 8: Ros	.79	.81	.83	.87
Ledd 9: Struktur	.60	.42	.91	.46
Ledd 10: Støtte	.79	.55	.72	-.04
Gjennomsnitt ICC	.77	.51	.74	.53

Kodeparene kodet 20 videoer hver. Gjennomsnittlig ICC var .64. ICC-skårene mellom parene er for noen av leddene betydelig lavere. I de tilfellene hvor ICC var lav (under .40) og leddene ikke var reliable basert på begge kodinger, valgte vi å kun benytte den ene koderens skåring. Vi brukte skåringen til den koderen som hadde høyest reliabilitet med en annen koder på samme ledd. Det vil si at koder 4 sine skårer ble ekskludert på leddene med reliabilitet < .40. Vi har valgt å fjerne Presentere som Alliert (Ledd 2) fra tabellen og fra beregningen av gjennomsnittlig ICC mellom koderpar, ettersom dette leddet kun ble kodet over 0 i 4 videoer og i svært få sekvenser. Dette gav stort sett for lave ICC-skårer på dette leddet, og det ble vurdert som ikke-reliabelt og utelatt fra videre analyser.

Resultatet fra den deskriptive analysen presenteres i Tabell 5. Alle leddene har en N på 80. Formidle Håp (Ledd 5), Utforske Motivasjon (Ledd 6) og Restrukturere (Ledd 7) hadde betydelig lavere snitt enn de øvrige leddene da de ofte ble kodet 0. Bemerk at Strukturering (Ledd 9) og Støtte (Ledd 10) er globale ledd og kodes annerledes enn de øvrige leddene (se 7.2). Dette bidrar til at disse gjennomgående skåres relativt høyt.

Tabell 5

Deskriptiv analyse av AABS-ledd

Variabel	Gjennomsnitt (SA)	Minimum	Maksimum	Skjevhet	Kurtose
Ledd 1: Erfaring	1.82 (0.85)	0.15	4.60	0.66	1.34
Ledd 3: Samarbeid	0.73 (0.38)	0.00	1.86	0.56	0.36
Ledd 4: Modell	1.99 (1.02)	0.00	3.95	0.05	-0.75
Ledd 5: Håp	0.14 (0.21)	0.00	1.13	2.67	8.91
Ledd 6: Motivasjon	0.13 (0.18)	0.00	1.00	2.38	7.54
Ledd 7: Restrukturere	0.32 (0.49)	0.00	2.94	3.24	12.81
Ledd 8: Ros	1.14 (0.62)	0.00	2.50	0.44	-0.60
Ledd 9: Struktur	2.22 (0.32)	1.05	2.95	-0.65	1.86
Ledd 10: Støtte	1.85 (0.30)	1.00	2.59	-0.30	0.23

For å vurdere normalfordeling tok vi utgangspunkt i at en z-verdi mellom +/-3.29 for skjevhet og kurtose indikerer at variabelen er normalfordelt (Kim, 2013). Med dette utgangspunktet kunne ikke Fremme Samarbeid (Ledd 3), Utforske Motivasjon (Ledd 6), og Restrukturere (Ledd 7) og Strukturering (Ledd 9) regnes som normalfordelte. De resterende leddene ble med denne metoden regnet som normalfordelte med et alphanivå på 0.05.

Datamaterialet inkluderte mål på allianse (TASC-R) i både time tre og time syv for 58 av barna. Gjennomsnittsskåren for alliansevurdering var 40.50 (SA = 4.70). Skårene på TASC-R hadde en spredning fra 28 til 48. Med skjevhetsverdi på -.65 og kurtoseverdi på -.16 fikk vi z-verdier som indikerte at skåringer på TASC-R var normalfordelt. For 53 deltakere var både video- og selvrappporterte alliansedata tilgjengelige.

8.2 Forskjeller i terapeutatferd som følge av ulik manual

T-testene viste forskjeller i forekomsten av spesifikke terapeutatferder i de to aldersgruppene (se Tabell 6). Forskjellen var statistisk signifikant for Utforske Erfaring (Ledd 1), Fremme Samarbeid (Ledd 3), Presentere Modell (Ledd 4), og Ros (Ledd 8). Utforske Erfaring forekom mer i ungdomsgruppen enn barnegruppen, mens Fremme Samarbeid, Presentere Modell, og Ros forekom mer i barnegruppen. T-verdien til Restrukturere (Ledd 7) skulle tilsi en statistisk signifikant forskjell mellom gruppene på dette leddet. Når det ble tatt hensyn til at antakelsen om homogen varians ikke var tilfredsstillende for dette leddet, var denne forskjellen ikke statistisk signifikant.

Tabell 6

T-test for forskjeller i skåre på ledd mellom aldersgrupper.

	Barn (n = 51)		Ungdom (n = 22)		t-verdi
	Gjennomsnitt	SA	Gjennomsnitt	SA	
Ledd 1: Erfaring	1.59	0.72	2.44	0.84	-4.40*
Ledd 3: Samarbeid	0.81	0.39	0.56	0.35	2.55*
Ledd 4: Modell	2.21	1.00	1.56	1.00	2.55*
Ledd 5: Håp	0.14	0.23	0.15	0.19	-0.20
Ledd 6: Motivasjon	0.15	0.16	0.09	0.22	1.27
Ledd 7: Restrukturere	0.27	0.28	0.53	0.81	-2.03 ^a
Ledd 8: Ros	1.25	0.66	0.94	0.49	2.01*
Ledd 9: Struktur	2.17	0.33	2.29	0.35	-1.40
Ledd 10: Støtte	1.83	0.29	1.90	0.33	-0.86

Merk. *Forskjellen er signifikante ved $p < .05$ nivået.

^a Forskjellen er ikke signifikant når homogen varians ikke er antatt.

8.3 Korrelasjoner mellom variablene

Flere av leddene i AABS-R korrelerte signifikant med hverandre (se Tabell 7). Kun Utforske Erfaring (Ledd 1), Fremme Samarbeid (Ledd 3) og Støtte (Ledd 10) var signifikant korrelert med barnets allianse (TASC-R).

Tabell 7

Korrelasjoner mellom AABS-ledd og TASC-R

	1	3	4	5	6	7	8	9	10	TASC
Ledd 1: Erfaring	1	.08	.08	.18	.05	.49*	.09	-.26*	.42*	.36*
Ledd 3: Samarbeid		1	.53*	.39*	.27*	.30*	.31*	.04	.49*	.34*
Ledd 4: Modell			1	.22	.34*	.28*	.33*	-.13	.24*	.18
Ledd 5: Håp				1	.49*	.19	.29*	.13	.35*	.10
Ledd 6: Motivasjon					1	.02	.21	.03	.28*	.15
Ledd 7: Restrukturere						1	.17	-.17	.33*	.23
Ledd 8: Ros							1	-.27*	.45*	-.01
Ledd 9: Struktur								1	-.22*	-.10
Ledd 10: Støtte									1	.30*
TASC										1

Merk. *Korrelasjonene er signifikante ved $p < .05$ nivået.

8.4 Predikerer terapeutatferd allianse?

I regresjonsanalysene ble kun de leddene som var signifikant korrelert med TASC-R brukt som prediktorer for allianse. Derfor ble Utforske Erfaring (Ledd 1), Fremme Samarbeid (Ledd 3) og Støtte (Ledd 10) inkludert som prediktorer. Antagelsene som må ligge til grunn for en regresjonsanalyse var tilfredsstilt (Field, 2000).

Ettersom to av leddene som ble inkludert i modellen var signifikant ulike mellom barn og ungdom, ble regresjonsmodellen utført på ny med kontroll for manualversjon. Manualversjon var ikke en signifikant prediktor i modellen, og endret ikke de øvrige prediktorenes signifikansnivå (se Vedlegg 4).

Tabell 8

Regresjonsanalyse med terapeutatferder (AABS-R) som prediktorer for allianse (TASC-R)

Variabel	B	Std. feil	β	t	Sig.
Konstant	34.94	4.25		8.22	.00
Ledd 1: Erfaring	2.14	0.84	0.37	2.57	.01
Ledd 3: Samarbeid	4.13	1.85	0.36	2.23	.03
Ledd 10: Støtte	-1.03	2.93	-0.06	-0.35	.73

Merk. n=53. Utfallsvariabel: TASC-R. $R^2=.24$. Adjusted $R^2=.19$. $R=.47$. ANOVA er statistisk signifikant ved $p<.05$ nivået.

Regresjonsmodellen viste at Utforske Erfaring (Ledd 1), Fremme Samarbeid (Ledd 3) og Støtte (Ledd 10) sammen kunne forklare en signifikant andel av variansen i skåre på barnevurdert allianse. Modellen predikerte at de tre nevnte terapeutatferdene ville forklare 19% av variansen (R^2_{adj}) i allianse i et naturlig utvalg. Kun Utforske Erfaring (Ledd 1) og Fremme Samarbeid (Ledd 3) var i seg selv statistisk signifikante prediktorer for allianse.

9 Diskusjon

9.1 Oppsummering av hovedfunn

Målet med denne oppgaven var å undersøke om spesifikke terapeutatferder predikerte bedre barnerapportert allianse. For å finne ut av dette undersøkte vi først hvor mye terapeutene utførte hver atferd, samt om ulike aldersversjoner av behandlingsmanualen påvirket dette. De spesifikke atferdene som forekom hyppigst var Utforske Erfaring (Ledd 1), Presentere Modell (Ledd 4) og Ros (Ledd 8). Der var signifikante forskjeller mellom barne- og ungdomsmanualen for noen av leddene. Likevel hadde manualversjon marginal innvirkning i regresjonsanalysen som predikerte barnets allianse. Utforske Erfaring (Ledd 1), Fremme Samarbeid (Ledd 3) og Støtte (Ledd 10) forklarte til sammen 19% av variansen i barnas allianseskåre. I allianseforskning innen terapi med barn er det fortsatt uklart hvilke faktorer som bidrar til en god allianse. Dermed er en modell som forklarer 19% av variansen i alliansevurderinger et betydningsfullt funn. Resultatet fra denne oppgaven gir et evidensgrunnlag for at terapeuter som utforsker barnets erfaring og som fremmer samarbeid oppnår en bedre allianse. Ettersom Støtte (Ledd 10) hadde liten prediktiv evne på allianse når de to nevnte leddene ble holdt konstante, fremstår det som at støttende atferd ikke hadde en prediktiv effekt på allianse i vårt materiale.

I det videre vil vi mer konkret beskrive hva slags terapeutatferd som ligger bak de ulike leddskårene, før vi diskuterer funnene innenfor de tre forskningsspørsmålene, utforsker styrker og svakheter ved metoden vi har benyttet og diskuterer implikasjoner av funnene.

9.2 Hva er de ulike terapeutatferdene i praksis?

Utforske Erfaring (Ledd 1) ble gitt maksimal skåre når terapeuten klarte å få til en dialog om barnets problematikk som varte lenge nok til å være en dominerende del av sekvensen. For å få til dette stilte de relevante, åpne spørsmål og viste at de fulgte med. De oppfordret barnet til å fortsette å snakke ved å stille oppfølgingsspørsmål. Lavere skåre på Utforske Erfaring (Ledd 1) ble gitt dersom dialogen var kortere eller samtaleemnet var mer trivielt. Et problem med formuleringen til dette leddet er at det krever en respons fra barnet for å få høy skåre. Terapeuten skal "få frem informasjon". Dette gjør at Utforske Erfaring (Ledd 1) påvirkes sterkt av klientvariabler.

Presentere som Alliert (Ledd 2) ble nesten aldri kodet høyere enn 0. Dette skyldtes hovedsakelig at barna i liten grad presenterte problemer som det var naturlig at terapeuten kunne si seg enig med og tilby hjelp. Det kan hende at barna gjorde mer av dette senere i terapiforløpet, når de hadde blitt mer kjent med terapeuten. Da kan det også hende at terapeutene gjorde mer av denne typen atferd. I de to sekvensene leddet ble kodet validerte terapeutene problemet barnet presenterte og tilbydde hjelp.

Fremme Samarbeid (Ledd 3) fikk maksimal skåre dersom terapeuten “*snakket direkte om terapiens samarbeidende form*”, og det varte lenge nok til å være en dominerende del av sekvensen. Dette skjedde sjeldent. Leddet ble i hovedsak kodet når terapeutene sa mye “vi”. For eksempel: “Nå skal *vi* gjøre en oppgave.”, i stedet for: “Nå skal *du* gjøre en oppgave.” Da vi kodet dette leddet differensierte vi ikke mellom hvilke kontekster det ble sagt i. For eksempel ble dette leddet kodet når terapeutene leste opp “vi” fra manualen. Dette betyr at denne terapeutatferden er direkte påvirket av innholdet i behandlingsmanualen som ble benyttet.

Presentere Modell (Ledd 4) ble gitt en høy skåre når terapeutene brukte tid på å forklare KAT-modellen inngående, stilte oppfølgingsspørsmål og/eller knyttet det opp til barnets problematikk. Ved bruk av barnemanualen skjedde dette i sekvenser hvor terapeutene leste opp en forklaring på modellen fra manualen. Det forekom også i tilknytning til ulike oppgaver, dersom terapeuten knyttet oppgavene opp til KAT-modellen eller barnets problematikk. Tommelfingerregelen for kodingen av dette leddet var at terapeuten forklarte hensikten med oppgaven eller sentrale elementer ved terapien.

Formidle Håp (Ledd 5) og Utforske Motivasjon (Ledd 6) forekom ofte samtidig. Etter at barnet hadde presentert målet med terapien uttrykte terapeutene ofte et håp om at målet kunne oppnås i løpet av behandlingen. På samme måte som Utforske Erfaring (Ledd 1) er disse leddene sterkt påvirket av klientvariabler. Hvordan barna svarer på spørsmål om motivasjon, kommer an på hvor motivert de er og om de er trygge nok til å snakke om problemene sine.

Restrukturere (Ledd 7) innebærer at terapeutene enten stimulerer til og gir rom for refleksjon, eller knytter barnets tankemåte opp til det de har lært om modellen. Det var det førstnevnte som oftest forekom i vårt materiale.

Gi Ros (Ledd 8) ble kodet som nivå 1 dersom terapeuten gav ros om noe som ikke handlet om terapien, som for eksempel: «Så flink du er til å tegne.». Nivå 2 ble kodet når det handlet om noe i terapien. Dette ble som oftest kodet når terapeutene for eksempel sa: «Bra jobbet.», etter at barna hadde gjort en terapioppgave. Av og til gav terapeutene lengre

utbroderinger om hvorfor noe barna hadde gjort var bra. De fikk da høyere skåre ettersom det tok opp større del av sekvensen.

Struktur (Ledd 9) ble i hovedsak kodet basert på hvem som snakket mest. Det ble også tatt hensyn til hvordan terapeuten la opp timen. For eksempel ble en sekvens hvor terapeuten stilte åpne spørsmål og gav barnet rom til å snakke kodet lavere enn en sekvens hvor terapeuten gav psykoedukasjon uten å stille oppfølgingsspørsmål. Vi visste på forhånd at dette leddet tidligere hadde hatt en negativ korrelasjon med allianse. Samtidig bemerket vi oss at når det ble for lite struktur, kunne det fremstå som at det gikk på bekostning av innholdet i timen. For eksempel kunne da sentral tematikk for behandlingen komme i bakgrunnen for mer trivielle samtaleemner.

Støtte (Ledd 10) var et ledd som i større grad krevde en subjektiv tolkning fra vår side. Terapeuter som uttrykte empati og omtanke, også gjennom kroppsspråk og stemme, fikk høyere skåre på dette leddet. For å gjøre det så objektivt som mulig, prøvde vi å legge mest vekt på innholdet i det terapeutene uttrykte verbalt. Samtidig er det nødvendig å ha med en tolkning av kroppsspråk, mimikk og tonefall når man skal vurdere om det terapeuten uttrykker er empatisk eller ikke.

9.3 Hvilke terapeutatferder forekom mest?

Det viste seg tidlig i kodeprosessen at visse terapeutatferder ble observert oftere enn andre. I flere av videoene kunne det være det flere påfølgende sekvenser hvor vi kun observerte Utforske Erfaring (Ledd 1), Fremme Samarbeid (Ledd 3), Presentere Modell (Ledd 4) og Ros (Ledd 8). Samtidig var det visse ledd som når de først forekom, hadde en tendens til å kodes på nivå 2, og dermed oppnå høyere skåre. Dette gjaldt særlig når terapeutene presenterte modellen og utforsket erfaring. De globale leddene hadde større sannsynlighet for å kodes høyere, ettersom disse leddene er mindre spesifikke og ikke har et krav om konkret atferd.

Visse ledd ble sjelden kodet høyere enn 0. Dette gjaldt Presentere som Alliert (Ledd 2), Formidle Håp (Ledd 5), Utforske Motivasjon (Ledd 6) og Restrukturere (Ledd 7). Forståelsen av dette kan vurderes på to forskjellige grunnlag. For det første kan forekomsten av terapeutatferd vurderes opp mot hva vi har forventet ved bruk av AABS-R. Vi forstår det som at forekomsten av visse terapeutatferder var lavere enn forventet ut fra det som er hensikten med AABS-R. Dette gjelder Presentere som Alliert (Ledd 2), Formidle Håp (Ledd 5), Utforske Motivasjon (Ledd 6) og Restrukturere (Ledd 7). Veien mot dagens versjon av

AABS har inkludert fjerning av sjeldent observerte ledd og sammenslåing av ledd som i stor grad målte det samme. Dermed virker det naturlig for oss å anta at de nevnte atferdene er tenkt å skulle observeres oftere enn de ble i vårt materiale. For det andre kan forekomsten av terapeutatferd sammenlignes med forekomst i tidligere utførte studier med AABS. Som vi beskriver i følgende avsnitt, har de tidligere studiene også hatt lav skåre på flere av de samme leddene. Problemet med leddene med lave skårer i vårt materiale er at de ikke er normalfordelte, og at vi da ikke kan forvente å finne en effekt på allianse.

9.3.1 Sammenligning med tidligere AABS-studier

Sammenlikninger av leddenes forekomst mellom vår oppgave og tidligere studier er utfordrende. Studien som er lettest å sammenligne med er Abrahamsens hovedoppgave (2016). Vi har benyttet samme versjon av AABS og regnet ut gjennomsnitt av ledd på samme måte som Abrahamsen. Hennes funn når det gjelder forekomst av de ulike spesifikke leddene var svært like våre. I Abrahamsens studie benyttet terapeuten seg mest av Utforske Erfaring (Ledd 1), etterfulgt av Presentere Modellen (Ledd 4), Gi Ros (Ledd 8) og Fremme Samarbeid (Ledd 3). Dette var de samme fire terapeutatferdene som forekom oftest i vår oppgave. Våre gjennomsnittsskårer på de globale leddene var omtrent identiske med Abrahamsen sine. Både i vår oppgave og Abrahamsens studie ble det sjeldent observert at terapeutene benyttet seg av Presentere som Alliert (Ledd 2), Utforske Motivasjon (Ledd 6) og Restrukturere (Ledd 7). I Abrahamsens studie formidler terapeutene håp en del mer enn i vårt utvalg, hvor dette forekom sjeldent.

De andre studiene som har brukt AABS, har brukt en tidligere versjon (Jungbluth & Shirk, 2009; Karver et al., 2008; Russell et al., 2008) Denne versjonen krevde i tillegg andre metoder for å legge sammen leddskårene. Det er derfor vanskelig å direkte sammenligne forekomsten av leddene i disse studiene med vårt materiale. Derimot er det mulig å se på fellestrekk og forskjeller i hvilke terapeutatferder som ble observert mest og minst i hver studie, med unntak av Russell og medarbeidere (2008) som ikke rapporterte gjennomsnittsskårer. I likhet med vår oppgave, ble det i stor grad observert at terapeutene utforsket erfaring, presenterte modellen og fremmet samarbeid. Andre terapeutatferder, som Restrukturere og Formidle Håp hadde høyere rangering (i forhold til skåre på resten av leddene) i enkelte av de andre studiene enn i vår. Våre globale ledd, Struktur (Ledd 9) og Støtte (Ledd 10), lar seg muligens sammenligne med Jungbluth og Shirk (2009) sin studie, da

de brukte en lignende skala og gjennomsnittsberegning for disse leddene. Vår observerte forekomst av disse atferdene er noe lavere.

Som beskrevet ser det ut til at forekomst av terapeutatferd i vår oppgave ligner flere av de andre studienes forekomst, men likhetene er størst med forekomsten i Abrahamsens studie. En mulig forklaring på dette kan være terapeutenes nivå av ekspertise. Terapeutene i vår oppgave og Abrahamsens studie (2016) var vanlig ansatte ved ulike BUP-er, hvor ikke alle var psykologer, mens alle terapeutene i Jungbluth og Shirks (2009) studie var psykologer med doktorgrad i psykologi. Det kan dermed hende at terapeutene i de andre studiene med AABS var mer spesialtrente innenfor KAT eller arbeid med barn med angst, noe som kan ha påvirket deres bruk av terapeutatferdene.

Det er også noe variasjon i klientgruppene som er undersøkt. Både Karver og medarbeidere (2008) og Jungbluth og Shirk (2009) undersøkte ungdommer med depresjon mens Abrahamsen undersøkte terapeutatferd i TF-CBT for ungdommer med Posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Det kan tenkes at likhetene mellom våre og Abrahamsens funn kommer av at også PTSD er en type angstlidelse. Kanskje er det de samme terapeutatferdene som tas i bruk i omtrent like stor grad med ulike typer angstlidelser, mens terapeuter legger vekt på andre terapeutatferder når de behandler unge med depresjon. Dersom dette er tilfellet, kan det også være knyttet til klientkarakteristikker, og forskjeller i terapeutiske utfordringer man møter med de ulike klientgruppene.

Likheten mellom vår og Abrahamsens studie kan også skyldes at begge er norske studier utført på BUP. Det kan tenkes at norske terapeuter har til felles en tendens til å benytte visse typer terapeutatferd mer enn andre, for eksempel på grunn av hva som vektlegges i deres utdanning eller hvordan alliansebygging omtales på arbeidsplassen.

Det kan hende at kulturforskjeller i terapeuters væremåte eller opplæring kan være en forklaring på forskjellene i bruk av terapeutatferder mellom de norske og de amerikanske studiene. Kanskje finnes det ulike oppfatninger om terapeutrollen i ulike kulturer. Det kan tenkes at det er forskjeller mellom norske og amerikanske psykologer på hvor fleksible opplever at de kan være i samtalene (motsatt av å holde seg til en manual), og hvor mye entusiasme de kan eller bør vise overfor barnet/ungdommen. Så vidt vi vet er det ikke forsket på forskjeller i terapeutisk «væremåte» mellom nordiske/europeiske og amerikanske terapeuter, men det virker for oss sannsynlig at noen slike forskjeller eksisterer.

En annen mulig forklaring på forskjeller i forekomst kan være barnas alder. I Karver og medarbeidere (2008) og Jungbluth og Shirk (2009) sine studier blir det mer presist å kalle deltakerne for ungdommer, da gjennomsnittsalderen var omtrent 15 år. Det kan tenkes at

terapeuters væremåte overfor disse, og terapeutatferdene de benytter, er noe forskjellig grunnet klientenes alder. For eksempel kan det kanskje oppleves som lettere å benytte kognitiv restrukturering med noe eldre barn. AABS-R er opprinnelig ment for bruk med ungdommer, men i forbindelse med denne oppgaven ble det avklart med Stephen Shirk at skalaen kunne brukes med barn ned til 8 år. Klientene i Abrahamsens studie var også omtrent 15 år i gjennomsnitt, uten at hun fant andre nivå av terapeutatferder enn oss. Dette antyder at terapeutatferd ikke nødvendigvis påvirkes av barnets alder.

Videre kan forskjell i forekomst mellom studiene skyldes bruk av ulike manualer, eventuelt at det ikke er benyttet manual (som i KAT-betingelsen i Karver et al., 2008), som kan ha påvirket hvilke terapeutatferder det var rom for å benytte. Når manual er benyttet virker det sannsynlig at de observerte atferdene er påvirket av hvilken time vi observerer, og hva som er agendaen i denne timen. Dersom FRIENDS-manualen for eksempel inkluderte mye utforskning av motivasjon i time 1, ville det kanskje være en naturlig følge av dette at man observerer lite utforskning av motivasjon i time 2, ettersom dette allerede er tematisert. Alternativt kunne lite fokus på en bestemt atferd i den observerte timen skyldes at det var mye annet terapeuten måtte rekke gjennom i denne timen. Selv dersom manualer ikke er benyttet i de andre studiene, er manual trolig noe som har påvirket forekomsten av terapeutatferder i vår oppgave. Forhåndsbestemt innhold i den observerte timen, eller at dette er tilfellet i visse AABS-studier og ikke i andre, kan bidra til å forklare forskjellene i mengde terapeutatferd på tvers av studiene (Abrahamsen, 2016; Karver et al., 2008; Jungbluth & Shirk, 2009). Selv om manual trolig kan virke begrensende på innholdet i timen, tyder våre observasjoner på at det likevel er mulig å ta i bruk et bredt spekter av terapeutatferder, slik at den enkelte terapeuten fortsatt kan påvirke timen.

9.3.2 Terapeutenes opplæring kan ha påvirket forekomst

Terapeutene i denne oppgaven hadde fått noe opplæring i KAT, samt at noen hadde lengre trening i KAT før oppstart av studien. Nivået på alliansemålet (TASC-R) var relativt likt som i andre studier (Abrahamsen, 2016; Creed & Kendall, 2005; Ormhaug et al., 2014; Ormhaug et al., 2015). Terapeutene visste ikke at deres terapivideoer senere skulle kodes for alliansebyggende atferd, og det er sannsynlig at terapeutene ikke var eksplisitt trent i alliansebygging. At terapeutene ikke var trent i dette, kan både ha fordeler og ulemper når det gjelder bruk av terapeutatferdene og effekten av dem på allianse.

Hadde terapeutene blitt opplært i alliansebyggende atferder (de samme som måles med AABS-R) kan det tenkes at de hadde sett flere anledninger hvor de kunne benyttet noen av de mer sjeldent forekommende terapeutatferdene. Terapeutene ville kanskje i mindre grad vært begrenset av manualen når det gjaldt alliansebyggende atferd. Det kan tenkes at dette hadde påvirket alliansen i positiv retning. Begrenset erfaring med alliansebygging kan også ha sine fordeler, ved at terapeutatferdene vi observerte ville kommet spontant og naturlig fra terapeutene – utenom når atferdene oppstod som opplesing av tekster i manualen. Dette vil trolig bidra til at terapeuten oppfattes som genuin, noe som intuitivt kan virke nødvendig for klientens tillit til terapeuten. En studie har også funnet at terapeutens «interpersonlige egenskaper», deriblant genuinitet, har moderat positiv effekt på terapiutfall (Karver, Handelsman, Fields & Bickman, 2006). Med opplæring i og for mye fokus på alliansebygging kunne en ulempe vært at terapeutene blir i overkant opptatt av alliansebygging. Det kan hende at terapeutatferder da kunne bli oppfattet som tilgjorte og overdrevne, og at dette ville svekket allianse. Det kan også anses som problematisk å gi opplæring i atferder som vi enda ikke vet har en positiv effekt på allianse.

En annen faktor å vurdere er terapeutenes erfaring med KAT. Flere av terapeutene var relativt utrente i KAT. Dette kan ha medført at de var svært opptatt av å følge manualen. Vi har tidligere tatt opp at relativt streng etterlevelse av manual kanskje kan begrense mulighetene for å bruke visse alliansebyggende atferder. Man kan se for seg at en terapeut med mye KAT-erfaring lettere vil kunne følge opp temaer barnet tar opp som ikke er direkte knyttet til den pågående oppgaven, og at terapeuten samtidig får til å knytte dette opp til manualens tema for timen. For eksempel ville en erfaren KAT-terapeut kanskje også kunne benyttet kognitiv restrukturering når barnet snakker om erfaringer relatert til angst, selv når manualen ikke legger opp til dette. Dette ville trolig kunne påvirke forekomsten av de ulike terapeutatferdene.

9.4 Forskjell mellom ulike manualversjoner av FRIENDS

Ett av våre forskningsspørsmål var om det ville være forskjeller i forekomst av terapeutatferder basert på manualversjon. Resultatene viste at Utforske Erfaring (Ledd 1) ble observert signifikant mer ved bruk av ungdomsmanualen, mens Fremme Samarbeid (Ledd 3), Presentere Modell (Ledd 4) og Gi Ros (Ledd 8) ble observert signifikant mer i gruppen med barnemanual.

Ungdomsmanualen opplevdes av koderne som mer fleksibel. Temaet for timen, selvtillit, var ikke like mye preget av KAT-modellen som barnemanualen med fokus på hjelpsomme og ikke-hjelpsomme tanker. Med barnemanualen skulle mange tekster leses opp, og en rekke oppgaver skulle gjennomføres. Med ungdomsmanualen var det mer tilrettelagt for åpne samtaler mellom terapeuten og ungdommen, og større mulighet til å trekke inn ungdommens erfaringer i arbeidet. Innhold i manual, rom for tilpasning og fleksibilitet i timen kan være medvirkende årsaker til at vi hos ungdommene observerte betydelig mer Utforske Erfaring, samt betydelig mindre av Presentere Modell og Fremme Samarbeid. De to sistnevnte atferdene forekom ofte sammen. Ved bruk av barnemanualen skyldtes dette ofte at terapeuten leste opp deler fra manualen som både forklarte KAT-modellen og inkluderte mye bruk av ordet «vi».

Forskjellene i terapeutatferd ved bruk av de ulike manualversjonene kan skyldes innholdet i timen, men også alderen på barna. Det er funnet stor variasjon i hvor gamle barn er når de utvikler ulike kognitive ferdigheter. Dermed er det blitt påpekt at det er essensielt å forstå barnets kognitive nivå, og de spesifikke kognitive funksjonene som er involvert i problematikken, for å tilpasse terapien og oppnå bedring (Bolton, 2005). Det kan tenkes at mange terapeuter tar hensyn til dette og tilpasser sin bruk av terapeutatferd. Eksempelvis kan det tenkes at kognitiv restrukturering er vanskeligere med barn enn med ungdommer, og at dette er årsaken til at dette forekommer mindre med gruppen som fikk behandling med barnemanualen. Noen atferder kan altså være lettere å utføre, eller anses av terapeutene som mer terapeutisk, med de yngre eller de eldre barna. Om det er en slik effekt, blir den vanskelig å oppdage med vårt forskningsdesign ettersom barn og ungdom også er delt inn i to manualgrupper. Det blir vanskelig å vite om det er manualversjon - agenda for timen - eller barnets alder som påvirker hvor mye terapeutene gjør av hver terapeutatferd. Det kan tenkes at dyktige terapeuter vil tilpasse sitt valg av terapeutatferd til barnets modenhet eller kognitive kapasitet.

Uansett om terapeutene tar hensyn til barnets utviklingsnivå eller ikke, ser vi tegn til at agenda for timen i den manualen som benyttes kan påvirke muligheten til å benytte visse terapeutatferder. Dette representerer en metodisk utfordring i videre forskning på AABS-R.

9.5 Hvorfor predikerer akkurat disse typene terapeutatferd allianse?

Det kan være flere grunner til at regresjonsmodellen med Utforske Erfaring (Ledd 1), Fremme Samarbeid (Ledd 3) og Støtte (Ledd 10) forklarte en signifikant del av variansen i allianse. Vi vil først presentere noen mulige forklaringer på dette. Deretter vil vi diskutere mulige årsaker til at Støtte (Ledd 10) ikke er en statistisk signifikant prediktor i seg selv i modellen. Videre vil vi presentere vurderinger om årsaker til at de andre leddene ikke var statistisk signifikant korrelert med allianse.

9.5.1 Mulige årsaker til at terapeutatferdene predikerer allianse

Funnene gir nyttig innsikt i hva terapeuter kan gjøre for å etablere en god allianse. Videre blir det da interessant å diskutere hvorfor denne atferden bidrar til høyere allianse. Ved høy skåre på Utforske Erfaring (Ledd 1) hadde terapeuten klart å snakke om det som er problematisk for barnet. For å komme frem til en enighet om mål og middel må man først være enige om hva problemet er. Dette krever at man må kunne snakke om problemet. I tillegg vil det sannsynligvis være styrkende for det terapeutiske båndet å bli bedre kjent. Det er også mulig at terapeuter som gjør denne atferden klarer å få barnet til å føle at det blir lyttet til. At dette leddet predikerte en bedre allianse er i tråd med tidligere funn blant voksne. I en metaanalyse ble terapeutteknikkene utforskning og å følge med på pasientens erfaring identifisert som positive prediktorer for allianse (Ackerman & Hilsenroth, 2003).

Ettersom Fremme Samarbeid (Ledd 3) oftest ble kodet når terapeuten sa «vi», var det overraskende for oss at dette leddet hadde en statistisk signifikant effekt på allianse. Det gir intuitivt mening at å snakke om terapi som et samarbeid styrker alliansen, ettersom samarbeid er en sentral del av allianse. Dersom dette alene forklarer effekten av samarbeidsleddet på allianse, vil det å snakke om terapi som et samarbeid være svært effektivt, ettersom det skjedde så sjeldent. Det er også mulig at terapeutens bruk av ordet “vi” har en positiv effekt på allianse. Så vidt vi vet er det ikke noen studier som har undersøkt hvordan bruk av spesifikke ord påvirker psykoterapi. Derimot er det en del forskning rettet mot dette innenfor overtalelse (Ariely, 2009; Cialdini, 2007). Innenfor dette fagfeltet er det flere funn som tyder på at bruk av spesifikke ord kan ha en betydelig effekt på andre menneskers atferd. Derfor er det ikke utenkelig at noe så enkelt som å si mye “vi” kan ha en positiv effekt på allianse.

9.5.2 Uidentifiserte medierende variabler

Funnene i denne oppgaven kan alternativt forklares av uidentifiserte medierende variabler. Som nevnt tidligere, er det nødvendig at barnet forteller om sine erfaringer for at terapeuten skal få en høy skåre på Utforske Erfaring. Det kan hende at barn som er motivert for behandling snakker mer enn barn som ikke er det. En annen studie, med samme utvalg som vårt, fant at barn med høyere motivasjon for behandling i større grad vurderte alliansen som god (Fjermestad et al., 2017). Dette er et mulig eksempel på hvordan en annen variabel (barnets motivasjon) kan tenkes å mediere effekten leddene har på allianse. Det faktum at mulige medierende variabler kan forklare leddenes effekt på allianse fører til at vi enda ikke kan si sikkert at de spesifikke terapeutatferdene har en positiv effekt på allianse. Det kreves mer forskning med design tilpasset medieringshypoteser for å kunne underbygge en slik påstand.

9.5.3 Mulige årsaker til nullfunn

Støtte (Ledd 10) var ikke en signifikant prediktor i regresjonsmodellen på tross av at den hadde var signifikant korrelert med allianse (se Tabell 7). Korrelasjonstabellen viste også at Støtte var lavt korrelert med Utforske Erfaring (Ledd 1) og Fremme Samarbeid (Ledd 3) (Mukaka, 2012). Regresjonsmodellen viste at Støtte hadde minimal effekt på allianse når de to andre leddene holdes konstante. Ettersom Utforske Erfaring og Fremme Samarbeid hadde svært lav korrelasjon, fremstår det som at kovariansen som Støtte og TASC-R har til felles skyldes kovariansen disse to variablene har med Utforske Erfaring og Fremme Samarbeid. En mulig årsak til at Støtte ikke var en signifikant prediktor kan være at den hadde for lav varians. Vi bemerket oss i kodeprosessen at terapeutene var relativt like i hvor støttende de var. Forskjellene mellom terapeuter var muligens for små til at de hadde et betydelig utslag på alliansen.

Presentere som Alliert (Ledd 2) ble kodet 0 så ofte at den ikke ble tatt med i analysen. Formidle Håp (Ledd 5), Utforske Motivasjon (Ledd 6) og Restrukturere (Ledd 7) ble også ofte kodet som 0. I tillegg hadde disse leddene som regel lave skårer i de videoene de ble observert. Som følge av dette var skårene på disse leddene skjevfordelt. Dette gjør det lite sannsynlig at de skulle ha statistisk signifikante korrelasjoner med allianse.

Presentere Modell (Ledd 4), Gi Ros (Ledd 8) og Struktur (Ledd 9) var normalfordelte. Dersom de var viktige faktorer for allianse ville vi forventet at de hadde statistisk signifikante korrelasjoner med allianse. En mulig forklaring kan være at det var for lav utvalgsstørrelse til

å registrere effekten av disse variablene. Det er også mulige forklaringer knyttet til hvert enkelt av leddene.

Presentere Modell fanger opp en sentral del av KAT, som er sosialisering til modellen. Det er ved å gjøre dette at barnet får presentert “middelet” for behandlingen, og leddet kan derfor være viktig for alliansen. Presentere Modell var det leddet hvor vi hadde størst vansker med å vurdere hvilket innhold som skulle kodes, ettersom det krevde en vurdering av om det terapeuten presenterte var en del av KAT-modellen. Det var særlig en utfordring ved ungdomsmanualen, hvor sammenhengen mellom tanker, følelser og handling ikke ble presentert. I stedet arbeidet de med selvtillit. I begge manualene var det problematisk å skille mellom når de presenterte modellen og når de brukte modellen i behandlingen. For eksempel er det en oppgave i barnmanualen hvor terapeuten og barnet bytter på å mime følelser. Man kan argumentere for at dette øker skåren til Presentere Modell, ettersom barnet lærer å gjenkjenne følelser, noe som er sentralt ved KAT. Basert på hvordan leddet er formulert i AABS-R besluttet vi å kun gi en skåre over 0 når terapeuten eksplisitt knyttet oppgaven opp til tanker og/eller handlinger eller knyttet det opp til barnets problematikk. Som følge av hvor komplisert det kunne være å vurdere hvor mye terapeutene presenterte modellen, kan det hende at vi gjorde noen feilvurderinger. For eksempel kan det hende at kodere iblant kodet atferd som ikke passer inn under Presentere Modell.

En annen mulig årsak til at Presentere Modell ikke hadde en tydelig sammenheng med allianse kan være at barn vektlegger aspekter ved allianse ulikt i forhold til terapeuter. Det foreligger evidens som tyder på at ungdom i større grad vektlegger det affektive båndet ved allianse (Ormhaug et al., 2014). Presentere Modell vil være rettet mot å komme frem til en enighet rundt det Bordin (1979) ville kalt «middelet» for behandlingen. Dersom barna ikke vektlegger enighet om «middel», eller oppgave, i sin vurdering av allianse, vil effekten av Presentere Modell være lavere.

Det er flere variabler som spiller inn på om ros er effektivt for å styrke motivasjon hos barnet (Henderlong & Lepper, 2002). For eksempel må rosen oppleves som genuin. Det kan hende at slike variabler ikke blir fanget opp ved AABS. I tillegg er det funnet at effekten av ros varierer på tvers av kulturer (Henderlong & Lepper, 2002). Det kan hende at den typen ros som fanges opp med AABS-R i denne oppgaven har liten sammenheng med alliansen. Ros kan muligens ha større effekt på allianse i andre terapikulturer, kanskje på grunn av forskjeller i hvordan terapeutene roser barna.

Struktur hadde relativt lav varians (se Tabell 5). Vi merket mens vi kodet at terapeutene relativt sjeldent fikk høyeste eller laveste skåre på dette leddet. Dette kan være

knyttet til at terapeutene fokuserte på å ha høy etterlevelse av manualen. Forskjellene i grad av struktur kan derfor muligens være for små til at de hadde en betydelig påvirkning på allianse.

I tillegg kan det hende at eventuelle effekter de ulike leddene har på allianse er kvadratisk. For eksempel kan det hende både for mye struktur og for lite struktur har en negativ påvirkning på allianse. Da vil grad 1 eller 2 være den ideelle graden av struktur, i stedet for grad 0 eller 3 (se Tabell 3). Dersom dette er tilfelle reduseres sannsynligheten for at en lineær korrelasjon mellom Struktur og allianse blir statistisk signifikant.

9.6 Metodologiske betraktninger

9.6.1 Generaliserbarhet

I kodingen av alliansebyggende atferd hadde vi et utvalg på 80. Dermed er vår studie den største AABS-studien som er utført til dags dato. Et såpass stort utvalg betyr at vi kan være relativt sikre på at våre estimater av gjennomsnittlig forekomst av de ulike leddene stemmer for populasjonen vi undersøker. Det er også en fordel at studien har vært utført i reelle klinikker innen psykisk helsevern, fremfor eksempelvis universitetsklinikker. Utvalget var også ordinært henviste barn og deres familier, og terapeutene er de som allerede var ansatt ved de deltagende klinikkene. Dette bidrar til høyere økologisk validitet, og at funnene kan generaliseres til lignende behandlingssteder som bruker lignende behandlingsmetoder. Samtidig gjelder funnene for en spesifikk gruppe personer: barn med angstlidelser som får behandling med et manualisert KAT-program ved BUP. Funnene kan dermed ikke nødvendigvis generaliseres til andre lidelser enn angst eller andre typer angstlidelser, eller andre aldersgrupper, eksempelvis yngre barn eller unge voksne. Det er heller ikke sikkert at samme typer atferd vil virke alliansebyggende innenfor andre terapiretninger enn KAT.

9.6.2 Kodeprosessen

Vi var et koderteam bestående av fire kodere. Sammen utgjorde vi fire koderpar, slik at alle kodere hadde kodet videoer sammen med to av de andre. Denne metoden ble valgt med mål om å sikre indirekte høy enighet mellom alle fire kodere. Tidligere studier som har benyttet AABS har vist noe høyere enighet mellom koderne enn vi oppnådde. Gjennomsnittlig ICC i disse har vært fra .71 til .88 (Jungbluth & Shirk, 2009; Karver et al,

2008). På tross av vårt noe lavere gjennomsnittlige ICC =.64, oppnådde vi en enighet som ifølge Cicchetti (1994) tilsvarer et godt nivå.

Ikke alle tidligere AABS-studier har kodet hele terapitimer. Vi kodet alt unntatt de siste 15 minuttene hvor foresatte deltok i timen. Dette fører til at våre estimater på gjennomsnittlig forekomst av alliansebyggende atferd er mer representative enn de ville vært dersom vi hadde valgt å kode kun deler av timen.

Under vårt kodingsarbeid hadde vi ikke tilgang til informasjon om demografiske variabler, slik som hvilken utdanning de ulike terapeutene hadde. Vi hadde ikke innsyn i hvordan barna senere hadde vurdert alliansen, eller hvert barns utfall av behandling, deriblant frafall. Dette er en fordel, da man unngår at koding kan bli farget av forutinntatte oppfatninger om terapeut, allianse eller behandlingseffekt.

Diskusjonene underveis bidro til å sikre enighet mellom koderne, ved at vi fant frem til en felles forståelse av hvordan ulike ledd skulle kodes. Interrater-reliabiliteten økte ettersom vi hadde kodet flere videoer og hatt flere møter.

Kodeprosessen har også representert en utfordring i denne oppgaven, ettersom kodeskjemaet er komplekst. Noen ganger var det tvil om hvorvidt en observert atferd skulle forstås som å høre inn under et ledd eller ikke. Med AABS-R kodes både nivå og grad, noe som gir flere kodemuligheter. Det opplevdes derfor ofte som vanskelig for koderne å vite nøyaktig hvordan en atferd skulle kodes «riktig», selv etter veiledning og diskusjoner mellom alle koderne. I noen tilfeller var det vanskelig å vurdere om en atferd skulle kodes som nivå 1 eller 2, andre ganger var det avveininger om grad som var utfordrende.

Balansen mellom nivå og grad var krevende. Noen ganger måtte en endring av nivå føre til en endring av grad, da grad-vurderingen skulle gjelde det nivået vi kodet. Vi var ofte usikre på hvor presise vurderinger vi gjorde av dette, og valgene til koderne kan ha ført til noe ulike skårer på samme terapivideo. Ideelt burde vi kodet flere pilotvideoer før vi begynte på videoene som inngikk i denne oppgaven, slik at ICC hadde holdt seg mer stabil gjennom kodingen. Grunnet et begrenset antall pilotvideoer var ikke dette en mulighet.

9.6.3 Observasjon som metode

Selv om det er fordeler med å observere terapi på video fremfor eksempelvis å måle alliansebyggende atferd med selvrapporing (se 4.3) har metoden også sine begrensninger. En slik begrensning er at vi ikke har hatt kunnskap om terapeutenes hensikt bak observert atferd. Det er mulig at terapeutene i noen tilfeller hadde en idé om at atferden kunne være

alliansebyggende, mens den ved andre anledninger ble utført med andre intensjoner. Atferden kan for eksempel ha blitt utført som en del av manualen eller som en terapeutisk intervensjon. Dersom vi kun hadde kodet atferd hvor terapeuten hadde alliansebygging som intensjon, er det mulig at vi ville funnet sterkere effekter på allianse.

Videre vil koding basert på observasjon kunne påvirkes av subjektive tolkninger, selv om det er forsøkt å basere koding på objektive informasjonskilder. Altså vurdering ut fra *hva* terapeuten sier, fremfor *hvordan* det blir sagt og hensikter som kan ligge bak terapeutens utsagn. Slik kriteriene for nivå av de ulike leddene er formulert (se Tabell 3) baserer kodingen seg i stor grad på terapeutens utsagn. Likevel møtte koderne utfordringer knyttet til observasjonene. Det kunne for eksempel være at måten terapeuten uttrykte en positiv respons til barnet, ble oppfattet som at terapeuten gav ros selv om det eksplisitt ikke ble gitt ros. For eksempel kunne terapeuten i mimelek uttrykke med kroppsspråk, lyder og toneleie at han/hun var imponert over barnets evne til å mime en følelse, uten at det verbale uttrykket tilfredsstilte kriteriene for Gi Ros (Ledd 8). I slike tilfeller ble det utydelig om atferden skulle kodes som Gi Ros, når man i så fall måtte ta med tolkning av atferd inn i vurderingen. Utfordringen med subjektive tolkninger er kanskje mest tydelig ved leddene Gi Ros (Ledd 8), Struktur (Ledd 9) og Støtte (Ledd 10). Vi opplever at vurderingen av hvorvidt terapeuten er støttende og strukturerende gjennom segmentet lett kan bli påvirket av andre faktorer enn verbale utsagn, og det kan være vanskelig for koderne å skille sin subjektive tolkning fra nøytrale observasjoner. Som nevnt kan terapeuter trolig ha større sannsynlighet for å vurderes som støttende dersom de har en empatisk nonverbal fremtoning. Struktur (Ledd 9) handler om hvor mye terapeuten og barnet snakker i timen, og vurderinger av hva som er «mye» og «lite» vil naturligvis være preget både av en subjektiv opplevelse og forståelse av dette.

9.6.4 Manglende data

Vi kodet 80 videoer. I tillegg til den ene videoen som ikke lot seg spille av, skulle det vært 10 videoer til i den individuelle KAT-betingelsen. Disse mangler fordi de enten aldri ble filmet, eller ikke ble levert. Det kunne skje at filmutstyret sviktet i den aktuelle timen. Terapeuten kan også ha latt være å levere videoen. Det er ingen grunn til å tro at det er systematikk i hvilke videoer som mangler, ettersom alle 15 terapeuter var representert blant videoene som ble kodet. I tillegg ble det ikke funnet noen systematikk ved MCAR-analysen. De fleste videoene som mangler, mangler også alliansevurdering. De som har

alliansevurdering, men ikke video, har gjennomsnittlige skårer på TASC-R, slik at det er lite sannsynlig manglende video henger sammen med lavere alliansevurdering.

Av de 80 videoene som ble kodet, var det 22 tilfeller hvor alliansevurderingsskjemaet (TASC-R) ikke ble fylt ut eller levert inn. Sannsynligvis skyldes det hovedsakelig tilfeldige praktiske feil, som for eksempel at terapeuten glemte å sette av tid til at barnet kunne fylle ut skjemaet på slutten av timen. I flere av tilfellene hvor alliansemål manglet, gjaldt dette kun én av timene (time 3 eller 7). Dette kan tyde på at det bare har blitt glemt i den andre timen. Det var også et par tilfeller hvor barna sluttet i behandling før timen vi mangler alliansevurderinger fra.

Dette nivået av manglende data er knyttet til at prosjektet ble gjennomført som del av vanlig klinisk praksis. Vi er blitt informert av prosjektleder for ATACA (Wergeland, G. J. H.) om at terapeutene ble lovet av sine ledere å få mindre arbeidsoppgaver i sin vanlige praksis for å være med i forskningen, noe som i liten grad ble fulgt opp på klinikkene. Dette kan ha hatt innvirkning på deres kapasitet for deltakelsen i studien. For eksempel kan det ha påvirket hvorvidt terapeutene har hatt tid til å fylle ut skjemaer, eller hvorvidt de tok seg tid til gjennomgang og utdeling av skjema med barnet og de foresatte dersom timen allerede hadde gått over tiden.

9.6.5 Forskningsdesign

Bruk av AABS-R ved observasjon i terapi er en passende metode for å identifisere hvilke typer terapeutatferd som kan virke alliansebyggende. Samtidig kreves det andre typer forskningsdesign for å konkludere med at atferden faktisk virker alliansebyggende. Denne metoden er for eksempel sårbar for potensielle uidentifiserte medierende og/eller modererende variabler, slik som klientvariabler. Det er blant annet derfor behov for randomiserte kontrollerte studier som undersøker om terapeuter som har blitt trent til å gjøre alliansebyggende atferd får en bedre allianse enn de som ikke har blitt trent til det. Kort sagt er det behov for mer forskning som er designet for forskningsspørsmål om alliansebygging.

I Jungbluth og Shirk (2009), hovedoppgaven til Abrahamsen og i vår oppgave ble prediktorene i regresjonsanalysen valgt ut ved korrelasjonsanalyse. Dette er en normal fremgangsmåte når man har for lav n til å inkludere alle variablene, men medfører at regresjonsmodellen kan være overtilpasset (Babyak, 2004). Dermed er det en høyere sannsynlighet for at våre funn skyldes tilfeldigheter enn hva regresjonsanalysen tilsier. Samtidig er effektstørrelsene såpass høye, med tanke på at utvalgsstørrelsen er relativt lav

($n=53$), at vi har tiltro til at funnet gjenspeiler en reell effekt. Likevel er det nødvendig at funnene blir replikert. For å unngå problemet med overtilpasning bør det helst bli gjort en studie med høy nok n til at alle leddene kan bli brukt som prediktorer i regresjonsanalysen.

9.7 Bidrag til feltet

En forutsetning for viktigheten av vår problemstilling er at det finnes en tydelig sammenheng mellom allianse og utfall også i terapi med barn. Uten en slik sammenheng har det liten hensikt å undersøke hvilke atferder som er alliansebyggende. Ikke alle studier på temaet har vist en klar sammenheng. McLeod (2011) påpeker i sin metastudie at det trolig er mindre sammenheng mellom allianse og utfall hos barn enn hos voksne - men at han likevel ikke anser assosiasjonen som lav. Den estimerte effektforskjellen kan skyldes metodologiske faktorer og modererende variabler i studiene som foreligger (Kendall & Ollendick, 2004; Manne et al., 2010). På bakgrunn av dette, og tidligere nevnte studier som har funnet at allianse er viktig for bedring hos barn (Ormhaug et al., 2015; Shirk et al., 2011), mener vi at det er verdifullt å undersøke alliansebyggende atferd med barn. Denne oppgaven bidrar til dette lite utforskede feltet med innsikt i hvordan AABS-R kan brukes, og den gir en indikasjon på hvilke typer atferd som er av større betydning for alliansen. I tillegg bidrar den med en evaluering av generaliserbarheten til AABS-R.

Dette er den andre studien som har benyttet AABS-R, og den vil dermed kunne være et sammenligningsgrunnlag for senere studier som ønsker å bruke kodingsskjemaet. Videre er det en styrke at vi har undersøkt atferder som terapeuter har mulighet til å endre, heller enn prediktorer som er fastsatt (som blant annet noen terapeutkarakteristikker og personlighetstrekk vil være). Det er også en fordel at atferdene er konkrete, slik at det vil være lettere å lære opp terapeuter i atferder som viser seg å være alliansebyggende.

9.8 Implikasjoner for forskningsfeltet

Ettersom alliansebygging med barn er et relativt nytt felt handler en stor del av forskningen om å komme frem til hensiktsmessige metoder for å studere fenomenet. I vårt arbeid med AABS-R har vi gjort oss noen betraktninger om bruken av kodingsskjemaet, som vi vil diskutere i de følgende avsnittene.

9.8.1 Underliggende faktorer

Som nevnt tidligere har leddene i AABS blitt gruppert inn i domener i to av de tidligere studiene (Russell et al., 2008, Karver et al. 2008). I Russell og medarbeidere (2008) sin studie ble domenene bestemt av en faktoranalyse, mens i Karver og medarbeidere (2008) ble de bestemt av korrelasjoner. Domenene var ulike i hvert av studiene. I Abrahamsens hovedoppgave (2016) ble det ikke funnet en underliggende faktorstruktur. Dette fører til at disse studiene har brukt ulike variabler for å predikere allianse, som medfører at de blir vanskelige å sammenlikne. Ovenstad og kolleger utarbeider (ifølge personlig kommunikasjon med Ovenstad, 2018) en artikkel hvor de har funnet en faktorstruktur i AABS-R som er i tråd med teori og tidligere funn. I denne studien har Utforske Erfaring (Ledd 1), Restrukturere (Ledd 7) og Støtte (Ledd 10) en felles faktor som forfatterne kaller Relasjonsbygging (Rapport-building). Fremme Samarbeid (Ledd 3), Presentere Modell (Ledd 4), Formidle Håp (Ledd 5) og Struktur (Ledd 9) har en felles faktor som de kaller Behandlingssosialisering (Treatment socialization). Dersom en liknende faktorstruktur blir funnet i videre forskning med AABS-R, kan disse to faktorene generelt brukes til å predikere allianse. En slik prediksjonsmodell vil være mer robust, enn en modell med alle leddene som prediktorer (Kim & Mueller, 2011). Samtidig er det viktig at man ikke kun bruker de underliggende faktorene som prediktorer, ettersom man da ikke vil få frem hvert enkelt ledd sitt bidrag til alliansen. For å også evaluere effekten av enkeltleddene burde det bli gjort studier som både har med de underliggende faktorene óg hvert enkelt ledd i prediksjonsmodellen. Denne oppgaven vil være et viktig sammenlikningsgrunnlag for slike studier.

9.8.2 Evaluering av leddene

Våre resultater kan brukes til å vurdere tilpasninger som kan fasilitere fremtidig bruk av AABS. I vårt materiale ble Presentere som Alliert (Ledd 2), Formidle Håp (Ledd 5), Utforske Motivasjon (Ledd 6) og Restrukturere (Ledd 7) observert sjeldent (se tabell 5). Presentere som Alliert og Utforske Motivasjon har også hatt lite forekomst i andre studier som har benyttet AABS-R (Jungbluth & Shirk, 2009; Abrahamsen, 2016; Ovenstad og kolleger, personlig kommunikasjon). Problemet med den lave forekomsten er at leddene ikke blir normalfordelt. Da blir det vanskelig å vurdere hva slags effekt de kan ha på allianse. Derfor har vi vurdert om disse leddene kan endres.

Kriteriene for Presentere som Alliert er at terapeuten uttrykker enighet med barnets mål og tilbyr hjelp. For at Formidle Håp skulle kodes høyere enn null, måtte terapeuten

komme med uttalelse om positiv forventning til behandlingen. Det er noen likhetstrekk mellom disse to leddene. Atferden som vi observerte som førte til en kode høyere enn null ved Formidle Håp innebar en uttalelse om at terapien var en plan for at barnet skulle få det bedre. Terapeuten kunne for eksempel si: «Dette er noe vi kan arbeide med her.», etter at barnet hadde presentert et problem. Denne atferden kan likevel ikke kodes under Presentere som Alliert, ettersom terapeuten ikke uttrykker enighet med barnets mål. Vi foreslår at disse leddene kan slås sammen til et ledd: «Terapeuten presenterer seg som en hjelper.» Nivå en på dette leddet kan være: *Terapeuten presenterer seg som en hjelper. Inkluderer også uttalelser hvor dette er implisitt (eks. «jeg tror denne behandlingen vil være til hjelp for deg»)*. Nivå to på dette leddet kan være: *Terapeuten tilbyr hjelp med et problem barnet har presentert. (eks. «jeg hører at du har mistet interessen for ting som du pleide å like. Vi skal fokusere på å bygge opp igjen tingene som får deg til å føle deg bra, det er en av måtene denne behandlingen vil hjelpe deg å bli bedre»)*. Kan også omhandle problemer utenom terapien (eks. «jeg er enig i at du burde kunne gå ut noen kvelder, vi kan jobbe med hvordan du kan forhandle med din mor»). I eksemplene for dette leddet har vi brukt eksempler for Presentere som Alliert og Formidle Håp i manualen for å illustrere likhetene mellom disse to leddene. Et problem med denne sammenslåingen er at det blir lagt mindre vekt på at terapeuten skal styrke håpet til barnet. Vi vil argumentere for at å formidle håp er en atferd som i større grad er rettet mot å øke behandlingstro, enn å styrke alliansen. Det kan ha en bieffekt av å styrke alliansen, men hovedfunksjon vil være å gi barnet troen på at det kan få det bedre og at terapien kan hjelpe til for dette. Derfor kan en sammenslåing av disse være en god løsning for problemet med lav forekomst, samtidig som at man i liten grad går glipp av atferd som er ment til å være alliansebyggende.

Restrukturere (Ledd 7) fanger også opp atferd som ikke har som hovedfunksjon å bygge allianse. Kognitiv restrukturering forstår vi mer som en endringsmekanisme i KAT. På den ene siden kan det å snakke på en måte som oppfordrer barnet til å endre sin tenkemåte virke alliansebyggende, ved at terapeuten viser at han /hun tar problemet på alvor og ønsker å skape en endring. På den andre siden kan dette sies om mange andre metoder (intervensjoner) tenkt å skape endring i terapi, uten at de er et ledd i AABS-R av den grunn. Det kan være andre aspekter ved Restrukturere som kan være alliansebyggende, for eksempel ved at barnet oppfordres til å tenke på egen hånd og komme frem til alternative tolkninger selv, heller enn at terapeuten kommer med svaret. Det fremstår sannsynlig at en terapeutisk holdning som fører til denne typen interaksjoner med barnet, kan virke positivt for barnets oppfatninger om den terapeutiske relasjonen (Kendall, 1993). Dette leddet kunne muligens vært reformulert

slik at det fanger opp atferd som stimulerer ungdommen til å reflektere selv, uten at det trenger å være i konteksten av kognitiv restrukturering.

Det kan være problematisk å endre på ledd som følge av at de sjeldent forekommer naturlig i en terapissetting. De kan være gode strategier for å bygge allianse selv om terapeuter sjeldent benytter seg av dem. I tillegg kan det hende at disse strategiene blir i større grad brukt i andre terapiretninger eller ved bruk av andre manualer. Det foreligger allerede evidens for at terapeuter benytter ulike typer alliansebyggende atferd basert på terapiretning (Russell et al., 2008). Som følge av at leddene som i liten grad har blitt observert i vår studie kan være alliansebyggende strategier, samt at de kan bli brukt i større grad ved andre terapiretninger, vil vi være noe forbeholdne til å gjøre endringene.

9.8.3 Generaliserbarheten til AABS

Så vidt vi vet er det kun blitt publisert forskning med AABS i én studie utenfor USA (Abrahamsen, 2016). Vår oppgave har derfor også undersøkt generaliserbarheten til AABS, ved at den har blitt brukt i en ikke-amerikansk kultur. Som nevnt tidligere (8.2) er det noen likheter på tvers av AABS-studiene i hvor mye leddene forekommer proporsjonalt i forhold til hverandre. Dette tyder på at det er noen likheter mellom hvor mye terapeutene gjør av de ulike atferdene på tvers av kulturer. Dette øker igjen sannsynligheten for at atferdskategoriene i AABS-R også er meningsfulle i norsk kontekst. Etersom atferd målt med AABS predikerte allianse i denne oppgaven, styrkes antakelsen om at den identifiserer alliansebyggende atferd på tvers av kulturer. Denne studien er også den første som har hatt et utvalg med andre angstlidelser enn PTSD. Funnene i denne oppgaven bidrar derfor til å indikere at AABS også kan benyttes på tvers av diagnoser.

9.8.4 Videre forskning

Denne oppgaven gir et evidensgrunnlag for at terapeuter som utforsker erfaring og fremmer samarbeid opparbeider en bedre allianse med barn. Denne kunnskapen kan potensielt brukes ved opplæring av terapeuter for å optimalisere behandling. Det er fortsatt behov for mer forskning for å kunne konkludere med at nevnte typer atferd faktisk er alliansebyggende. Det vil i tillegg være behov for mer forskning for å komme frem til en god implementering av denne kunnskapen ved opplæring av terapeuter. Vi mangler en dypere forståelse av hva som gjør disse atferdene alliansebyggende. Det er ikke nødvendigvis slik at alliansebyggende atferd følger uttrykket: «jo mer, desto bedre». For eksempel ble Utforske Erfaring (Ledd 1)

identifisert som en type atferd som har en positiv effekt på allianse i denne oppgaven. I Karver og medarbeidere (2008) ble det liknende leddet: “å få frem for mye informasjon” (elicit too much information) kategorisert under terapeutfeil (therapist lapse). Altså var det ulike hypoteser om liknende type atferd. Det kan hende at noen av leddene har en kvadratisk trend i effekten på allianse, slik at mer av atferden har en positiv effekt frem til et visst punkt. Det bør undersøkes om de ulike leddene har en kvadratisk trend dersom kunnskapen om alliansebygging skal brukes til å trene terapeuter. På denne måten kan terapeuter eventuelt unngå at de gjør for mye av atferden. Det er også mulig at atferdene kan oppleves som påtvungne og lite genuine dersom de er planlagte, istedenfor at de oppstår naturlig. Derfor bør effekten av slik opplæring evalueres før man eventuelt kan anbefale å integrere disse terapeutatferdene i opplæring av terapeuter.

Det er også et spørsmål knyttet til om terapeutatferdene som blir registrert ved AABS-R også vil være alliansebyggende i andre terapiretninger enn KAT. I utviklingen av AABS ble det brukt terapimanualer for å identifisere alliansebyggende atferd (Shirk et al., 2003; som sitert i Karver et al. 2008). De fleste av disse manualene var KAT-manualer. Derfor kan det hende at AABS inkluderer elementer som er særegne for alliansebygging ved KAT. Dette kommer for eksempel til syne ved at kognitiv restrukturering, en atferd som er relativt spesifikk for KAT, er inkludert i AABS. I tillegg varierer terapeuter i hvor mye de gjør av de ulike alliansebyggende atferdene basert på hva slags terapiretning de benytter (Karver et al., 2008). Dette kan indikere at det er forskjeller mellom terapiretninger i hva slags alliansebyggende atferd som er relevant. Man kan derfor argumentere for at atferdene målt med AABS-R ikke nødvendigvis er alliansebyggende innenfor andre retninger. Samtidig ser ikke vi noen åpenbar grunn til at atferdene som har blitt identifisert som alliansebyggende i denne oppgaven ikke vil gjelde på tvers av terapiretning. Vi tenker tvert imot at å utforske erfaring og å fremme samarbeid vil være sentralt uansett. Likevel vil det være nødvendig å ha evidens for dette dersom disse atferdene skal bli brukt ved opplæring av terapeuter som ikke benytter KAT.

9.9 Implikasjoner for praksis

Det gjenstår viktig forskning før vi kan anbefale at terapeutatferdene Utforske Erfaring (Ledd 1) og Fremheve Samarbeid (Ledd 3) blir integrert inn i opplæring av terapeuter. Likevel vil vi anse en slik integrering i opplæring som et mål for praksisfeltet, og vi mener våre funn er et steg i retning av dette målet. I praksis ser vi for oss at kunnskapen fra denne

oppgaven og kommende studier på alliansebyggende atferd kan brukes som et prosessmål. Terapeuten kan følge med på gjennom terapiforløpet, som grunnlag for samtaler med barnet om alliansen, i veiledning av terapeuter og som grunnlag for terapeuters egenutvikling. Disse forslagene vil utdypes nærmere.

Ettersom allianse er en moderat prediktor for utfall kan det være interessant å følge med på barnets vurdering av alliansen gjennom terapiforløpet. Sammen med observasjoner av symptomendring kan dette gi viktig informasjon om hvordan terapien fungerer for barnet. En metode som benyttes er å gi barnet et spørreskjema (som TASC-R) i slutten av timen for å vurdere alliansen med korte mellomrom. Terapeuten kan også ha samtaler med barnet om alliansen og barnets vurdering av den. Slik kan en svakere allianse eventuelt oppdages og terapeuten kan forsøke å styrke alliansen. I arbeidet med å bygge opp en god allianse kan funnene om hvilke terapeutatferder som virker alliansebyggende være til hjelp.

Bruk av funnene i veiledning av terapeuter kan foregå i form av at veiledere kan sette fokus på de terapeutatferdene som har vist seg å være alliansebyggende. Slik kan terapeuter veiledes i hvordan allianse med barn kan bygges opp. I veiledning kan man diskutere hvordan terapeuten kan benytte alliansebyggende atferd. Videre kan man evaluere bruken av alliansebyggende atferd ved å observere barnets reaksjoner til atferden på video. Terapeuter kan også se på filmer av terapitimer på egenhånd for å evaluere tilfeller hvor de benytter alliansebyggende atferd. I tillegg kan de identifisere tidspunkter hvor alliansebyggende atferder kunne blitt benyttet men ikke ble det. Dette kan gi inspirasjon til hvordan alliansebyggende atferd kan benyttes videre.

Forskning på alliansebyggende atferd har høy overføringsverdi til klinisk praksis. Ettersom fokuset er konkret, blir det enkelt å gi konkrete råd om hvordan man kan styrke alliansen. Vårt håp er at denne forskningen vil gi frukter i form av at terapeuter blir bedre på å opprette en god allianse, og at flere barn opplever bedring som følge av terapi.

10 Konklusjon

Denne oppgaven gir et evidensgrunnlag for at barnets alliansevurdering styrkes av at terapeuten får barnet til å fortelle om sine erfaringer, og at terapeuten understreker viktigheten av samarbeid i behandlingen eller bruker ord for fellesskap (“vi”) ofte. Disse terapeutatferdene hadde en positiv og statistisk signifikant effekt på allianse uavhengig av hvilken versjon av FRIENDS-manualen som ble benyttet, og dermed uavhengig av innhold i timen. Funnene peker også i retning av at støtte i form av å vise empati og omtanke i respons på det barnet forteller har en sammenheng med allianse. Terapeutene i denne oppgaven presenterte ofte den kognitive modellen og gav relativt mye ros. Selv om dette er atferd som har en hypotese om at de virker alliansebyggende, hadde de ingen tydelig sammenheng med allianse i dette materialet. Det forekom sjeldent at terapeutene presenterte seg som en alliert, formidlet håp, utforsket motivasjon eller benyttet seg av kognitiv restrukturering. Det er mulig at disse lite observerte atferdene kan ha effekt på allianse som ikke ble fanget opp i dette materialet. Vi mener det vil være verdifullt for allianseforskning med barn dersom AABS-R blir benyttet mer i studier som denne. Det vil også være interessant å undersøke videre om det er forskjeller mellom alliansebyggende atferder for barn med angst og andre psykiske lidelser. Dermed kan klinikere med større sikkerhet vite hvilke terapeutatferder de bør legge vekt på i forsøket på å bygge allianse med barn med ulike vansker.

Alliansen anses ikke alene som tilstrekkelig for et godt utfall av behandling i KAT (Neumer et al., 2011; Ormhaug et al., 2014), men det virker sannsynlig at en god allianse bidrar til at andre intervensjoner i behandlingen «når inn» til barn og til endring. Vi håper på en styrking av allianseforskning innen barnefeltet, og at bedre alliansebygging vil kunne øke effekten av terapi for barn med angstlidelser.

Litteraturliste

- Abrahamsen, H. (2016). *Terapeuters alliansebyggende strategier innen traumefokusert behandling av barn*. (Hovedoppgave, Universitetet i Oslo). Hentet fra <https://www.duo.uio.no/handle/10852/50688>
- Accurso, E. C., Hawley, K. M., & Garland, A. F. (2013). Psychometric properties of the Therapeutic Alliance Scale for Caregivers and Parents. *Psychological Assessment*, 25(1), 244.
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Ariely, D. (2009). *Predictably irrational*. New York: HarperCollins.
- Babyak, M. A. (2004). What you see may not be what you get: a brief, nontechnical introduction to overfitting in regression-type models. *Psychosomatic Medicine*, 66(3), 411-421.
- Barrett, P. M. (2004). *Friends for life e Group leader's manual (4th ed.)*. Brisbane: Australian Academic Press.
- Barrett, P. M. (2008). *Friends for life (in Norwegian)*. Bergen: Innovest AS.
- 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.
- Berge, T. (2015). Spesifikke fobier. I T. Berge & A. Repål (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 85-97). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Biederman, J., Faraone, S., Mick, E., & Lelon, E. (1995). Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: fact or artifact?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(5), 579-590.
- Bolton, D. (2005). Cognitive behaviour therapy for children and adolescents: some theoretical and developmental issues. I P.J. Graham (Red.), *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families* (9-24). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 16(3), s. 252-260.

- Brady, E. U., & Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, *111*(2), 244.
- Carr, A. (2015). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: a contextual approach*. 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*, 421–436.
- Chansky, T. E., & Kendall, P. C. (1997). Social expectancies and self-perceptions in anxiety-disordered children. *Journal of Anxiety Disorders*, *11*, 347–363.
- Cialdini, R. B., & Cialdini, R. B. (2007). *Influence: the psychology of persuasion*. New York: Collins.
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, *6*(4), 284.
- Clauss, J. A., & Blackford, J. U. (2012). Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: a meta-analytic study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *51*(10), 1066-1075.
- Creed, T. A., & Kendall, P. C. (2005). Therapist alliance-building behavior within a cognitive-behavioral treatment for anxiety in youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(3), 498-505.
- Currie, C., Molcho, M., Boyce, W., Holstein, B., Torsheim, T., & Richter, M. (2008). Researching health inequalities in adolescents: the development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) family affluence scale. *Social Science & Medicine*, *66*(6), 1429-1436.
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *32*(7), 642-649.
- Diamond, G. M., Liddle, H. A., Dakof, G., Hogue, A., & Johnson-Leckrone, J. (1996). *Manual for Therapist Alliance Building Behavior Scale*. Unpublished manual. Center for Research on Adolescent Substance Abuse, Temple University.
- Diamond, G. M., Liddle, H. A., Hogue, A., & Dakof, G. A. (1999). Alliance-building interventions with adolescents in family therapy: A process study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *36*(4), 355.

- DiGiuseppe, R., Linscott, J., & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child and adolescent psychotherapy. *Applied & Preventive Psychology, 5*, 85–100.
- Dummett, N. (2013). Formulation: a systemic approach in cognitive behaviour therapy. I P. Graham & S. Reynolds (Red.), *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families* (s. 69-88). Cambridge University Press.
- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review, 28*(7), 1167-1187.
- Field, A. P. (2000). *Discovering statistics using SPSS for Windows: advanced techniques for beginners*. London: Sage Publications.
- Fjermestad. (2011). Terapeutisk allianse i kognitiv atferdsterapi med barn og ungdom. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 48*(1), 12-15.
- Fjermestad, K. W., Lerner, M. D., McLeod, B. D., Wergeland, G. J. H., Heiervang, E. R., Silverman, W. K., ... & Haugland, B. S. (2015). Therapist-youth agreement on alliance change predicts long-term outcome in CBT for anxiety disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57*(5), 625-632.
- Fjermestad, K.W., Lerner, M.D., McLeod, B.D., Wergeland, G.J.H., Haugland, B.S.M., Havok, O.E., ... & Silverman, W.K. (2017). Motivation and treatment credibility predict alliance in cognitive behavioral treatment for youth with anxiety disorders in community clinics. *Journal of Clinical Psychology*.
- Fjermestad, K. W., McLeod, B. D., Heiervang, E. R., Havik, O. E., Öst, L. G., & Haugland, B. S. (2012). Factor structure and validity of the therapy process observational coding system for Child Psychotherapy–Alliance Scale. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 41*(2), 246-254.
- Fjermestad, K., McLeod, B.D., Tully, C.B., & Liber, J.M (2016). Therapist Characteristics and Interventions: Enhancing Alliance and. I S. Maltzman (Red.), *The Oxford handbook of treatment processes and outcomes in psychology: a multidisciplinary, biopsychosocial approach* (s. 97-116). Oxford: Oxford University Press.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 59*(1), 10.
- Gullone, E. (2000). The development of normal fear: A century of research. *Clinical Psychology Review, 20*(4), 429-451.

- Hawley, K. M., & Weisz, J. R. (2005). Youth versus parent working alliance in usual clinical care: Distinctive associations with retention, satisfaction, and treatment outcome. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*(1), 117-128.
- Henderlong, J., & Lepper, M. R. (2002). The effects of praise on children's intrinsic motivation: a review and synthesis. *Psychological Bulletin, 128*(5), 774
- Hill, R. M., Castellanos, D., & Pettit, J. W. (2011). Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: a review. *Clinical Psychology Review, 31*(7), 1133-1144.
- Hirshfeld, D. R., Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Bolduc, E. A., Faraone, S. V., Snidman, N., ... & Kagan, J. (1992). Stable behavioral inhibition and its association with anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 31*(1), 103-111.
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (2013). Cognitive and cognitive behavioral therapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavioral change* (6 ed., pp. 393-442). New York: Wiley.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 28*(1), 9-16.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139.
- James, A. C., James, G., Cowdrey, F. A., Soler, A., & Choke, A. (2015). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *The Cochrane Library*.
- James, A. A. C. J., Soler, A., & Weatherall, R. (2005). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 4*.
- Jensen, T. K., Haavind, H., Gulbrandsen, W., Mossige, S., Reichelt, S., & Tjersland, O. A. (2010). What constitutes a good working alliance in therapy with children that may have been sexually abused? *Qualitative Social Work, 9*(4), 461-478.
- Jungbluth, N., & Shirk, S. (2009). Therapist Strategies for Building involvement in Cognitive-Behavioural Therapy for Adolescent Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(6), 1179-1184.

- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, *26*(1), 50-65.
- Karver, M., Shirk, S., Handelsman, J. B., Fields, S., Crisp, H., Gudmundsen, G., & McMakin, D. (2008). Relationship processes in youth psychotherapy: Measuring alliance, alliance-building behaviors, and client involvement. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, *16*(1), 15-28.
- Kendall, P. C. (1993). Cognitive-behavioral therapies with youth: Guiding theory, current status, and emerging developments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*(2), 235.
- Kendall, P. C., Comer, J. S., Marker, C. D., Creed, T. A., Puliafico, A. C., Hughes, A. A., ... & Hudson, J. (2009). In-session exposure tasks and therapeutic alliance across the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*(3), 517.
- Kendall, P. C., & Hall, W. (2006). Mestringskatten (Coping Cat). *Kognitiv atferdsterapi for barn med angst. Terapeutmanual*. Oslo: Universitetsforlaget.
- 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*, 65–74.
- Kendall, P. C., Safford, S., Flannery-Schroeder, E., & Webb, A. (2004). Child anxiety treatment: outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(2), 276.
- Kim, H. Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution using skewness and kurtosis. *Restorative Dentistry & Endodontics*, *38*(1), 52-54.
- Kim, J. & Mueller, C. W. (1978). *Quantitative applications in the social sciences: introduction to factor analysis* Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Ltd
- King, N. J., & Ollendick, T. H. (1989). Children's anxiety and phobic disorders in school settings: Classification, assessment, and intervention issues. *Review of Educational Research*, *59*, 431–470.
- Kovacs, M., Gatsonis, C., Paulauskas, S. L., & Richards, C. (1989). Depressive disorders in childhood. *Archives of General Psychiatry*, *46*(9), 776-782.

- Liber, J. M., Van Widenfelt, B. M., Utens, E. M., Ferdinand, R. F., Van der Leeden, A. J., Gastel, W. V., & Treffers, P. D. (2008). No differences between group versus individual treatment of childhood anxiety disorders in a randomised clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(8), 886-893.
- Manne, S., Winkel, G., Zaider, T., Rubin, S., Hernandez, E., & Bergman, C. (2010). Therapy processes and outcomes of psychological interventions for women diagnosed with gynecological cancers: A test of the generic process model of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 236–248.
- 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.
- McLeod, B. D. (2001). The therapy process observational coding system for child psychotherapy. *Los Angeles: University of California*.
- McLeod, B. D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 603-616
- McLeod, B. D., & Weisz, J. R. (2005). The therapy process observational coding system-alliance scale: measure characteristics and prediction of outcome in usual clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 323.
- Mukaka, M. M. (2012). A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi Medical Journal*, 24(3), 69-71.
- Mundry, R., & Nunn, C. L. (2008). Stepwise model fitting and statistical inference: turning noise into signal pollution. *The American Naturalist*, 173(1), 119-123.
- Neumer, S. -P., Martinsen, K. D., Gere, M., & Villabø, M. A. (2011). Kognitiv-atferdsterapeutiske programmer i klinikk: utfordringer og muligheter. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(1), 21-25.
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T., & Shirk, S. R. (2014). The therapeutic alliance in treatment of traumatized youths: Relation to outcome in a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), 52.
- Ormhaug, S. M., Shirk, S. R., & Wentzel-Larsen, T. (2015). Therapist and client perspectives on the alliance in the treatment of traumatized adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 27705.
- Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 311-341.

- Russell, R., Shirk, S., & Jungelbluth, N. (2008). First-session pathways to the working alliance in cognitive-behavioural therapy for adolescent depression. *Psychotherapy Research, 18*(1.), 15-27
- Seligman, L. D., & Ollendick, T. H. (2011). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 20*(2), 217-238.
- Shirk, S. R., Gudmundsen, G., McMakin, D., Dent, H., & Karver, M. (2003). Rater's manual for the Adolescent Alliance Building Scale. *Unpublisert manual, University of Denver, CO.*
- Shirk, S. R., & Jungbluth, N. J. (2014). Adolescent Alliance Building Scale (Revised). *Unpublisert manual, University of Denver, CO.* (AABS-R, Vedlegg 1 og 2).
- Shirk, S. R. & Karver, M. S. (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.
- Shirk, S. R., Karver, M. S., & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 17.
- Shirk, S. R., & Saiz, C. C. (1992), Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development and Psychopathology, 4*, 713-728.
- 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*, 525-535.
- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin, 86*(2), 420.
- Silverman, W. K., Pina, A. A., & Viswesvara, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*, 105–130.
- Southam-Gerow, M. A., Weisz, J. R., & Kendall, P. C. (2003). Youth with anxiety disorders in research and service clinics: Examining client differences and similarities. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32*(3), 375-385.
- Wergeland, G. J. H., Fjermestad, K. W., Marin, C. E., Haugland, B. S. M., Bjaastad, J. F., Oeding, K., ... & Heiervang, E. R. (2014). An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Behaviour Research and Therapy, 57*, 1-12.

World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research* (Vol. 2). World Health Organization.

Vedlegg 1 – AABS-R

Lagt ved med tillatelse fra Stephen Shirk (22. mars 2018).

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>
--	---

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

Code 3 Therapist orients teen to collaborative nature of therapy

<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</i>: OR therapist reflects and summarizes the change statement, e.g. (<i>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?" 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?") or for attempting to solidify what was learned at the end by summarizing or inviting teen to discuss a take away.</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 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>**Room given to client –</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 2 – AABS-R Kodings skjema

Lagt ved med tillatelse fra Stephen Shirk.

AABS Coding Record

Patient ID _____ Coder _____
 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		

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 3 – TASC-R

Norsk versjon godkjent av Stephen Shirk, gjengitt med tillatelse fra ATACA.

BUP..... DATO..... ID NR.....

TASC2 Barn/Ungdom

Time 3

Her er noen setninger om møtet du hadde med FRIENDS-lederen din i dag. Etter å ha lest setningen, ber vi deg sette ring rundt svaret som best beskriver din opplevelse av timen i dag. Husk at FRIENDS-lederen din ikke vil få se svarene dine. Det er ingen rette eller gale svar, bare hvordan du opplevde det.

1. Jeg likte å tilbringe tid sammen med Friends-lederen min.

1	2	3	4
Ikke i det hele tatt	Litt	For det meste	Veldig mye

2. Jeg syntes det var vanskelig å jobbe med Friends-lederen for å løse problemene mine.

1	2	3	4
Ikke i det hele tatt	Litt	For det meste	Veldig mye

3. Jeg følte at Friends-lederen var på min side og forsøkte å hjelpe meg.

1	2	3	4
Ikke i det hele tatt	Litt	For det meste	Veldig mye

4. Jeg jobbet med Friends-lederen min for å finne nye måter å takle følelsene mine på.

1	2	3	4
Ikke i det hele tatt	Litt	For det meste	Veldig mye

5. Jeg ville at timen skulle bli fort ferdig.

1	2	3	4
Ikke i det hele tatt	Litt	For det meste	Veldig mye

6. Jeg gledet meg til å treffe Friends-lederen min.

1	2	3	4
Ikke i det hele tatt	Litt	For det meste	Veldig mye

7. Jeg følte at Friends-lederen brukte for mye tid på å jobbe med mine problemer.

1	2	3	4
Ikke i det hele tatt	Litt	For det meste	Veldig mye

8. Jeg ville heller gjort andre ting enn å treffe Friends-lederen min.

1	2	3	4
Ikke i det hele tatt	Litt	For det meste	Veldig mye

9. Jeg brukte tiden med Friends-lederen min til å jobbe med å endre oppførselen min.

1	2	3	4
Ikke i det hele tatt	Litt	For det meste	Veldig mye

10. Jeg likte Friends-lederen min.

1	2	3	4
Ikke i det hele tatt	Litt	For det meste	Veldig mye

11. Jeg ville helst ikke jobbet med problemene mine sammen med Friends-lederen min.

1	2	3	4
Ikke i det hele tatt	Litt	For det meste	Veldig mye

12. Jeg syntes Friends-lederen min og jeg jobbet godt sammen for å løse mine problemer.

1	2	3	4
Ikke i det hele tatt	Litt	For det meste	Veldig mye

Original ved S. Shirk.

Norsk oversettelse 2008 ved Krister Fjermestad, Bente Storm Mowatt Haugland og Einar Heiervang, Universitetet i Bergen.

Vedlegg 4 – Sammendrag og ANOVA for regresjonsanalyse

Tabell V1

Sammendrag av modell

Modell	R	R ²	ΔR ²	Std. Feil av Estimat
1	.47 ^a	.24	.19	4.24

Prediktorer: Ledd 1: Erfaring, Ledd 3: Samarbeid, Ledd 10: Støtte

Utfallsvariabel: TASC-R

Tabell V2

ANOVA

	SS	df	M ²	F	Sig.
Regresjon	271.65	3	90,55	5.05	.004
Residual	879.19	49	17,94		
Total	1150.84	52			

Prediktorer: Ledd 1: Erfaring, Ledd 3: Samarbeid, Ledd 10: Støtte

Utfallsvariabel: TASC-R

Vedlegg 5 – Regresjonsanalyse med kontroll for manualversjon

Tabell V3

Sammendrag av modell

Modell	R	R ²	ΔR^2	Std. Feil av Estimat
1	0.50	0.25	0.19	4.27

Prediktorer: Ledd 1: Erfaring, Ledd 3: Samarbeid, Ledd 10: Støtte

Utfallsvariabel: TASC-R

Tabell V4

ANOVA

	SS	df	M ²	F	Sig.
Regresjon	289.08	4	72.27	3.96	0.07
Residual	857.06	47	18.24		
Total	1146.15	51			

Prediktorer: Ledd 1: Erfaring, Ledd 3: Samarbeid, Ledd 10: Støtte

Utfallsvariabel: TASC-R

Tabell V5

Koeffisienter

Variabel	B	Std. Feil	β	t	Sig.
Konstant	34.85	4.33		8.05	0.00
Manual (Barn/Ungdom)	0.09	1.67	0.01	0.06	0.96
Ledd 1: Erfaring	2.20	0.92	0.38	2.39	0.02
Ledd 3: Samarbeid	4.47	1.97	0.38	2.27	0.03
Ledd 10: Støtte	-1.25	2.98	-0.08	-0.42	0.68

Utfallsvariabel: TASC-R