

# Er behandlingsmotivasjon én eller flere faktorer?

*Utforskning av motivasjon innenfor kognitiv atferdsterapi av barn og unge med angstlidelser.*

Sofie Føyen Arnevåg



Hovedoppgave ved psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Oktober 2019



# Er behandlingsmotivasjon én eller flere faktorer?

*Utforskning av motivasjonsfaktoren innenfor kognitiv atferdsterapi av barn og unge med angstlidelser.*

Copyright Sofie Føyen Arnevåg

2019

Er behandlingsmotivasjon én eller flere faktorer?

Sofie Føyen Arnevåg

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

IV

# Sammendrag

**Forfatter:** Sofie Føyen Arnevåg

**Tittel:** Er behandlingsmotivasjon én eller flere faktorer?

**Veileder:** Krister Westlye Fjermestad

**Bakgrunn:** Blant faktorer som kan forbedre effekten av kognitiv atferdsterapi (KAT) for barn og unge med angst, er behandlingsmotivasjon en av faktorene som kan være av betydning. På tross av en gjeldende forståelse i litteraturen om at behandlingsmotivasjon er medvirkende for gode resultater i terapi, har begrepet behandlingsmotivasjon vært en gjenstand for forvirring basert på uenigheter og diskusjoner om hva behandlingsmotivasjon innebærer. Flere studier indikerer at behandlingsmotivasjon ikke er éndimensjonalt, men bestående av flere faktorer som kan påvirke utfall ulikt. Hovedproblemstillingen i denne delstudien er om behandlingsmotivasjon består av én eller flere faktorer innenfor KAT av barn og unge med angst. I tillegg vil jeg undersøke om eventuelle faktorer innenfor behandlingsmotivasjon er ulikt assosiert med utfall i behandling.

**Metode:** Datamaterialet til denne delstudien er hentet fra barnedelen av ATACA-studien, en randomisert, kontrollert studie som undersøkte effekten av KAT for barn og unge med angstlidelser. Utvalget bestod av 182 barn og unge, i alderen 8-15 år (M=11,5 år; 53 % jenter og 47 % gutter). For å undersøke hvorvidt motivasjon består av én eller flere faktorer utførte jeg prinsippal komponent analyse av motivasjonsmålet benyttet i ATACA-studien kalt Nijmegen Motivation List 2 Children (NML2-C). NML2-C inneholder 15 ledd og ble rapportert før behandling. Videre ble det utført t-tester og regresjonsanalyser for å undersøke sammenhengen mellom de ulike faktorene funnet innenfor motivasjonsmålet og utfall.

**Resultater:** Resultatene viste at behandlingsmotivasjon består av følgende to faktorer: beredskap og opplevd ubehag. Høyere nivå av opplevd ubehag predikerte positiv endring i angstsymptomer etter behandling, ved 1-års og 3,9-års oppfølging, samt predikerte reduksjon i depresjonssymptomer 3,9 år etter behandling. Opplevd ubehag predikerte også symptomreduksjon hos barn med generalisert angstlidelse etter 1-års og 3,9-års oppfølging. Derimot viste lavere nivå av beredskap signifikant sammenheng med bedring av symptomer på sosial angst etter behandling.

**Konklusjon:** Funnene fra denne delstudien indikerte at motivasjon hos barn består av opplevd ubehag og beredskap, og at disse faktorene predikerer utfall ulikt. Funnene tyder på at det er opplevd ubehag som har størst betydning for utfall på kort og lang sikt.



# Forord

Å skrive denne hovedoppgaven har vært en svært lærerik prosess. Først og fremst har jeg tilegnet meg mer kunnskap og større innsikt vedrørende forskningen på behandlingsmotivasjon innenfor psykologisk behandling. Jeg har også lært mer om rammene rundt forskning, metode, den akademiske verden, om meg selv, samt det å trykke på riktig knapper i SPSS og Word.

I en oppgave som handler om motivasjon, har det vært interessant å få oppleve begrepets betydning i forbindelse med skriveprosessen. Motivasjonen for å skrive har tidvis vært meget høy og andre dager svært lav, samt blitt påvirket av diverse aspekter. Alt fra angsten om å ikke rekke å bli ferdig til Pepsi max belønninger har hjulpet meg til å gjennomføre. Motivasjonen har definitivt økt etter kommunikasjon med veileder Krister Fjermestad, som jeg bringer en stor takk til. Takk for din evne til å veilede på en konkret og inspirerende måte. Og takk for alle svar du har gitt meg på mange sikkert gode, men også litt dumme spørsmål. Jeg vil også takke min ektemann for oppmuntring, middager og avkobling. I tillegg vil jeg takke min nærmeste familie og venner for støtte og korrekturlesing.

Jeg håper det vil være både interessant og lærerikt å lese.

Sofie Føyen Arnevåg

Oslo, oktober 2019





# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>1</b>
1.1	Begrepsavklaringer	2
<b>2</b>	<b>Angstlidelser</b>	<b>3</b>
2.1	Separasjonsangst	4
2.2	Generalisert angstlidelse	4
2.3	Sosial angstlidelse	4
2.4	Komorbiditet	5
<b>3</b>	<b>Kognitiv atferdsterapi (KAT) for angstlidelser</b>	<b>6</b>
3.1	Friends-manualen	7
3.2	Evidens for KAT behandling av barn og unge med angstlidelser	8
<b>4</b>	<b>Behandlingsmotivasjon i litteraturen</b>	<b>9</b>
4.1	Definisjon av behandlingsmotivasjon	9
4.2	Behandlingsmotivasjon i litteraturen	9
4.2.1	Behandlingsmotivasjon sin betydning innenfor KAT-behandling av angstpasienter	10
4.3	Behandlingsmotivasjon hos barn	10
<b>5</b>	<b>Behandlingsmotivasjon: én eller flere faktorer?</b>	<b>12</b>
5.1	Innledende motivasjon	12
5.2	Teoretisk grunnlag for at motivasjon består av flere faktorer	14
<b>6</b>	<b>Behandlingsmotivasjon hos barn – fra et utviklingsperspektiv</b>	<b>15</b>
6.1.1	Alder og motivasjon	15
6.1.2	Barnets behandlingsmål	16
6.1.3	Kjønns betydning for motivasjon	16
6.1.4	Foreldrenes påvirkningskraft	17
6.2	Belysning av motivasjon i dagens spesialisthelsetjeneste	17
<b>7</b>	<b>Forskningsspørsmål</b>	<b>19</b>
<b>8</b>	<b>Metode</b>	<b>20</b>
8.1	ATACA-studien	20
8.2	Utvalget	20
8.3	Måleinstrumenter	21
8.3.1	Nijmegen Motivation List 2	21
8.4	Utfallsmål (avhengige variabler)	21
8.4.1	The Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV	21
8.4.2	Spence Children Anxiety Scale	21
8.4.3	Short Mood and Feelings Questionnaire	22
8.5	Statistiske analyser	22
<b>9</b>	<b>Resultater</b>	<b>23</b>
9.1	Beskrivende statistikk	23

<b>9.2</b>	<b>Resultater fra PCA</b>	<b>23</b>
<b>9.3</b>	<b>Resultater fra regresjonsanalyser</b>	<b>27</b>
<b>9.4</b>	<b>Motivasjon og diagnosetap</b>	<b>31</b>
<b>10</b>	<b>Diskusjon</b>	<b>32</b>
<b>10.1</b>	<b>Hovedfunn</b>	<b>32</b>
10.1.1	Er behandlingsmotivasjon én eller flere faktorer?	32
10.1.2	Sammenhenger mellom beredskap, opplevd ubehag og utfall	33
10.1.3	Langtidseffekten av behandlingsmotivasjon	35
10.1.4	Alder og kjønns påvirkning på behandlingsmotivasjon	35
<b>10.2</b>	<b>Metodiske betraktninger</b>	<b>36</b>
10.2.1	Styrker og begrensinger	36
10.2.2	Representativitet og generaliserbarhet	37
<b>10.3</b>	<b>Implikasjoner</b>	<b>38</b>
10.3.1	Implikasjoner for klinikk	38
10.3.2	Implikasjoner for forskning	39
<b>11</b>	<b>Konklusjon</b>	<b>41</b>
	<b>Litteraturliste</b>	<b>42</b>
	<b>Vedlegg A</b>	<b>57</b>
	<b>Vedlegg B</b>	<b>58</b>
	<b>Vedlegg C</b>	<b>59</b>
<b>Oversikt over tabeller og figurer</b>		
	Tabell 1. <i>PCA eksplorerende komponentmatrise</i>	25
	Tabell 2. <i>PCA tvunget komponentmatrise</i>	26
	Tabell 3. <i>Endringsvariabel i SCAS</i>	28
	Tabell 4. <i>Endringsvariabel i SMFQ</i>	29
	Tabell 5. <i>Endringsvariabel i SOP, SAD og GAD</i>	30
	Tabell 6. <i>Beredskap og opplevd ubehag som prediktorer for diagnosetap fra T1-T2</i>	59
	Tabell 7. <i>Beredskap og opplevd ubehag som prediktorer for diagnosetap fra T1 til T3 og T4</i>	60
	Figur 1. <i>Kjønnsforskjeller i gjennomsnitt på NML2-C</i>	23
	Figur 2. <i>Scree plot fra prinsipal komponent analyse av Nijmegen Motivation List 2 Children (NML2-C)</i>	58

# 1 Innledning

Angst hjelper mennesker til å unngå farlige situasjoner og fremmer overlevelse. Imidlertid kan angst i patologisk form oppleves som individets verste fiende, hindre livsutfoldelse og medføre negative personlige, sosiale og helsemessige konsekvenser (Carr, 2016; Copeland, Angold, Shanahan, & Costello, 2014; Kendall & Ollendick, 2004). Blant barn og unge er angstlidelser en av de mest prevalente psykiske lidelsene (Beesdo, Knappe, & Pine, 2009; James, James, Cowdrey, Soler, & Choke, 2013). På grunn av høy prevalens (2-27%) (Costello, Egger, & Angold, 2005b) og de store belastningene som angst gir, trengs det effektiv behandling.

Kognitiv atferdsterapi (KAT) er anerkjent som en effektiv evidensbasert behandlingsform for angstlidelser, og omtrent 60% mister sin primære angstdiagnose etter behandling (James et al., 2013). Samtidig er det 40% av barn og unge med angstlidelser som ikke responderer på KAT eller mister effekt på lang sikt (Ginsburg et al., 2018; James et al., 2013). Det er dermed viktig å identifisere faktorer som kan øke effekten i KAT. Studier tyder på at behandlingsmotivasjon kan være en av faktorene som er av betydning for ulik respons av KAT hos både barn og voksne (Aviram & Westra, 2011; Aviram, Westra, Constantino, & Antony, 2016; Keijsers, Schaap, Hoogduin, Hoogsteyns, & de Kemp, 1999; Kodal et al., 2018b; Wergeland et al., 2016). Det er forsket mye på behandlingsmotivasjon innenfor behandling av voksne med avhengighetsproblematikk, samt generelt om hvordan forbedre motivasjon i terapi (Drieschner, Lammers, & van der Staak, 2004; Erickson, Stevens, McKnight, & Figueredo, 1996; Miller & Rollnick, 2012). Derimot har det vært mindre fokus på behandlingsmotivasjon blant barn og unge i terapi.

Denne delstudien har benyttet datamateriale fra barnedelen av The Assessment and Treatment – Anxiety in Children and Adults Study (ATACA). Etter min kjennskap finnes det ikke andre studier enn ATACA (Wergeland et al., 2014) som har forsket på egenskapene til motivasjonsfaktoren i behandling av barn og unge med angst. Resultatene fra ATACA viste at høyere behandlingsmotivasjon styrket terapeutisk allianse, samt predikerte bedre behandlingsutfall på kort og lang sikt (Fjermestad et al., 2018; Kodal et al., 2018b; Wergeland et al., 2016).

På tross av en gjeldende forståelse i litteraturen om at behandlingsmotivasjon er medvirkende for gode resultater i terapi, har begrepet behandlingsmotivasjon vært en gjenstand for forvirring og uenigheter vedrørende definisjon og operasjonalisering i litteraturen (Drieschner et al., 2004; Marker, Salvaris, Thompson, Tolliday, & Norton, 2019).

Dette har hindret forskningen fra å fullt forstå den spesifikke betydningen av motivasjon i behandling (Drieschner et al., 2004; Keijsers et al., 1999). Faktoranalytiske studier har avdekket at motivasjon består av flere faktorer i behandling av voksne, og er dermed ikke et éndimensjonalt konstrukt (Appelbaum, 1972; Keijsers et al., 1999; Rosenbaum & Horowitz, 1983). Faktoranalyse av motivasjonsmålet benyttet innenfor KAT Nijmegen Motivation List 2 (NML2) avdekket tre faktorer. Disse faktorene var beredskap (preparedness), opplevd ubehag (distress) og tvil (doubt). Videre fant Keijsers et al. (1999) at beredskap var assosiert med behandlingseffekt og frafall, mens opplevd ubehag og tvil ikke var det. Ut ifra denne forskningen ser det ut til at motivasjon består av flere faktorer, samt at faktorene har ulik betydning i terapi.

For å kunne utvikle intervensjoner som kan bidra til å øke barnets motivasjon er det nødvendig å vite hva motivasjon innebærer, samt om ulike deler av motivasjon har mer eller mindre betydning for utfall. Denne delstudien vil undersøke faktorstrukturen til motivasjonsmålet Nijmegen Motivation List 2 Children (NML2-C) tilpasset til barn. Problemstillingen i denne delstudien er følgende: Består behandlingsmotivasjon av én eller flere faktorer? I tillegg vil denne delstudien undersøke om eventuelle ulike faktorer innenfor behandlingsmotivasjon påvirker utfall ulikt.

Motivasjonsbegrepet vil i denne oppgaven utforskes innenfor behandling av barn og unge. Oppgaven vil hovedsakelig dreie seg om hva behandlingsmotivasjon er og hvordan det påvirker utfall i behandling, spesifikt inn mot barn og unge med angst i KAT-behandling. Jeg vil først ta for meg angstlidelser og KAT, før jeg beskriver forskningen på behandlingsmotivasjon og videre behandlingsmotivasjon hos barn. Deretter vil jeg presentere metode og resultatene fra denne delstudien. Til slutt vil jeg diskutere resultatene, styrker og svakheter ved delstudien, samt resultatenes implikasjoner.

## 1.1 Begrepsavklaringer

Motivasjonsbegrepet vil i denne oppgaven referere til motivasjon innenfor behandling dersom det ikke blir nærmere spesifisert. For å gjøre oppgaven lettere å lese vil begrepet barn referere til barn og ungdom (8-16 år), men jeg vil skille mellom barn og ungdom når det er viktig å presisere. Jeg har oversatt det engelske begrepet «preparedness» til «beredskap». Beredskap vil i denne oppgaven bety å være forberedt til den behandlingen som tilbys. Det representerer en pasient som er villig til å investere i behandlingen, gjøre personlige ofringer i løpet av behandlingsforløpet og har tro på at behandlingen vil skape endring.

## 2 Angstlidelser

Angstlidelser er den vanligste psykiske lidelsen som rammer barn og unge (Beesdo et al., 2009; Cartwright-Hatton, McNicol, & Doubleday, 2006). Ulike epidemiologiske undersøkelser viser store variasjoner vedrørende forekomsten av angstlidelser blant barn og unge. Dette skyldes først og fremst bruk av ulike undersøkelsesmetoder og prosedyrer for diagnostisering (Beesdo et al., 2009; Cartwright-Hatton et al., 2006). Generelt er prevalensen for angstlidelser estimert til 8%, med en rekkevidde fra 2% til opptil 27% (Costello, Egger, & Angold, 2005a; Costello et al., 2005b; Merikangas, Nakamura, & Kessler, 2009).

Angstlidelser utspiller seg både i kroppslige reaksjoner, opplevelser og handlinger og kan påvirke relasjoner (Berge & Repål, 2015). Kroppslige reaksjoner kan være raskere hjerteslag, blekhet, skjelving, utvidelse av pupillene, tørrhet i munnen, svetting og hete eller kuldetokter. Opplevelsen av angst generer følelser og tanker om fare og katastrofe. På handlingsplanet er angst er forbundet med unngåelse, flukt, frys eller opplevelse av å låses fast (Berge & Repål, 2015). Hos barn vil angst også kunne medføre sinneutbrudd (Berge & Repål, 2015; Carr, 2016).

Angstlidelser i barndommen er forbundet med redusert funksjon på både sosiale, akademiske og økonomiske områder, samt andre negative helsemessig utfall. Dette gjelder både på kort og lang sikt (Carr, 2016; Copeland et al., 2014; Kendall & Ollendick, 2004). Mange av de som utvikler angstlidelse som barn vil fortsette å ha den dersom de ikke får behandling, (APA, 1994; Keller et al., 1992) og vil med det stå i større risiko for å utvikle andre diagnoser som depresjon, alkoholmisbruk og annen rusmisbruk (Compton, Burns, Egger, & Robertson, 2002; Cummings, Caporino, & Kendall, 2014; Kendall, Safford, Flannery-Schroeder, & Webb, 2004). Derfor er det viktig å finne effektiv behandling for angst.

Det finnes en rekke ulike angstlidelser (APA, 2013; WHO, 1993). Utvalget i denne delstudien er diagnostisert med enten generalisert angstlidelse (GAD), seperasjonsangstlidelse (SAD) eller sosial angstlidelse (SOP) som primær diagnose basert på kriteriene i «Diagnostic and Statistical Manual og Mental Disorders» (DSM), femte utgave (APA, 2013). GAD, SAD og SOP blir ofte referert til som barneangstlidelser i litteraturen (James et al., 2013; Walkup et al., 2008). Nedenfor beskriver jeg kjerne­kriteriene for de disse angstlidelsene.

## **2.1 Separasjonsangst**

SAD kjennetegnes ved en overdreven frykt relatert til adskillelse fra hjemmet og/eller tilknytningspersoner. Engstelsen er knyttet til frykten for at tilknytningspersonene vil bli skadet eller at det vil skje hendelser som vil kunne lede til tap eller separasjon fra tilknytningspersonen. Det vil også kunne forekomme mareritt om nettene med tema separasjon og unngåelse av å sove borte hjemmefra. Somatiske plager kan også oppstå i forbindelse med eller ved bekymringer om adskillelse fra tilknytningsperson (vondt i magen, hodet, kvalme og oppkast). Separasjonsangst kan føre til at barnet nekter å gå i barnehage, på skolen/jobb, som igjen vil kunne føre til akademiske utfordringer og sosial isolasjon (APA, 2013; Carr 2016).

## **2.2 Generalisert angstlidelse**

Ved GAD er hovedkjennetegnet en vedvarende og overdreven engstelse og bekymring for flere hendelser og aktiviteter som individet opplever er vanskelig å kontrollere (APA, 2013). Barn og unge med GAD vil bekymre seg overdrevent mye for egen evne til å mestre, ofte relatert til skolearbeid, utseende, fremtid, samt at de kan streve med perfektjonisme og selvtvil (Pine & Klein, 2015). Intensiteten, varigheten og frekvensen av bekymringene/angsten er ute av proporsjoner i forhold til hva den aktuelle hendelsen utgjør av eventuelle konsekvenser. Barnet opplever det vanskelig å kontrollere bekymringene som igjen fører til begrenset konsentrasjonsevne (APA, 2013).

## **2.3 Sosial angstlidelse**

Barn og unge med SOP har en markert og/eller intens frykt/angst i forbindelse med sosiale situasjoner der individet kan bli observert og negativt evaluert av andre, (for eksempel ved fremføringer, eller mens de spiser og drikker). De kan være redde for å fremtre tåpelige, dumme, og på en måte som avdekker at de har symptomer på angst (rødming, skjelve, stamme.) Angsten kan være til stede i situasjoner med både jevnaldrende og voksne, samt fremmede og kjente personer. Hos barn vil angsten kunne utfolde seg i gråt, i raserianfall, at de fryser/stivner eller klamrer seg og/eller bli stumme/krymper i sosiale situasjoner. Individet vil ofte unngå de angstfremkallende situasjoner og det kan medføre svært sterk unngåelsesatferd (APA, 2013; Carr 2016).

## 2.4 Komorbiditet

Studier viser at personer med angstlidelser ofte fyller kriterier for flere angstdiagnoser samtidig, i tillegg blir rundt 50-60% diagnostisert med annen psykiatrisk affektiv lidelse. (Brady & Kendall, 1992; Carr, 2016; Seligman & Ollendick, 1998) Depresjon er blant de vanligste komorbide lidelsene ved angst. Komorbiditetsraten for depresjon ved angst ligger mellom 10% til 15%. (Angold, Costello, & Erkanli, 1999; Axelson & Birmaher, 2001; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003) Komorbiditet kan ha implikasjoner for både alvorlighetsgrad av barnets tilstand og tilrettelegging ved behandling. Det er dermed viktig å ta høyde for depresjonssymptomer, samt andre psykiske lidelser ved behandling av angst (Seligman & Ollendick, 1998).

# 3 Kognitiv atferdsterapi (KAT) for angstlidelser

En av de vanligste behandlingsformene av angstlidelser innenfor psykisk helsevern er kognitiv atferdsterapi. KAT er i dag et samlebegrep på en rekke behandlingsmetoder som springer ut av noen felles grunnleggende prinsipper (Grova, 2016). KAT er forankret i kognitiv teori og atferdsteori. I tillegg bygger KAT prinsipper i stor grad på elementer fra både sosial læringsteori, spesielt informasjonsprosesseringsteori (Bandura, 1977; Friedberg & McClure, 2015). Det teoretiske grunnlaget tilfører læring og hukommelse prosesser som sentrale forståelsesrammer for å forstå hvordan individet representerer og tolker seg selv og verden rundt seg (Grova, 2016).

Ifølge KAT-modellen er årsaken til psykiske plager som angst og depresjon automatiske uhensiktsmessig og dysfunksjonelle tanker (Berge & Repål, 2015). Hensikten med kognitiv terapi er å støtte pasienter i å mestre sine problemer gjennom å korrigere uhensiktsmessige tankemønstre og handlingsmønstre som opprettholder problemene, og som har bidratt til dem. For å identifisere slike uheldige tanker og handlingsmønstre bruker man gjerne ABC-modellen. Ved bruk av ABC-modellen tar man tak i den aktiverende hendelsen (A for Activating event), for å undersøke oppfatningene (B for Beliefs) knyttet til hendelsen, samt følelser og konsekvenser av (C for Consequences) disse oppfatningene (Berge & Repål, 2015; Nissen-Lie, 2013). Målet er å finne alternative måter å oppfatte, fortolke og forstå ulike hendelser på. Et kjerneelement er å lære om hvordan tanker, følelser og atferd har gjensidig påvirkning på hverandre og at endring kan skje gjennom å justere et av de overnevnte komponentene. For eksempel om en kjenner svette i hendene, svimmelhet og høy hjertefrekvens, blir det gjerne tolket som et faresignal og utløser følelsen av frykt og angst, som igjen kan føre til unngåelse av situasjonen. Slike mønstre skjer ofte automatisk uten at vi er klar over hvilke tanker og følelser som er mobilisert (Grova, 2016). Ved å identifisere slike mønstre og øve seg på å endre et av komponentene (eks. fra å unngå situasjonen til å gradvis klare å stå i situasjonen) vil det over tid skape mer hensiktsmessige mønstre mellom tanker og følelser og handlinger (Martinsen & Hagen, 2012).

Behandlingsmodellen innenfor KAT er fokusert og målrettet. Det er først og fremst fokus på problemene her og nå, med mindre fortiden er nødvendig å trekke inn for å forstå reaksjonsmønstre i den aktuelle situasjonen (Grova, 2016). Terapeutiske teknikker som benyttes innenfor KAT for barn og unge er psykoedukasjon, trening av somatiske



mestringsstrategier, avslapningsteknikker, kognitiv restrukturering, eksponering, hjemmeoppgaver og planer for å forebygge tilbakefall (Albano & Kendall, 2002).

Til hjelp for å beholde strukturen og overholde behandlingsmålene er det utviklet behandlingsmanualer til ulike KAT-program. Behandlingsmanualene innebærer teoretiske hovedprinsipper, behandlingsmål, intervensjoner og teknikker tilknyttet behandlingsprogrammet og kontroll av at manualen blir fulgt (Kendall, Chu, Gifford, Hayes, & Nauta, 1998; Luborsky & Barber, 1993). Eksempler på KAT-manualer tilknyttet behandling av angst hos barn er mestringskatten (Kendall, 1990, 2006 ) SMART (Neumer & Junge-Hoffmeister, 2010) og FRIENDS (Barret, 2004, 2008). Det er FRIENDS-programmet som ble benyttet i denne delstudien.

### **3.1 Friends-manualen**

FRIENDS er et evidensbasert manualbasert behandlingsprogram og forebyggingsprogram for barn og unge med ulike angstlidelser i alderen 8-16 år. Programmet har vist å ha god effekt ved behandling av angstlidelser hos barn (Barrett, Duffy, Dadds, & Rapee, 2001) og anerkjent som et godt alternativ for behandling av denne pasientgruppen (Barrett, Farrell, Ollendick, & Dadds, 2006), både internasjonalt (Shortt, Barrett, & Fox, 2001) og i Norge (Wergeland et al., 2014).

Innholdet i FRIENDS-programmet fokuserer på kognitive, fysiske og atferdsmessige faktorer som har betydning for utvikling og opprettholdelse av angstsymptomer (Wergeland et al., 2014). Programmet består av sentrale KAT-teknikker som eksponering, affektbevissthet, avslapning, kognitive strategier og arbeid med forsterkningsmekanismer (Shortt et al., 2001). FRIENDS-programmet er tilpasset barnets utviklingsnivå med et barneprogram (8-12 år) og et program for ungdom (12-16 år), der 12-åringene vil motta det programmet som terapeuten vurderer passer best til barnet (Wergeland et al., 2014). Programmet kan både benyttes som individualterapi og gruppeterapi (Barret, 2008). Behandlingen foregår ukentlig med tilsammen 10 timer, der varighet av timene er på 60 minutter for individualterapi og 90 minutter for gruppeterapi. Etter behandlingslutt er det avsatt to oppfølgingstimer etter 4 og 12 uker. Et viktig element i behandlingen er aktiv involvering av foreldrene som blant annet deltar i de siste 15 minuttene i hver time. I tillegg tilbys foreldrene to egne timer med en terapeut i løpet av behandlingsforløpet. I ATACA-studien fant Wergeland et al., (2014) at FRIENDS hadde god effekt sammenlignet med kontrollgruppe.

## 3.2 Evidens for KAT behandling av barn og unge med angstlidelser

Flere metaanalyser understøtter effekten av KAT for pasienter med angstlidelser som effektiv (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012; James et al., 2013; Stewart & Chambless, 2009). Evidens for god effekt av KAT gjelder også for behandling av barn (Ishikawa, Okajima, Matsuoka, & Sakano, 2007; James et al., 2013). Som nevnt innledningsvis kan 60% av barn i KAT forvente å miste sin primære angstdiagnose (James et al., 2013; Seligman & Ollendick, 2011). Enkelte studier viser at denne effekten varer over tid (Benjamin, Harrison, Settapani, Brodman, & Kendall, 2013) og på tross av komorbide lidelser (Ollendick, Jarrett, Grills-Taquechel, Hovey, & Wolff, 2008; Ollendick, Öst, Reuterskiöld, & Costa, 2010).

På den andre siden er det 40% av barn og unge med angst som ikke responderer på KAT-behandling eller mister bedring på lang sikt (Ginsburg et al., 2018). Nylige enkeltstudier viser i tillegg enda svakere effekt av KAT-programmer for barn, med remisjonsrate på 28% for familiefokusert KAT (Bodden et al., 2008) og 25.3% for individuell KAT (Wergeland et al., 2014). Dette er inkludert resultater fra ATACA-studien som datamaterialet i denne oppgaven er hentet fra. I ATACA studien var det kun 25,3% fra individuell terapi (IKAT) og 20,5% fra gruppeterapi (GKAT) som oppnådde fullstendig remisjon fra alle diagnoser. Det var ingen signifikant forskjell i utfall (diagnostisk bedring, eller signifikant symptomendring etter behandling eller ved 1-årsoppfølging) mellom IKAT og GKAT (Wergeland et al., 2014).

Med bakgrunn i at KAT er en vanlig metode benyttet i behandling av barn med angst er det viktig å kunne forstå og adressere hvilke faktorer som har betydning for ulik respons av KAT. Forskning tyder på at behandlingsmotivasjon kan være en av faktorene som er av betydning for ulik respons av KAT av voksne og barn (Aviram & Alice Westra, 2011; Aviram et al., 2016; Kodal et al., 2018a; Kodal et al., 2018b; Wergeland et al., 2016). Disse funnene viser til behovet for å belyse behandlingsmotivasjon innenfor behandling av barn og unge med angst.

# 4 Behandlingsmotivasjon i litteraturen

## 4.1 Definisjon av behandlingsmotivasjon

Motivasjon kommer fra det latinske ordet *movere* (å bevege seg) og en bred forståelse av motivasjon er således «det som får mennesker til å bevege seg» (Ryan, Lynch, Vansteenkiste, & Deci, 2011). I psykologien har kunnskap om motivasjon og motivasjonelle prosesser stått sentralt for å forstå og forklare menneskers atferd. Dette har medført ulike forståelser og teorier om motivasjon fra både evolusjonære, behavioristiske, kognitive, psykodynamiske og humanistiske retninger (Holt et al., 2012; Kleinginna & Kleinginna, 1981; Weiner, 2013). Å gjøre rede for disse teoriene faller utenfor oppgavens mål som er avgrenset til motivasjon innenfor behandling.

Innenfor behandling kan motivasjon defineres som villighet til å søke hjelp, opplevd ubehag hos pasienten, samt pasientens innstilling til å engasjere seg i aktiviteter/oppgaver som behandlingen innebærer (DiClemente, Schlundt, & Gemmell, 2004; Keijsers et al., 1999; Westra & Dozois, 2006) Behandlingsmotivasjon betraktes som et nøkkelkonsept i terapi, fordi positive og vedvarende resultater oppstår mest sannsynlig når klienter blir aktivt engasjert og personlig investerer i endringsprosessen (Overholser, 2005; Ryan & Deci, 2008). Mange terapeuter erfarer imidlertid at flere klienter ikke er motivert for behandling og viser motstand i møte med endring (Engle & Arkowitz, 2006; MacKinnon, Michels, & Buckley, 2015; Ryan et al., 2011). Pasienter kan for eksempel uttrykke motivasjon eksplisitt, men forsvarer seg aktivt imot å endre seg atferdsmessig. Andre pasienter bryr seg kanskje ikke om endring eller føler at de ikke har evnen til å endre seg (Vandereycken, 2006; Zeldman, Ryan, & Fiscella, 2004). Med bakgrunn i såpass ulik presentasjon av motivasjon hos klienter, er det viktig for terapeuter både å kunne forstå og arbeide med klientens motivasjon.

## 4.2 Behandlingsmotivasjon i litteraturen

I litteraturen har pasientens motivasjon for behandling lenge vært ansett som viktig for progresjon og bedring i behandling (Appelbaum, 1972; Drieschner et al., 2004; Keijsers et al., 1999; Marker et al., 2019). Flere studier understøtter betydningen av behandlingsmotivasjon for både gjennomføring og effekt av behandling blant en rekke pasientgrupper (Erickson et al., 1996; Huppert, Barlow, Gorman, Shear, & Woods, 2006;

Leon, Melnick, Kressel, & Jainchill, 1994; Ryan & Deci, 2008; Ryan, Plant, & O'Malley, 1995; Simpson & Joe, 1993; Zuroff et al., 2007).

I forskningslitteraturen har det vært mye fokus på å jobbe med motivasjon i møte med avhengighetsproblematikk (Karoly, 1980) som forklarer mengden forskningen på denne pasientgruppen (for eksempel: Erickson et al., 1996; Gerdner & Holmberg, 2000; Leon et al., 1994; Ryan et al., 1995; Schneider, Klauer, Janssen, & Tetzlaff, 1999). Det er også forsket på behandlingsmotivasjon hos voksne pasienter med ulike psykiske lidelser (for eksempel: Pelletier, Tuson, & Haddad, 1997; Schneider & Klauer, 2001). Senere år er det blitt større interesse for behandlingsmotivasjon hos kriminelle voksne og ungdommer (McMurrin et al., 1998; van der Stouwe, Asscher, Hoeve, van der Laan, & Stams, 2018). Sammen med forskningen på behandlingsmotivasjon, finnes det store mengder litteratur på hvordan forsterke behandlingsmotivasjon i terapi (Miller & Rollnick, 2012; Walitzer, Dermen, & Connors, 1999).

#### **4.2.1 Behandlingsmotivasjon sin betydning innenfor KAT-behandling av angstpasienter**

Innenfor KAT-behandling blir motivasjon betraktet som en avgjørende faktor for gode resultater i terapi (Huppert et al., 2006; Keeley, Storch, Merlo, & Geffken, 2008; Keijsers et al. 1999; Vogel, Hansen, Stiles, & Götestam, 2006). Spesifikt inn mot angstlidelser indikerer forskningen at behandlingsmotivasjon har betydning for å redusere angstsymptomer (De Haan et al., 1997; Dugas et al., 2003; Keijsers, Kampman, & Hoogduin, 2001; Lombardi, Button, & Westra, 2014) og redusere frafall i terapi (Bados, Balaguer, & Saldaña, 2007; Keijsers et al., 2001), samt forbedrer engasjement og behandlings etterlevelse (Burns & Nolen-Hoeksema, 1991). Forskningen presentert ovenfor er gjort på voksne pasientgrupper. Det er derimot mindre forskning og fokus på behandlingsmotivasjon hos barn og unge i terapi. Det på tross av at motivasjon for behandling kan være en av de større utfordringene man møter på i terapi med barn (Shirk & Russell, 1998).

### **4.3 Behandlingsmotivasjon hos barn**

Barn og unge kommer med ulike nivåer av motivasjon til behandling (Elvins & Green, 2008; Karver, Handelsman, Fields, & Bickman, 2005). Barn i terapi er ofte henvist til behandling ved foreldrenes initiativ, og kan ha andre ønsker og motiver enn hva foreldrene

har (DiGiuseppe, Linscott, & Jilton, 1996; Shirk & Karver, 2003). Pasientens anerkjennelse av problemet i behandling er ansett som et viktig steg for å etablere motivasjon til endring (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). Når det gjelder barn i terapi kan det tenkes at de ankommer uten å vedkjenne egne problemer eller oppleve at de selv har problemer, samt ikke kjenner på det samme ubehaget som foresatte gjør. Dette kan medføre at barnet inntreer terapi uten motivasjon for å verken delta eller arbeide mot endringsmål. Lav motivasjon til å engasjere seg i behandling og til terapeutisk endring vil kunne skape utfordringer i den terapeutiske relasjonen, ha direkte effekt på utfall eller påvirke utfall indirekte gjennom samarbeid og gjennomføring av behandlingsoppgaver (Bengston, 2016; Shirk & Russell, 1998).

Per i dag har ikke undertegnede funnet andre studier en ATACA-studien (Wergeland et al., 2014) som har forsket på egenskapene til motivasjonsfaktoren i behandling av barn med angst. Resultatene fra ATACA gir evidens for at behandlingsmotivasjon kan påvirke positiv dannelsen av terapeutisk allianse, samt bedre behandlingsutfall på kort og lang sikt (Wergeland et al., 2016; Fjermestad et al., 2018; Kodal et al., 2018b). Høyere behandlingsmotivasjon var assosiert med tap av alle inkluderings-diagnoser, i tillegg til den primære diagnose målt etter behandling i ATACA (Kodal et al., 2018b; Wergeland et al., 2016). Barnets motivasjon og engasjement for terapi blir også beskrevet som en potensiell viktig faktor for å redusere frafall i terapi og er særlig av betydning i og med at frafall er en stor utfordring i behandling av barn og unge med angst (De Haan, Boon, de Jong, Hoeve, & Vermeiren, 2013; Gonzalez, Weersing, Warnick, Scahill, & Woolston, 2011) I tillegg blir behandlingsmotivasjon hos angstpasienten ansett som spesielt viktig da det forventes at de skal utføre krevende oppgaver som kan medføre ubehagelige følelser basert på KAT-protokoller, eksempelvis eksponeringsøvelser (Kendall et al., 2009; Smith et al., 2017).

For å kunne danne intervensjoner som kan identifisere og forsterke motivasjon i behandling er det viktig å vite hva behandlingsmotivasjon er og hvilke aspekt ved motivasjon som påvirker utfall. Før jeg går mer spesifikt inn på motivasjon hos barn vil jeg ta for meg motivasjonsbegrepet som det er diskutert innenfor KAT av voksne.

# 5 Behandlingsmotivasjon: én eller flere faktorer?

I kontrast til mengden forskningslitteratur som støtter opp under motivasjonens sentrale rolle i psykoterapi, er det tydelig forvirring og uenigheter rundt definisjonen og operasjonaliseringen av motivasjonsbegrepet innenfor psykologien (Drieschner et al., 2004; Marker et al., 2019). Helt siden 1960 er det gjort ulike forsøk på å måle behandlingsmotivasjon og undersøke motivasjonens relasjon til behandlingsutfall (Keijsers et al., 1999). Uenigheter og forvirring med hensyn til definisjonen av begrepet har medført hindringer i forskningen på motivasjon i behandling. Hvordan vi forstår og operasjonaliserer behandlingsmotivasjon får konsekvenser for terapi. Tidligere faktoranalytiske studier avdekket at behandlingsmotivasjon består av flere dimensjoner (Appelbaum, 1972; Keijsers et al., 1999; Rosenbaum & Horowitz, 1983). Det har gjort motivasjonsbegrepet vanskelig å fange opp i empirien. Det gjør det heller ikke lettere at studier de siste 30 år har rapportert 24 til 36 svært ulike indikatorer for å måle pasientens motivasjon (Keijsers et al., 1999). Dette har medført et sterkt ønske om å danne en felles operasjonalisering av motivasjon i psykologisk forskningslitteratur (Drieschner et al., 2004).

Keijsers (1994) argumenter for at operasjonaliseringen av motivasjon bør ha betydning for prosess og utfall i terapi. Basert på antagelsen om at dersom motivasjon blir målt reliabelt, vil målet ha en prediktiv evne vedrørende behandlingsutfall. Motivasjonsskåren vil på den måten kunne benyttes som en indikator og veileder for å tilpasse behandlingsplanen med hensyn til nivået av pasientens motivasjon. Mitt mål i denne delstudien er både å undersøke faktorstrukturen innenfor motivasjon og sammenhengen med utfall.

## 5.1 Innledende motivasjon

Innenfor KAT har flere vært enige om å definere pasientens motivasjon som en tilstand av beredskap, villighet (readiness) for endring, før introduksjon av behandlingsintervensjoner. Dette er i tråd med Dean's (1958) forståelse av begrepet. Dean beskrev viktigheten av å undersøke om pasienten er uforberedt eller forberedt til endring (forberedelsestilstand). Samt om pasienten evner eller ikke å vedkjenne seg fullstendig sine egne problemer. Han mente at terapeuter var nødt til å guide pasienten gradvis inn i en forberedelsestilstand for terapi, for å kunne gi en adekvat behandling (Dean, 1958). Videre mente Dean (1958) at pasientens motivasjon er en påvirkbar tilstand og representerer et

potensial til utvikling. Dette stemmer overens med den transteoretiske modellen utviklet av Prochaska og DiClemento (1988). Ifølge denne modellen kan pasienten bli klar og beredt til endring (preparedness) både før terapi og/eller i løpet av behandlingen (Prochaska, 1995). I artikkelen «In search of how people change» konkluderer Prochaska et al. (1992) blant annet med at det viktigste for å gi effektiv behandling er å vurdere i hvilken grad pasienten er beredt (readiness) til endring, og at intervensjonene må tilpasses deretter. Fokuset innenfor KAT har nettopp vært å måle den innledende motivasjonen som representerer den motivasjonen pasienten har med seg i starten av terapi og omtales som det første steget til endring (Keijsers et al., 1999; Keijsers, 1994)

Majoriteten av studier støtter opp under at innledende motivasjon har sammenheng med utfall i KAT (De Haan et al., 1997; Hoogduin & Duivenvoorden, 1988; Keijsers et al., 1999; Nelson & Borkovec, 1989; Schefft & Kanfer, 1987; Simpson & Joe, 1993). Enkelte studier har imidlertid ikke funnet signifikant sammenheng mellom innledende motivasjon og utfall (De Beurs, 1993; Mathews et al., 1976; Mathews, Johnston, Shaw, & Gelder, 1974; Mawson, Marks, & Ramm, 1982), men dette kan ha sin årsak i mangel på adekvate måleinstrumenter for å måle pasientens motivasjon (Keijsers et al., 1999).

Et mål av innledende motivasjon som imidlertid har vist gjentakende effekt på utfall og ha sammenheng med frafall i KAT-behandling er Nijmegen Motivation List (2) «NML» og «NML2» (De Haan et al., 1997; Hoogduin & Duivenvoorden, 1988; Keijsers, Hoogduin, & Schaap, 1994a, 1994b; Keijsers et al., 2001; Keijsers et al., 1999). Det er en oversatt utgave av NML2 tilpasset barn «NML2-C» som er benyttet i denne delstudien. Fordelen med NML(2) er at samme målet er blitt brukt i lignende studier og gjør det mulig å sammenligne resultater (Keijsers et al., 1999). Faktoranalyse av NML2 avdekket at motivasjonsmålet innebar tre følgende faktorer: beredskap (preparedness), opplevd ubehag (distress) og tvil (doubt). Videre analyser viste at beredskap var assosiert med behandlingseffekt og frafall. Opplevd ubehag og tvil var ikke det (Keijsers et al., 1999). Disse funnene indikerer at innledende motivasjon består av flere faktorer, samt at faktorene har ulik betydning i terapi. I klinisk praksis representerer disse funnene mulighet for å tilpasse behandlingen ut ifra hvilket aspekt av motivasjon som har betydning for utfall i terapi. Denne delstudien reiser spørsmålet om man finner samme faktorstruktur av motivasjon hos barn i behandling. Svaret på det spørsmålet vil gi kliniske implikasjoner.

## 5.2 Teoretisk grunnlag for at motivasjon består av flere faktorer

Det teoretiske grunnlaget for at NML inneholder flere faktorer, samt hvorfor disse faktorene ser ut til å predikere utfall ulikt er uklart (Keijsers et al., 1999). Imidlertid støtter motivasjonsteorien selvbestemmelsesteori (SDT), utviklet av Deci og Ryen (1985, 2000), opp under påstanden om at motivasjon består av flere dimensjoner med ulik betydning for utfall. SDT er beskrevet som en lovende teori om motivasjon i forbindelse med søken etter fellesfaktorer som kan predikere utfall i psykologiske behandling (Markland et al., 2005; Ryan & Deci, 2008; Zuroff et al., 2007).

SDT fokuserer på ulike typer motivasjon, fremfor ulike nivå av motivasjon. Et nøkkelkonsept innenfor SDT er skillet mellom autonom og kontrollerende motivasjon. Autonom motivasjon springer ut ifra valgfrihet, selvbestemmelse og lyst til å utføre en oppgave og faller inn under begrepet indre motivasjon. I kontrast er kontrollert motivasjon basert på forpliktelse, press, belønninger, unngåelse av straff og oppleves som en følelse av å bli kontrollert og omtales også som ytre motivasjon. Teorien postulerer at pasienter med autonom motivasjon med større sannsynlighet vil integrere læring og atferdsendringer i behandling, noe som igjen vil føre til vedvarende og positive behandlingsutfall. Pasienter som derimot viser motivasjon basert på kontroll vil med større sannsynlighet oppleve konflikt og motstand i prosessen for endring å redusere positive utfall i terapi (Ryen & Deci, 2008; Zuroff et al., 2007). Omfattende forskning viser støtte for betydningen av autonom motivasjon for atferdsendring innenfor et vidt spekter av ulike kontekster og helseplager (Ryen & Deci 2008; Ryen, Patrick, Deci, & Williams 2008; Zuroff et al., 2007). Resultatene fra helsefremmende behandlingsprogrammer støtter spesielt opp mot evidensen for at autonom motivasjon for behandling fører til bedre behandlingsutfall (Ryan & Deci, 2000 2000; Ryan & Deci, 2008; Zuroff et al., 2007). For eksempel fant Pelletier et al. (1997) at jo mer viljestyrt og autonom klientens motivasjon var, jo mer utholdenhet og tilfredshet viste pasienten i og etter behandling. På den andre siden viste pasienter med lav grad av autonom motivasjon, i større grad motstand i terapi, mindre utholdenhet og lavere selvtillit. Utvalget i denne studien var voksne med ulike psykiske lidelser inkludert angst, depresjon og spiseforstyrrelser.

STD gir således et rasjonale med støtte fra forskning for hvordan motivasjon består av flere faktorer som har mer eller mindre betydning for utfall i terapi, selv om NML kan tenkes å fange andre typer motivasjonsfaktorer enn de som er postulert av STD.



# 6 Behandlingsmotivasjon hos barn – fra et utviklingsperspektiv

Som nevnt tidligere er hovedvekten av forskningen på behandlingsmotivasjon utført innenfor voksenfeltet. Direkte overføringen av empiri og forståelsesrammer fra voksenfeltet til barnefeltet har tidligere blitt kritisert i litteraturen for å ikke ta nok høyde for utviklingspsykologiske forskjellene (Haugland, 2011; Weisz & Hawley, 2002). Nedenfor vil jeg legge frem ulike utviklingsmessige faktorer som kan belyse hvordan motivasjonsfaktoren kan operere annerledes for barn i terapi.

## 6.1.1 Alder og motivasjon

For å kunne måle innledende motivasjon er det en forutsetning at barnet er på et visst kognitivt nivå for å kunne ta innover seg troen og forventingen om reduserte symptomer i fremtiden, samt forståelsen for hvorfor de er i behandling (Holmbeck, Greenley, & Franks, 2003). Motivasjon ansees som en utviklingsmessig variabel i den grad at barn i forskjellig alder kan vise ulike nivåer av motivasjon (Kendall, 2011). Forskning har avdekket at alder, alvorlighetsgrad av problemene og problemforståelse er assosiert med ulike nivåer av behandlingsmotivasjon hos barn. Denne forskningen er primært gjort på unge med kriminell bakgrunn som er i behandling (Englebrecht, Peterson, Scherer, & Naccarato, 2008; Rosenkranz et al. 2012). For eksempel fant Rosenkranz et al. (2012) i et studie på pasienter med avhengighetsproblematikk at yngre alder var assosiert med lavere nivå av motivasjon. På den andre siden fant en annen studie at yngre alder var assosiert med høyere nivå av opplevd ubehag (distress) som er en faktor innenfor motivasjon (Leenarts, Hoeve, Van de Ven, Lodewijks, & Doreleijers, 2013). Det ser dermed ut til at alder kan ha betydning for grad av motivasjon, uten at empirien gir spesifikke konklusjoner på betydning av alder.

I denne sammenheng er det viktig å ta høyde for at også ulike problemer hos barnet kan påvirke grad av motivasjon. For eksempel kan det være ulikt med behandling av unge med kriminell bakgrunn eller avhengighets problemer og angstlidelser. Det er godt dokumentert at barn med eksternaliserende vansker (inkludert unge med kriminell bakgrunn) viser lavere grad av motivasjon for endring, sammenlignet med pasienter med internaliserende vansker. Pasienter med internaliserende vansker (inkludert angstlidelser) rapporterer høyere motivasjon for å endre deres indre ubehag (DiGiuseppe et al., 1996; Leenarts et al. 2013).

Basert på overnevnte resultatene kan det se ut som opplevd ubehag hos unge pasienter kan ha påvirkning på nivå av motivasjon.

Barnets utviklingsnivå har også betydning for hvilke intervensjoner som bør iverksettes vedrørende etablering av innledende motivasjon og opprettholdelse av motivasjon i behandling. For eksempel er yngre barn i større grad er preget av et her og nå fokus og er mer avhengig av forsterkninger underveis i behandling som ros, belønning og lek for å opprettholde motivasjonen (Holmbeck et al., 2003). Ungdom kan vise sterk motvilje for å gå i terapi, særlig dersom ungdommen er mer orienterte mot jevnaldrende, versus voksen- og foreldre-orienterte. Samtidig kan terapeuter i møte med ungdom i større grad benytte seg av fremtidige fordeler/belønninger som en motivator (Kendall, 2011). Bengston (2016) trekker frem viktigheten av å få tak på ungdommens sentrale temaer, omtalt som «ungdommens prosjekt» for å finne grunnen til at ting er som de er eller verdiene som den unge vil realisere, som igjen vil påvirke behandlingsmotivasjon (Bengston, 2016). I behandling av ungdom er det ekstra viktig å inkludere hun/han i beslutninger som tas, gjerne ved å presentere flere alternativer eller forslag på oppgaver og intervensjoner han kan velge mellom. (Stallard, 2019). I denne delstudien vil jeg undersøke om alder har betydning for variasjoner innenfor motivasjonsnivå.

### **6.1.2 Barnets behandlingsmål**

Mål i terapien og behandlingsteknikkene må stemme overens med nivået av motivasjon som klienten bringer med seg (Prochaska et al., 1992). Etablering av behandlingsmål sammen med barnet i starten av en behandling, er dessverre et område som er ignorert av forskningen (Shirk & Russell, 1998). Behandlingsmålene er ofte definert av foreldre, lærere eller andre som er berørt av barnets utfordringer. Dersom barnets problemforståelse og ønske om endring ikke samsvarer med foreldrenes/terapeutens forståelse, kan terapien oppleves meningsløs og lite relevant for barnet, og dernest påvirke motivasjonen og effekten av terapien. For å inkludere barnet som en aktiv deltager i terapien, kan en felles definisjon av problemet eller situasjonen som ønskes endret være vesentlig for barnets engasjement i terapien (Shirk & Russell, 1998).

### **6.1.3 Kjønnets betydning for motivasjon**

Når det gjelder kjønnsforskjeller i psykoterapi, har man ikke funnet noen gjennomgående kjønnsforskjeller for utfall i psykoterapi med voksne (Bohart & Wade, 2013). Tilsvarende på

barnefeltet viser metaanalyser at gutter og jenter har like god nytte av psykoterapi (Weisz et al., 2017). ATACA-studien fant heller ingen kjønnsforskjeller for betydning av utfall (Wergeland et al., 2016). Likevel kan det være nyttig å undersøke kjønnsforskjeller vedrørende motivasjon, da dette er lite undersøkt tidligere og med hensyn til etablering av behandlingsstrategier i møte med ulike kjønn i psykoterapi (Pierce, Nichols, & DuBrin, 1983). I denne delstudien vil jeg derfor undersøke om kjønn har betydning for motivasjonsnivå både når det gjelder totalt skåre, men også for faktorer som jeg eventuelt identifiserer innenfor motivasjonsmålet.

#### **6.1.4 Foreldrenes påvirkningskraft**

En annen faktor som er annerledes for barn i terapi er foreldrenes sentrale rolle ovenfor barna. Omsorgsgivere er de første og viktigste historiefortellerne i barnas liv. Omsorgsgiver bidrar til å skape mening til barnets tidligere erfaringer og til å gi barnet en opplevelse av seg selv som aktør, gjennom sine fortolkninger, responser og aktive støtte (Mæhle, 2016). I klinisk arbeid er foreldre ofte involvert i behandlingsprosessen og forskere har stilt spørsmål om hvordan foreldrenes fortolkninger av barnets og ungdommens problemer og holdninger påvirker behandlingen (Morrissey-Kane & Prinz, 1999). En gjennomgangsartikkel viser at foreldrenes attribusjon og forventinger til terapi påvirker både prosesser og utfall i terapi, blant annet på graden av motivasjon og engasjement i terapien (Morrissey-Kane & Prinz, 1999). For eksempel avdekket et studie av barn med atferdsproblemer en sammenheng mellom foreldrenes tanker og forventinger til terapi og sannsynlighet for engasjement og frafall i løpet av behandlingen (Miller & Prinz, 2003). Med bakgrunn i denne forskningen er det rimelig å stille spørsmål om foreldrenes innledende motivasjon til terapi kan påvirkes barnets innledende motivasjon. Imidlertid er det behov for forskning for å finne spesifikke roller foreldrene har ovenfor barnets motivasjon i terapi.

## **6.2 Belysning av motivasjon i dagens**

### **spesialisthelsetjeneste**

Motivasjonsfaktoren i behandling av barn er viktig å belyse i dagens klinikker. Kvalitetssikring av arbeidet i psykisk helsevern har medført innføring av flere standardiserte prosedyrer i klinikk de siste årene, inkludert utvikling av flere behandlingsmanualer for KAT (Stafset, Gomes, & Arnberg, 2011). I tillegg har innføring av pakkeforløpet i

spesialisthelsetjenesten i 2019 bidratt til standardiserte prosedyrer for både utredning, diagnostisering og behandling (Helsedirektoratet, 2018). Generelt kan standardiserte prosedyrer være med å øke trygghet, effektivitet og kompetanse hos terapeuten og dermed forbedre behandlingen. På den andre siden kan bruk av standardiserte prosedyrer kanskje overskygge fokuset på de individuelle variablene hos barnet, slik som motivasjon. Det er for eksempel formidlet ønske fra terapeuter at KAT-manualene også burde inneholde hvordan jobbe med motivasjon i behandling (Stafset et al., 2011). Det gir indikasjon på et behov fra terapeuter om å vite hva de skal gjøre i møte barn som er umotiverte. Man kan se for seg utfordringen i møte med et barn som enten ikke er motivert for å fortsette terapi eller for å være med på de prosedyrene som behandlingen innebærer. I slike tilfeller hjelper det verken med standardiserte behandlingsrutiner eller teknikker. Da vil kunnskap om hva motivasjon er og hvordan jobbe med det være et godt hjelpemiddel. Et ønske med denne delstudien er å komme skritt nærmere å avdekke hva motivasjon er hos barn og hvordan det operer med hensyn til utfall i terapi, ved å besvare forskningsspørsmålene presentert på neste side.

## 7 Forsknings spørsmål

Målet med denne delstudien var å undersøke om innledende behandlingsmotivasjon hos barn består av én eller flere faktorer. For å undersøke dette ble motivasjonsmålet NML2-C benyttet, hentet fra Wergeland et al., (2014). Det ble undersøkt om den samme faktorstrukturen som Keijsers et al., (1999) fant av NML2 for voksne var tilsvarende for NML2-C oversatt til barn.

Forsknings spørsmålene er således:

**Forsknings spørsmål 1:** Er behandlingsmotivasjon én eller flere faktorer?

**Forsknings spørsmål 2:** Dersom motivasjonsmålet består av ulike faktorer, er disse faktorene ulikt assosiert med behandlingsutfall?

Tilnærmingen til forsknings spørsmål 1 har vært eksplorerende uten forutbestemte antakelser om hvor mange faktorer jeg ville finne, grunnet manglende tidligere empiri å basere hypoteser på. Dermed vil også spørsmålet om eventuelle faktorer innenfor NML2-C vil ha ulik sammenheng med utfall også utforskes åpent (Keijsers et al., 1999). Som bakgrunn for forsknings spørsmålene vil jeg i tillegg undersøke om aldersforskjeller og kjønnsforskjeller har betydning for motivasjonsnivå, samt for eventuelle spesifikke motivasjonsfaktorer. Grunnet uklare og blandede funn om betydningen av kjønn og alder for motivasjon (presentert i introduksjonen) vil dette også utforskes uten forutbestemte hypoteser.

# 8 Metode

## 8.1 ATACA-studien

Datamaterialet i denne delstudien er hentet fra ATACA-studien (Wergeland et al., 2014). ATACA er en randomisert kontrollert studie (RCT) som hovedsakelig undersøkte effekten av KAT for barn med angstlidelser. Utvalget var 182 barn i alderen 8-15 år. Deltagerne ble rekruttert fra syv ulike offentlige barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) i årene fra 2008 til 2012. Barna ble randomisert til enten individuell «IKAT» (n=77), eller gruppe «GKAT» (n=67) -terapi, eller venteliste/kontrollgruppe (n=38). Alle deltagerne tilfredstilte diagnosekriteriene for enten GAD, SAD eller SOP i DSM-IV. Deltagere med psykisk utviklingshemning, gjennomgripende utviklingsforstyrrelse og/eller psykoselidelse ble ekskludert fra studien. For deltagerne som brukte psykofarmakologiske medisiner var inkluderingskriteriet at dosen hadde vært stabil i tre måneder før deltagelsen og under studien.

KAT innebar 10 timer med «FRIENDS» (4. utgave) som ble oversatt til norsk fra engelsk (Barret, 2004). Det ble utført diagnostiske intervjuer, samt symptommålinger av foreldre og barn både før (T1) og etter behandling (T2), samt etter ett år (T3) og 3,9 år (T4) etter behandling. ATACA-studien var godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk - Vest (Prosjektnummer 2011/1004).

## 8.2 Utvalget

Utvalget i denne delstudien er alle deltagerne fra ATACA-studien (182 deltagerne, M alder=11,5 år, SD = 2,1) (Wergeland et al., 2014). Kjønnfordelingen var 53% jenter og 47% gutter. De fleste deltagerne var europeiske (90,7%), noen få var asiatiske (1,6%) og for resten av deltagerne ble ikke etnisitet rapportert (7,7%). På grunn av at ATACA-studien ikke fant signifikante forskjeller mellom IKAT og GKAT på utfallsmål (Wergeland et al., 2014) har jeg valgt å kombinere data fra både IKAT og GKAT i alle analyser.

## **8.3 Måleinstrumenter**

### **8.3.1 Nijmegen Motivation List 2**

Nijmegen Motivation List «NML2» ble opprinnelig utviklet for å måle behandlingsmotivasjon for voksne og inneholdt 34 ledd. I 2009 ble NML2 omarbeidet til bruk for barn og unge av en svensk-amerikansk gruppe som «NML2-C». (Ollendick et al., 2009). Barneverjonen NML2-C innebærer 15 ledd (se vedlegg A). Klientene skal vurdere i hvilken grad de kjenner seg igjen i påstanden på en skala fra 1-2, der 0 = stemmer ikke, 1 = stemmer delvis og 2 = stemmer helt. Totalskåre på målet er 30. Jo høyere skår, jo mer motivert er barnet. Motivasjonsmålet ble presentert og utfylt rett før første time. NML2-C har tidligere vist akseptabel indre konsistens ( $\alpha = 0,73$ ) for barn i alderen 7-16 år (Ollendick et al., 2009). I denne delstudien viste NML2-C god indre konsistens ( $\alpha = 0,86$ ).

## **8.4 Utfallsmål (avhengige variabler)**

### **8.4.1 The Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV**

The Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-C/P; Silverman & Albano, 1996) ble benyttet for å undersøke diagnosene hos deltagerne. Angstdiagnosene SOP, SAD og GAD, samt klinisk alvorlighetsgrad av angstsymptomene/diagnosene «Clinical severity rating» (CRS), ble satt ut ifra en samlet vurdering av separate intervjuer av barna og foreldrene. Kriteriet for å inkluderes i studien var en skåre på CSR 4 eller mer (8-rate skala). Positivt utfall i studien ble operasjonalisert som tap av en eller flere angstdiagnose(r), enten primær diagnose eller alle diagnoser. Dette ble målt ved bruk av ADIS C/P. Denne målingen ble utført ved alle måletidspunkt: T1-T4. Samlet enighet mellom ratere (kappa) for ADIS var 0.84 (ADIS-C) og 0.86 (ADIS-P) (Wergeland et al., 2014).

### **8.4.2 Spence Children Anxiety Scale**

Barne- og foreldreversjon (SCAS-C og SCAS-P; Spence, 1998) er et selvrapportskjema som ble benyttet for å måle barnets angstsymptomer. Målet innebærer 38 ledd og er skåret på en 4-punkt skala (fra 0 = aldri til 3 = alltid), maksimal skåre utgjør 114. Intern konsistens for SCAS er målt til eksepsjonell i dette utvalget ( $\alpha$ : barn = 0,91, foreldre = 0,85) (Wergeland, 2014)

### 8.4.3 Short Mood and Feelings Questionnaire

Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ) (SMFQ; Angold, Costello, Messer, & Pickles, 1995), en barne og foreldre -versjon ble benyttet for å måle barnets depressive symptomer. Dette målet innebærer 13 ledd og vurderes på en tre-punkt skala (fra 0= usant til 2= sant), med en maksimum skåre på 26. Intern konsistens for SMFQ ble målt til å være god ( $\alpha$ : barn = 0,88, foreldre =0,86) (Wergeland et al., 2014).

## 8.5 Statistiske analyser

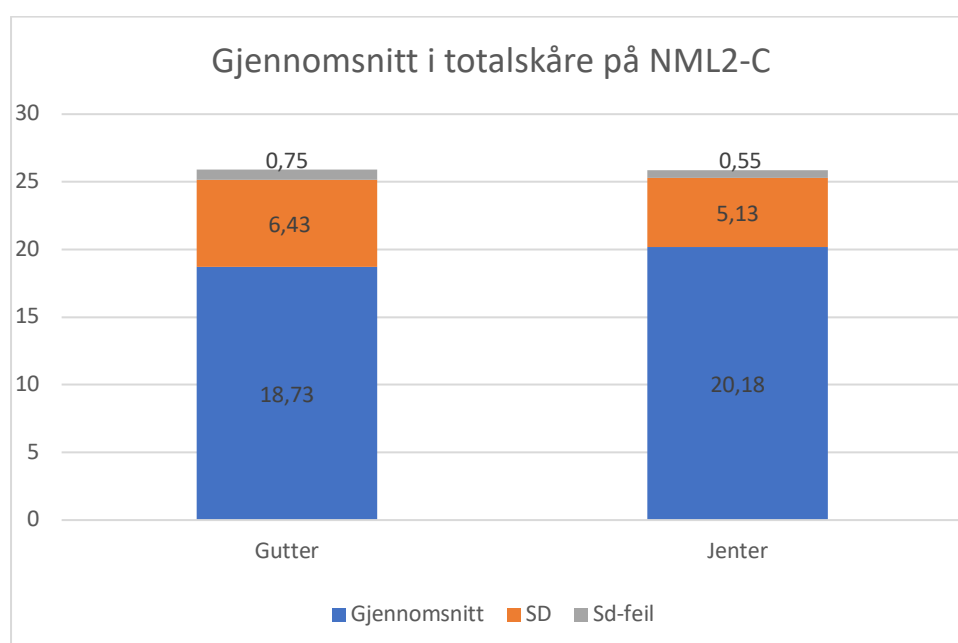
Det ble først utført beskrivende statistikk. T-test for uavhengig utvalg og Pearson product-moment korrelasjon ble utført for å undersøke kjønns - og aldersforskjeller knyttet til NML2-C. Deretter ble det utført prinsippal komponent analyse (PCA) av NML2-C med promax rotasjon for de 15 variablene. To sentrale mål viste at utvalget var egnet for PCA. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) var 0.87, og verdier mellom 0.80 og 1.00 regnes som adekvate (Field, 2009). Videre var Bartlett test for spesifisitet signifikant ( $p < ,01$ ), noe som indikerer at det finnes varians mellom ledd som antyder underliggende faktorstruktur. Videre ble det gjort standard multiple lineære regresjonsanalyser for å undersøke sammenhengen mellom faktorene funnet i PCA og utfallsmål. Det ble også utført T-test for uavhengig utvalg for å undersøke sammenhengen mellom totalskårer av faktorene funnet i PCA og diagnosetap. IBM SPSS versjon 25 ble brukt for alle analyser.



# 9 Resultater

## 9.1 Beskrivende statistikk

Gjennomsnittskåren på motivasjon indikerte at barna generelt var godt motivert for behandlingen. Snittet på en skala fra 0 til 30 var 19,84 (SD= 5,84). Jenter hadde høyere gjennomsnitt enn gutter (se Figur 1). Denne forskjellen  $t(128) = -2,26$  var signifikant ( $p = ,025$ ). Cohen`s  $d$  var 0,25, noe som tilsvarer en liten effekt (Cohen, 1988, 1992). Dette betyr at jenter var mer motivert for behandling enn gutter. Korrelasjonsanalyser viste ingen signifikant sammenheng mellom motivasjonsnivå og alder ( $r = - 0,03$ ,  $p = ,745$ ).



Figur 1. Kjønnforskjeller i gjennomsnitt på NML2-C

## 9.2 Resultater fra PCA

PCA eksplorerende faktoranalyse avdekket tre faktorer med egenverdi over Kaisers kriteriet på 1. Ved vurdering av Screeplot (se vedlegg B) så det ut til at det var meningsfullt å trekke ut to faktorer fra analysen, da knekken oppstod etter to faktorer. Videre vurdering av faktorladningen i komponentmatrisen gav ytterligere støtte til at to faktorer gav mening, da to av fire ledd under faktor 3 hadde høyere faktorladninger på faktor 2 (se Tabell 1).

**Faktor 1** forklarte 36,4% av samlet varians (egenverdi: 5,47) og utgjorde åtte testledd (se Tabell 1 og 2). Denne faktoren innebærer troen på at behandlingen er riktig og nyttig, i tillegg til pasientens villighet til å involvere seg og gjøre ofringer for å nyttiggjøre seg av i behandlingen. Jeg kalte denne faktoren for «beredskap». Reliabilitetsanalyse viste høy indre konsistens ( $\alpha = ,87$ ) for denne faktoren. **Faktor 2** forklarte 12,7% av samlet varians (egenverdi: 1,91) og utgjorde fem testledd (se Tabell 1 og 2). Denne faktoren måler ubehaget som klienten opplever ved behandlingsstart, samt ønske om å få hjelp øyeblikkelig. Jeg kalte denne faktoren for «opplevd ubehag». Reliabilitetsanalyse viste tilfredsstillende indre konsistens ( $\alpha = ,75$ ).

For å undersøke hvorvidt det kunne være grunnlag for å trekke ut tre faktorer, reverserte jeg leddene som opprinnelig dannet faktoren «tvil» (doubt) i faktoranalyse av orginalmålet NML2 (Keijsers et al., 1999) og utførte en PCA med tre tvungne faktorer. Denne analysen indikerte også kun to meningsfulle variabler. Faktoren «tvil» ble altså ikke gjenfunnet i utvalget for denne delstudien.

To ledd viste ikke tolkbare ladninger til verken faktor 1 eller faktor 2 (se Tabell 1), og ble dermed ikke tatt med videre i analysene. Leddene var «Jeg tror jeg kommer til å lære mer i FRIENDS programmet hvis jeg er med og bestemmer og gjør ting» og «Jeg får mye støtte fra min familie og andre personer».

For å undersøke videre om faktorene «beredskap» og «opplevd ubehag» hadde ulik sammenheng med utfallsmål ble de lagt inn som egne variabler i SPSS. Korrelasjonen mellom beredskap og opplevd ubehag var  $r = .43$  ( $p < ,01$ ). Jenter hadde signifikant høyere skåre på beredskap sammenlignet med gutter ( $p = ,016$ ), mens det ikke var signifikant forskjell på opplevd ubehag ( $p = ,099$ ). Dette indikerer at den overordnede kjønnsforskjellen på motivasjon drives av kjønnsforskjell i beredskap, ikke opplevd ubehag.

Tabell 1. PCA eksplorerende komponentmatrise

Ledd	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
Jeg er sikker på at det vil gå bra i FRIENDS programmet	,880	-	-
Jeg tror FRIENDS programmet er den riktige hjelpen for meg	,814	-	-
Mine problemer vil forsvinne når jeg er med på FRIENDS	,810	-	-
Jeg gjorde rett når jeg bestemte meg for å være med på FRIENDS programmet	,797	-	-
Jeg er sikker på at jeg kommer til å øve hjemme på det jeg lærer i FRIENDS programmet	,707	-	-
Jeg vil gjøre alt jeg kan for å komme tidsnok til FRIENDS programmet	,651	-	-
Jeg er villig til å ta fri fra skolen eller en fritidsaktivitet for å være med på FRIENDS programmet	,469	-	-
Jeg er villig til hva som helst for å bli kvitt problemene mine	,377	-	-
Mine problemer gjør meg ulykkelig	-	,901	-,489
Mine problemer plager meg	-	,766	-
Jeg skammer meg over problemene mine	-	,628	-
Mine problemer gjør at jeg lager vanskeligheter for andre	-,313	,538	,496
Jeg trenger hjelp med det samme for å løse mine problemer	-	,479	-
Jeg tror jeg kommer til å lære mer i FRIENDS programmet hvis jeg er med og bestemmer og gjør ting	-	-	.843
Jeg får mye støtte fra min familie og andre personer	-	-	.357

*Merk.* Komponentmatrise av NML2-C, 15 ledd, eksplorerende. Verdier < .3 vises ikke.

Ekstraksjons metode: Prinsipal komponent analyse. Rotasjonsmetode: Promax med Kaizer normalisering.

Tabell 2. PCA tvunget komponentmatrise

Ledd	Faktor 1	Faktor 2
Jeg er sikker på at det vil gå bra i FRIENDS programmet	,876	-
Jeg tror FRIENDS programmet er den riktige hjelpen for meg	,839	-
Jeg gjorde rett når jeg bestemte meg for å være med på FRIENDS programmet	,823	-
Mine problemer vil forsvinne når jeg er med på FRIENDS	,812	-
Jeg er sikker på at jeg kommer til å øve hjemme på det jeg lærer i FRIENDS programmet	,731	-
Jeg vil gjøre alt jeg kan for å komme tidsnok til FRIENDS programmet	,707	-
Jeg er villig til å ta fri fra skolen eller en fritidsaktivitet for å være med på FRIENDS programmet	,533	-
Jeg er villig til hva som helst for å bli kvitt problemene mine	,402	-
Mine problemer gjør at jeg lager vanskeligheter for andre	-	,772
Mine problemer plager meg	-	,731
Jeg skammer meg over problemene mine	-	,723
Mine problemer gjør meg ulykkelig	-	,652
Jeg trenger hjelp med det samme for å løse mine problemer	-	,579

*Merk.* Komponentmatrise av NML2-C, 13 ledd (utelatt ledd 6 og 15) Verdier < .4 vises ikke.

Ekstraksjons metode: Prinsipal komponent analyse, tvunget med to faktorer. Rotasjons metode: Promax med Kaizer nomalisering.

### 9.3 Resultater fra regresjonsanalyser

Regresjonsanalysen med endring av angstsymptomer (SCAS) som utfallsmål viste at opplevd ubehag rapportert fra barnet har en signifikant positiv sammenheng med endring i angstsymptomer etter behandling ( $p < ,05$ ) (se Tabell 3). Det indikerer at større grad av opplevd ubehag hos barna ved start av behandling predikerer reduserte angstsymptomer etter behandling. Denne effekten viste seg også T3 og etter T4. Regresjonsanalysen med endring av depresjonssymptomer (SMFQ) som utfallsmål, viste at opplevd ubehag hadde signifikant positiv sammenheng med endring i depresjonssymptomer 3,9 år etter behandling ( $p < 0,05$ ) (se Tabell 4). Det indikerer at opplevd ubehag rapportert av barnet i starten av behandling predikerer bedring av depressive symptomer på lang sikt. Merk at de overnevnte sammenhengene bare var signifikante for barnerapporterte symptomer, og ikke for foreldrerapport.

Regresjonsanalysen med alvorlighetsgrad av symptomer på SOP, SAD og GAD (ADIS-C/P) som utfallsmål viste at lavere nivå av beredskap ved innledende motivasjon predikerte lavere alvorlighetsgrad av symptomer på sosial angst etter behandling. Denne sammenhengen var signifikant ( $p < ,05$ ) (se Tabell 5). Den samme effekten gjaldt imidlertid ikke etter 1-årsoppfølging eller etter 3,9-års oppfølging. Videre viste resultatene at høyere opplevd ubehag ved måling av innledende motivasjon predikerer symptomreduksjon hos barn med GAD etter 1-årsoppfølging og etter 3,9 års oppfølging. Denne effekten var signifikant på ( $p < ,05$ ) nivå (se Tabell 5). Ingen direkte signifikante effekter av beredskap eller opplevd ubehag på endringer SAD etter T2, T3 og T4.

Tabell 3. Endringsvariabel i SCAS

Avhengig Variabel	Prediktor	B	Standard-feil	$\beta$	t	p	Nederste 95 %	Øverste 95 %	$r^2$	p
Modell 1										
SCAS-barn endring fra T1-T2	Beredskap	0,14	0,42	0,03	0,33	0,74	-0,96	0,69	0,05	0,03
	Opplevd ubehag	1,44	0,61	0,24	2,35	<b>0,02</b>	-2,65	-0,23		
Modell 2										
SCAS-foreldre endring fra T1-T2	Beredskap	0,14	0,33	0,04	0,42	0,68	-0,78	0,51	-0,02	0,91
	Opplevd ubehag	-0,03	0,48	-0,01	-0,06	0,95	-0,93	0,99		
Modell 3										
SCAS-barn endring fra T1-T3	Beredskap	0,24	0,45	0,06	0,54	0,59	-1,12	0,64	0,04	0,05
	Opplevd ubehag	1,27	0,64	0,21	1,98	<b>0,05</b>	-2,55	0,00		
Modell 4										
SCAS-foreldre endring fra T1-T3	Beredskap	-0,20	0,34	-0,06	-0,59	0,56	-0,47	0,88	0,01	0,67
	Opplevd ubehag	-0,18	0,51	-0,04	-0,35	0,73	-0,84	1,19		
Modell 5										
SCAS-barn endring fra T1-T4	Beredskap	0,28	0,53	0,05	0,53	0,60	-1,34	0,78	0,05	0,03
	Opplevd ubehag	1,71	0,79	0,22	2,15	<b>0,03</b>	-3,28	-0,14		
Modell 6										
SCAS-foreldre endring fra T1-T4	Beredskap	,63	0,42	0,17	1,51	0,14	-1,45	0,20	0,00	0,32
	Opplevd ubehag	-,38	0,63	-0,07	-0,60	0,55	-0,87	1,62		

*Merk.* T1= før behandlingen startet, T2 = etter behandlingen var gjennomført, T3 = 1-årsoppfølging og T4 = 3,9 år etter behandling

Tabell 4. Endringsvariabel i SMFQ

Avhengig Variabel	Prediktor	B	Standard-feil	$\beta$	t	p	Nederste 95 %	Øverste 95 %	$r^2$	p
Modell 7										
SMFQ-barn endring T1-T2	Beredskap	-0,01	0,18	-0,01	-0,06	0,96	-0,35	0,37	-0,01	0,53
	Opplevd ubehag	0,28	0,26	0,11	1,08	0,28	-0,79	0,24		
Modell 8										
SMFQ-foreldrerapport endring T1-T2	Beredskap	0,13	0,15	0,09	0,86	0,39	-0,44	0,17	0,00	0,47
	Opplevd ubehag	0,10	0,23	0,04	0,43	0,67	-0,54	0,35		
Modell 9										
SMFQ-barn endring T1-T3	Beredskap	0,05	0,21	0,03	0,26	0,79	-0,46	0,36	0,00	0,30
	Opplevd ubehag	0,39	0,30	0,14	1,32	0,19	-0,97	0,20		
Modell 10										
SMFQ-foreldre endring T1-T3	Beredskap	0,09	0,20	0,05	0,44	0,66	-0,48	0,30	0,04	0,16
	Opplevd ubehag	-0,54	0,29	-0,20	-1,88	0,06	-0,03	1,11		
Modell 11										
SMFQ-barn endring T1-T4	Beredskap	-0,09	0,20	-0,05	-0,46	0,65	-0,30	0,48	0,03	0,07
	Opplevd ubehag	0,65	0,28	0,24	2,29	<b>0,02</b>	-1,21	-0,09		
Modell 12										
SMFQ-foreldrerapport endring T1-T4	Beredskap	0,09	0,17	0,06	0,56	0,58	-0,42	0,24	-0,02	0,86
	Opplevd ubehag	-0,06	0,25	-0,03	-0,24	0,81	-0,43	0,55		

Merk. T1 = før behandlingen startet, T2 = etter behandlingen var gjennomført, T3 = 1-årsoppfølging og T4 = 3,9 år etter behandling

Tabell 5. Endringsvariabel i  
SOP, SAD og GAD

Avhengig Variabel	Prediktor	B	Standard- feil	$\beta$	t	p	Nederste 95%	Øverste 95%	r <sup>2</sup>	p
Modell 1									0,02	0,12
SOP endring T1-T2	Beredskap	-0,11	0,05	-0,21	-2,10	0,04	0,01	0,22		
	Opplevd ubehag	0,08	0,08	0,11	1,06	0,29	-0,23	0,07		
Modell 2									-0,01	0,66
SOP endring T1-T3	Beredskap	-0,01	0,06	-0,01	-0,11	0,91	-0,11	0,13		
	Opplevd ubehag	-0,07	0,09	-0,08	-0,77	0,45	-0,10	0,24		
Modell 3									-0,01	0,74
SOP endring T1-T4	Beredskap	-0,03	0,06	-0,06	-0,56	0,58	-0,09	0,15		
	Opplevd ubehag	-0,02	0,09	-0,03	-0,26	0,80	-0,16	0,21		
Modell 1									-0,01	0,77
SAD endring T1-T2	Beredskap	-0,01	0,03	-0,04	-0,41	0,68	-0,04	0,07		
	Opplevd ubehag	0,03	0,04	0,07	0,71	0,48	-0,11	0,05		
Modell 2									-0,01	0,70
SAD endring T1-T3	Beredskap	0,01	0,03	0,03	0,31	0,76	-0,07	0,05		
	Opplevd ubehag	0,03	0,04	0,06	0,58	0,56	-0,11	0,06		
Modell 3									0,04	0,03
SAD endring T1-T4	Beredskap	0,04	0,03	0,15	1,61	0,11	-0,09	0,01		
	Opplevd ubehag	0,05	0,04	0,12	1,21	0,23	-0,12	0,03		
Modell 1									0,64	0,64
GAD endring T1-T2	Beredskap	-0,10	0,14	-0,08	-0,74	0,46	-0,17	0,37		
	Opplevd ubehag	0,17	0,20	0,09	0,87	0,39	-0,56	0,22		
Modell 2									0,04	0,05
GAD endring T1-T3	Beredskap	-0,12	0,12	-0,11	-1,02	0,31	-0,12	0,36		
	Opplevd ubehag	0,43	0,17	0,25	2,47	<b>0,02</b>	-0,77	-0,09		
Modell 3									0,03	0,07
GAD endring T1-T4	Beredskap	-0,03	0,12	-0,02	-0,23	0,82	-0,22	0,27		
	Opplevd ubehag	0,41	0,19	0,21	2,21	<b>0,03</b>	-0,78	-0,04		

Merk. T1 = før behandlingen startet, T2 = etter behandlingen var gjennomført, T3 = 1-årsoppfølging og T4 = 3,9 år etter behandling



## 9.4 Motivasjon og diagnosetap

Det ble utført t-test for uavhengige utvalg for å undersøke om beredskap og opplevd ubehag var signifikant forskjellig avhengig av diagnosetap. Det ble undersøkt for både tap av primær diagnose, tap av alle diagnoser og tap av minst en diagnose ved T2, T3 og T4. Det ble ikke funnet slike signifikante sammenhenger (se vedlegg C for detaljer).

# 10 Diskusjon

Hovedmålet med denne delstudien var å undersøke om behandlingsmotivasjon hos barn består av én eller flere faktorer. Dette ble gjort ved å utføre en PCA av motivasjonsmålet NML2-C som er oversatt og tilpasset til barn fra voksenversjonen NML2. Undersøkelsen ble gjort eksplorerende uten forutinntatte hypoteser grunnet manglende tidligere studier på feltet. I denne diskusjonsdelen vil jeg først gjøre rede for forklaringer av mine hovedfunn, inkludert mulige forklaringer på ikke signifikante funn. Jeg vil således legge frem metodiske betraktninger ved delstudien, implikasjoner for terapi og implikasjoner for videre forskning på behandlingsmotivasjon.

## 10.1 Hovedfunn

### 10.1.1 Er behandlingsmotivasjon én eller flere faktorer?

Hovedfunnet i denne delstudien er at behandlingsmotivasjon hos barn ser ut til å bestå av faktorene opplevd ubehag og beredskap. Faktoren *opplevd ubehag* referer til begrensingene, skammen og ubehaget pasienten opplever knyttet til plagene ved behandlingsstart, samt ønsket om å få hjelp med en gang. Faktoren *beredskap* referer til pasientens motivasjon for å delta, engasjere seg og prioritere behandlingens rammer, samt troen på at behandlingen vil føre til endring.

Sammenlignet med resultater fra en tidligere faktoranalyse av motivasjonsnivået NML2 for voksne, der det ble funnet tre faktorer (Keijsers et al., 1999), indikerer funnet av to faktorer begynnende evidens for at motivasjonsfaktoren opererer annerledes for barn. Faktoren «tvil» (doubt) ble ikke gjenfunnet i denne delstudien. En forklaring på at faktoren *tvil* ikke ble gjenfunnet kan handle om at oversettelsen til barneverjonen av NML2 innebar kun 15 ledd, opp imot 34 ledd i originalmålet. Det utgjorde tilsammen tre færre ledd til å fange opp en eventuell tvilsfaktor (Keijsers et al., 1999). Samtidig kan en godt mulig forklaring være at faktoren *tvil* ikke er til stede på samme måte hos barn som hos voksne. Denne forklaringen synes plausibel gitt at ledd som basert på tidligere studier skulle reflektere «tvilsfaktoren» i NML2-C, var ledd som viste høye faktorladninger på beredskap. Eksempler er leddene: «Jeg gjorde rett når jeg bestemte meg for å være med på FRIENDS programmet» og «Jeg er sikker på at det vil gå bra i FRIENDS programmet». Det er mulig at barn er mindre nyanserte i sine vurderinger av denne type utsagn enn voksne, og at leddene

dermed blir mer kognitive vurderinger, som reflektert i beredskapsfaktoren, enn følelsesmessige som reflektert i en eventuell tvilsfaktor.

### **10.1.2 Sammenhenger mellom beredskap, opplevd ubehag og utfall**

Et delmål var å undersøke om faktorene funnet innenfor motivasjonsmålet hadde ulik effekt på utfall i behandlingen. Regresjonsanalysene viste at mer opplevd ubehag predikerte bedring av angstsymptomer ved alle måletidspunkt opp til 3,9-årsoppfølging, samt symptomreduksjon for GAD etter 1-årsoppfølging og etter 3,9-årsoppfølging. I tillegg predikerte mer opplevd ubehag endring i depresjonssymptomer 3,9 år etter behandling. Skåren på beredskapsfaktoren viste ingen klare sammenhenger med bedring i terapi. Derimot viste resultatet at lavere nivå av beredskap predikerte bedring av symptomer på SOP etter behandling.

Funnet av at opplevd ubehag hadde sammenheng med positivt endringsutfall, er i samsvar med den transteoretiske modellen nevnt i introduksjonen til denne delstudien (Prochaska et al., 1992). Ifølge denne modellen er det like viktig å fokusere på pasientens anerkjennelse av problemet, som på løsningen av problemet, for å oppnå endring. I tillegg er det beskrevet i litteraturen at det kan være vanskelig å engasjere barn i behandling dersom de ikke anerkjenner personlig ubehag (Kendall et al., 2009; Wergeland et al., 2016). Ut ifra funnene i denne delstudien virker sterkt opplevd ubehag som en god motivasjon for å delta, engasjere seg i endringsarbeid og opprettholde endringen over tid. Imidlertid kan det være at koblingen mellom opplevd ubehag og positive utfall er sterkere for pasienter med internaliserende vansker (inkludert angst) sammenlignet med barn med eksternaliserende vansker (DiGiuseppe et al., 1996). For pasienter med angst og depresjon (internaliserende vansker) der det indre ubehaget er en stor del av problemet vil antageligvis psykologisk behandling oppfattes som et godt tilbud, for å få hjelp med det som er vanskelig. Derimot for pasienter med eksempelvis atferdsvansker (eksternaliserende vansker) der anerkjennelse av eget ubehag knyttet til problemet ofte er mindre til stede, samt at de ofte har negative erfaringer med autoritære personer (lærere, foreldre), vil behandling kunne oppleves som truende mot selvbilde (DiGiuseppe et al., 1996; Leenarts et al. 2013). Dette vil kunne påvirke behandlingsmotivasjonen for å oppnå endring. I tråd med dette er det interessant at forskning på behandling av ungdommer med rusavhengighet har vist at jo mer alvorlig rusmisbruket er, jo mer negative konsekvensene rusmisbruket fører til, og/eller større grad av internaliserende vansker (depresjon eller historikk med emosjonell mishandling), jo høyere nivå av

motivasjon rapporteres for endring i behandling (Battjes et al., 2003; Breda & Heflinger, 2007; Slesnick et al., 2009; Rozenkrans et al., 2012). Disse funnene kan tolkes til å indikere at større opplevd ubehag motiverer til endring. Mer forskning trengs for å avklare dette.

Det ble ikke funnet signifikante sammenhenger mellom beredskap og utfall, med unntak av at lavere nivå av beredskap predikerte bedring av symptomer på SOP etter behandling. Dette fremstår som et paradoksalt funn, i og med at lavere skåre på beredskap representerer pasienter som har lite tro på behandling, samt lav villighet til å investere i terapi. Det kan virke overraskende og kontraintuitivt at lav beredskap assosieres med bedring av sosial angstlidelse. En mulig forklaring kan være at klienter med lav beredskap ble mest positivt overrasket over innholdet i behandlingen, og tok nytte av denne. Dette vil likevel ikke forklare hvorfor funnet er avgrenset til SOP. Det kan imidlertid tenkes at pasienter med SOP hadde ekstra lav beredskap for behandlingen, fordi selve terapisituasjonen gjennom sosial interaksjon presenterer en fryktet situasjon for pasienter med denne diagnosen.

Tidligere studier på voksne pasientgrupper har på den andre siden funnet at beredskapsfaktoren (preparedness/willingness to participate) er den faktoren innenfor motivasjonsbegrepet som har vist sterkest sammenheng med bedring i behandling (Hoogduin & Duivendoorn, 1988; Keijsers et al., 1999; Keijsers, 1994). Dette funnet støtter dermed videre opp mot at motivasjonsfaktoren operer annerledes hos barn enn voksne.

En annen forklaring på sammenhengen mellom lav skåre på beredskap og bedring av SOP kan muligens også handle om at SOP skiller seg ut i forhold til andre angstdiagnoser inkludert GAD og SAD når det gjelder behandlingseffekt (Kodal et al., 2018a). For eksempel viste SOP pasienter i ATACA-studien lavest effekt etter behandling og etter 3,9 år sammenlignet GAD og SAD (Kodal et al., 2018b; Wergeland et al., 2014). Meta-analyser har avdekket at det er særlig ved bruk av generelle behandlingsprogrammer for KAT at man ser svakere utfall for unge med SOP sammenlignet med GAD og SAD (Reynolds, Wilson, Austin, & Hooper, 2012). I ATACA studien ble det benyttet et slikt generelt program (Kodal et al., 2018b). I tråd med denne forskningen er det ytret behov for å etablere egne behandlingsprotokoller for barn med SOP som blant annet innebærer målrettede eksponeringsøvelser for å øke behandlingseffekten (Beidel, Turner, & Young, 2006; Hudson et al., 2015). Samlet illustrerer dette funnet at den kan være hensiktsmessig å forske på motivasjonsfaktoren isolert innenfor ulike type angstdiagnoser.

### **10.1.3 Langtidseffekten av behandlingsmotivasjon**

Selv om det er klar evidens for KAT er en effektiv behandling av angstlidelser hos barn, er det lite kjent om hvilke prediktorer som har betydning for langtidsutfall. I ATACA-studien var behandlingsmotivasjon en av de sterkeste prediktorene for langtidsbedring (Kodal et al., 2018b). Faktisk var behandlingsmotivasjon den eneste faktoren som var signifikant prediktor for endring i angstsymptomer etter 3,9 år. Funnene i denne delstudien peker videre på at det sannsynligvis er opplevd ubehag innenfor motivasjonsfaktoren som forklarer mest når det gjelder sammenhengen mellom behandlingsmotivasjon og endring av angstsymptomer og depresjonssymptomer på lang sikt.

Langtidseffekten av opplevd ubehag for endringsutfall kan muligens forklares ved at desto mer motivert pasientene er for å bli kvitt ubehaget i starten av behandling, jo mer er barnet aktivt og øver på oppgavene underveis i behandlingen. Dette kan igjen tenkes å føre til at barnet vil benytte seg av gode mestringsstrategier for å takle angst også etter behandling har avsluttet.

### **10.1.4 Alder og kjønns påvirkning på behandlingsmotivasjon**

Jeg undersøkte også om kjønns og aldersforskjeller hadde betydning for variasjoner innenfor motivasjon. Alder viste ingen signifikante sammenhenger med motivasjonsfaktorene i dette utvalget. Tidligere studier har vist at alder kan påvirke motivasjonsnivå ulikt og disse funnene er presentert mer detaljert tidligere i delstudien. Disse studiene er imidlertid gjort på pasientgrupper med eksternaliserende vansker (Englebrecht et al., 2008; Leenarts et al., 2013; Rosenkranz et al., 2012). Eksternaliserende vansker kan tenkes å skape større problemer for barn med økt alder. Når det gjelder angstpasienter er det rimelig å anta at ubehaget knyttet til lidelsen er like sterkt for både for yngre barn og for ungdommer. Dermed kan det være at alder har mindre betydning for hvor beredt eller motivert barna og ungdommene er for å få hjelp gjennom behandling.

Når det gjelder kjønn, viste jenter signifikant høyere motivasjon sammenlignet med gutter. Denne forskjellen var drevet av kjønnsforskjell i beredskap, da det ikke ble funnet kjønnsforskjell innenfor opplevd ubehag. Hvorfor jenter er mer beredt enn gutter kan tenkes å handle om at jenter generelt har større erfaring med å snakke om vonde følelser og vil dermed også bli mer motivert for å investere i samtalerapi og ha tro på at det vil hjelpe. Allerede i tidlig barnealder blir jenter og gutter forskjellsbehandlet basert på deres kjønn (Tetzchner, 2012). For eksempel er det vist at foreldre generelt snakker mer med døtrene sine

om emosjoner sammenlignet med sønnene sine, noe som igjen kan føre til at jenter i større grad enn gutter lærer at emosjoner kan og burde bli reflektert over og snakket om (Kuebli & Fivush, 1992). I møte med KAT kan derfor jenter inntre i terapi med større mestringstro på det å snakke om angsten i forhold til gutter og derfor også muligens rapporterer høyere grad av beredskap for behandlingen.

Likeledes er det interessant at både gutter og jenter rapporterte like høyt opplevd ubehag, da gutter stereotypisk ofte vil fremstå tøffere. For eksempel ser man at jenter typisk er sosialisert til å uttrykke frykt og tristhet, mens gutter oftere er oppmuntret til å uttrykke sinne og begrense andre uttrykk (Shields & Shields, 2002). Samtidig konkluderer Brody (1985) i en gjennomgangsartikkel av forskning på følelser og kjønn, at gutter og jenter ikke viser klare forskjeller med hensyn til ekspressivitet av følelser. Funnet av manglende kjønnsforskjell illustrerer kanskje angstens sterke ubehag og behovet for å få hjelp.

## **10.2 Metodiske betraktninger**

### **10.2.1 Styrker og begrensinger**

Denne delstudien er en original studie som undersøker en lite studert problemstilling. Funnene gir derfor ett nytt og viktig bidrag inn i forskningen på blant annet faktorer som kan være av betydning for å øke effekten av KAT for barn og unge med angstlidelser. En styrke ved denne delstudien er at motivasjonsmålet NML2-C har påvist god validitet. Dette gjelder både i tidligere studier og den foreliggende delstudien. I tidligere studier har NML2-C vist diskriminant validitet mot behandlingstro (treatment credibility), det vil si at disse begrepene ikke er overlappende. Dette støtter opp for at NML2-C fanger opp det unike med motivasjonsfaktoren (Fjermestad et al., 2018). I tillegg har NML2-C også vist prediktiv validitet gjennom påvist sammenheng med utfall i behandling (Kodal et al., 2018b; Wergeland et al., 2014), tilsvarende som i denne delstudien.

Det er også en styrke at motivasjonsmålet NML2-C er et selvrapportskjema. For det første gir selvrapport muligheten for å lytte til barnets stemme, som kanskje sjelden blir hørt. For det andre har pasienters egne evalueringer tendert til å være mer konsistente prediktorer for utfall i studier med lignende variabler som motivasjon (Gurman, 1977; Keijsers et al., 1994a). I tillegg er oversettelsen forkortet, med kun 15 ledd, som gjør det mindre krevende å gjennomføre. Dette kan redusere risikoen for at svarene er preget av at barna er slitne.

På den andre siden kan en svakhet ved selvrapport være at pasienten avgir svar som er sosialt ønskelige fremfor hva som er korrekt. For eksempel på ledd som «Jeg er sikker på at

jeg kommer til å øve hjemme på det jeg lærer i FRIENDS-programmet» kan barnet svare «stemmer helt» fordi de tenker at det er dette terapeuten ønsker at de skal svare.

En svakhet ved delstudien er at ATACA-studien ikke primært ble utviklet for å undersøke motivasjon hos barn. Hadde dette vært en hovedhensikt kunne designet ha vært forbedret for eksempel ved å inkludere alternative motivasjonsmål, eller ved å gjenta motivasjonsmålinger. En annen svakhet er at regresjonsanalysene ble ikke er justert for multippel testing (p-verdiene). Bakgrunnen for denne beslutningen var at delstudien benyttet en eksplorerende tilnærming, men den innebærer samtidig at resultatene bør tolkes med varsomhet.

Det er også verdt å nevne at FRIENDS-manualen er blitt kritisert som behandlingstilbud og har i senere år blitt mer benyttet som et universalt program for forebygging (Farrell & Barrett, 2007; Neumer, Martinsen, Gere, & Villabø, 2011). Dette kan forklare noe om hvorfor effekten av ATACA-studien generelt var lavere i forhold til andre studier av KAT for barn. Fordi behandlingseffekten generelt var lavere i ATACA-studien, kan det ha hindret meg i å oppdage svake effekter i denne delstudien.

En forklaring på at jeg ikke fant signifikante sammenhenger mellom beredskapsfaktoren og positivt endringsutfall kan muligens handle om tidspunktet for måling av motivasjon. Det kan være at implementering av motivasjonsmålet etter andre eller tredje time ville ført til at barna i behandlingen ville være mer i stand til å forstå hva behandlingen innebar, og også dermed i større grad integrert beredskap til behandling. I den videre teksten vil ytterligere styrker og svakheter ved delstudien utdypes nærmere.

### **10.2.2 Representativitet og generaliserbarhet**

En styrke ved studien er at utvalget bestod av et stort utvalg deltagere med angstlidelser som er utbredt blant barn og unge. Jeg kan derfor med rimelig sikkerhet argumentere for at gjennomsnittresultatene i denne delstudien representerer populasjonen som jeg har undersøkt. I tillegg er det en fordel at utvalget representer barn og unge som er behandlet i spesialisthelsetjenesten (BUP-poliklinikker), fremfor universitetsklinikker som gjerne er tilfelle i effektstudier (Wergeland et al., 2014). Siden angstlidelser ofte behandles i spesialisthelsetjenesten, øker det den økologiske validiteten til delstudien. Jeg mener derfor at funnene kan generaliseres til lignende behandlingsteder som bruker lignende behandlingsrammer.

Utvalget i studien bestod av barn og ungdom med angst. Angstlidelser assosieres vanligvis sterkt med opplevd ubehag. Det kan dermed være slik at motivasjonsfaktoren

operer annerledes for barn med angst, sammenlignet med andre pasientgrupper som eksempelvis depresjon, avhengighet og tilknytningsforstyrrelser. Derfor er det nødvendig å replisere studien på et annet utvalg og med et design som først og fremst er ute etter å undersøke egenskapene til behandlingsmotivasjon hos barn for å kunne generalisere til et bredere utvalg.

## **10.3 Implikasjoner**

### **10.3.1 Implikasjoner for klinikk**

Generelt tyder resultatene på at det er hensiktsmessig å styrke motivasjonen hos barn og unge i terapi. Dette kan for eksempel gjøres gjennom motiverende intervju (MI) (Westra & Dozois, 2006). MI er spesielt utviklet for å kunne utforske ambivalens til terapi/endring hos klienten, samt finne frem til hva som er pasientens motivasjon for å gå i behandling (Miller & Rollnick, 2013). Det er evidens for at MI har sammenheng med bedre utfall i KAT-behandling for voksne med angstlidelser (Westra, Arkowitz, & Dozois, 2009). Imidlertid viser funnene fra denne studien at behandlingsmotivasjon operer annerledes hos barn i forhold til voksne, også innenfor ulike diagnoser. Det er dermed behov for å kartlegge nærmere hva motivasjon er spesifikt innenfor aldersgrupper og diagnoser, for å kunne etablere tilpasset intervensjoner som kan fremme motivasjon.

Evidensen for at motivasjon består av to faktorer hos barn kan gi en bredere og samtidig mer spesifikk forståelse av hvordan motivasjon fungerer hos barn med angst. For eksempel kan man skille mellom skåren på barns motivasjon som i størst grad er generert av opplevd ubehag og barns motivasjon som i større grad innebærer beredskap til behandling. I møte med umotiverte barn kan en todimensjonal forståelse av motivasjon gjøre det lettere å adressere hva som kan være årsaken til lav motivasjon. Viktige spørsmål å stille er om årsaken er basert på en liten anerkjennelse av problemet og forståelse av de negative konsekvensene som angsten gir (opplevd ubehag), eller om årsaken snarere ligger i en manglende tro på at behandlingen er rett og nyttig sammen med at barnet ikke er villig til at behandlingen skal oppta tiden i hverdagslivet (beredskap). Det er samtidig viktig å merke seg at opplevd ubehag og beredskap ofte henger tett sammen – i denne studien var korrelasjonen moderat og signifikant. I tilfeller der angsten medfører stort ubehag, og barnet har tro på at behandlingen vil hjelpe, er det større sannsynlighet for at det å prioritere og aktivisere seg i behandlingen oppleves som ok for barnet.



Høyt nivå av opplevd ubehag ser ut til å ha betydning for bedring i terapi. Implikasjonene av dette funnet kan fremstå uklare. For terapeuter vil det være uetisk, samt fremstå svært uhensiktsmessig, å skulle øke pasientens ubehag for å oppnå endring. En mer nærliggende implikasjon av funnene er at det vil være hensiktsmessig å fokusere på klientens anerkjennelse av ubehag ved problemet og kartlegge hvilke negative konsekvenser dette medfører for barnet. Ved å adressere angstens begrensinger i hverdagen, samt legge frem muligheter for å takle angsten, vil det kunne generere motivasjon som skaper endring.

Sett i lys av den teoretiske modellen om selvbestemmelsesteori (SDT) (Ryen & Deci, 2008) (presentert i introduksjonen) kan resultatene tenkes å indikere at opplevd ubehag i større grad er forankret i autonom motivasjon. Slik indre motivasjon kan være basert på barnets personlige smerte og inderlige ønske om å bli kvitt smerten. Derimot er det sannsynlig at motivasjon basert på beredskap i større grad kan være påvirket av kontrollert motivasjon gjennom ytre press fra foreldre, lærere eller andre betydningsfulle personer som ønsker at barnet skal delta og være aktive i behandlingen. Det teoretiske rammeverket fra SDT kan på den måten være med å forklare hvorfor opplevd ubehag har større betydning for utfall, sammenlignet med beredskap. Dette er imidlertid spekulasjoner og trengs avklares gjennom forskning. Jeg vil derfor anbefale å inkorporere SDT-perspektiv i eventuelt videreutvikling av NML2-C og videre forskning på behandlingsmotivasjon barn.

Det er også viktig å tenke på hvordan man implementerer NML2-C i klinikk slik at det blir til nytte for barnet. Selv om skåren på NML2-C identifiserer barnets motivasjon, ligger det også et potensiale for å styrke barnets behandlingsmotivasjon gjennom å legge til rette for en samtale mellom terapeut og barnet der hun/han kan sette sine egne ord på hva motivasjonen er for behandlingen. For eksempel dersom en psykolog/omsorgsperson vurderer barnet til å være plaget av angst, kan det være at barnets problem har både et annet navn og utforming enn hva diagnosemanualene og kartleggingsverktøyene fanger opp. For å kunne fremme motivasjon er det nettopp barnets egen anerkjennelse av ubehaget tidlig i behandlingsprosessen som viser å være den mest sentrale motivasjonsfaktoren ifølge funnene i denne delstudien.

### **10.3.2 Implikasjoner for forskning**

Studien bør replikeres med tanke på at dataen fra delstudien er nesten 10 år gamle. Barnets motivasjon er kanskje annerledes nå enn for 10 år siden, blant annet med tanke på at det er større grad av åpenhet om psykisk lidelser i dag. Videre forskning bør bruke «renere»

motivasjonsmål i videreutvikling av NML2-C og eventuelt tillegge spørsmål som fanger opp autonom (indre) versus kontrollert (ytre) motivasjon. Det vil også være nyttig å forske på betydningen av NML2-C for frafall i terapi. I tillegg vil det være interessant å forske på hvordan foreldrenes innstilling og motivasjon til terapi kan påvirke barnet behandlingsmotivasjon.

# 11 Konklusjon

Resultatene fra denne delstudien gir evidens for at behandlingsmotivasjon hos barn består av både opplevd ubehag og beredskap. Jenter viste høyere grad av beredskap for behandling sammenlignet med gutter. I tillegg viste funnene fra delstudien at opplevd ubehag og beredskap predikerte utfall ulikt vedrørende endring i angstsymptomer og depresjonssymptomer, samt endring av symptomer på generalisert angstlidelse og sosial angst lidelse. Opplevd ubehag var faktoren som viste å ha størst betydning, med utlukkende positive signifikante predikasjoner for utfall både på kort og lang sikt etter behandling. Funnene fra delstudien gir evidens for at opplevd ubehag motiverer barn til å delta, engasjere seg i endringsarbeid og opprettholde endringen over tid. I klinisk praksis representerer funnene viktigheten av å identifisere og anerkjenne barnets ubehag i starten av behandlingen. I tillegg kan en todimensjonal forståelse av behandlingsmotivasjon (opplevd ubehag og beredskap) gjøre det lettere for terapeuter å adressere hva som er kilden til barnets eventuelle lave eller høye motivasjon.

Det foreliggende delstudiet gav andre svar om behandlingsmotivasjonens innhold og prediktive evne, sammenlignet med svarene fra en lignende studie gjort på en voksen pasientgruppe (Keijsers et al., 1999). Det illustrerer viktigheten av å forske på behandlingsmotivasjon spesifikt innenfor behandling av barn og tilpasse kliniske intervensjoner deretter.

De metodiske betraktninger beskrevet i delstudien viser til behovet for å forsøke å replikere disse funnene på andre pasientgrupper for å kunne avklare om disse funnene er like gjeldene per i dag og på tvers av lidelser innenfor psykologisk behandling av barn. Jeg håper at følgende av denne delstudien gjør at flere vil forske på behandlingsmotivasjon hos barn, samt tar barnets motivasjon på alvor i klinikk.

Det gjenstår flere spørsmål som ikke er besvart vedrørende behandlingsmotivasjon hos barn. Blant annet spørsmål om hvilken sammenheng behandlingsmotivasjonen har med frafall i terapi og hvordan behandlingsmotivasjon påvirkes av foreldrenes motivasjon for behandling.

# Litteraturliste

- Albano, A. M., & Kendall, P. C. (2002). Cognitive behavioural therapy for children and adolescents with anxiety disorders: Clinical research advances. *International review of psychiatry*, *14*(2), 129-134. doi: 10.1080/09540260220132644
- Angold, A., Costello, E. J., Messer, S. C., & Pickles, A. (1995). Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International journal of Methods in Psychiatric Research* *5*, 237-249.
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *40*(1), 57-87. doi: 10.1111/1469-7610.00424
- Appelbaum, A. (1972). A critical re-examination of the concept 'motivation for change' in psychoanalytic treatment. *International Journal of Psycho-Analysis*, *53*, 51-59.
- American Psychiatric Association,. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*(5.utg.). Washington D.C: American Psychiatric Association.
- Aviram, A., & Westra, H. A. (2011). The impact of motivational interviewing on resistance in cognitive behavioural therapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy Research*, *21*(6), 698-708. doi: 10.1080/10503307.2011.610832
- Aviram, A., Westra, H. A., Constantino, M. J., & Antony, M. M. (2016). Responsive management of early resistance in cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *84*(9), 783. doi: 10.1037/ccp0000100
- Axelson, D. A., & Birmaher, B. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and anxiety*, *14*(2), 67-78. doi: 10.1002/da.1048 C
- Bados, A. Balaguer, G & Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of clinical psychology*, *63*(6), 585-592. doi: 10.1002/jclp.20368
- Bandura, Albert. (1977). *Social learning theory* Englewood Cliffs: NJ: Prentice-Hall
- Barret, P. M. (2004). *Friends for Life - Group leader's manual* (Vol. 4). Brisbane: Australian Academic Press.
- Barret, P. M. (2008). *Friends for life (in Norwegian)*. Bergen: Innovest AS.

- Barrett, P. M., Duffy, A. L., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6-year) follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology, 69*(1), 135-141. doi: 10.1037/0022-006X.69.1.135
- Barrett, P. M., Farrell, L. J., Ollendick, T. H., & Dadds, M. R. (2006). Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: an evaluation of the friends program. *Journal of clinical child and adolescent psychology, 35*(3), 403-411. doi: 10.1207/s15374424jccp3503\_5
- Battjes, R. J., Gordon, M. S., O'Grady, K. E., Kinlock, T. W., & Carswell, M. A. (2003). Factors that predict adolescent motivation for substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 24*(3), 221-232. doi:10.1016/S0740-5472(03)00022-9
- Beesdo, Katja, Knappe, Susanne, & Pine, Daniel S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics, 32*(3), 483-524. doi: 10.1016/j.psc.2009.06.002
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Young, B. J. (2006). Social effectiveness therapy for children: Five years later. *Behavior therapy, 37*(4), 416-425. doi: 10.1016/j.beth.2006.06.002
- Bengston, M. (2016). Ungdommens prosjekt i H. Haavind & H. Øvreide (Red.), *Barn og unge i psykoterapi* (2 utg., s. 185-201). Oslo Gyldendal Norsk Forlag
- Benjamin, C. L., Harrison, J. P., Settiani, C. A., Brodman, D. M., & Kendall, P. C. (2013). Anxiety and related outcomes in young adults 7 to 19 years after receiving treatment for child anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(5), 865-876. doi: 10.1037/a0033048
- Berge, T., & Repål, A. (2015). *Håndbok i kognitiv terapi* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske
- Bodden, D. H., Bögels, S. M., Nauta, M. H., De Haan, E., Ringrose, J., Appelboom, C., . . . Appelboom-Geerts, K. C. (2008). Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: An efficacy and partial effectiveness study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(12), 1384-1394. doi: 10.1097/CHI.0b013e318189148e
- Bohart, A., & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (s. 219- 257.) John Wiley & Sons
- Brady, E. U., & Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological bulletin, 111*(2), 244-255. doi: 10.1037/0033-2909.111.2.244

- Breda, C. S., & Heflinger, C. A. (2007). The impact of motivation to change on substance use among adolescents in treatment. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 16(3), 109–124. doi:10.1300/J029v16n03\_06
- Brody, L. R. (1985). Gender differences in emotional development: A review of theories and research. *Journal of personality*, 53(2), 102-149. doi: 10.1111/j.1467-6494.1985.tb00361.x
- Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1991). Coping styles, homework compliance, and the effectiveness of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 305-311. doi: 10.1037/0022-006X.59.2.305
- Carr, A. (2016). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology* (3 utg.). New York: Routledge.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical psychology review*, 26(7), 817-833. doi: 10.1016/j.cpr.2005.12.002
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, N. J: Laurence Erlbaum.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155
- Compton, S. N., Burns, B. J., Egger, H. L., & Robertson, E. (2002). Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: Internalizing disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(6), 1240-1266. doi: 10.1037/0022-006X.70.6.1240
- Copeland, W. E, Angold, A., Shanahan, L., & Costello, E. J. (2014). Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(1), 21-33. doi: 10.1016/j.jaac.2013.09.017
- Costello, E. J., Egger, H., & Angold, A. (2005a). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(10), 972-986. doi: 10.1097/01.chi.0000172552.41596.6f
- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2005b). The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 14(4), 631-648. doi: 10.1016/j.chc.2005.06.003

- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general psychiatry*, *60*(8), 837-844. doi: 10.1001/archpsyc.60.8.837
- Cummings, C. M., Caporino, N. E., & Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological bulletin*, *140*(3), 816-845. doi:10.1037/a0034733
- De Beurs, Edwin. (1993). *The assessment and treatment of panic disorder and agoraphobia*. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The what and the why of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, *11*, 227-268. doi: 10.1207/S15327965PLI1104\_01
- De Haan, A. M., Boon, A. E., de Jong, J. T., Hoeve, M., & Vermeiren, R. R. (2013). A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. *Clinical psychology review*, *33*(5), 698-711. doi: 10.1016/j.cpr.2013.04.005
- De Haan, E., Van Oppen, P., Van Balkom, A. J. L. M., Spinhoven, P., Hoogduin, K.A.L., & Van Dyck, R. (1997). Prediction of outcome and early vs. late improvement in OCD patients treated with cognitive behaviour therapy and pharmacotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *96*(5), 354-361. doi: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb09929.x
- Dean, S. I. (1958). Treatment of the reluctant client. *American Psychologist*, *13*(11), 627-630. doi: 10.1037/h0040011
- DiClemente, C. C., Schlundt, D., & Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *The American Journal on Addictions*, *13*(2), 103-119. doi: 10.1080/10550490490435777
- DiGiuseppe, R., Linscott, J., & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child—adolescent psychotherapy. *Applied and Preventive Psychology*, *5*(2), 85-100. doi: 10.1016/S0962-1849(96)80002-3
- Drieschner, K. H., Lammers, S. M. M., & van der Staak, C. P. F. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review*, *23*(8), 1115-1137. doi: 10.1016/j.cpr.2003.09.003
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H., Langolis, F., Provencher, M. D., & Boisvert, J. -M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety

- disorder: treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(4), 821-825. doi: 10.1037/0022-006X.71.4.821
- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical psychology review*, 28(7), 1167-1187. doi: 10.1016/j.cpr.2008.04.002
- Engle, D. E., & Arkowitz, H. (2006). *Ambivalence in psychotherapy: Facilitating readiness to change*: Guilford Press.
- Englebrecht, C., Peterson, D., Scherer, A., & Naccarato, T. (2008). "It's not my fault": Acceptance of responsibility as a component of engagement in juvenile residential treatment. *Children and Youth Services Review*, 30(4), 466-484. doi: 10.1016/j.chidyouth.2007.11.005
- Erickson, J. R., Stevens, S., McKnight, P., & Figueredo, A. J. (1996). Willingness for treatment as a predictor of retention and outcomes. *Journal of Addictive Diseases*, 14(4), 135-150. doi: 10.1300/J069v14n04\_08
- Farrell, L. J., & Barrett, P. M. (2007). Prevention of childhood emotional disorders: Reducing the burden of suffering associated with anxiety and depression. *Child and Adolescent Mental Health*, 12(2), 58-65. doi: 10.1111/j.1475-3588.2006.00430.x
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London, UK: Sage
- Fjermestad, K. W., Lerner, M.D., McLeod, B.D., Wergeland, G.J.H., Haugland, B.S.M., Havik, O.E., . . . Silverman, W.K. (2018). Motivation and treatment credibility predict alliance in cognitive behavioral treatment for youth with anxiety disorders in community clinics. *Journal of clinical psychology*, 74(6), 793-805. doi: 10.1002/jclp.22551
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2015). *Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents: The nuts and bolts*: Guilford Publications.
- Gerdner, A., & Holmberg, A. (2000). Factors affecting motivation to treatment in severely dependent alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(4), 548-560. doi: 10.15288/jsa.2000.61.548
- Ginsburg, G. S., Becker-Haimes, E. M., Keeton, C., Kendall, P. C., Iyengar, S., Sakolsky, D., . . . Piacentini, J. (2018). Results from the child/adolescent anxiety multimodal extended long-term study (CAMELS): primary anxiety outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(7), 471-480. doi: 10.1016/j.jaac.2018.03.017



- Gonzalez, A., Weersing, V. R., Warnick, E. M., Scahill, L. D., & Woolston, J. L. (2011). Predictors of treatment attrition among an outpatient clinic sample of youths with clinically significant anxiety. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 38*(5), 356-367. doi: 10.1007/s10488-010-0323-y
- Grova, B. (2016). Tilpasset bruk av kognitive metoder i terapi med barn og ungdom I Hanna Haavind & Haldor Øvreeide (Red.), *Barn og unge i psykoterapi. Bind 2* (2 utg., s. 121-147). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Gurman, A. S. (1977). The patient's perception of the therapeutic relationship. I A. S. Gurman & A. M. Razin (Red.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (s. 503–543). Oxford: Pergamon.
- Haugland, B. S. M. (2011). En utviklingssensitiv tilnærming til kognitiv atferdsterapi med barn og ungdom. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 48*(1), 5-11.
- Helsedirektoratet. (2018). Psykiske lidelser – barn og unge. Lastet ned fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J.J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research, 36*(5), 427-440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1
- Holmbeck, G. N, Greenley, R. N., & Franks, E. A. (2003). Developmental issues in evidence based practice. *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and treatment, 27-48*.
- Holt, N. J., Bremner, A., Sutherland, E., Vliek, M., Passer, M., & Smith, R. (2012). *Psychology: The science of mind and behaviour* (2 utg.): McGraw-Hill Education.
- Hoogduin, C. A. L, & Duivenvoorden, H. J. (1988). A decision model in the treatment of obsessive–compulsive neuroses. *The British Journal of Psychiatry, 152*(4), 516-521. doi: 10.1192/bjp.152.4.516
- Hudson, J. L., Rapee, R. M., Lyneham, H. J., McLellan, L. F., Wuthrich, V. M., & Schniering, C. A. (2015). Comparing outcomes for children with different anxiety disorders following cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy, 72*, 30-37. doi: 10.1016/j.brat.2015.06.007
- Huppert, J. D., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2006). The interaction of motivation and therapist adherence predicts outcome in cognitive behavioral therapy for panic disorder: Preliminary findings. *Cognitive and Behavioral Practice, 13*(3), 198-204. doi: 10.1016/j.cbpra.2005.10.001

- Ishikawa, S., Okajima, I., Matsuoka, ., & Sakano, Y., (2007). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents: A meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health, 12*(4), 164-172. doi: 10.1111/j.1475-3588.2006.00433.x
- James, A. C., James, G., Cowdrey, F. A., Soler, A., & Choke, A. (2013). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane database of systematic reviews*(6). doi: 10.1002/14651858.CD004690.pub3
- Karoly, P. (1980). Person variables in therapeutic change and development. I P. Karoly & J. J. Steffen (Red.), *Improving the long-term effects of psychotherapy*. New York: Gardner
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2005). A theoretical model of common process factors in youth and family therapy. *Mental Health Services Research, 7*(1), 35-51. doi: 10.1007/s11020-005-1964-4
- Keeley, M. L., Storch, E. A., Merlo, L. J., & Geffken, G. R. (2008). Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive–compulsive disorder. *Clinical psychology review, 28*(1), 118-130. doi: 10.1016/j.cpr.2007.04.003
- Keijsers, G. P., Hoogduin, C., & Schaap, C. P. (1994a). Predictors of treatment outcome in the behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry, 165*(6), 781-786. doi: 10.1192/bjp.165.6.781
- Keijsers, G. P., Hoogduin, C., & Schaap, C. P. (1994b). Prognostic factors in the behavioral treatment of panic disorder with and without agoraphobia. *Behavior Therapy, 25*(4), 689-708. doi: 10.1016/S0005-7894(05)80204-7
- Keijsers, G. P., Kampman, M., & Hoogduin, C. (2001). Dropout prediction in cognitive behavior therapy for panic disorder. *Behavior Therapy, 32*(4), 739-749. doi: 10.1016/S0005-7894(01)80018-6
- Keijsers, G. P., Schaap, C. P., Hoogduin, C., Hoogsteijns, B., & de Kemp, E. C. M. (1999). Preliminary results of a new instrument to assess patient motivation for treatment in cognitive-behaviour therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 27*(2), 165-179.
- Keijsers, G. P. (1994). *Prognostic factors in the treatment of anxiety disorders: Studies on treatment success and failure in behaviour therapy*. Nijmegen: Quickprint b.v.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Wunder, J., Beardslee, W. R., Schwartz, C. E., & Roth, J. (1992). Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 31*(4), 595-599. doi: 10.1097/00004583-199207000-00003

- Kendall, P. C. (1990). *Coping Cat manual* Ardmore: PA: Workbook Publishing
- Kendall, P. C. (2006 ). *Coping Cat workbook.*: Workbook Publishing
- Kendall, P. C. (2011). *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*: Guilford Press.
- Kendall, P. C., Chu, B., Gifford, A., Hayes, C., & Nauta, M. (1998). Breathing life into a manual: Flexibility and creativity with manual-based treatments. *Cognitive and Behavioral Practice, 5*(2), 177-198. doi: 10.1016/S1077-7229(98)80004-7
- Kendall, P. C., 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), 517-525. doi: 10.1037/a0013686
- Kendall, P. C, & Ollendick, T. H. (2004). Setting the research and practice agenda for anxiety in children and adolescence: A topic comes of age. *Cognitive and Behavioral Practice, 11*(1), 65-74. doi: 10.1016/S1077-7229(04)80008-7
- Kendall, P. C., 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), 276-287. doi: 10.1037/0022-006X.72.2.276
- Kleinginna, P. R, & Kleinginna, A. M. (1981). A categorized list of motivation definitions, with a suggestion for a consensual definition. *Motivation and emotion, 5*(3), 263-291. doi: 10.1007/BF00993889
- Kodal, A., Fjermestad, K., Bjelland, I., Gjestad, R., Öst, L., Bjaastad, J. F., . . . Wergeland, G. J. (2018a). Long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy for youth with anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders, 53*, 58-67. doi: 10.1016/j.janxdis.2017.11.003
- Kodal, A., Fjermestad, K. W., Bjelland, I., Gjestad, R., Öst, L., Bjaastad, J. F., . . . Wergeland, G. J. H. (2018b). Predictors of long-term outcome of CBT for youth with anxiety disorders treated in community clinics. *Journal of anxiety disorders, 59*, 53-63. doi: 10.1016/j.janxdis.2018.08.008
- Kuebli, J., & Fivush, R. (1992). Gender differences in parent-child conversations about past emotions. *Sex Roles, 27*(11-12), 683-698. doi: 10.1007/BF02651097
- Leenarts, L. E. W., Hoeve, M., Van de Ven, P. M., Lodewijks, H. P. B., & Doreleijers, T. A. H. (2013). Childhood maltreatment and motivation for treatment in girls in

- compulsory residential care. *Children and Youth Services Review*, 35(7), 1041-1047.  
doi: 10.1016/j.chilyouth.2013.04.001
- Leon, G. D., Melnick, G., Kressel, D., & Jainchill, N. (1994). Circumstances, motivation, readiness, and suitability (the CMRS scales): predicting retention in therapeutic community treatment. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 20(4), 495-515. doi: 10.3109/00952999409109186
- Lombardi, D. R., Button, M. L., & Westra, H. A. (2014). Measuring motivation: Change talk and counter-change talk in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety. *Cognitive behaviour therapy*, 43(1), 12-21. doi: 10.1080/16506073.2013.846400
- Luborsky, L., & Barber, J. P. (1993). Benefits of adherence to psychotherapy manuals, and where to get them.
- MacKinnon, R. A., Michels, R., & Buckley, P. J. (2015). *The psychiatric interview in clinical practice*: American Psychiatric Pub.
- Marker, I., Salvaris, C. A., Thompson, E. M., Tolliday, T., & Norton, P. J. (2019). Client motivation and engagement in transdiagnostic group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Predictors and outcomes. *Cognitive Therapy and Research*, 1-15. doi: 10.1007/s10608-019-10014-1
- Markland, D., Ryan, R. M., Tobin, V. J., & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24 (6), 811-831. doi: 10.1521/jscp.2005.24.6.811
- Martinsen, K., & Hagen, R. (2012). *Kognitiv atferdsterapi i behandling av barn og unge* Oslo Gyldendal Akademisk
- Mathews, A. M., Johnston, D. W., Lancashire, M., Munby, M., Shaw, P. M., & Gelder, M. G. (1976). Imaginal flooding and exposure to real phobic situations: Treatment outcome with agoraphobic patients. *The British Journal of Psychiatry*, 129(4), 362-371. doi: doi.org/10.1192/bjp.129.4.361
- Mathews, A. M., Johnston, D. W., Shaw, P. M., & Gelder, M. G. (1974). Process variables and the prediction of outcome in behaviour therapy. *The British Journal of Psychiatry*, 125(586), 256-264.
- Mawson, D., Marks, I. M., & Ramm, L. (1982). Clomipramine and exposure for chronic obsessive-compulsive rituals: III. Two year follow-up and further findings. *The British Journal of Psychiatry*, 140(1), 11-18. doi: 10.1192/bjp.140.1.11

- McMurran, M., Tyler, P., Hogue, T., Cooper, K., Dunseath, W., & McDaid, D. (1998). Measuring motivation to change in offenders. *Psychology, Crime and Law*, 4(1), 43-50. doi: 10.1080/10683169808401746
- Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in clinical neuroscience*, 11(1), 7-20.
- Miller, G. E., & Prinz, R. J. (2003). Engagement of families in treatment for childhood conduct problems. *Behavior Therapy*, 34(4), 517-534. doi: 10.1016/S0005-7894(03)80033-3
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*: Guilford press.
- Morrissey-Kane, E., & Prinz, R. J. (1999). Engagement in child and adolescent treatment: The role of parental cognitions and attributions. *Clinical child and family psychology review*, 2(3), 183-198.
- Mæhle, M. (2016). Utviklingspsykologisk kunnskap som ramme og forutsetning for klinisk arbeid med barn. I H. Haavind & H. Øvreeide (Red.), *Barn og unge i psykoterapi* (2 utg., s. 117-150). Oslo Gyldendal Norsk Forlag
- Nelson, R. A., & Borkovec, T. D. (1989). Relationship of client participation to psychotherapy. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 20(2), 155-162. doi: 10.1016/0005-7916(89)90048-7
- Neumer, S. -P, & Junge-Hoffmeister, J. (2010). *SMART. Forebygging av emosjonelle problemer hos ungdom. Veileder*. . Oslo Kommuneforlaget
- Neumer, S. -P., Martinsen, K. D., Gere, M., & Villabø, M. A. (2011). Kognitivatferdsterapeutiske programmer i klinikk: Utfordringer og muligheter. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(1), 21-25.
- Nissen-Lie, H. A. . (2013). Teknikk eller relasjon i psykoterapi: En uhensiktsmessig dikotomi? I K. Benum, E. Dalsgaard Axelsen, & E. Hartmann (Red.), *God psykoterapi: et integrativt perspektiv*, (316-342) Oslo: Pax.
- Ollendick, T. H., Jarrett, M. A., Grills-Taquechel, A. E., Hovey, L. D., & Wolff, J. C. (2008). Comorbidity as a predictor and moderator of treatment outcome in youth with anxiety, affective, attention deficit/hyperactivity disorder, and oppositional/conduct disorders. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1447-1471. doi: 10.1016/j.cpr.2008.09.003
- Ollendick, T. H, Öst, L. -G., Reuterskiöld, L., & Costa, N. (2010). Comorbidity in youth with specific phobias: Impact of comorbidity on treatment outcome and the impact of

- treatment on comorbid disorders. *Behaviour research and therapy*, 48(9), 827-831.  
doi: 10.1016/j.brat.2010.05.024
- Ollendick, T. H., Öst, L. -G., Reuterskiöld, L., Costa, N., Cederlund, R., Sirbu, C., . . . Jarrett, M. A. (2009). One-session treatment of specific phobias in youth: a randomized clinical trial in the United States and Sweden. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(3), 504-516. doi: 10.1037/a0015158
- Overholser, J. C. (2005). Contemporary psychotherapy: Promoting personal responsibility for therapeutic change. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35(4), 369-376. doi: 10.1007/s10879-005-6699-4
- Pelletier, L. G., Tuson, K. M., & Haddad, N. K. (1997). Client motivation for therapy scale: A measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for therapy. *Journal of personality assessment*, 68(2), 414-435. doi: 10.1207/s15327752jpa6802\_11
- Pierce, R, Nichols, M., & DuBrin, J. (1983). *Emotional expression in psychotherapy*. New York Gardner Press.
- Pine, D. S., & Klein, R. G. (2015). Anxiety disorders. I D.S. Pine I. A. Thapar, J. F. Leckman, S. Scott, M. J. Snowling & E. Taylor (Red.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (6 utg., s. 822-840 ). Oxford: Wiley Press
- Prochaska, J. O. (1995). An eclectic and integrative approach: Transtheoretical therapy. I A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and practice* (pp. 403-440). New York, NY, US: Guilford Press
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1988). *The Transtheoretical Approach to Therapy*. Chicago: Dorsey Press.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American psychologist*, 47(9), 1102. doi: 10.1037/0003-066X.47.9.1102
- Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., & Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 32(4), 251-262. doi: 10.1016/j.cpr.2012.01.005
- Rosenbaum, R. L., & Horowitz, M. J. (1983). Motivation for psychotherapy: A factorial and conceptual analysis. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 20(3), 346. doi: 10.1037/h0090205

- Rosenkranz, S. E., Henderson, J. L., Muller, R. T., & Goodman, I. R. (2012). Motivation and maltreatment history among youth entering substance abuse treatment. *Psychology of Addictive Behaviors, 26*(1), 171-177. doi: 10.1037/a0023800
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist, 55*(1), 68-78. doi:10.1037/0003-066X.55.1.68
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 49*(3), 186-193 doi: 10.1037/a0012753
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on self-determination theory. *The European Health Psychologist, 10*(1), 2-5.
- Ryan, R. M., Lynch, M. F., Vansteenkiste, M., & Deci, E. L. (2011). Motivation and autonomy in counseling, psychotherapy, and behavior change: A look at theory and practice. *The Counseling Psychologist, 39*(2), 193-260. doi: 10.1177/0011000009359313
- Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive behaviors, 20*(3), 279-297. doi: 10.1016/0306-4603(94)00072-7
- Schefft, B. K., & Kanfer, F. K. (1987). The utility of a process model in therapy: A comparative study of treatment effects. *Behavior Therapy, 18*(2), 113-134. doi: 10.1016/S0005-7894(87)80036-9
- Schneider, W., Klauer, T., Janssen, P. L., & Tetzlaff, M. (1999). Influence of psychotherapy motivation on the course of psychotherapy. *Der Nervenarzt, 70*(3), 240-249. Doi: 10.1007/s001150050428
- Schneider, W., & Klauer, T. (2001). Symptom level, treatment motivation, and the effects of inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research, 11*(2), 153-167. doi: 10.1080/713663888
- Seligman, L. D., & Ollendick, T. H. (2011). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 20*(2), 217-238. doi: 10.1016/j.chc.2011.01.003
- Seligman, L. D., & Ollendick, T. H. (1998). Comorbidity of Anxiety and Depression in Children and Adolescents: An Integrative Review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 1*(2), 125-144. doi: 10.1023/a:1021887712873

- Shields, S. A., & Shields, S. A. (2002). *Speaking from the heart: Gender and the social meaning of emotion*: Cambridge University Press.
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology, 71*(3), 452-464. doi:10.1037/0022-006X.71.3.452
- Shirk, S. R., & Russell, R. L. (1998). Process issues in child psychotherapy. In A. Bellack & M. Hersen (red.), *Comprehensive clinical psychology*. London: Pergamon Press.
- Shortt, A. L., Barrett, P. M., & Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of clinical child psychology, 30*(4), 525-535. doi: 10.1207/S15374424JCCP3004\_09
- Silverman, W. K., & Albano, A. M. (1996). *Anxiety Disorder Interview Schedule(ADIS-IV) parent interview Schedules*. Albany, NY: Greywind Publication.
- Simpson, D. D., & Joe, G. W. (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training, 30*(2), 357-368.
- Slesnick, N., Bartle-Haring, S., Erdem, G., Budde, H., Letcher, A., Bantchevska, D., & Patton, R. (2009). Troubled parents, motivated adolescents: Predicting motivation to change substance use among runaways. *Addictive Behaviours, 34*(3), 675– 684. doi:10.1016/j.add- beh.2009.04.002
- Smith, M. M., McLeod, B. D., Southam-Gerow, M. A., Jensen-Doss, A., Kendall, P. C., & Weisz, J. R. (2017). Does the delivery of CBT for youth anxiety differ across research and practice settings? *Behavior therapy, 48*(4), 501-516. doi: 10.1016/j.beth.2016.07.004
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 545-566. Doi: 10.1016/S0005-7967(98)00034-5
- Stafset, L. K., Gomes, J. E. V., & Arnberg, K. (2011, 5. oktober). Manualbasert terapi: erfaringer, muligheter og utfordringer, *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, s. 999-997. Lastet ned fra <https://psykologtidsskriftet.no/>
- Stallard, Paul. (2019). *Think Good, Feel Good: A Cognitive Behavioural Therapy Workbook for Children and Young People*: Wiley.
- Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2009). Cognitive–behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of consulting and clinical psychology, 77*(4), 595-606. doi: 10.1037/a0016032
- Tetzchner, S.V (2012). *Utviklingspsykologi* (2 utg.): Gyldendal akademisk.



- van der Stouwe, T., Asscher, J. J., Hoeve, M., van der Laan, P. H., & Stams, G. J. J. M. (2018). The influence of treatment motivation on outcomes of social skills training for juvenile delinquents. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 62(1), 108-128. Doi: doi.org/10.1177/0306624X16648130
- Vandereycken, W. (2006). Denial of illness in anorexia nervosa—a conceptual review: Part 2 different forms and meanings. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 14(5), 352-368. doi: 10.1002/erv.722
- Vogel, P. A., Hansen, B., Stiles, T. C., & Götestam, K. G. (2006). Treatment motivation, treatment expectancy, and helping alliance as predictors of outcome in cognitive behavioral treatment of OCD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(3), 247-255. doi: 10.1016/j.jbtep.2005.12.001
- Walitzer, K. S., Dermen, K. H., & Connors, G. J. (1999). Strategies for preparing clients for treatment: A review. *Behavior Modification*, 23(1), 129-151. Doi: 10.1177/0145445599231006
- Walkup, J. T., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S. N., Sherrill, J. T., . . . Waslick, B. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine*, 359(26), 2753-2766. doi: 10.1056/NEJMoa0804633
- Weiner, B. (2013). *Human motivation*: Psychology Press.
- Weisz, J. R., & Hawley, K. M. (2002). Developmental factors in the treatment on adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(1), 21-43. Doi: 10.1037//0022-006X.70.1.21
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum, R., . . . Chu, B. C. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: a multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *American Psychologist*, 72(2), 79-117. doi: 10.1037/a0040360
- Wergeland, G. J. H., Fjermestad, K. W., Marin, C. E., Bjelland, I., Haugland, B. S. M., Silverman, W. K., . . . Havik, O. E. (2016). Predictors of treatment outcome in an effectiveness trial of cognitive behavioral therapy for children with anxiety disorders. *Behaviour research and therapy*, 76, 1-12. doi: 10.1016/j.brat.2015.11.001
- Wergeland, G. J. H., Fjermestad, K. W., Marin, C. E., Haugland, B. S. -M., Bjaastad, J. F., Oeding, K., . . . Havik, O. E. (2014). An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Behaviour research and therapy*, 57, 1-12.

- Westra, H. A., Arkowitz, H., & Dozois, D. J. A. (2009). Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(8), 1106-1117. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.07.014
- Westra, H. A., & Dozois, D. J. A. (2006). Preparing clients for cognitive behavioral therapy: A randomized pilot study of motivational interviewing for anxiety. *Cognitive Therapy and Research, 30*(4), 481-498. doi: 10.1007/s10608-006-9016-y
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.
- Zeldman, A., Ryan, R. M., & Fiscella, K. (2004). Motivation, autonomy support, and entity beliefs: Their role in methadone maintenance treatment. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*(5), 675-696. doi: 10.1521/jscp.23.5.675.50744
- Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C., Marshall, M., & Bagby, M. R. (2007). Autonomous motivation for therapy: A new common factor in brief treatments for depression. *Psychotherapy Research, 17*(2), 137-147. doi: 10.1080/10503300600919380

# Vedlegg A

## Motivasjonsmålet Nijmegen Motivation List 2 Children (NML2-C)

ID NR.....

DATO.....

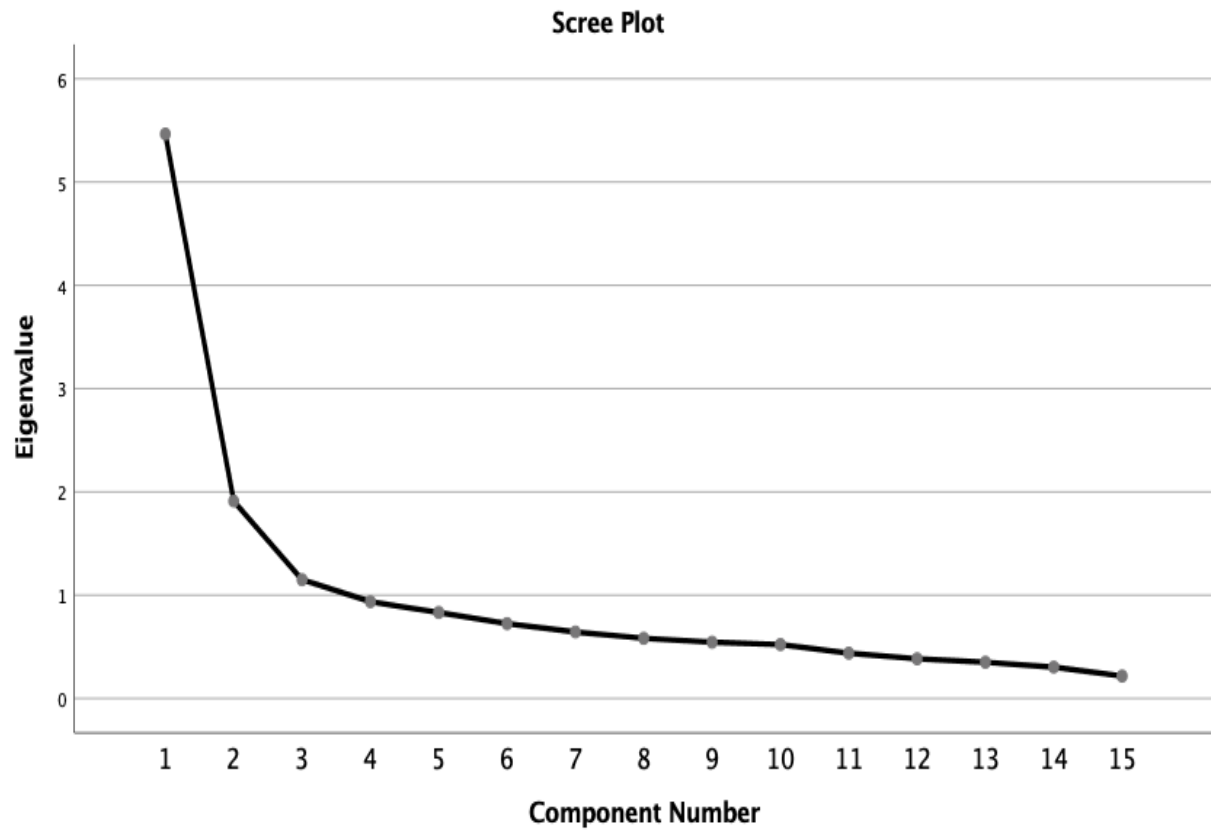
BUP.....

### NML2 – T1 Barn/Ungdom

Les gjennom hver påstand nedenfor, og avgjør hvor godt det stemmer med dine tanker om FRIENDS programmet. Svar ved å krysse av i ruten som best beskriver hva du tenker. Din behandler vil ikke få vite hva du har svart, hverken under FRIENDS programmet eller når det er ferdig.

	Stemmer helt	Stemmer delvis	Stemmer ikke
1. Mine problemer gjør meg ulykkelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg er villig til hva som helst for å bli kvitt problemene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg tror FRIENDS programmet er den riktige hjelpen for meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg trenger hjelp med det samme for å løse mine problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jeg er sikker på at jeg kommer til å øve hjemme på det jeg lærer i FRIENDS programmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jeg tror jeg kommer til å lære mer i FRIENDS programmet hvis jeg er med og bestemmer og gjør ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jeg er villig til å ta fri fra skolen eller en fritidsaktivitet for å være med på FRIENDS programmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jeg skammer meg over problemene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jeg vil gjøre alt jeg kan for å komme tidsnok til FRIENDS programmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jeg er sikker på at det vil gå bra i FRIENDS programmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jeg gjorde rett når jeg bestemte meg for å være med på FRIENDS programmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mine problemer gjør at jeg lager vanskeligheter for andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mine problemer vil forsvinne når jeg er med på FRIENDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mine problemer plager meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Jeg får mye støtte fra min familie og andre personer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Vedlegg B



Figur 2. Scree plot fra prinsipal komponent analyse av Nijmegen Motivation List 2 Children (NML2-C)

# Vedlegg C

Tabellene nedenfor viser resultater fra T-tester av uavhengige utvalg.

Tabell 6. Beredskap og opplevd ubehag som prediktorer for diagnosetap fra T1-T2

NML-C	Gruppe	<i>n</i>	Gjenno- msnitt	SD	df	t	<i>p</i>
<b>Tap av alle diagnoser målt T1 på T2</b>							
Opplevd ubehag	Ja	95	4,65	2,65	127	0,48	,635
	Nei	34	4,41	3,35			
Beredskap	Ja	92	4,2	3,59	124	-1,08	,282
	Nei	34	5,06	3,91			
<b>Tap av T1 primære diagnose T2</b>							
Opplevd ubehag	Ja	76	4,62	2,61	127	0,16	,875
	Nei	53	4,55	2,41			
Beredskap	Ja	74	4,11	3,64	124	-1,34	,182
	Nei	52	5,00	3,72			
<b>Tap av minst en diagnose T2</b>							
Opplevd ubehag	Ja	46	4,59	2,53	127	-0,01	,994
	Nei	83	4,60	2,54			
Beredskap	Ja	46	4,13	3,93	124	-0,80	,426
	Nei	80	4,68	3,54			

*Merk.* T1= før behandlingen startet, T2 = etter behandlingen var gjennomført

Tabell 7. Beredskap og opplevd ubehag som prediktorer for diagnosetap fra T1 til T3 og T4

NML-C	Grupp	<i>n</i>	Gjenno-	SD	df	<i>t</i>	<i>p</i>
Totalskåre	e		msnitt				
<b>Tap av alle T1 diagnoser ved T3</b>							
Opplevd ubehag	Ja	66	4,5	2,75	119	-0,49	,627
	Nei	55	4,7	2,30			
Beredskap	Ja	67	4,59	3,82	117	0,17	,867
	Nei	52	4,48	3,63			
<b>Tap av alle primære diagnoser ved T3</b>							
Opplevd ubehag	Ja	52	4,69	2,80	119	0,33	,740
	Nei	69	4,54	2,35			
Beredskap	Ja	53	5,06	3,90	117	1,34	,182
	Nei	66	4,14	3,55			
<b>Tap av minst en diagnose ved T3</b>							
Opplevd ubehag	Ja	31	4,65	2,73	118	0,03	0,976
	Nei	89	4,63	2,48			
Beredskap	Ja	31	4,65	4,14	116	0,11	,917
	Nei	87	4,56	3,58			
<b>Tap av alle T1 primære diagnoser T4</b>							
Opplevd ubehag	Ja	52	4,75	3,03	136	1,10	,272
	Nei	86	4,26	2,21			
Beredskap	Ja	50	5,34	4,03	131	1,46	,147
	Nei	83	4,35	3,65			
<b>Tap av alle diagnoser ved T4</b>							
Opplevd ubehag	Ja	67	4,49	2,90	136	0,22	,822
	Nei	71	4,39	2,19			
Beredskap	Ja	66	4,88	3,82	131	0,47	,639
	Nei	67	4,57	3,57			

*Merk.* T1= før behandlingen startet, T3 = 1-årsoppfølging og T4 = 3,9 år etter behandling