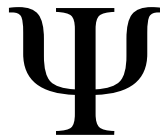




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



Tittel

Hindre på veien til målet – Alliansebrudd og reparasjon av brudd og løsninger i psykoterapi

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Navn

Lina Gulseth Øiesvold

Høst 2013

Veileder
Kjersti Arefjord

Innholdsfortegnelse

Forside	1
Innholdsfortegnelse.....	3
Abstract.....	5
Sammendrag.....	6
Innledning	7
Terapeutisk allianse.....	8
Alliansebrudd.....	10
Reparasjon av alliansebrudd.....	12
Ulike teoretiske perspektiv på forståelsen av den terapeutiske alliansen.....	13
Psykodynamisk terapi.....	13
Kognitiv atferdsterapi.....	14
Metode	17
Hoveddel	17
Faktorer som kan påvirke den terapeutiske alliansen.....	19
Terapeutkarakteristikk.....	19
Terapiteknikk.....	21
<i>Terapeutselavsløringer</i>	23
<i>Kognitiv restrukturering</i>	29
<i>Eksponeringsterapi</i>	32
<i>Standardisering av terapiforløp</i>	33
<i>Overføringsfortolkninger</i>	35
Pasienters interpersonlige fungering og tilknytningsstil.....	37
Reparasjon av alliansebrudd.....	40

Reparasjon av alliansebrudd i kognitiv atferdsterapi.....	41
Reparasjon av alliansebrudd i psykodynamisk terapi.....	43
Begrensninger ved tilnærmingenes reparasjonsfokus.....	47
En integrativ reparasjonsmodell for alliansebrudd.....	50
Reparasjonsmodell for tilbaketrekingsbrudd.....	52
Reparasjonsmodell for konfrontasjonsbrudd.....	60
Komparative studier.....	66
Begrensninger ved allianseforskningen.....	69
Konklusjon.....	72
Takk til.....	75
Referanseliste.....	76

Abstract

In psychotherapy research it is generally acknowledged that a good therapeutic alliance predicts positive change in psychotherapy. Psychotherapy research has increasingly gained an interest in identifying what causes alliance ruptures and how ruptures can be repaired. This thesis comprises some of the extension and complexity of different causes of alliance ruptures or impasses. Across different psychotherapy schools, there are different techniques and interventions that can cause, but also repair ruptures in the therapeutic alliance. The thesis discusses the conceptualization of ruptures and repairing in cognitive behavioral therapy and psychodynamic therapy. Finally, a rupture resolution model is presented. The model emphasize that a mutual exploration of the rupture experience often is decisive in order to re-establish a good therapeutic alliance.

Keywords: Therapeutic alliance, alliance ruptures and impasses, rupture repair, cognitive-behavioral therapy, psychodynamic therapy, rupture resolution model

Sammendrag

Psykoterapiforskning har lenge vært opptatt av sammenhengen mellom den terapeutiske alliansen og terapiutfall, og det er bred konsensus om at en sterk terapeutisk allianse predikerer endring i psykoterapi. I økende grad har allianseforskningen skiftet fokus til å identifisere hvilke faktorer som kan bidra til utviklingen av alliansebrudd, samt hvilke prosesser som bidrar til reparasjon av alliansebrudd. Oppgaven belyser omfanget og kompleksiteten av hvilke faktorer som kan være alliansehemmende, og medvirke til brudd eller låsninger i terapi. På tvers av terapiretninger eksisterer det ulike terapiteknikker og intervensjoner som kan være nyttige verktøy i reparasjonsprosessen, men de samme teknikkene og intervensjonene kan imidlertid også skape brudd. Oppgaven belyser og diskuterer hvordan kognitiv atferdsterapi og psykodynamisk terapi forklarer brudd og reparasjon av alliansebrudd. I forlengelsen av dette presenteres en integrativ reparasjonsmodell som argumenterer for at en gjensidig utforskningsprosess av brudderfaringen kan være utslagsgivende for reetableringen av en god terapeutisk allianse.

Nøkkelord: Terapeutisk allianse, alliansebrudd og låsninger, reparasjon av brudd, kognitiv atferdsterapi, psykodynamisk terapi, reparasjonsmodell for alliansebrudd

Innledning

Psykoterapiforskning har frem til de senere tiårene vært preget av en skoleinndeling med ulike psykoteraeutiske modeller som blant annet tar utgangspunkt i ulike perspektiv på mennesket, menneskets utvikling, utvikling av psykiske lidelser og behandlingsprinsipp eller -teknikker (Hougaard, 2004). Den velkjente ”dodo-kjennelsen” som tilsier at forskjeller i terapeutisk teknikk er av underordnet betydning når man skal redegjøre for effekt av psykoteraeutisk behandling, ble derfor banebrytende og har til dels restrukturert moderne psykoteraeutiforskning (Blatt, Shahar & Zuroff, 2002). Sentralt i nyere psykoteraeutiforskning er derfor fellesfaktorene, nonspesifikke faktorer som finnes på tvers av ulike psykoteraeutiretninger (Hougaard, 2004). Lambert og Barley (2001) har forsøkt å tallfeste hvor stor prosentandel fellesfaktorene er ansvarlig for i terapi, og hevder at 30 % kan tilskrives fellesfaktorer. I tillegg kan 40 % forklares ved utenom-terapeutiske faktorer, 15 % til håp, forventinger og placebo, og bare 15 % til teknikk eller metode. Wampold (2001) anslår at fellesfaktorer forklarer minst 70 % av effekten for terapiinterne forhold som bidrar til positiv endring, hvilket tyder på at fellesfaktorer bør spille en sentral rolle i forskning på psykoteraeutapi og i psykoteraeutisk praksis.

Fellesfaktorer er imidlertid et relativt vidtspennende begrep og omfatter blant annet empati, kongruens og varme, samt terapeutisk allianse (Lambert & Barley, 2001). Blant disse fellesfaktorene trekkes særlig den terapeutiske alliansen frem som den antatt viktigste for utfallet av psykoteraeutisk behandling (Safran & Muran, 2000a; Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011; Safran, Muran, Samstag & Stevens, 2001). Metaanalyser viser effektstørrelser fra .21 til .25 når man har målt sammenhengen mellom den terapeutiske alliansen og terapiutfall (Horvath & Bedi, 2002).

På grunnlag av de positive utfallseffektene, har den terapeutiske alliansen blitt etablert som en kritisk faktor for terapiens kvalitet i klinisk praksis. Det er derfor viktig å ha fokus på alliansefremmende faktorer og intervensjoner, da fraværet av en god allianse kan få alvorlig og negativ innvirkning på pasientens utbytte av terapien (Castonguay, Constantino & Holtforth, 2006). Dersom den terapeutiske alliansen anerkjennes til å være så viktig som forskning indikerer, kan det hevdes at dette fokuset har et etisk imperativ, da det ville være uetisk å ikke tilby pasienter behandling i tråd med den beste foreliggende viten. Terapeutiske låsninger og brudd antas i forlengelsen av dette å utgjøre betydelige trusler mot den terapeutiske alliansen og har derfor også blitt en integrert og sentral del av nyere psykoterapiforskning.

Terapeutisk allianse

Viktigheten av en god allianse mellom terapeut og pasient ble først tematisert i Freuds tidlige teoretiske arbeid om overføring. Freud var opptatt av overføringsaspektet ved terapeut-pasient forholdet, og viktigheten av overføringsanalyser. Overføring ble av Freud beskrevet som forskyvningen av affekter fra et objekt til et annet, og innebar en overføring av følelser knyttet til en primær omsorgsgiver som ble ”overført” til terapeuten. Terapeutens analyser av overføringsreaksjonene bevisstgjør pasienten om distinksjonen mellom tanker og følelser som er ekte og tilstedeværende i den terapeutiske situasjonen, og hva som er fantasidrevet basert på tidligere erfaringer. Overføringsanalyser blir derfor, i følge psykoanalysen, avgjørende for at pasienten skal oppnå innsikt og dermed også endring i terapi (Ogrodniczuk & Piper, 2004). Freud skilte grovt sett mellom positive og negative overføringer. I tillegg beskrev Freud en ”unobjectionable positive transference” som er en underkomponent av positiv overføring. ”Unobjectionable positive transference” involverte aspekt ved overføring

som ikke skulle analyseres, da dette ikke forstyrret den pågående interaksjonen mellom terapeut og pasient, og i tillegg ble antatt å danne grunnlaget for pasientens motivasjon til å samarbeide effektivt med analytikerens (Horvath & Bedi, 2002). Etterkommere av Freud skilte mellom to betydninger av konseptet. Enkelte integrerte det som en del av den terapeutiske alliansen, mens andre var mer skeptisk til konseptet, og hevdet at tilsynelatende rasjonelle og vennlige følelser mot terapeuten kunne undergrave betydningsfull motstand hos pasienten. Freud hevdet at "unobjectionable positive transference" var en avgjørende faktor for å kunne gjennomføre en vellykket psykoterapi (Akhtar, 2009). I tråd med dette anerkjente Freud, til en viss grad, og trolig særlig som praktiserende psykoterapeut, at vennlighet og varme følelser var elementer som måtte være tilstede for å skape en vellykket psykoanalyse (Lohser & Newton, 1996).

Den tidlige psykoanalysen hevdet at det som kom frem i det terapeutiske forholdet var en refleksjon av pasientens overføringer, heller enn et produkt av gjensidig påvirkning mellom terapeut og pasient. Dette har endret seg som et resultat av et "paradigmeskifte" innen de fleste psykoterapeutiske tradisjoner, hvor man har blitt mer opptatt av de relasjonelle faktorene i psykoterapi. Med dette skiftet har tema som gjensidig påvirkning mellom terapeut og pasient, viktigheten av spontanitet og fleksibilitet, og betydningen av de autentiske aspektene ved det terapeutiske forholdet bidratt til at alliansebegrepet har fått økt fokus (Safran & Muran, 2006).

Blant nyere teorier om den terapeutiske alliansen har Bordins pan-teoretiske modell en meget sentral plass (Muran & Safran, 1998). Modellen består av tre distinkte komponenter: Grad av enighet om (1) fremgangsmåte, (2) mål, og (3) kvaliteten på det affektive båndet mellom terapeut og pasient (Hougaard, 2004). Bordin (1979) hevdet, på bakgrunn av denne modellen, at en god terapeutisk allianse er en forutsetning for

endring i alle former for psykoterapi. De tre ulike faktorene interagerer og vil kunne påvirke hverandre. Slik vil kvaliteten på det affektive båndet ofte også kunne fortelle noe om pasientens og terapeutens evne til samarbeid og enighet om fremgangsmåte og mål i terapien, samtidig som evnen til å komme til enighet om fremgangsmåte og mål ofte fremmer kvaliteten på det affektive båndet. Bordin vektlegger gjensidighet i alliansebegrepet, og hevder at styrken på samarbeidet, eller terapeutens og pasientens felles bidrag, vil ha større påvirkning på terapiutfallet og terapiens effektivitet i forhold til spesifikke teknikker (Valla, 2010).

Alliansebrudd

Alliansebrudd i psykoterapi har de siste tiårene blitt belyst av den såkalte ”andre generasjons allianseforskning”. Her har man, i motsetning til første generasjons allianseforskning, ikke utelukkende forsøkt å identifisere faktorer som er med på å utvikle den terapeutiske allianse, men har i tillegg hatt fokus på reparasjonsprosesser for alliansebrudd og låsninger i terapi (Safran et al., 2001). Kort oppsummert omhandler denne forskningen hvordan man kan gjenskape en god allianse etter at et alliansebrudd eller terapeutisk låsning har inntruffet.

Det eksisterer ikke en definisjon på alliansebrudd og terapeutiske låsninger som har oppnådd samme anerkjennelse på tvers av teoretiske tradisjoner som Bordins konseptualisering av den terapeutiske alliansen. Alliansebrudd og låsninger har blant annet blitt definert som: ”Spenninger eller sammenbrudd i samarbeidet eller forholdet mellom terapeut og pasient” (min oversettelse, Safran & Muran 2006 s. 286). Man tenker gjerne på alliansebrudd som en dramatisk hendelse, men brudd i den terapeutiske alliansen kan variere i intensitet, fra relativt små spenninger til store sammenbrudd i samarbeid, kommunikasjon og forståelse (Safran et al., 2011).

Tatt i betraktning at brudd og låsninger kan variere i intensitet og innhold, er fluktuasjoner i alliansen regnet som en nærmest uunngåelig del av psykoterapi, og noe som i seg selv faktisk også kan ha en terapeutisk verdi (Hougaard, 2004). Men alliansebrudd, eller gjentatte låsninger og mindre spenninger, kan også true det terapeutiske forholdet og arbeidet, og kan i verste fall resultere i avslutning, frafall eller verst tenkelig symptomforverring (Safran et al., 2001).

Den terapeutiske alliansen formes vanligvis tidlig i behandlingsforløpet, og tidlige allianseskårer predikerer bedre terapiutfall og frafall sammenlignet med midtfasen og senere faser i terapien (Horvath & Symonds, 1991). Med andre ord er det ofte vanskelig å endre en svak terapeutisk allianse senere i behandlingsforløpet, noe som vitner om at den tidlige kommunikasjons- og forhandlingsprosessen har en avgjørende betydning. En metaanalyse viser at sammenhengen mellom frafall og den terapeutiske alliansen har en moderat korrelasjon på .55. Pasienter i terapi med en svak terapeutisk allianse vil derfor mer sannsynlig falle fra behandlingen dersom det oppstår et problematisk forhold mellom terapeut og pasient (Sharf, Primavera & Diener, 2010).

Alliansebrudd forekommer sjeldent alene på bakgrunn av terapeutens eller pasientens kommunikasjons- og handlingsmønster, da det foregår en kontinuerlig og gjensidig påvirkningsprosess mellom partene (Ackerman & Hilsenroth, 2001). Likevel viser forskningslitteraturen at det er noen pasient- og terapeutkarakteristikker som er mer fremtredende og avgjørende for utviklingen av alliansebrudd (Castonguay et al., 2006). Safran og Muran (2000a) skiller mellom to hovedformer for alliansebrudd:

Konfrontasjonsbrudd og tilbaketrekingsbrudd. Konfrontasjonsbrudd refererer til pasientens direkte aggressive uttrykk og misnøye med terapeuten eller aspekter ved terapisisuasjonen. I enkelte tilfeller kan det være et forsøk på å kontrollere terapeuten,

som for eksempel når pasienten eksplisitt betviler terapeutens faglige evner på en fiendtlig måte. Tilbaketrekkingsbrudd henviser til pasientens tilbaketrekking eller en delvis løsrivelse fra terapeuten eller andre aspekt ved terapisisituasjonen.

Tilbaketrekkingsmarkører kan for eksempel utspille seg ved at pasienten indirekte uttrykker negative følelser eller behov, noe som kan være vanskelig å oppdage for terapeuten (Safran et al., 2001).

Reparasjon av alliansebrudd

Det er avgjørende å tematisere og arbeide seg gjennom låsningene eller bruddene for at en endringsprosess skal finne sted i et allerede låst mønster mellom terapeut og pasient. Safran og Muran (2000a) utviklet en modell for reparasjon av alliansebrudd der de argumenterer for at gjenkjenning og utforskning av brudd og låsninger i alliansen kan være utslagsgivende for terapiutfallet. I praksis viser imidlertid forskning at dette er krevende. For enkelte pasienter kan det være vanskelig å adressere problematiske aspekt ved terapien, og de har gjerne en forestilling om at man skåner alliansen ved å unngå dette. Det er derfor ofte kritisk for behandlingen at terapeuten fanger opp signaler om at alliansen er truet eller svekket, og utforsker dette på en måte som ikke skaper unødig uro eller ubehag for pasienten. En utfordring er imidlertid at terapeuter ofte responderer på en defensiv måte når de opplever at pasienter har negative følelser knyttet til terapien (Safran et al., 2001).

Alliansebrudd og reparasjon i psykoterapi kan måles fra både et pasient-, terapeut- og observatørperspektiv. Prevalensundersøkelser viser at alliansebrudd i individualterapi oppstår relativt ofte. I en undersøkelse av Safran et al. (2011) rapporterte pasientene brudd i 19 % til 42 % av behandlingsseriene, terapeutene i 43 % til 56 %, og observatørene rapporterte om brudd i 41 % til 100 % av behandlingsseriene.

Resultatene viser at de ulike gruppene har en nokså ulik opplevelse av alliansebruddfrekvens, og det er verdt å merke seg at de eksterne observatørene vurderer alliansebrudd som nokså høyfrekvent relativt til terapeuter og pasienter. Dette kan være viktig informasjon fordi det kan tyde på at både terapeuter og pasienter, når de er aktive og jobber i psykoterapi, har en høyere terskel eller andre kriterier for å oppleve ulike elementer som brudd.

Ulike teoretiske perspektiv på forståelsen av den terapeutiske alliansen

Tross ulike definisjoner og forståelse, har så å si samtlige av dagens psykoterapiretninger en forståelse av den terapeutiske alliansen som en viktig medvirkende faktor for endring i psykoterapi (Hougaard, 2004). Mye av psykoterapiforskningen baserer seg på Bordins pan-teoretiske modell, noe som gjør det naturlig å ta utgangspunkt i denne modellen i forståelsen av den terapeutiske alliansen innen ulike psykoterapiretninger.

Psykodynamisk terapi. Psykodynamisk terapi er en fellesbetegnelse på flere terapiformer som har sitt tidlige utspring i Freuds psykoanalyse. Innenfor den psykodynamiske tradisjonen vektlegges betydningen av relasjonelle samspill mer enn barndomstraumer, og til dels også ubevisste konflikter som var sentrale element i den klassiske psykoanalysen (Hougaard, 2004). De interpersonlige modellene representerer ulike definisjoner av den terapeutiske alliansen, men samsvarer i relativt stor grad med Bordins pan-teoretiske definisjon. Flere av de relasjonelle modellene vektlegger også betydningen av samarbeid og enighet om fremgangsmåte i terapi. Andre psykodynamiske tilnærminger vektlegger det affektive båndet, og enighet om fremgangsmåte høyest. De relasjonelle orienteringene argumenterer også for at det terapeutiske forholdet består av to deler: den irrasjonelle delen (overføring), og den

rasjonelle og adaptive delen (den terapeutiske alliansen) som betegnes som det faktiske forholdet (Binder, 1998).

Flere av de nyere interpersonlige og relasjonelle psykodynamiske modellene har en klar tidsbegrensning på terapiforløpet og betegnes derfor som psykodynamisk korttidsterapi. Særlig i korttidsterapi er det viktig å etablere en god terapeutisk allianse tidlig i behandlingsforløpet. Det affektive båndet blir kanskje særlig viktig da korttidsterapi ofte involverer et høyt aktivitetsnivå i en relativt begrenset tidsperiode. Dette er noe som i seg selv kan skape brudd eller spenninger i den terapeutiske alliansen. Av den grunn blir det viktig at terapeuten uttrykker respekt, varme og interesse i startfasen av terapien. Faktorer som terapeutisk fleksibilitet og kreativitet kan videre være avgjørende for dannelsen og eventuelt opprettholdelsen av en god terapeutisk allianse (Binder, 1998).

Kognitiv atferdsterapi. Tenkningen og fokuset rundt det terapeutiske forholdet i kognitiv atferdsterapi har gjennomgått relativt store endringer siden 1970-årene. Selv om begrepet stammer fra psykoanalytisk tenkning, var den tidlige forståelsen av (det som da ble kalt) den terapeutiske relasjonen, at den tjente som et positivt utgangspunkt for det faktiske endringsskapende arbeidet i terapien, det vil si de mer spesifikke, tekniske intervensjonene. Det ble i kognitiv atferdsterapi utover dette ansett som relativt uproblematisk å etablere et slikt forhold og dermed var det relativt få inngående analyser av relasjonen (Newman, 1998).

Selv om viktigheten av en terapeutisk relasjon ble tidlig anerkjent i kognitiv atferdsterapi, er det altså først i de senere årene at begrepet allianse har fått en større rolle i forskningen. Det som kanskje skiller seg mest fra andre terapiretninger er at den terapeutiske alliansen i kognitiv atferdsterapi bærer større preg av samarbeid og

teamarbeid (Safran & Muran, 2000a). Teamarbeidet består av at terapeuten og pasienten - sammen - utforsker pasientens liv, utformer hypoteser om hvordan og hvorfor problemene har oppstått, og tester mulige løsninger. Slik får også pasienten en forståelse av at et aktivt samarbeid med terapeuten vil fremme progresjonen mot pasientens mål. Pasienten gjennomfører hjemmeoppgaver, analyserer egne følelser, tanker og atferd, og formulerer hypoteser som en del av terapiinteraksjonen. I de fleste ulike modellene i kognitiv atferdsterapi legges det til grunn at pasienten er den fremste ekspert på sitt eget liv, mens terapeuten kan tilby ulike teknikker som pasienten kan bruke for å håndtere vanskene sine. Målsettingen er å få til en konstruktiv tilnærming til pasientens vansker som i mindre grad risikerer å gjøre fortolkninger som pasienten ikke kjenner seg igjen i (Newman, 1998).

Denne oppgaven omhandler låsninger og brudd i den terapeutiske alliansen, hva som påvirker utviklingen av alliansebrudd, og hvordan de kan repareres ut i fra en kognitiv-atferdsterapeutisk og psykodynamisk forståelsesramme, samt en integrativ reparasjonsmodell.

Wampold (2001) viser effektstørrelser fra null til .20 når man har studert komparativ effekt mellom terapiretninger. Med andre ord forklarer forskjellene mellom terapitilnærminger mellom 0 og 1% av den terapeutiske variansen i de ulike psykoterapiretningene. Ettersom fellesfaktorer, og deriblant den terapeutiske alliansen, har vist seg å ha en større betydning for terapiutfall enn spesifikke teknikker (Hougaard, 2004), blir det derfor viktig å belyse utfordringer knyttet til en dårlig fungerende allianse. Oppgaven vil derfor komme nærmere inn på spesifikke terapeut- og pasientkarakteristikker som har vist seg å være utfordrende i samspeillet mellom terapeut og pasient. I forlengelsen av dette blir det viktig å ha kjennskap til hvordan

alliansebrudd best mulig kan håndteres, da forskning viser at det forekommer relativt ofte (Binder & Strupp, 1997).

Samtidig viser evidensbasert forskning at elementer og teknikker fra både kognitiv atferdsterapi og psykodynamisk terapi, sammenlagt, har forskningsevidens for de fleste psykiske lidelser (Hougaard, 2004). Etter at Norsk Psykologforening i 2007 sluttet seg til prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis, vil det også i lys av dette være betimelig å se på akkurat disse terapiretningene (Norsk Psykologforening, 2007). Tilnærmingene har på mange områder svært ulike syn på hva terapi bør inneholde og hvilke elementer som er virksomme i terapi, samtidig som de utfyller hverandre rent teoretisk. At de to retningene er komplementære gir presumptivt også to ulike innfallsvinkler til å forstå den terapeutiske alliansen, alliansebrudd samt hvordan alliansebrudd kan eller bør repareres. Terapiteknikker og intervensjoner relatert til de to tilnærmingene beskrives i oppgaven ettersom det er viktige teknikker som er vanlig forekommende i psykoterapi, og har stor betydning for oppgavens hovedtema. Dette vil følgelig ha betydning for hvordan brudd kan forekomme i de to ulike terapiretningene og hvordan man kan reparere oppståtte brudd. Fra dette utgangspunktet vil oppgaven i det følgende presentere en integrativ prosessmodell for reparasjon av alliansebrudd, som forsøker å hente det beste ulike tradisjoner for å få et bredere repertoar for å kunne løse brudd, samtidig som denne modellen formodentlig har det beste forskningsgrunnlaget. Etter en nøye vurdering har jeg har valgt å diskutere fortløpende i teksten heller enn å foreta all diskusjon under en adskilt diskusjonsdel.

Problemstillingene for denne oppgaven er som følger:

1. Hvilke faktorer kan påvirke den terapeutisk alliansen og forårsake alliansebrudd?

2. Hvordan forklarer psykodynamisk terapi og kognitiv atferdsterapi alliansebrudd og reparasjon av alliansebrudd?

3. Hvordan beskriver og forklarer den integrative modellen reparasjonsprosesser i psykoterapi?

Avslutningsvis vil det redegjøres for noen begrensninger ved allianseforskningen, samt forslag til fremtidig forskning.

Metode

Metoden som ligger til grunn for arbeidet er gjennomgang av teori og empiri knyttet til terapeutisk allianse, låsninger og brudd i terapi, samt reparasjon av alliansebrudd. For å få oversikt over relevante studier knyttet til problemstillingene ble det gjort litteratursøk i databasene ISI Web of Science, PsycINFO, PsycARTICLES, BIBSYS, og ScienceDirect. Søkeord som har blitt brukt, alene og i kombinasjon, er: "Therapeutic alliance", "alliance rupture and repair", "outcome in psychotherapy", "therapist characteristics", "therapist self-disclosure", "patients attachment style", "transference and countertransference", "manual-based therapy", "exposure therapy", "cognitive-behavioral therapy", "psychodynamic therapy".

Utvalget av litteratur ble gjort ut fra det som regnes som relevant for å belyse oppgavens problemstillinger.

Hoveddel

Det finnes en rekke ulike teorier som omhandler det terapeutiske samspillet som tar utgangspunkt i ulike grunnleggende premisser. En av de som best kan belyse forståelsen av den terapeutiske alliansen og alliansebrudd er Benjamins (2004) intersubjektive teori som gir en inngående beskrivelse av hva som foregår mellom terapeut og pasient når det låser seg, og hvordan man kan håndtere disse låsningene eller

bruddene slik at endring kan finne sted (Moltu & Veseth, 2008). Benjamins begrep om ”tredjehet” omhandler nettopp det intersubjektive samspillet mellom terapeut og pasient – at det dannes et intersubjektivt rom der det foreligger en gjensidig opplevelse av den andre som et subjekt (Benjamin, 2004). Benjamin (2004) betegner på den andre siden låsninger og brudd som en ”komplementær tohet”: at den ene parten er subjekt, mens den andre er objekt. Med dette menes det at verken terapeuten eller pasienten opplever det terapeutiske samspillet som bestående av to subjekter – den ene er passiv og den andre aktiv. Fra et intersubjektivt perspektiv blir det terapeutiske samspillet og alliansen i psykoterapi karakterisert som en pågående veksling mellom ”komplementær tohet” og ”tredjehet”, altså mellom en fastlåst samhandling og et endringsfremmende samspill (Moltu & Veseth, 2008).

Tenkningen omkring den terapeutiske interaksjonen i en relasjonell psykodynamisk forståelsesramme for terapi samsvarer i stor grad med Benjamins (2004) begrep om ”tredjehet”. Den terapeutiske interaksjonen involverer kontinuerlig påvirkning mellom terapeutens og pasientens holdninger, verdier, relasjonelle mønstre og forventninger. Forholdet og kommunikasjonsprosessen mellom terapeut og pasient blir derfor kontinuerlig etablert og reetablert gjennom denne gjensidige påvirkningsprosessen (Ackerman & Hilsenroth, 2001). Dette står i kontrast til det tidligere idealet om en abstinent terapeut. For de relasjonelle psykodynamikerne forekommer det en apodiktisk gjensidig påvirkning og slik blir en abstinent terapeutrolle simpelthen kun en måte å gå inn i det relasjonelle samspillet på. Det er med andre ord verken et ideal eller et alternativ at terapeuten er abstinent – og slik følger det naturlig en tematisering og refleksjon rundt hvordan det relasjonelle samspillet utfolder seg i løpet av den terapeutiske prosessen (Binder, 2006). Selv om mange psykoterapiforskere og -

modeller vil forfekte at påvirkningen i terapiinteraksjonen er gjensidig, innebærer ikke dette at ikke gitte terapeut- og pasientkarakteristikker er mer alliansehemmende enn andre, og at den ene parten i stor grad vil kunne påvirke alliansen i en negativ retning. Tvert imot, har forskning dokumentert at slike karakteristikker er eksisterende og at de kan ha en stor innvirkning på den terapeutiske alliansen (Ackerman & Hilsenroth, 2001).

Faktorer som kan påvirke den terapeutiske alliansen

Terapeutkarakteristikker. Negative prosesser er, generelt sett, en uunngåelig del av psykoterapi, og forekommer relativt høyfrekvent (Binder & Strupp, 1997).

Allikevel opplever ofte terapeuter at det er krevende å håndtere interpersonlige konflikter i den terapeutiske interaksjonen på en konstruktiv måte (Binder & Strupp, 1997; Safran & Muran, 2000a). Binder og Strupp (1997) hevder at positive terapiutfall hviler på terapeutens evne til å bli oppmerksom på, og effektivt kontrollere, negative prosesser for å oppnå en positiv terapeutisk allianse. I forlengelsen av dette blir det også viktig å identifisere terapeuters personlige egenskaper og karakteristikker som kan være med på å utvikle negative prosesser, virke hemmende på den terapeutiske prosessen, eller hindre utviklingen av en sterk allianse (Ackerman & Hilsenroth, 2001).

I en undersøkelse av Marmar, Weiss og Gaston (1989) ble negative terapeutkarakteristikkens påvirkning på alliansen studert i et psykodynamisk korttidsterapeutisk behandlingsforløp. Resultatene viste at terapeuter som var mer rigide, selvfokuserte, kritiske, og mindre involverte i behandlingsprosessen, ble opplevd som lite forståelsesfulle og hadde også relativt lave allianseskårer. Med henblikk på det interpersonlige samspillet vekket slike terapeutkarakteristikker også mer fiendtlige motstandsreaksjoner hos pasientene. Eaton, Abeles og Gutfreund (1993) fant mer oppsiktsvekkende resultater der terapeuter med lavere allianseskårer ble karakterisert

som defensive, kritiske, moralistiske og sågar utnyttende. De ble også beskrevet som kalde, respektløse og lite tillitsfulle. Slike terapeutkarakteristikk vil naturligvis være destruktivt for både den terapeutiske alliansen og den helhetlige terapiprosessen.

Studiene som er presentert ovenfor demonstrerer imidlertid relativt drastiske funn. Det vil derfor være naturlig å tenke seg at det er snakk om et gradsspørsmål, at terapeutens kritiske og moralistiske atferd forekommer i grader eller i et kontinuum, og at graden av denne typen atferd vil gjenspeile graden av negativ innvirkning på den terapeutiske alliansen. Med disse resultatene tatt i betraktning, blir det også viktig å se på pasientens interpersonlige fungering, og om pasientens væremåte har sammenheng med terapeutens negative og fiendtlige atferd.

De ovennevnte funnene viser hvordan terapeutens reaksjoner mot pasienten kan påvirke utviklingen av den terapeutiske alliansen. Dersom terapeuten oppleves som uinteressert i pasientens bekymringer og vansker, er sannsynligheten lavere for at det blir utviklet en god allianse, noe som kan bidra til at pasienten blir mindre involvert og engasjert i fremtidige behandlingsprosesser. Etter gjentatte negative interaksjoner med terapeuten, kan pasienten få bekreftet sine relasjonelle erfaringer, og relasjonen til terapeuten kan derfor minne om tidligere problematiske relasjoner pasienten har hatt med primære omsorgsgivere. Et slikt interaksjonsmønster vil sannsynligvis svekke den terapeutiske alliansen, og dermed redusere muligheten for at positiv endring kan finne sted (Ackerman & Hilsenroth, 2001).

Overordnet viser forskningslitteraturen hvordan terapeutens personlige karakteristikk og interpersonlige stil potensielt kan ha en ugunstig og uhensiktsmessig påvirkning på den terapeutiske alliansen og terapiprosessen. For at det skal være grunnlag for å kunne utvikle en god og sterk terapeutisk allianse, er det avgjørende at

visse terapeutegenskaper som fleksibilitet, aksept og respekt er tilstede i den terapeutiske interaksjonen (Ackerman & Hilsenroth, 2001). Terapeutens evne til å fremme trygghet og tillit i den terapeutiske interaksjonen, bygger blant annet på terapeutens evne til å samarbeide med pasienten samtidig som terapeuten bruker kompetansen sin til å hjelpe pasienten under vanskelige livshendelser (Ackerman & Hilsenroth, 2003).

Terapiteknikker. Det eksisterer en relativt omfattende forskningslitteratur som omhandler hvordan psykoterapi i varierende grad kan være til hjelp for pasienten, men også hvordan psykoterapi kan forverre de eksisterende vanskene og lidelsene (Eaton et al., 1993). Psykoterapi omfatter blant annet en rekke behandlingsmetoder og terapiteknikker som kan omfatte alt fra eksponering ved behandlingen av angstlidelser til overføringsfortolkninger som et middel for å bevisstgjøre pasienten om maladaptive interpersonlige mønstre (Hougaard, 2004). De samme terapiteknikkene som er med på å fremme utviklingen av den terapeutiske alliansen, kan imidlertid danne grunnlag for en negativ terapiprosess dersom teknikkene eller intervensjonene anvendes på en uhensiktsmessig måte (Ackerman & Hilsenroth, 2001).

Flere studier har målt betydning av det man kan karakterisere som ”feilbruk” eller uhensiktsmessig anvendelse av terapiteknikker knyttet til allianseskårer. I en studie av Ackerman og Hilsenroth (2001) fant de at lave allianseskårer var assosiert med overstrukturert terapi, overdreven bruk av overføringsfortolkninger, upassende selvavsløringer, overdreven bruk av stillhet, samt manglende ramme for behandlingen. Dette er faktorer som kan forstyrre utviklingen eller opprettholdelsen av en god terapeutisk allianse, og kan i verste fall bidra til alliansebrudd.

Enkelte av de ovennevnte funnene er imidlertid omdiskutert. For eksempel er det ikke nødvendigvis fordelaktig å adressere motstand hos pasienten. Marmar et al. (1989)

har vist at tematisering og utforskning av pasientens motstand var assosiert med en dårligere allianse. Disse motstridende resultatene kan tenkes å skyldes vektleggingen og tidsbruken på utforskningen, samt på hvilken måte den ble tematisert på. Dersom for eksempel terapeuten utforsker pasientens underliggende negative følelser på en uempatisk og lite spørrende måte, vil det være alliansehemmende. Begge funnene tatt i betraktning, viser viktigheten av å finne en balansegang mellom å ignorere pasientens motstand, og å legge for mye vekt på slike utfordrende motstandsreaksjoner (Ackerman & Hilsenroth, 2001).

Innenfor psykodynamisk terapi har den terapeutiske alliansen blitt studert på ulike tidspunkt i terapiprosessen. Funnene indikerer at terapeutens bagatellisering, klandrende utsagn, og dirigerende atferd, både tidlig og sent i terapiprosessen, medførte en svekkelse av kvaliteten på alliansen. I tillegg ble det funnet en negativ sammenheng mellom allianseskårer og terapeutens selvavsløring om personlige emosjonelle konflikter, samt terapeutens negative og klandrende oppfatninger av pasienten (Coady & Marziali, 1994).

Nedenfor belyses noen terapeutiske intervensjoner og teknikker for å tegne et bilde av intervensjoner eller teknikker som kan være både formålstjenlige og skadelige for terapiprosessen og utfallet, og da særlig knyttet opp mot den terapeutiske alliansen. Disse intervensjonene knyttes i grove trekk til de to terapeutiske tradisjonene denne oppgaven tar utgangspunkt i, nemlig psykodynamisk terapi og kognitiv atferdsterapi, selv om det til en viss grad også finnes overlapp i bruken av disse intervensjonene på tvers av tradisjonene. Oppgaven vil fokusere på de to intervensjonene terapeutselvavsløringer eller motoverføringsfortolkninger og overføringsfortlokninger som primært er knyttet til psykodynamisk terapi, og kan være viktige element i

psykoterapeutisk praksis og betydningsfulle med henblikk på den terapeutiske alliansen (Binder, 2004; Hill & Knox, 2002). Intervensjonene knyttet til kognitiv atferdsterapi er kognitiv restrukturering (av negative automatiske tanker), eksponeringsterapi, og standardisering av terapiforløpet. Standardisering av terapiforløpet vil da referere til terapier hvor man har skissert opp en progresjonsplan for pasienten med faste steg eller intervensjoner man skal gjennom (Hougaard, 2004). Selv om standardisering av terapiforløpet ikke er en enkelt teknisk intervensjon på lik linje med de resterende teknikkene som er nevnt, er det samtidig en svært viktig trend innenfor moderne psykoterapiforskning og -praksis. Standardisering av terapiforløpet kan knyttes til både evidensbasert praksis hvor standardisering blir et mer fremtredende element (Hougaard, 2004), og nyere trender innen psykoterapeutisk behandling som veiledet selvhjelpsbehandling over internett (Cuijpers, Donker, Straten & Andersson, 2010).

Terapeutselavsløringer. Selvavsløringer har lenge vært, og regnes fremdeles av mange som, en av de mest kontroversielle psykoterapeutiske intervensjonene (Goldfried, Burckell & Eubanks-Carter, 2003). Mange forklarer kontroversene rundt bruk av selvavsløringer med Freuds anbefaling: ”Behandleren må være uutgrunnelig for pasienten, og som et speil, ikke reflektere annet enn det pasienten viser ham” (min oversettelse, Freud 1912 s. 124). Likevel viser forskning at over 90 % av psykoterapeuter benytter seg av selvavsløringer (Henretty & Levitt, 2010). Selvavsløringer spiller med dette en betydelig rolle i samtidig psykoterapeutisk praksis, samtidig som det er en intervensjon som klart både kan være alliansefremmende og – hemmende (Henretty & Levitt; Knox, Hess, Petersen & Hill, 1997).

Det eksisterer betydelige forskjeller i begrepets betydning på tvers av ulike terapiretninger som samsvarer med de antatt virksomme mekanismene på tvers av ulike

terapiretninger (Hill & Knox, 2002). En relativt generell definisjon på selvavsløringer kan være ”terapeuters utsagn som avslører noe personlig ved terapeuten” (min oversettelse, Hill & Knox 2002 s. 255). Denne definisjonen ekskluderer terapeutens non-verbale informasjon som ansiktsuttrykk, kroppsspråk og klesstil. De ekskluderte elementene kan være informasjon som terapeuten likevel uttrykker i terapien både bevisst og ubevisst (Goldfried et al., 2003).

Utover den generelle definisjonen på selvavsløringer har man begrepsfestet innholdsmessige nyanseringer av begrepet. Wachtel (1993) skiller mellom autobiografiske selvavsløringer og in vivo selvavsløringer (”immediacy”). Førstnevnte refererer til selvavsløringer som omhandler personlig informasjon om terapeuten, som for eksempel viktige livshendelser. Binder (2004) argumenterer for at autobiografiske selvavsløringer kan veilede og oppmuntre pasienten til å tilegne seg mer hensiktsmessige og effektive interpersonlige ferdigheter. Dette kan eksemplifiseres med at terapeuten deler personlig informasjon om familiemedlemmer som et middel for å illustrere hvordan andre håndterer liknende problemer som pasientens. In vivo selvavsløringer er terapeutens personlige reaksjoner på pasientens atferd. For eksempel kan terapeuten oppleve sinne over pasientens fortelling, og gir uttrykk for dette i terapien (Hill & Knox, 2002). Ved låsninger eller brudd i den terapeutiske alliansen kan in vivo selvavsløringer være med på å klargjøre det fastlåste i terapien, ved at terapeuten er åpen om sitt eget bidrag til den negative terapiinteraksjonen (Safran & Muran, 2000a).

Terapeutens følelsesmessige reaksjoner som vekkes til live som en respons til pasientens følelser eller atferd, kan beskrives som motoverføringsreaksjoner. Det kan imidlertid være vanskelig å skjule motoverføringsreaksjoner for pasienten, og de bør derfor heller kommuniseres direkte for på den måten å ha en terapeutisk verdi.

Motoverføringer kan blant annet strekke seg fra terapeutens skiftende stemninger, variasjoner i våkenhet, til å bli grepet av en følelse av tomhet eller angst, eller en tilbøyelighet mot å være i overkant imøtekommende (Zachrisson, 2008). Hensikten med å selvavsløre motoverføringsreaksjoner er at pasienten ideelt sett skal få en dypere forståelse av hvordan pasientens innflytelse på andre fungerer som en forsterkning eller konsolidering av maladaptive relasjonelle mønstre. Det kan også fungere som en intervensjon for å håndtere låsninger eller brudd i den terapeutiske alliansen, særlig i forhold til overførings- og motoverføringsproblematikk (Binder, 2004).

Maroda (1991) hevder at det underliggende prinsippet som bør guide en motoverføringsselvavsløring er: ”Terapeuten må avsløre det som er nødvendig for å øke pasientens bevissthet rundt, og aksept av, hva som er sannheten (sic)” (min oversettelse, s. 87). Timingen og omfanget av motoverføringsselvavsløringen er det terapeuten, i tråd med sin forståelse av pasienten, som avgjør. Et viktig spørsmål blir da hva som er hjelpsomt og hva som kan bidra til å skape en problematisk terapiinteraksjon. Marodas (1991) svar på dette er at terapeuten bør undersøke hvilke behov pasienten har. Terapeuten bør naturligvis gjøre dette på en skånsom og ivaretakende måte, enten gjennom direkte kommunikasjon, projektiv identifikasjon (objektet/pasienten pålegges subjektets/terapeutens atferd gjennom projeksjon), eller en kombinasjon av begge. Oppsummert kan selektive motoverføringsselvavsløringer, utført på et passende tidspunkt i terapiprosessen, være nyttig for å endre tidligere negative pasientmønstre og dermed fremme mer hensiktsmessige strategier (Maroda, 1991).

En annen vanlig distinksjon har vært mellom positive og negative selvavsløringer. Nærmere bestemt kan dette være at terapeuten enten avslører positive eller negative erfaringer eller personlige karakteristikk ved seg selv, eller det kan

inneholde terapeutens positive eller negative følelser og reaksjoner i terapirelasjonen (Hill & Knox, 2002). Hill, Mahalik og Thompson (1989) mener imidlertid at en slik distinksjon er for verdiladet, og har foreslått et skille mellom det de betegner som betryggende og utfordrende selvavsløringer. I følge Hill et al. (1989) virker betryggende selvavsløringer forsterkende, støttende og anerkjenner pasientens perspektiv, samt måten han eller hun tenker, føler og handler på. Utfordrende selvavsløringer vil derimot utfordre pasientens perspektiv, samt tanke- og handlingsmønster. Eksempler på utfordrende selvavsløringer kan være at terapeuten uttrykker irritasjon over at pasienten alltid kommer for sent til timen, eller hvis terapeuten poengterer at han eller hun mister konsentrasjonen fordi pasienten snakker for mye. Positive og negative selvavsløringer er dermed ikke positive eller negative per se, men må, mer pragmatisk, sees i tilknytning til den aktuelle pasientens behov i den aktuelle situasjonen for å oppnå et terapeutisk utbytte.

De senere årene har psykoterapiforskningen vist at bruk av selvavsløringer i terapi kan ha flere positive effekter. En review-artikkel av Henretty og Levitt (2010), som sammenlignet terapier med og uten selvavsløringer, viste at selvavsløringer har en positiv innvirkning på psykoterapiprosessen. I en annen review-artikkel av Hill og Knox (2002) viste også resultatene at selvavsløringer påvirker psykoterapiprosessen i en positiv retning, mens de psykoterapeutiske effektene var moderat positive.

Funnene fra de ovennevnte studiene indikerer at pasientene verdsatte terapeutenes selvavsløringer, og at terapeutene som selvavslørte ble ansett som varmere relativt til terapeutene som ikke selvavslørte. Terapeutselvavsløringene førte også til flere pasientselvavsløringer, noe som kan tyde på at pasientene fikk økt tillit til terapeutene (Henretty & Levitt, 2010). De samme studiene viste, i motsetning til Rogers'

antagelser (Rogers, 1973), imidlertid ingen positiv sammenheng mellom selvavsløringer og pasientens vurderinger av terapeuten som empatisk, troverdig eller kongruent (Henretty & Levitt, 2010).

Hill et al. (1988) har vist at therapeutselvavsløringer gir pasienten en økt opplevelse av hjelpsomhet, og en bedre opplevelse av det å være i terapi. I den samme studien rangerte derimot terapeutene lav grad av hjelpsomhet etter egne selvavsløringer, noe som kanskje også kan tilskrives den sårbarheten terapeuter ofte kan oppleve omkring å dele personlige og private erfaringer. Andre studier har vist at både terapeutene og pasientene rangerte betryggende selvavsløringer som mer hjelpsomme enn utfordrende selvavsløringer (Hill et al., 1989).

I en kvalitativ studie om therapeutselvavsløringer fikk pasientene økt innsikt vedrørende egne vansker, samt at terapeutene ble opplevd som mer menneskelige og autentiske. At terapeutene ble opplevd slik, påvirket igjen den terapeutiske alliansen og pasientenes opplevelse av å være mer normale, noe som igjen førte til at pasientene fikk mer utbytte av terapien. Det er verdt å merke seg at effekten av selvavsløringene ble målt som en kombinasjon av både umiddelbare og endelige utfall (Knox et al., 1997).

Barrett og Bermans (2001) forskning viste positive terapiutfall etter terapeuters såkalte resiproke selvavsløringer, som kan beskrives som en respons på pasientens liknende selvavsløringer. Slike resiproke selvavsløring kan, dersom de er utført på riktig tidspunkt i terapiprosessen, være med på å utvikle en god terapeutisk allianse. Når alliansen styrkes, vil også pasienten kunne nyttiggjøre seg bedre av andre terapeutiske intervensjoner, og oppleve større trygghet til å kunne utforske seg selv. Sammenlagt kan dette bidra til endring, og et positivt terapiutfall (Hill & Knox, 2002).

Overdreven og ureflektert bruk av selvavsløringer, på tvers av terapiretninger, og da særlig tema som ikke stemmer overens med pasientens fortellinger, kan skape brudd i terapien og svekke den terapeutiske alliansen mellom terapeut og pasient (Knox et al., 1997). Price og Jones (1998) hevder at terapeuters selvavsløringer om egne emosjonelle konflikter ofte bidrar til redusert kvalitet på den terapeutiske alliansen eller skaper alliansebrudd. Generelt bør terapeuten unngå selvavsløringer som primært ivaretar egne behov, flytter fokus bort fra pasienten, forvirrer eller overstimulerer pasienten, er invaderende, eller som visker ut grensene mellom terapeuten og pasienten. Selvavsløringer som dette kan ha en skadelig effekt på alliansen og terapiprosessen, og kan i tillegg være et uttrykk for at terapeuten selv har uløste konflikter (Hill & Knox, 2002).

Selv om selvavsløringer tradisjonelt sett har vært forbeholdt den psykodynamiske tradisjonen, har man de senere årene begynt å undersøke dette fra et kognitiv-atferdsterapeutisk perspektiv. Forskning har vist at selektive selvavsløringer ofte fremmer den terapeutiske alliansen, og at de er verdifulle sammen med modellering og atferdsteknikker. Eksempelvis kan dette illustreres med hvordan terapeuten kan ta i bruk egne erfaringer med fobi og beskrive prosessen som førte til en positiv endring. Slike selvavsløringer kan fungere som motivasjon for pasientens videre gjennomføring av terapiforløpet, som ofte kan involvere emosjonelt ubehagelige eksponeringer (Goldfried et al., 2003).

In vivo selvavsløringer er i samsvar med det atferdsteoretiske prinsippet om forsterkning, at atferd blir formet av dens konsekvenser. Når terapeuten responderer ulikt på pasientens positive og negative atferd, gjennom blant annet selvavsløringer, kan det bidra til at pasientens atferd formes til å bli mer hensiktsmessig. I dette tilfellet er

den terapeutiske interaksjonen i kognitiv atferdsterapi vanskelig å skille fra hvordan interaksjonen mellom terapeut og pasient foregår i andre terapiretninger (Goldfried et al., 2003).

Selvavsløringer som omhandler terapeutens personlige erfaringer, kan knyttes opp mot Banduras modelleringsprinsipp som er et viktig prinsipp i nyere kognitiv atferdsterapi. For eksempel kan denne formen for selvavsløring fungere som en modell for effektiv mestring (Goldfried et al., 2003). Bandura (1986) karakteriserte modellering som et sterkt middel for å videreføre verdier, holdninger, samt tanke- og handlingsmønstre. I overensstemmelse med Banduras antagelser, viser forskning at modellering kan bidra positivt til endring i den terapeutiske interaksjonen (Goldfried et al., 2003).

Konseptuelt og empirisk viser selvavsløringer seg å være en intervensjon som passer godt inn i rammene for kognitiv atferdsterapi og som kan bidra til at pasient får utbytte av terapien (Goldfried et al., 2003). Hill og Knox (2002) problematiserer imidlertid forskningsresultatene, da de ikke sier noe om den faktiske påvirkningen selvavsløringer har når de implementeres i klinikken. Selvavsløringer vil neppe alene bidra til positive terapiutfall, da andre intervensjoner, som eksponering mot fryktede stimuli, er nødvendig for at endring skal finne sted. Selvavsløringer fungerer derfor mer som et nyttig redskap for å øke pasientens motivasjon, og høyner sannsynligheten for at andre, i seg selv, effektive teknikker skal være virksomme (Hill & Knox, 2002).

Kognitiv restrukturering. Kognitive atferdsterapeuter har en grunnleggende antakelse om at pasienters tenkning består av tre nivåer: Automatiske tanker, mellommenneskelige antakelser og grunnantakelser eller maladaptive skjema (Newman, 2013). Negative automatiske tanker refererer til pasientens feilaktige tolkning av

situasjoner som påvirker atferd, følelser og fysiologiske responser. Tendensen til å mistolke nøytrale eller positive situasjoner vil altså si at de automatiske tankene som oftest er feilaktige. Negative automatiske tanker forekommer vanligvis utenfor pasientens bevissthet, og de opptrer ofte spontant med en umiddelbar påfølgende emosjonell eller fysiologisk respons. For eksempel vil en negativ automatisk tanke hos en pasient med sosial angst kunne være: ”Jeg kommer til å dumme meg ut”. Her kan den automatiske tanken være knyttet til å sitte i kantinen med arbeidskollegaer, noe som vekker en følelse av engstelse hos pasienten. Eksempelet beskriver altså en spesifikk situasjon, kantinen, som utløser den spesifikke automatiske tanken, som igjen fører til engstelse hos pasienten (Beck, 2011).

På et dypere innholdsmessig nivå finner vi i følge kognitive atferdsterapeuter mellommenneskelige antakelser som er generelle antakelser relatert til den kognitive triaden (selvet, verden og fremtiden), og betingede antakelser som pasienten følger. Slike antakelser påvirker ofte pasientens negative automatiske tanker. På et enda dypere nivå finner vi pasientens maladaptive skjema som representerer grunnleggende antakelser om selvet, verden og fremtiden, og som påvirker pasienter på flere nivå (Newman, 2013). De kan ligge latente, før de vekkes til live ved eventuelle belastende livshendelser. Skjemaene viser seg ofte som negative tanker og feilaktig informasjonsprosessering som for eksempel overgeneralisering, og kan resultere i negative automatiske tanker som for eksempel: ”Ingen liker meg.” (Hougaard, 2004).

Gjennom kognitiv restrukturering er målet å endre de negative tankene eller kognisjonen til pasientene. Kognitiv restrukturering består av tre faser: (1) Pasienten må få hjelp til å bevisstgjøres og erkjenne sine uhensiktsmessige tanker, (2) forstå tankenes ugunstige påvirkning på problemene, og (3) endre eller erstatte dem med mer

hensiktsmessige tanker, prosesser og skjema (Hougaard, 2004). Gjennom samspillet i terapiinteraksjonen utforskes pasientens tanker, følelser og fysiologiske responser knyttet til de spesifikke situasjonene som utløser disse tankene. I en slik utforskningsprosess er terapeutens oppgave å lære pasienten å identifisere egen dysfunksjonell tenkning, for så å kunne evaluere og modifisere tankene. Målet er å korrigere pasientens feilfortolkninger for slik å skape et positivt skifte i pasientens affekter og tankemønster (Beck, 2011).

Som med andre psykoterapiteknikker, kan også terapeutens uhensiktsmessige og feilaktige identifisering av pasientens automatiske tanker skape brudd eller låsninger i den terapeutiske alliansen. I slike tilfeller har ofte terapeuten en rigid holdning til anvendelsen av teknikken, og holder slik fast ved den selv etter at pasienten har uttrykt misnøye ved terapeutens fortolkning. Terapeuten kan insistere på å korrigere pasientens maladaptive tenkning heller enn å ha en utforskende og validerende holdning til pasientens problemer og tankemønstre. Pasientens reaksjoner på terapeutens ”misbruk” av terapiteknikken, blir gjerne ”patologisert” av terapeuten, noe som kan forverre den allerede låste alliansen mellom terapeut og pasient. Dersom det er fravær av problemløsning, valideringer av pasientens bekymringer, samt at terapeuten opptrer defensivt og ikke tar del av ansvaret for den problematiske interaksjonen som har oppstått, er det lite sannsynlig at bruddet kan repareres (Newman, 2013).

Andre problematiske aspekt ved teknikken er at gjenkjenning og identifisering av negative automatiske tanker kan være relativt krevende for enkelte pasienter. Ikke alle har lett tilgjengelig tilgang på hvilke tanker som styrer atferden og følelser, og har derfor behov for en mer omfattende veiledning og støtte fra terapeuten (Beck, 2011). Likevel kan pasienten oppleve at det stilles høye krav og forventninger til progresjonen,

og tempoet, i terapien. Det blir derfor viktig at terapeuten validerer pasientens bekymringer og at terapeuten er sensitiv til pasientens reaksjoner underveis i behandlingen (Newman, 1998).

Eksponeringsterapi. Eksponering regnes av mange som den mest effektive teknikken i kognitiv atferdsterapi, og innebærer at ”pasienten hjelpes til å konfrontere den fryktede situasjon for derigjennom å avlære den fobiske frykten eller angsten” (min oversettelse, Hougaard 2004 s. 326). Eksponering skjer vanligvis gjennom desensitivisering som vil si at pasienten gradvis utsetter seg for den angstprovoserende situasjonen eller stimulusen, hvor det endelige målet er å avkrefte pasientens såkalte katastrofetanker knyttet til angsten, og som ideelt sett eliminerer angsten. Et eksempel på en katastrofetanke kan være: ”Hvis jeg setter meg på bussen, kommer jeg til å besvime”. Ved å etterprøve denne antagelsen i praksis, opplever vanligvis pasienten at det ikke var så ille som han eller hun hadde forestilt seg og angsten vil gradvis reduseres (Hougaard, 2004). Pasienten kan selv administrere eksponeringen ved å nærme seg den fobiske situasjonen, eller den kan administreres av terapeuten ved modellering, det vil si at terapeuten viser hvordan man utfører den fryktede atferden. For eksempel kan det første eksponeringssteget for en pasient med sosial fobi være å utsette seg for sosiale settinger som å stå i kø i en matvareforretning. Det kan imidlertid også være snakk om ubehagelige tanker og forestillinger, heller en spesifikke ytre hendelser, som plager pasienten. For eksempel kan det bestå av ukontrollerte bekymringer som ikke kan knyttes til bestemte situasjoner eller objekter slik man finner hos pasienter med generalisert angst. I slike tilfeller innebærer eksponeringen å utsette seg for tankene. Effektiv eksponering innebærer at pasienten blir i situasjonen helt til angsten reduseres,

og på sikt avlæres. Kortvarig eksponering kan derimot resultere i angstøkning (Hougaard, 2004).

Eksponeringsterapi kan oppleves som svært krevende for enkelte pasienter. På relativt kort tid forventes det at pasienten skal ”overvinne” den fobiske stimulusen eller situasjonen, noe som krever aktiv deltakelse fra både pasienten og terapeuten. Pasienten kan oppleve å bli møtt med urealistiske krav og forventinger knyttet til terapiprosessen, og kan i noen henseende kjenne seg tvunget til å utføre oppgaver de ikke nødvendigvis er klar for. På denne måten kan det oppstå brudd eller låsninger i den terapeutiske alliansen (Newman, 1998).

Pasienter har naturligvis all rett til å avvise gitte intervensjoner, som for eksempel eksponering til fobiske situasjoner, de selv tror blir for krevende eller ubehagelige. Terapeuter som responderer med å argumentere for å fortsette til tross for pasientens motvillighet, eller som opptre dømmende og moraliserende, kan på denne måte skape låsninger eller brudd i den terapeutiske alliansen. Det samme gjelder for terapeuter som tolker pasientens motvillighet som motstand. Da kognitive atferdsterapeuter har en grunnantakelse som at krevende intervensjoner ofte fører til bedring hos pasienten, er det særlig viktig at terapeuten er oppmerksomme på at enkelte pasienter har visse grenser for hva de er villig til å delta på i terapiprosessen. Terapeutens sensitivitet overfor pasientens følelser, samt samarbeid om å finne en løsning som pasienten er komfortabel med, kan derfor bidra til at den terapeutiske alliansen opprettholdes eller utvikles i en positiv retning (Newman, 2013).

Standardisering av terapiforløp. I en studie av Ackerman og Hilsenroth (2001) ble overstrukturert terapi trukket frem som en forstyrrende faktor for utviklingen eller opprettholdelsen av en positiv allianse. Generelt sett kan standardiseringer av

terapiforløp, som man typisk ser ved bruken av terapimanualer, oppleves som overstrukturerte og lite fleksible (Kendall, Chu, Gifford, Hayes & Nauta, 1998).

Terapimanualer har i økende grad inntatt psykoterapifeltet, siden de først ble introdusert av kognitive atferdsterapeuter på 70-tallet. Etter dette har implementeringen av terapimanualer blitt beskrevet som en liten revolusjon i psykoterapiforskningen. Selv om det er nærliggende å assosiere terapimanualer med kognitiv atferdsterapi, som har utviklet en rekke manualer til ulike spesifikke lidelser (e.g. sosial angst), finner man også manualbaserte behandlingsformer innenfor psykodynamisk korttidsterapi og andre terapiretninger (Wampold, 2001).

Kritikken mot standardiserte behandlingsprogrammer går ofte ut på terapeutens manglende tilrettelegging for den enkelte pasients behov, da terapeuten følger en tydelig struktur med lite rom for fleksibilitet og kreativitet (Kendall et al., 1998; Neumer, Martinsen, Gere & Villabø, 2011). I kognitiv atferdsterapi følger terapeuten ofte en fast rekkefølge og struktur på behandlingsopplegget for den spesifikke lidelsen, uten at det nødvendigvis tas hensyn til eventuell komorbiditet eller individuelle forskjeller hos pasientene. Til tross for det relativt fastlagte behandlingsopplegget, er allikevel hensikten at terapeuten skal ha autonomi nok til å selektere ut passende øvelser og teknikker til hver enkelt pasient, slik at behandlingen blir best mulig tilpasset (Neumer et al., 2011). Kritikere hevder likevel at det er lite rom for fleksibilitet og variasjon ved bruk av behandlingsmanualer, noe som kan bidra til at terapeuten blir mindre utforskende og sensitiv overfor pasienten. Da slike behandlingsmanualer primært tar hensyn til pasientens symptombylle, vil pasientens individuelle karakteristikk, ønsker og behov ofte kunne komme i bakgrunnen. Sammenlagt kan dette bidra til at den

terapeutiske alliansen svekkes, eller påvirkes i en negativ retning (Stafset, Gomes & Arnberg, 2011).

Ettersom kognitiv atferdsterapi ofte opererer med korttidsbehandling, og terapeuten som regel er svært aktiv og direkte, kan pasienten føle på en overveldende informasjonsflom, opplevde krav og forventninger. Dette kan i seg selv skape vansker for å utvikle en god terapeutisk allianse, da pasienten blant annet kan føle seg misforstått. Utfordringene med modellene og teknikkene i kognitiv atferdsterapi, sier noe om viktigheten av at terapeutens sensitivitet overfor pasientens følelser og reaksjoner underveis i behandlingsforløpet er tilstedeværende for at en god allianse skal kunne utvikles og vedlikeholdes (Newman, 1998).

Stafset et al. (2011) poengterer viktigheten av å betrakte terapimanualer som en veileder for terapeuten, heller enn som fastlåste regler for hvordan teknikker og intervensjoner skal gjennomføres. Fordelen med terapimanualer er på den andre siden at de danner en ramme og struktur for behandlingen, noe som kan gjøre behandlingen mer fokusert (Stafset et al., 2011). Med tilstrekkelig opplæring og veiledning ser man i tillegg at terapimanualer i større grad blir anvendt på en ikke-rigid måte, noe som er med på å ivareta pasienters individuelle karakteristikk og behov på en mer hensiktsmessig måte. Slik får også terapeuten økt autonomi i terapiprosessen, og den terapeutiske alliansen kan ivaretas på en bedre måte (Kendall et al., 1998).

Overføringsfortolkninger. Blant psykodynamiske tilnærminger er det sjeldnere et problem at terapien er overstrukturert, eller at terapeutens autonomi og kreative spillerom blir marginalisert. Her kan problemene utspille seg på andre måter, som at overdreven bruk av overføringsfortolkninger kan bidra til lavere allianseskårer (Ackerman & Hilsenroth, 2001). Overføringsfortolkninger kan defineres som ”en

konfliktfylt dynamikk i terapeut-pasient forholdet som kan sammenlignes med den problematiske dynamikken pasienten har hatt med sine nære omsorgsgivere tidligere i livet” (min oversettelse, Ackerman & Hilsenroth 2001 s. 177). Det er verdt å bite seg merke i at det er den overdrevne bruken av overføringsfortolkninger som kan skade den terapeutiske alliansen, og ikke overføringsfortolninger per se. Overføringsfortolkninger kan imidlertid fremme pasientens innsikt til opphavet til de indre konfliktene og den maladaptive atferden, men det er samtidig knyttet risiko til overføringsfortolkninger som omhandler pasientens tidlige relasjonelle samspill. Informasjonen som fremkommer kan blant annet være misvisende fra pasientens forståelse av situasjonen, det kan oppleves skyldbetont, eller at oppmerksomheten rundt det mest relevante og emosjonelt pågående materialet undergraves (Binder, 2004). Overføringsfortolkninger som tar utgangspunkt i den terapeutiske interaksjonen slik den foregår her og nå, regnes som en virkningsfull intervensjon for terapeutisk endring (Binder, 1998). Studier som støtter denne antakelsen viste en positiv sammenheng mellom relevansen av innholdet i fortolkningen av det terapeutiske problemet og et positivt terapiutfall (Binder, 2004).

Piper, McCallum, Azim og Joyce (1993) har undersøkt forholdet mellom overføringsfortolkninger og den terapeutiske alliansen i et psykodynamisk perspektiv. Alliansen ble målt av terapeut og pasient både før og etter hver behandlingskonsultasjon, og i tillegg målt og sammenlignet med ekstern bedømmer. Resultatene viste at overdreven og rigid bruk av overføringsfortolkninger kan ha bidratt til å utvikle en svak allianse. Her tenker man seg at terapeutens opplevelse av den svake alliansen kan ha vært et resultat av pasientens tilbaketrekning som igjen har vært en respons på det overveldende fokuset på overføringsfortolkningene i den terapeutiske interaksjonen. Terapeutens reaksjon på pasientens tilbaketrekning kan deretter ha ført til et ytterligere

økt fokus på overføringsfortolkninger, som et forsøk på å arbeide seg ut av en tidligere låsning eller andre hindre for terapeutisk fremgang. Den svake alliansen kan også være et biprodukt av interaksjonen mellom pasientens overveldende følelser og terapeutens opplevde press (Ackerman & Hilsenroth, 2001).

I en studie av Marmar et al. (1989) ble det funnet en positiv signifikant sammenheng mellom terapeutenes økte fokus på pasientenes tendens til unngåelse av betydningsfulle tema, og pasientenes motstandsreaksjoner. Terapeutenes overføringsfortolkning av pasientenes fiendtlige reaksjoner (samme upassende atferd mot terapeutene som i tidligere konflikter med betydningsfulle andre) viste en negativ sammenheng til pasientenes forpliktelse til behandlingsprosessen.

Basert på forskingen som foreligger synes det å være konsensus om at overføringsfortolkninger kan være fordelaktige i små doser: Pasienter som har en relativt god interpersonlig fungering kan nyttiggjøre seg av få eller moderate mengder overføringsfortolkninger, mens pasienter med en dårligere interpersonlig fungering kan ha utbytte av relativt få eller å ikke få presentert overføringsfortolkninger overhodet (Binder, 2004). Til tross for blandede resultater når hyppigheten av overføringsfortolkninger sammenlignes med terapiutfall, er det bred enighet om at overdreven bruk av overføringsfortolkninger kan føre til negative terapiutfall, og da særlig for pasienter som har problematiske relasjoner til nære andre (Crits-Christoph & Gibbons, 2002).

Pasientens interpersonlige fungering og tilknytningsstil. Flere stabile pasientkarakteristikker har sammenheng med kvaliteten på den terapeutiske alliansen. Selv om det finnes ulike funn i studier viser undersøkelser hvor det foreligger en klinisk vurdering av psykopatologisk alvorlighetsgrad, at det er vanskeligere å etablere en

konstruktiv terapeutisk allianse med pasienter med alvorlige psykiske lidelser (Horvath & Bedi, 2002). I en studie av Muran et al. (2009) fant forskerne at pasienters personlighetspatologi bidrar til utviklingen av en svak allianse og dårlige terapiutfall, uavhengig av intensiteten og frekvensen av brudd og reparasjonsprosesser.

Horvath og Luborsky (1993) viste imidlertid at pasienters interpersonlige fungering er en bedre prediktor for kvaliteten på den terapeutiske alliansen sammenlignet med symptombilde og graden av symptomtrykk. Den interpersonlige fungeringen er generelt forstått som et lært mønster pasienten har med seg fra tidlige relasjonelle erfaringer med primære omsorgsgivere, og som vil prege, men også formes av, fremtidige relasjoner (Horvath & Bedi, 2002). Hougaard (2004) argumenterer for at pasienter med utpregede interpersonlige problemer har vansker med å bidra positivt til alliansen, da de ofte har manglende eller dårlige internaliserte objektrepresentasjoner, som påvirker evnen til å etablere affektive bånd.

Interpersonlige vansker i form av en distansert og kald interpersonlig stil begrenser kvaliteten på den terapeutiske alliansen (Saunders, 2001). Flere studier viser liknende funn, men det interessante med pasientgruppen som hadde en distansert og kald interpersonlig stil, er at det skjedde en positiv endring i løpet av terapiprosessen (Kuutmann & Hilsenroth, 2012). En forklaring på endringene kan være at pasienter som opplever angst knyttet til å forme relasjonelle bånd, likevel har et intimitetsbehov, som kan muliggjøre utviklingen av en god allianse (Eames & Roth, 2000).

Resultatene over samsvarer med funn fra studier hvor man har undersøkt hvilken rolle pasienters tilknytningsstil har for den terapeutiske alliansen og terapiprosessen (Eames & Roth, 2000). Med utgangspunkt i Bowlbys tilknytningsteori har voksnes tilknytningsstil i romantiske parforhold blitt studert. Innenfor psykoterapiforskning har

man vært interessert i sammenhengen mellom pasienters tilknytningsstil og den terapeutiske alliansen, og dens potensielle påvirkning på terapiutfallet (Meyer & Pilkonis, 2002). Tilknytningsteori danner et rammeverk for å forstå utviklingen av emosjonelle bånd fra spedbarnsalder og gjennom voksenalder, da individets tilknytningsstil utvikles og formes i samspill med primære omsorgsgivere (Tetzchner, 2001). Voksnes, som barns, tilknytningsstil vil i så måte være beskrivende for hvordan man opptrer i nære relasjoner, den omhandler individets tillit, frykt for avvisning, lengsel etter intimitet, samt preferanse for interpersonlig distanse (Meyer & Pilkonis, 2002).

Tilknytningsteorien beskriver tre ulike former for utrygg tilknytning som utvikles i spedbarnsalderen: engstelig-unnvikende, engstelig-ambivalent og engstelig-desorganisert (Tetzchner, 2001). Barns utrygge tilknytningsmønster er også med på å forme og prege voksenlivet med hvordan man inngår i relasjonelle samspill. I forskningslitteraturen har det derfor blitt et økt fokus på tilknytningsstudier med voksne, hvor voksnes utrygge tilknytningsstil har blitt delt inn under overopptatt ("preoccupied") og utelatende ("dismissing") tilknytning. Førstnevnte refererer til individer som er emosjonelt ustabile, og som ofte kommer i konflikt med nære andre. Utelatende tilknytning ser man hos individer som har en såkalt emosjonell blokade, og som derfor unngår å inngå i nære relasjoner (Torgersen, 2013). I psykoterapiforskningen har man sett at desorganisert tilknytning i spedbarnsalderen er en risikofaktor for utvikling av psykopatologi, og da spesielt borderline personlighetsforstyrrelse, i voksen alder. Deler av det desorganiserte tilknytningsmønsteret kan relateres til overopptatt tilknytning i voksenalderen, da det karakteriseres av blant annet emosjonell ustabilitet som man ofte ser hos pasienter med personlighetsforstyrrelser (Wallin, 2007).

Tilknytningsstudier i psykoterapiforskningen indikerer dårlige allianseskårer for pasienter med utrygg tilknytning tidlig i terapiprosessen. Et interessant funn her er at pasienter med en overopptatt tilknytningsstil ble assosiert med økte allianseskårer over tid, noe som samsvarer med funnene fra pasienter med en distansert og kald interpersonlig stil. De samme resultatene fant man også med pasienter med en utelatende tilknytningsstil (Eames & Roth, 2000). Interpersonlige vansker kan i terapi bli vedvarende støy fordi pasienter med den type problematikk vil ha en hypersensitivitet til hvordan de opplever terapeuten og avvisning, reell eller ikke-reell.

I samsvar med tidligere funn som viser stor konsensus om at pasienter med trygg tilknytning oftere former en stabil og god allianse, viste studien til Mallinckrodt, Gantt og Koble (1995) at pasientenes grad av trygghet med å inngå i intime samspill, predikerte positive allianseskårer, mens angstsymptomer predikerte negative allianseutfall. Funnene indikerer altså at pasienters minner om både tidlige emosjonelle bånd med omsorgsgivere og sosial kompetanse i voksen alder, predikerer allianseskårer (Mallinckrodt et al., 1995). Pasienter med en trygg tilknytningsstil er vanligvis komfortable i relasjoner, og er derfor mindre opptatt av eventuelle avvisninger, noe som kan ha en positiv innvirkning på terapiutfallet (Eames & Roth, 2000).

Reparasjon av alliansebrudd

Foreman og Marmar (1985), tilhørende den psykodynamiske tradisjonen, var blant de første som undersøkte brudd og reparasjonen i den terapeutiske alliansen. Siden har forskere på tvers av teoretiske orienteringer og terapiretninger utviklet ulike tilnærminger for å arbeide med terapeutiske låsninger og brudd i alliansen (Safran & Muran, 2000b). Nedenfor beskrives terapiteknikker og intervensjoner for reparasjon av

alliansebrudd fra en kognitiv-atferdsterapeutisk og psykodynamisk forståelsesramme, etterfulgt av Safran og Murans (2000a) integrative reparasjonsmodell.

Reparasjon av alliansebrudd i kognitiv atferdsterapi. I tråd med at kognitiv atferdsterapi i tiltakende grad har anerkjent viktigheten av en god terapeutisk allianse, har også interessen for brudd og reparasjoner i den terapeutiske alliansen tiltatt (Aspland, Llewelyn, Hardy, Barkham & Stiles, 2008). En mye omdiskutert bruddmarkør i kognitiv atferdsterapi er terapeutens rigide tilnærming til en spesifikk behandlingsmodell eller manual. Alliansebrudd kan oppstå dersom terapeuten responderer til låsninger ved å holde fast ved den terapeutiske teknikken, heller enn å utforske pasientens perspektiv, som for eksempel pasientens emosjonelle erfaringer (Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue & Hughes, 1996). Castonguay et al. (2004) har også funnet en positiv sammenheng mellom konstruktiv utforskning av brudd, og terapiutfall i kognitiv atferdsterapi. I tråd med dette fant Aspland et al. (2008) at tematisering og utforskning av alliansebrudd predikerer symptomforbedring og reduserer sannsynligheten for frafall hos pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse.

Det er bred enighet om at når bruddmarkøren er identifisert, kan det være nyttig å bruke bruddet som et middel for å overveie kasusformuleringen og behandlingsplanen i samarbeid med pasienten, for slik å endre terapeutens og pasientens delte mål. Slik vil pasienten ideelt sett motiveres til å fortsette terapien. På den andre siden kan det være vanskelig å implementere dette i klinisk praksis. Dersom pasienten uttrykker motstand i terapien, og terapeuten holder fast ved den opprinnelige behandlingsplanen mot pasientens vilje, er det mulig at behandlingen vil fortsette i samme negative retning. Brudd tilskrives ikke nødvendigvis til terapivalg eller spesifikke intervensjoner per se, men heller til måten terapien utføres på. Et eksempel som kan illustrere dette er dersom

terapeuten er pågående med tanke på at pasienten skal utføre eksponeringsoppgaver som pasienten ikke er klar for. På denne måten foreligger det ikke felles enighet om fremgangsmåte mellom terapeut og pasient, og pasienten kan dermed føle seg presset til noe han eller hun ikke ønsker å utføre (Castonguay, Constantino, McAleavey og Goldfried, 2010).

Alliansebrudd kan også være knyttet til pasientens problem eller symptom. I slike tilfeller kan det være hensiktsmessig å utforske problemet direkte. For eksempel kan deprimerte pasienter ofte ha et lite nyansert bilde av terapeutens ferdigheter, og dermed utvikle uforholdsmessig pessimistiske antagelser om terapeutens evner til å redusere de depressive symptomene. I dette eksempelet kan pasientens holdninger direkte bidra til bruddet, og terapeutens utforskning av de negative automatiske tankene omkring det terapeutiske samspillet, vil være en nyttig intervensjon. På den andre siden kan det være tilsvarende problematisk å anta at pasientens motstand utelukkende er et resultat av symptomene pasienten har. Ved å attribuere bruddet til pasientens symptomer blir terapeuten eventuelt ikke oppmerksom på hvordan han eller hun selv bidrar til bruddet. Dette kan igjen føre til at terapeuten holder fast ved en teknikk, og dermed feiler i å legge merke til et annet, mer gjennomgripende, problem i den terapeutiske interaksjonen (Castonguay et al., 2010).

Psykoterafilforskning viser at risikoen for slike rigide interaksjonsmønstre er høyst reelle i kognitiv atferdsterapi (Hougaard, 2004). Castonguay et al. (1996) har blant annet funnet at terapeuter som ble konfrontert med alliansebrudd, forsøkte å overbevise pasientene om hvordan kognitive teknikker ville kunne hjelpe dem i å redusere symptomer. Resultatene viste imidlertid ingen tegn til vellykket reparasjon av bruddet

eller låsningen, men forverret det ved at terapeutene konstant responderte feilinntonet på pasientenes opplevelser.

Newman (2013) argumenterer for at terapeuter som klarer å holde roen og vise omsorg under problematiske prosesser i terapiinteraksjonen, også kan fungere som rollemodeller for emosjonsregulering, kommunikasjonsferdigheter, og dermed uttrykke en slags interpersonlig modenhet. Slik vil terapeuter ha en bedre forutsetning for å belyse hva som skjer her og nå, sett i lys av pasienters individuelle historier, og i kontekst av den pågående interaksjonen mellom terapeut og pasient.

Reparasjon av alliansebrudd i psykodynamisk terapi. Blant de relasjonelle modellene innenfor den psykodynamiske tradisjonen, er det noen felles aspekt som karakteriserer modellene, og som kan bidra til å effektivisere behandlingen. I startfasen av terapien er det gjennomgående viktig å danne en presis formulering av problemfokuset, for deretter å følge dette fokuset gjennom behandlingsforløpet. Det er enighet om at terapeuten aktivt må engasjere seg for at pasienten skal ha en opplevelse av en støttende og trygg terapeutisk interaksjon, selv om dette engasjementet kan anta relativt forskjellige former. Terapeutens fleksibilitet og evne til å improvisere, er avgjørende for å kunne respondere konstruktivt på de eventuelle problemene eller situasjonene som oppstår gjennom behandlingsforløpet. Sist, men ikke minst, vil teknikker og intervensjoner som er relevant for pasientens spesifikke vansker og behov være essensielle for å opprettholde en god terapeutisk allianse og håndtere brudd og låsninger etter hvert som de eventuelt forekommer (Binder, 1998).

Blant de relasjonelle psykodynamiske modellene eksisterer det noen forskjeller i håndteringen av alliansebrudd, og hvordan de blir løst (Binder, 1998). Ettersom denne oppgaven ikke vil gå spesifikt inn i nyanseforskjeller mellom alle de ulike modellene,

men heller den overordnede psykodynamiske tradisjonen, vil teknikkene og intervensjonene for reparasjon av alliansebrudd beskrives uten å presisere hvilke modeller de er hentet fra.

De relasjonelle psykodynamiske modellene deler noen antagelser om terapeutens rolle i terapiprosessen. Det er et skille mellom konfronterende og støttende strategier, og det er opp til terapeuten å avgjøre hvilken strategi som er mest velegnet for den enkelte pasient for å fremme den terapeutiske alliansen. Pasienter som lett bidrar til å danne en terapeutisk allianse, vil sannsynligvis håndtere en mer forklarende og konfronterende strategi, mens pasienter som er mindre åpne og tillitsfulle vil generelt sett ha mer nytte av en støttende strategi (Binder, 1998).

På bakgrunn av pasientens internaliserte relasjonelle erfaringer med primære omsorgsgivere, har pasienten utviklet interpersonlige mønstre som kommer til syne gjennom samhandling med andre. I psykodynamisk terapi ser man ofte de mindre hensiktsmessige interpersonlige mønstrene komme til uttrykk i det relasjonelle samspillet mellom terapeut og pasient (Binder, 1998). I tråd med dette poengterer Binder (2004) at alliansebrudd kan forekomme når overførings- og motoverføringsreaksjoner utspiller seg i terapirommet. I henhold til en psykodynamisk forståelse, er det på dette tidspunktet naturlig at terapeuten anvender overføringsfortolkninger som benevner situasjonen slik den er her og nå, i motsetning til å relatere dette til tidligere erfaringer. Innholdet i overføringen bør derfor samsvare med innholdet i den terapeutiske konflikten. På denne måten foretar terapeuten en direkte adressering av problemet (Binder, 1998). En slik forståelse samsvarer med empiriske undersøkelser, da forskning viser at intervensjoner som involverer det relasjonelle problemfokuset korrelerer positivt med alliansen og et positivt terapiutfall (Crits-Christoph, Barber & Kurcias, 1993).

Innenfor et mer interpersonlig fokus i den psykodynamiske tilnærmingen, har metakommunikasjon fått et større fokus enn fortolkninger av her-og-nå overføringer (Binder, 1998). Metakommunikasjon kan imidlertid også involvere overføringsfortolkninger, men metakommunikasjon er mer inkluderende ved at den vektlegger den umiddelbare utforskningen av interaksjonen mellom terapeut og pasient (Samstag, Muran & Safran, 2004). Hovedskillet mellom intervensjonene er med andre ord at her-og-nå overføringsfortolkninger analyserer situasjonen slik den har blitt mellom terapeuten og pasienten, mens metakommunikasjon handler mer om en måte å kommunisere på omkring terapiinteraksjonen og den eventuelle bruddopplevelsen.

I tråd med dette hevder Maroda (1991) at selvavsløringer kan virke validerende for pasientens opplevelse av terapiinteraksjonen, samt at det kan bidra til å oppklare eventuelle misforståelser som har oppstått underveis i terapiprosessen. Maroda (1991) påpeker videre at vanskelige motoverføringsreaksjoner som ikke blir tematisert, kan prege det videre terapiforløpet. Det kan derfor være avgjørende for etableringen, opprettholdelsen og utviklingen av den terapeutiske alliansen, at dette blir tematisert og avklart så snart de eventuelt oppstår.

Alliansebrudd som har oppstått på grunn av hvordan overføringer og motoverføringer utspiller seg mellom terapeut og pasient er ofte av fiendtlig natur. Av den grunn mener Binder (2004) at god metakommunikasjon krever spesifikke interpersonlige ferdigheter som er relevant for håndteringen av de fiendtlige interpersonlige prosessene. For det første bør terapeuten ha evne til å tolerere et negativt eller fiendtlig interpersonlig ”miljø”, og på denne måten holde et klart og tydelig fokus. Evnen til å bevare ro, samt uttrykke empati og respekt overfor pasienten når pasienten uttrykker direkte eller mer implisitte fiendtlige og aggressive tanker og følelser, er også

avgjørende for en vellykket metakommunikasjonsprosess. Binder (2004) påpeker avslutningsvis at terapeuten må kunne kommunisere omkring problemer i terapiinteraksjonen med et minimum av fiendtlighet, for at metakommunikasjonen skal være vellykket.

Metakommunikasjon i psykodynamisk terapi kan illustreres ved at terapeuten, i respons til pasientens gjentatte ønske om å bytte avtalt tidspunkt på terapitimene grunnet jobbavtaler eller lignende, uttrykker med tydelig oppgitthet at det innebærer en god del arbeid å stadig endre på avtaletidspunktet. I respons til terapeutens konfrontasjon, avsporer pasienten og begynner å snakke om alle de mislykkede romantiske forholdene som har blitt ødelagt på grunn av jobbkarrieren. Dette medfører at terapeuten bevisstgjøres at han eller hun hadde en utålmodig tone, og blir oppmerksom på pasientens mulige opplevelse av at pasient-terapeut forholdet er truet. Terapeuten lanserer deretter en hypotese om at pasienten oppfattet terapeutens utålmodighet som en advarsel om at terapeut-pasient forholdet ble satt i fare, og inviterer i forlengelsen pasienten til å utforske hva som førte til denne konklusjonen. I respons til pasientens innrømmelse av å ha følt seg ”refset”, erkjenner terapeuten sin utålmodighet. Pasientens konklusjoner, basert på terapeutens responser, utforskes videre og relateres til tidligere, ofte relasjonelle, erfaringer (Binder, 1998).

Metakommunikasjon, anvendt slik som eksempelet demonstrerer, har noe støtte i forskningslitteraturen (Kolden, 1996). I motsetning, viser andre studier en økt risiko ved bruk av overføringsintervensjoner, med resultater som både viser positive og negative effekter på den terapeutiske alliansen og terapiutfall (Joyce & Piper, 1996). På bakgrunn av disse studiene argumenterer Binder (1998) for at metakommunikasjon kun bør anvendes når terapeuten vurderer det som nødvendig for å håndtere alliansebrudd, og

ikke som en teknikk eller intervensjon for å styrke den terapeutiske alliansen eller terapiutfallet når brudd ikke foreligger.

Begrensninger ved tilnærmingenes reparasjonsfokus. Til tross for at både kognitiv atferdsterapi og psykodynamisk terapi nyttiggjør seg av intervensjoner og strategier for å håndtere problemer i den terapeutiske alliansen, er det ingen av tilnærmingene som har et tydelig og sentralt fokus på en omfattende utforskningsprosess for å håndtere alliansebrudd. Selv om det har blitt utviklet noen spesifikke reparasjonsmodeller, foreligger det lite empirisk støtte for modellene i kliniske studier (Safran & Muran, 2000b). De respektive tilnærmingene er åpenbart løsningsorienterte, men spørsmålet er om de kan løse alliansebrudd på en effektiv måte.

Ulik forståelse av den terapeutiske alliansen mellom kognitiv atferdsterapi og psykodynamisk terapi, gjenspeiler seg og i ulikt fokus rundt løsning og reparasjon av alliansebrudd. Likevel er det likhetstrekk, som for eksempel viktigheten av utforskningsprosessen av alliansebrudd som det utspiller seg mellom terapeut og pasient her og nå. Til tross for at dette er en overordnet likhet finnes det imidlertid klare ulikeheter i hvordan dette faktisk gjøres i praksis. I kognitiv atferdsterapi er utforskningen ofte mer direkte rettet mot samarbeidsaspektet i terapiprosessen. Terapeuten er derfor opptatt av om kasusformuleringen og behandlingsplanen bør endres i tråd med at bruddet er en følge av uenighet om framgangsmåte i terapien. Utforskningsfokuset kan imidlertid også være rettet mot pasientens automatiske tanker rundt alliansebruddet (Beck, 2011). I motsetning til dette, benytter ofte psykodynamikere seg av overføringsfortolkninger som et verktøy for utforskning av bruddopplevelsen. Her er det imidlertid forskjeller på bruk av overføringsfortolkninger

av det som foregår mellom partene her og nå, og tolkninger som kan knyttes til tidligere relasjonelle erfaringer pasienten har hatt med betydningsfulle andre (Binder, 1998).

Metakommunikasjon blir også hyppig anvendt som et utforskningsverktøy i problematiske terapiinteraksjoner, og har et mer samarbeidende fokus enn overføringsfortolkninger. I oppgaven blir denne utforskningsprosessen beskrevet som en intervensjon i psykodynamisk terapi, men det er verdt å merke seg at metakommunikasjon også er relativt hyppig anvendt i kognitiv atferdsterapi (Stevens, Muran & Safran, 2003).

I kognitiv atferdsterapi er det først i de senere årene at det har blitt et eksplisitt fokus på den terapeutiske alliansen, og ettersom tilnærmingen som en hovedregel opererer med korttidsterapi, er heller ikke hovedfokuset å identifisere og å jobbe gjennom problematiske aspekt ved terapeut-pasient samspillet. Dette betyr ikke at den terapeutiske alliansen ikke er betydningsfull, men at fokuset i terapien kanskje ligger mer rundt pasientens symptombylle og teknikker som er formålstjenelige for spesifikke lidelser. Det er imidlertid viktig å poengtere at kognitive atferdsterapeuter allikevel er opptatt av å skape et miljø hvor det skal oppleves trygt å utforske og snakke omkring vanskelige tema, inkludert eventuelle låsninger eller brudd i den terapeutiske alliansen (Newman, 1998).

Stevens et al. (2003) argumenterer for at fokus på den terapeutiske alliansen i kognitiv atferdsterapi ikke utelukker teknikkfokuset. Et økt fokus på utforskingen av alliansebrudd, og en samtidig utvidelse av pasientens forståelse eller fortolkninger av relasjonelle samspill, vil kreve noen endringer. For det første må den terapeutiske alliansen ses på som en pågående forhandling heller enn en statisk konstruksjon.

Alliansebrudd må også anerkjennes som en slags åpning til pasientens indre relasjonelle

system, heller enn tilfeldige hendelser. Slik kan alliansebrudd ses på som utviklende, heller enn hindringer for anvendelse av en spesifikk teknikk. Stevens et al. (2003) foreslår også at terapeuten må utvikle en viss anerkjennelse for egne subjektive følelser og responser som en kilde til informasjon om hva som foregår med pasienten. I den psykodynamiske tradisjonen ville man her bruke begrepet motoverføringer, terapeuten kan innhente verdifull informasjon når emosjonelle responser vekkes i respons til pasientens følelsesmessige uttrykk eller atferd (Maroda, 1991). Tilbake til den kognitiv-atferdsterapeutiske tradisjonen, poengterer Stevens et al. (2003) at terapeuten også bør være villig til å utforske og validere pasientens relasjonelle eller situasjonelle tolkninger, for deretter å anerkjenne egen delaktighet i den eventuelle låsningen eller bruddet. Terapeuten må også være oppmerksom på at samtlige intervensjoner som anvendes vil ha en spesifikk betydning for den interpersonlige konteksten de anvendes i, og terapeuten derfor bør være villig til å utforske det sammen med pasienten.

Begrensninger ved den psykodynamiske tilnærmingen i reparasjon av alliansebrudd kan gjenspeile seg i måten intervensjonene blir anvendt på. Dersom overføringsfortolkninger får et for stort fokus i løsningsprosessen, kan det bidra til gjentatte låsninger og brudd (Binder, 2004). Til en viss grad gjelder det samme for overføringsfortolkninger som er knyttet til pasientens tidlige relasjonelle erfaringer. Forskning viser imidlertid at overføringsfortolkninger med utgangspunkt i situasjonen slik den utspiller seg her og nå, er en langt mer hensiktsmessig måte å anvende overføringsfortolkninger på i løsnings- og reparasjonsprosesser (Binder, 1998).

Dersom terapeuten har dårlige interpersonlige ferdigheter (e.g. distansert, fiendtlig, kritisk), kan også metakommunikasjon være en lite hensiktsmessig intervensjon når det har oppstått problemer i samspillet mellom terapeut og pasient.

Dersom terapeuten har vansker med å takle pasientens kritiske eller fiendtlige atferd, vil det også være krevende å kommunisere omkring denne atferden på en konstruktiv og løsningsorientert måte. Som nevnt, kan selvavsløringer være et eksempel på metakommunikasjon, og dersom terapeuten selvavslører sine negative opplevelser med pasientens atferd, vil det mest sannsynlig ikke bidra til at den terapeutiske alliansen eller at terapiprosessen bedres (Hill & Knox, 2000). Utfall av intervensjoner må vurderes i lys av hver enkelte terapeuts evne til å anvende dem på best mulige måter.

For å få en helhetlig forståelse av hvordan en reparasjonsprosess kan foregå, vil oppgaven beskrive Safran og Murans (2000a) integrative reparasjonsmodell for alliansebrudd. Med utgangspunkt i terapeutiske prinsipper og intervensjoner fra ulike terapitilnærminger, som blant andre kognitiv atferdsterapi og psykodynamisk terapi, kan man tenke seg at det beste fra flere perspektiv har blitt inkorporert i en modell.

En integrativ reparasjonsmodell for alliansebrudd

Safran og Muran (2000a) har bygget videre på Foreman og Marmars reparasjonsforskning, og regnes blant de fremste innenfor ”andre generasjons allianseforskning”. Safran og Murans (2000a) prosessmodell for reparasjon av alliansebrudd ble utviklet på bakgrunn av ”task analytic-paradigmet” hvor nitidige kvalitative analyser av enkeltkasus blir kombinert med den kvantitative prosedyren ”model verification studies”, som tester hypoteser om endringsmønstre. ”Task-analytic-paradigmet” er en psykoterapeutisk forskningsprosedyre som analyserer endringsprosesser i terapi. I startfasen analyseres en modell som primært baserer seg på klinisk teori. Modellen blir deretter studert og revidert på bakgrunn av analyser av det empiriske materialet, som til slutt resulterer i en empirisk modell (Eubanks-Carter, Muran & Safran, 2010). Etter Safran og Murans (2000a) gjentatte testing og revideringer

av den opprinnelige reparasjonsmodellen, har de kvalitative og kvantitative analysene resultert i en firestegs prosessmodell for reparasjon av alliansebrudd:

- 1) Gjenkjenne bruddmarkøren
- 2) Utforske opplevelsen av bruddet
- 3) Utforske unngåelsesmanøvrer
- 4) Utforske pasientens underliggende ønsker og behov

Safran og Muran (2000a) skilte tidligere mellom syv ulike bruddmarkører som senere er samlet og redusert til to bruddmarkører som beskriver to distinkte kommunikasjonsstiler eller væremåter hos pasienten: Konfrontasjonsbrudd og tilbaketrekkingsbrudd (Safran et al., 2001). Konfrontasjonsbrudd refererer til pasientens direkte fiendtlige atferd, og kan utspille seg ved at pasienten uttrykker sinne, bitterhet eller misnøye mot terapeuten eller terapiprosessen. For eksempel kan konfronterende pasienter stille seg kritisk til terapeutens faglige ferdigheter (Eubanks-Carter et al., 2010). Det har imidlertid også blitt observert at enkelte pasienter kan opptre manipulerende ved at de forsøker å kontrollere terapeuten. Pasientens kontrollerende og manipulerede atferd har først den senere tiden blitt inkorporert som en bruddmarkør, som sammen med den direkte fiendtlige atferden kalles kontrollbrudd.

Konfrontasjonsbrudd regnes derfor som en undergruppe av kontrollbrudd (Samstag et al., 2004), men ettersom Safran og Muran (2000a) tar utgangspunkt i konfrontasjonsbrudd når de beskriver reparasjonsmodellen, vil også denne oppgaven benytte begrepet konfrontasjonsbrudd heller enn kontrollbrudd.

Tegn på tilbaketrekkingsbrudd kan være at pasienten trekker seg tilbake, eller løsriver seg fra terapeuten, fra egne følelser eller andre aspekt ved terapiprosessen. Tilbaketrekningen kan blant annet forløpe seg ved at pasienten hyppig skifter tema, er

fornektende, fraværende eller at det er liten respons på spørsmål eller kommentarer fra terapeuten (Safran & Muran, 2000a). Det er imidlertid verdt å merke seg at skillet mellom konfrontasjons- og tilbaketrekingsbrudd ikke er gjensidig utelukkende, da det ikke er uvanlig at samme pasient kan vise aspekt ved begge bruddmarkørene. For eksempel kan en pasient som åpenlyst klandrer terapeuten, senere i forløpet fremtre nølende når vedkommende skal uttrykke egne ønsker og behov.

Safran et al. (2001) har observert at de to bruddmarkørene konfrontasjon og tilbaketrekking kan assosieres med betydelige forskjeller i reparasjonsprosessen. Med utgangspunkt i den opprinnelige reparasjonsmodellen, utviklet derfor Safran og Muran (2000a) to prosessmodeller for reparasjon av alliansebrudd: en for konfrontasjonsbrudd og en for tilbaketrekingsbrudd. Psykoterapiprosesser involverer ofte sekvenser med repeterende mønstre og tilstander som det er mulig for terapeuten å identifisere. Med slik informasjonen kan terapeuten danne seg en oversikt som vil gjøre vedkommende mer sensitiv overfor bestemte sekvensielle mønstre som sannsynligvis vil oppstå i terapien (Safran & Muran, 1996). Siktemålet er ikke dermed å skape en standardisert intervensjonsmanual, men å hjelpe terapeuten med å gjenkjenne ulike mønstre som kan oppstå i terapisisuasjonen (Safran & Muran, 2000a).

Reparasjonsmodell for tilbaketrekingsbrudd. Tilbaketrekingsbrudd kan manifestere seg på ulike måter i terapirommet. Pasienter kan oppleve det som vanskelig å direkte uttrykke negative følelser eller behov i den terapeutiske interaksjonen, og det kommer gjerne til uttrykk på mer subtile og indirekte måter. Pasienter som er mer tilbakeholden tilpasser seg ofte til det de oppfatter er terapeutens ønsker, og det kan derfor være vanskelig for terapeuten å gjenkjenne pasientens ettergivenhet. Ettersom det i slike tilfeller delvis er fravær av åpenhet, er det ikke uvanlig at det utvikles en såkalt

pseudoallianse. På ett nivå vil den terapeutiske progresjonen være tilstede, men terapien vil fortsatt opprettholde noen lite hensiktsmessige aspekt ved pasientens psykologiske fungering (Safran & Muran, 2000a).

Prosessmodellen for reparasjon ved tilbaketrekingsbrudd inneholder fem steg som hver innehar spesifikke oppgaver for pasienten og spesifikke terapiintervensjoner. Det første steget gjenkjennes ved pasientens tilbaketrekingsmarkører. Et eksempel kan være at pasienten slutter å investere i terapien når det nærmer seg avslutning av terapiforløpet. Selv om pasienten ikke direkte uttrykker eller tematiserer dette, får gjerne terapeuten en intuitiv antakelse om at pasienten har ”gitt opp”. Dersom pasientens passive atferd vedvarer, kan terapeuten ofte respondere på en dominerende og direkte måte, og dermed overse pasientens subtile indikasjoner på misnøye (Safran & Muran, 2000a).

I modellens andre steg retter terapeuten oppmerksomheten mot selve bruddopplevelsen i et her-og-nå perspektiv. I den grad terapeuten er delaktig og absorbert i pasientens relasjonelle mønster, er det på dette tidspunktet viktig at terapeuten blir oppmerksom på hvorfor og hva som bidrar til at han eller hun er involvert i dette mønsteret. I de tilfellene tilbaketrekingsmarkøren er subtil, vil terapeuten bevissthet rundt egne følelser og væremåter være en god indikator på at noe i terapiprosessen bør utforskes. Terapeuten kan altså bruke sin egen tilstand her og nå, kombinert med et metaperspektiv for å identifisere bruddet og relatere dette til pasientens historie. For eksempel kan terapeuten oppleve seg som mindre oppmerksom på pasientens bekymringer enn hva som er vanlig. For at det skal være grunnlag for et videre løsningsorientert arbeid i terapiprosessen, må terapeuten bevisstgjøres, for deretter å løsrive seg fra sin delaktighet i pasientens maladaptive mønster. Likevel blir

det for enkelt å tenke seg at en slik løsrivning fra pasientens relasjonelle mønster er en avsluttet eller fullført prosess idet den blir bevisstgjort. Så lenge reparasjonsprosessen pågår, vil det alltid være en veksling mellom større eller mindre grad av slik delaktighet i det maladaptive mønsteret mellom terapeut og pasient (Safran & Muran, 2000a).

Når terapeuten blir bevisstgjort sin egen delaktighet i pasientens destruktive relasjonelle mønster, vil neste steg være å stille seg på sidelinjen og utforske pasientens undertrykte negative følelser eller negative følelser som ikke har blitt tematisert (Safran & Muran, 2000a). Terapeuten kan initiere utforskningen gjennom metakommunikasjon ved å selvavsløre sin egen opplevelse omkring bruddet eller låsningen, og dermed utforske pasientens bruddopplevelse. Det er også viktig å dirigere pasientens oppmerksomhet til et her-og-nå fokus (Safran et al., 2001). Safran og Muran (2000a) eksemplifiserer dette ved terapeutens uttalelser som ”hva føler du omkring det som foregår mellom oss nå”, eller ”jeg har en følelse av at du trekker deg unna meg”. På dette tidspunktet i reparasjonsprosessen er terapeutens nysgjerrighet og empatiske holdning til pasienten viktig for at pasienten skal få en opplevelse av at det er trygt å avsløre sine negative følelser (Safran et al., 2001).

Safran og Muran (2000a) understreker at pasienten ofte unngår direkte konfrontasjon med terapeuten, men snakker om negative følelser i mer generelle termer, som for eksempel å kritisere psykisk helsevern som system eller lignende. I respons til pasientens negative bemerkninger, vil terapeuten, på en ikke-kontrollerende måte, forsøke å utforske relevansen av disse følelsene til den nåværende situasjonen. For eksempel kan terapeuten be pasienten om å relatere kritikken av psykisk helsevern til terapisisituasjonen og terapeuten. Informasjonen som kommer frem av en slik utforskning bør, igjen, tas imot med respekt slik at pasienten har muligheten til å diskutere og

reflektere rundt sine følelser og opplevelser sammen med terapeuten (Safran & Muran, 2000a).

Terapeutens tematisering og utforskning av pasientens negative følelser for terapiprosessen og terapeuten, kan som kjent være utslagsgivende for reparasjonsprosessen. Forskning viser imidlertid at dette kan være svært krevende da det kan være vanskelig å oppdage pasientens subtile negative følelser (Safran et al., 2001). I en undersøkelse av Regan og Hill (1992) fant de at terapeutene bare var oppmerksomme på 17 % av pasientenes tilbakeholdte negative følelser. Da terapeutene avslørte de negative følelsene, rapporterte pasientene om økt misnøye med terapien. I terapisituasjoner der det allerede eksisterer en dårlig terapeutisk allianse, vil ofte pasienter oppleve det som stressende å avsløre negative følelser overfor terapeuten. Dette resulterer gjerne i nye misforståelser og negative følelser, som igjen kan føre til frafall (Rhodes, Hill, Thompson & Elliot, 1994).

Forskningsresultatene som er beskrevet overfor kan tolkes på flere måter. På den ene siden kan terapeuten ha anvendt en spesifikk behandlingsmodell på en svært rigid måte og på bekostning av terapeutens fleksibilitet (Safran et al., 2001). Ufleksibel bruk av terapimanualer er et eksempel. Dersom terapeutens tilnærming til pasientens negative følelser er knyttet til spesifikke teknikker heller enn en mer fleksibel utforskende sensitivitet overfor pasienten, er det mindre sannsynlig at positiv endring vil forekomme (Stafset et al., 2011). En annen mulighet er at terapeuten uttrykker egne negative og defensive følelser som en reaksjon på pasientens misnøye, noe som vil være lite konstruktivt for terapiprosessen (Safran et al., 2001).

I kontrast til ovennevnte funn, viser andre studier at terapeutens evne til å adressere og utforske låsninger og brudd, etter hvert som de forekommer, kan være

alliansefremmende (Safran et al., 2001). Dette har blant annet blitt demonstrert i en studie av Foreman og Marmar (1985) hvor de så at terapeutenes direkte utforskning av pasientenes negative følelser overfor terapeutene, samt problematiske terapeutiske mønstre, resulterte i økte allianseskårer. De fant en sammenheng mellom fortolkninger som tok direkte tak i alliansebrudd og positive terapiutfall, mens fortolkninger som ikke adresserte svakheter ved alliansen resulterte i dårlige terapiutfall. Dette samsvarer med en studie av Rhodes et al. (1994) som viste at pasienter som var villige til å avsløre negative følelser rundt det å bli misforstått, og terapeuters engasjement i å forsøke å reparere bruddet, førte til at bruddet ble løst. De motstridende resultatene viser at det er flere faktorer som spiller inn når en skal vurdere nytteverdien av å direkte utforske pasientens negative følelser overfor terapeuten eller terapiprosessen. Overordnet kan man i lys av funnene tenke seg at en godt utviklet terapeutisk allianse er et gunstig utgangspunkt for utforskning av låsninger og mindre spenninger i terapiinteraksjonen.

I Safran og Murans (2000a) tredje steg i reparasjonsmodellen, vil pasientens opplevelse av bruddet komme til syne gjennom tanke- og følelsesmessige uttrykk, men fortsatt være preget av at pasienten har en tilbaketrekkende fremtoning. Et eksempel kan være at pasienten uttrykker negative følelser, for så å bagatellisere eller trekke det tilbake. Allikevel er pasienten på vei mot å komme i kontakt med, og uttrykke underliggende ønsker og behov. Vanligvis er innholdet av en selvhevdende karakter, og assosieres ofte med negative følelser, noe som kan oppleves som svært angstprovoserende for pasienten. Pasientens tilbaketrekkende mønster kan igjen bli tydeligere ved at pasienten undertrykker anerkjennelsen av sine negative følelser (Safran & Muran, 2000a).

På dette tidspunktet i reparasjonsprosessen er det viktig å iverksette terapiintervensjoner hvor hovedprinsippet er å vise genuin interesse og nysgjerrighet rundt pasientens negative følelser. Safran og Muran (2000a) viser til flere nyttige intervensjoner i denne fasen av reparasjonsprosessen. En av dem involverer å skille mellom og utforske ulike selvtilstander. Her vil terapeuten anerkjenne pasientens ambivalens omkring negative følelser, og dermed fokusere på de vanskene pasienten opplever rundt å erkjenne eller snakke om de vanskelige følelsene. For eksempel kan terapeuten komme med uttalelser som: ”Er det slik at du er usikker på hvor betydningsfulle dine bekymringer er. Hvis du er med på å snakke litt om det, er jeg veldig interessert i å høre”. I dette eksemplet viser terapeuten interesse for hva pasienten tenker omkring sine negative følelser, noe som kan være med på å minske usikkerheten eller engstelsen til pasienten.

Videre i reparasjonsmodellen kommer pasienten typisk til et punkt hvor han eller hun iverksetter strategier som et middel for å unngå følelsene assosiert med bruddet. Slike mestringsstrategier kan blant annet involvere å skifte tema, eller å snakke i mer generelle termer heller enn spesifikt hva som foregår her og nå. Unngåelsesmanøvrer kan bestå i å utforske egne holdninger, forventninger, samt andre indre prosesser som hindrer erkjennelsen og åpenheten rundt følelser eller behov assosiert med bruddet (Safran & Muran, 2000a).

Safran og Muran (2000a) deler unngåelsessteget i to undertyper, pasientens forventninger om andres responser, samt selvkritiske holdninger. Førstnevnte kan eksemplifiseres ved at pasienter som har en forventning om at sinne skal vekke tilsvarende følelser hos andre, vil ha vanskeligheter med å uttrykke eller erkjenne negative følelser som sinne. Et annet eksempel kan være pasienter som har en

forventning om at sårbarhet og behov resulterer i avvisning, derfor har vanskelig for å uttrykke liknende følelser (Safran & Muran, 2000a). Pasientens tilknytningsstil gjenspeiler vanligvis forventningene pasienten har til terapeuten basert på erfaringer i sentrale tilknytningsrelasjoner. I eksemplene overfor viser pasienten en utelatende tilknytningsstil, der følelser som sinne og sårbarhet sannsynligvis har blitt undertrykt eller blokkert fra spedbarnsalderen av, som en respons på omsorgsgivernes reaksjoner. På samme måte vil også pasienten ha liknende forventningene til terapeutens reaksjoner, og derfor ha vanskelig for uttrykke disse følelsene (Torgersen, 2013). I slike situasjoner kan terapeutens responser være avgjørende for den videre løsningsprosessen, og i følge Safran og Muran (2000a) vil terapeutens mest hensiktsmessige responser være ytterligere utforskning, og vedvarende empati.

Unngåelsesatferden kan også utspille seg ved at pasienten taler nedlatende om psykoterapeuter generelt, men har vanskelig for å gi direkte kritikk til terapeuten. I slike tilfeller kan terapeuten for eksempel respondere slik: ”Jeg ble oppmerksom på at du snakker generelt om psykoterapeuter, og ikke spesifikt til meg. Hva tror du kommer til å skje dersom du er direkte med meg?”. På denne måten utforsker terapeuten pasientens forventninger til terapeutens atferd. Det som særlig blir viktig er at terapeuten tematiserer unngåelsesatferden umiddelbart etter at den fant sted, og at den blir utforsket på en måte som gjør at pasienten selv ønsker å utforske det som skjedde, heller enn spekulere i det på en distansert intellektualisert måte (Safran & Muran, 2000a).

Den andre undergruppen av unngåelse, selvkritikk, blokkerer ofte for den videre utforskningen av bruddopplevelsen. For eksempel kan pasienter som betrakter seg selv som umodne når de uttrykker sinne, ha vanskelig for å vise liknende følelser overfor terapeuten. På dette stadiet feiler ofte terapeuten i å vurdere selvkritikken som et

unngåelsestegn, men heller som et tegn på progresjon. Mest sannsynlig vil dette forekomme dersom terapeuten føler seg truet av pasientens unngåelsesatferd. I slike situasjoner kan det være fordelaktig å utforske pasientens ulike selvtilstander. Terapeuten kan for eksempel styre oppmerksomheten mot pasientens selvkritiske følelser eller holdninger når han eller hun begynner å komme i kontakt med sine selvhevdende ønsker og behov. Slik kan terapeuten hjelpe pasienten til å betrakte sine opplevelser som konflikter mellom to selvtilstander. Hovedpoenget er at pasienten skal kunne danne en dialog mellom de ulike aspektene ved selvet, for slik å kunne veksle mellom den delen av selvet som ønsker å oppnå selvhevdelse, og den delen som kritiserer dette ønsket. Etter hvert som pasienten utforsker sin unngåelsesatferd, blir oppmerksom på prosessene som samsvarer med tidligere erfaringer, og utvikler et slags eierskap til disse prosessene, vil følelsene assosiert med brudderfaringen i større grad fremmes (Safran & Muran, 2000a). Utforskningen av bruddet vil igjen være i fokus, men det er ikke uvanlig at reparasjonsprosessen består av en pågående veksling mellom brudderfaringer og unngåelse. Denne vekslingen kan igjen legge til rette for en dypere forståelse av den andre parten i det relasjonelle samspillet (Safran & Muran, 2000b).

I det siste steget av reparasjonsprosessen for tilbaketrekningsbrudd er målet at pasienten skal få tilgang til, og deretter uttrykke sine underliggende behov til terapeuten. Det kan imidlertid være krevende for terapeuten å skille mellom pasientens selvhevdelse i dette steget, og i modellens tredje steg (Safran & Muran, 2000a). Det som skiller det femte steget fra det tredje, er at pasienten aksepterer ansvaret for egne ønsker og behov, heller enn forventninger om at terapeuten automatisk vil gjenkjenne behovene og oppfylle dem (Safran & Muran, 2000b).

Når pasienten evner å uttrykke sine ønsker og behov, er det viktig at terapeuten mottar dem på en empatisk og ikke-kritiserende måte. Terapeutens respons kan spille en avgjørende rolle i å utfordre forventninger som i utgangspunktet har gjort det vanskelig for pasientens evne til selvhevdning. I begynnelsen er det ikke uvanlig at pasienten hevder seg på en måte som er karakteristisk for sitt relasjonelle skjema. Dette kan for eksempel illustreres med at pasienter som har hatt en svært kritisk mor, ofte ber terapeuten om å være mer konfronterende. Når pasienten hevder seg på denne måten, bør terapeuten vise forståelse for pasientens ønsker, heller enn å tolke det som en refleksjon av et tidligere relasjonelt skjema. Responderer terapeuten med forståelse og empati, vil det øke sannsynligheten for at pasienten selvhevder på en måte som er mindre låst i de tidligere relasjonelle skjemaene. I eksempelet overfor, vil derfor pasienten ideelt sett be terapeuten om å være mer støttende (Safran & Muran, 2000a).

Reparasjonsmodell for konfrontasjonsbrudd. Reparasjonsmodellen for konfrontasjonsbrudd kan i noen henseende minne om reparasjonsprosessen for tilbaketrekkingsbrudd. Likhetene er spesielt tydelige i det første og andre steget, hvor bruddmarkøren identifiseres etterfulgt av terapeuten "løsrivingsprosess" fra pasientens maladaptive relasjonelle mønster. Bruddmarkører for konfrontasjonsbrudd kan være pasientens aggressive responser, til en opplevelse av at omsorgsbehov og ivaretagelse ikke vil bli møtt. Pasientens fiendtlige og aggressive atferd kan slik forstås som en slags beskyttelse, og som et middel for å oppnå et mål om behovstilfredsstillelse fra terapeuten (Safran & Muran, 2000a). Det er imidlertid vanskelig for terapeuten å unngå å respondere til pasientens aggressive og kritiske atferd med samme mynt (Binder & Strupp, 1997; Safran et al., 2001). Utfordrende selvavsløringer kan være et eksempel på dette. Ved at terapeuten direkte uttrykker og dermed avslører sin frustrasjon overfor

pasientens fiendtlige atferd, kan dette skape ytterligere problemer i det terapeutiske samspillet (Hill et al., 1989). På den måten kan pasientens antakelser om andres responser bli bekreftet, og det maladaptive relasjonelle mønsteret vil fortsette frem til terapeuten avkrefter pasientens antagelser (Safran & Muran, 2000a).

Som med reparasjonsmodellen for tilbaketrekingsbrudd, vil det også her være avgjørende at terapeuten løsriver seg fra pasientens destruktive og fiendtlige mønster gjennom å ta i bruk metakommunikasjon. Under denne prosessen er det hensiktsmessig at terapeuten tar ansvar for eget bidrag til den vanskelige situasjonen, men det kan også være nyttig å kommentere på partenes felles opplevelse av interaksjonsproblematikken. For eksempel gjennom utsagn som: ”Jeg opplever at vi er i en slags maktkamp akkurat nå, der jeg forsøker å holde deg ansvarlig for din frustrasjon rettet mot terapien, og der du forsøker å legge skylden på meg.” (Safran & Muran, 2000a).

Pasientens konfronterende og aggressive atferd resulterer ofte i at terapeuten føler seg kritisert eller angrepet. På den måten kan det oppstå en konfliktfylt dynamikk mellom partene dersom terapeuten fortsatt ikke har ”løsrevet” seg fra pasientens destruktive mønster (Safran & Muran, 2000a). Det samme mønsteret gjenspeiler seg ofte i pasientens nære relasjoner utenfor terapirommet, og kan forstås som et lært mønster fra tidligere relasjonelle erfaringer (Horvath & Bedi, 2002). Pasientens konfronterende og konfliktfylte atferd kan slik ses på som en form for utrygg tilknytning. Dersom man tar utgangspunkt i tilknytningsstil, er kanskje det mest nærliggende å tenke seg at deler av denne pasientgruppen har vært desorganisert tilknyttet som spedbarn (Torgersen, 2013), da denne tilknytningsstilen er en risikofaktor for utviklingen av primært borderline personlighetsforstyrrelse i voksen alder. Likhetene mellom borderline personlighetsforstyrrelse og pasientens konfronterende og aggressive tanke- og

handlingsmønster, er at begge gruppene har en tendens til å inngå i konflikter i mellommenneskelige relasjoner (Wallin, 2007).

Safran og Muran (2000a) hevder at det kan være nyttig at terapeuten snakker ut om de oppståtte følelsene eller opplevelsene som har oppstått på grunn av pasientens fiendtlige uttrykk, heller enn å gå i forsvar eller til motangrep. For eksempel kan terapeuten berette om vegringen mot å respondere på pasientens bekymringer, da det ofte blir møtt med kritikk. Denne formen for metakommunikasjon har flere funksjoner. For det første kan det hjelpe terapeuten med å gjenskape sitt indre analytiske rom, en slags dobbel bevissthet som er nødvendig for å kunne være både deltaker og observatør. Terapeuter som er gjenstand for intens aggresjon, opplever ofte indre konflikter rundt egne aggressive følelser, noe som gjør det vanskelig, om ikke umulig, å reflektere omkring det som pågår i den terapeutiske interaksjonen. Dersom terapeuten belyser det som oppleves som vanskelig eller truende, kan dette være begynnelsen på å gjenskape det indre, analytiske rommet. For eksempel kan terapeuten på en empatisk måte, avsløre at han eller hun opplever å bli angrepet, og at det derfor er vanskelig å unngå å respondere på en defensiv måte (Safran & Muran, 2000a).

Metakommunikasjon kan også gi feedback på hvilken påvirkningskraft pasienten har på terapeuten, for deretter å bli bevisstgjort om eget bidrag til terapiinteraksjonen. Det kan imidlertid være mer skadelig enn nyttig å fortolke pasientens fiendtlighet i terapiinteraksjonen som en refleksjon av pasientens indre dynamikk. Slik indikerer terapeuten at pasientens fiendtlighet og sinne alene har bidratt til den vanskelige interaksjonen. Ved å gi pasienten feedback som beskrevet overfor, vil ikke pasienten bli klandret for bruddet, samt at det vil være åpenhet rundt terapeutens bidrag til den

vanskelige interaksjonen. Ideelt sett vil det resultere i at pasienten føler seg mer komfortabel med å erkjenne egne negative følelser (Safran & Muran, 2000a).

Konfrontasjonsbrudd kan, som nevnt, i noen tilfeller være kombinert med tilbaketrekkingmarkører. Under slike omstendigheter vil det naturligvis være mer krevende for terapeuten å ikke bli en delaktig part i det destruktive relasjonsmønsteret. I tillegg kan det være ekstra krevende å bevisstgjøre egen delaktighet, ettersom pasientens atferd er inkonsekvent og kompleks. For eksempel kan pasienten være kritisk til terapien, men samtidig benekte at han eller hun er misfornøyd med situasjonen her og nå. Dersom dette er tilfellet, er det viktig at terapeuten får en idé om hva som kan ligge til grunn for det inkongruente kommunikasjonsmønsteret. Dette innebærer å hjelpe pasienten med å uttrykke de underliggende negative følelsene mer direkte, for deretter å vedkjenne seg sin egen atferd. For pasienter som direkte uttrykker sarkasme til terapeuten, men som samtidig opptrer forsonende, kan det være nyttig at terapeuten hjelper pasienten med å erkjenne de negative følelsene som munner ut i sarkasmen, for deretter å uttrykke dem mer direkte. Det er imidlertid verdt å merke seg at reparasjonsprosessen for konfrontasjonsbrudd, slik som i tilbaketrekkingmodellen, består av en pågående veksling mellom pasientens utforskning og unngåelse av egne negative følelser (Safran & Muran, 2000a).

I det tredje steget av reparasjonsmodellen for konfrontasjonsbrudd, er terapeutens oppgave å identifisere nyansene i pasientens erfaringer, som ofte er assosiert med negative følelser. Prosessen består av en fenomenologisk utforskning av pasientens bevisste erfaring, samt mer implisitte erfaringer, men uten at den ubevisste dynamikken utforskes i seg selv. For pasienten er det viktig at de negative følelsene, som sinne og

skuffelse, blir validert og akseptert før utforskningen av mer primære følelser kan finne sted (Safran & Muran, 2000a).

Det er vanligvis hensiktsmessig at terapeuten er åpen om sitt bidrag til den relasjonelle matrisen, idet terapeuten selv blir oppmerksom på delaktigheten. I situasjoner hvor det er vanskelig å bli bevisst på egen delaktighet, vil det være nyttig å invitere pasienten til å fortelle om hvordan han eller hun opplever terapeutens bidrag til terapiinteraksjonen. Dersom en slik strategi i det hele tatt skal være effektiv, bør terapeuten være åpen for å lære noe nytt om seg selv og sitt bidrag til terapiinteraksjonen, heller enn å kun fokusere på å utforske og fortolke pasientens underliggende prosesser. Terapeutens åpenhet vil mest sannsynlig være med på å minske pasientens forsvar, noe som kan bidra til at kommunikasjonsstilen blir mer åpen. I enkelte tilfeller vil dette steget være tilstrekkelig i reparasjonsprosessen, mens det vanligvis er nødvendig med en dypere utforskning av underliggende ønsker og behov av en mer sårbar karakter (Safran & Muran, 2000a).

I løpet av reparasjonsprosessen er det naturlig at pasienten veksler mellom ulike selvtilstander. Selv de mest aggressive pasientene kan i perioder oppleve skyld og angst, og dermed forsøke å rettferdiggjøre sin atferd. Dersom terapeuten blir for overveldet av pasientens aggressive atferd, kan det være vanskelig for terapeuten å legge merke til pasientens ulike tilstander, og særlig vanskelig blir det å oppdage subtile nyanser i slike tilfeller. Når terapeuten blir oppmerksom på pasientens skiftende tilstander, er det terapeutens oppgave å hjelpe pasienten til å legge merke til de indre prosessene som fører til disse skiftene (Safran & Muran, 2000a).

I løpet av reparasjonsprosessen kan det også oppstå en slags unngåelse eller tilbaketrekking fra sårbare følelser, men i kontrast til tilbaketrekkingsbrudd, vil det med

konfrontasjonsbrudd forekomme med et mer direkte og defensivt uttrykk. Pasienten kan komme i kontakt med de underliggende følelsene, for så å skifte tilbake til en ”tryggere” og mer aggressiv tilstand. Her vil det igjen være nyttig at terapeuten forsøker å bevisstgjøre pasientens skiftende tilstander, for deretter å utforske pasientens dypere indre prosesser. Terapeuten kan for eksempel spørre om pasienten har en idé om hva som foregikk rett før skiftet. Det kan imidlertid være krevende for pasienten å legge merke til de ulike tilstandene og indre triggerne. Over tid vil det være lettere å utforske de indre prosessene som setter i gang de ulike selvtilstandene, noe som gjør det lettere å være mer oppmerksom på hva som uttrykkes utad (Safran & Muran, 2000a).

I det siste steget av reparasjonsprosessen vil ideelt sett pasientens primære ønsker og behov som motiverer den aggressive atferden, i større grad bli bevisste. Dersom terapeuten over tid har utvist en genuin nysgjerrighet omkring pasientens underliggende følelser, forsøkt å forstå pasienten fra hans eller hennes indre ståsted, vært villig til å utforske og erkjenne eget bidrag til terapiinteraksjonen samt tolerert pasientens aggressive atferd, kan det resultere i at de underliggende ønskene og behovene blir bevisste. Pasienten vil vanligvis kjenne en følelse av håpløshet når dette skjer, men i motsetning til tidligere stadier hvor håpløsheten ble uttrykt gjennom ulike former for aggressiv atferd, kan pasienten på dette tidspunktet opparbeide tillit til terapeuten, slik at smerten og tristheten assosiert med håpløsheten, trygt kan utforskes i den terapeutiske interaksjonen. Terapeuten begynner også å se helheten av pasientens personlighet og problembilde, og det blir derfor enklere å vise empati i møte med den opplevde håpløsheten. Terapeutens varme og forståelse kan i så måte skape en ny relasjonell erfaring for pasienten, noe som blant annet kan bidra til økt selvmedfølelse. Det underliggende behovet for omsorg og ivaretagelse som tidligere ble undertrykt, kan

derfor tilfredsstilles uten at skam og selvforakt dominerer. Det er imidlertid viktig at terapeuten responderer på de primære og mer sårbare følelsene på en empatisk og validerende måte, og at pasientens behov ses på som normale menneskelige omsorgsbehov, heller enn primære infantile behov (Safran & Muran, 2000a).

Komparative studier

Safran og Murans (2000a) reparasjonsforskning har ført til utviklingen av en behandlingsmodell som inkluderer intervensjoner som virker fremmede på reparasjonsprosessen. Modellen kalles relasjonell korttidsterapi, og inkluderer elementer og prinsipper fra både relasjonell psykoanalyse, humanistisk psykoterapi, og nyere kognisjons- og emosjonsteorier (Safran et al., 2001). Kort forklart vektlegger modellen et intenst fokus på her-og-nå opplevelsen av den terapeutiske alliansen, både gjennom utforskning, metakommunikasjon, og selvavsløringer som omhandler motoverføringsreaksjoner hos terapeuten (Safran & Muran, 2000a).

Etter fremveksten av relasjonell korttidsterapi har det blitt utført flere komparative studier på effekten av relasjonell korttidsterapi relativt til psykodynamisk korttidsterapi og kognitiv atferdsterapi. I en komparativ behandlingsstudie med de ovennevnte tilnærmingene, ble pasienter med personlighetsforstyrrelser studert. Basert på statistiske analyser viste resultatene at alle tre behandlingsformene var like effektive for pasientene som fullførte behandlingen. Når de undersøkte klinisk signifikans, fant de en positiv effekt for relasjonell korttidsterapi og kognitiv atferdsterapi. Den samme studien undersøkte frafallsrater, og fant en signifikant forskjell med et overlegent resultat for relasjonell korttidsterapi med bare 20 % frafall, til forskjell fra 37 % i kognitiv atferdsterapi, og hele 46 % i psykodynamisk korttidsterapi (Safran et al., 2001). En mulig forklaring på den høye prosentandelen på frafall i psykodynamisk

korttidsterapi kan gjenspeile tilnærmingens intense emosjonsfokus gjennom behandlingsforløpet. En slik forklaring kan særlig være reell for pasienter med personlighetsforstyrrelse, da denne pasientgruppen karakteriseres med emosjonelle og relasjonelle utfordringer.

Muran, Safran og Eubanks-Carter (2010) har vist liknende funn da de studerte effekten av relasjonell korttidsterapi sammenlignet med kognitiv atferdsterapi og psykodynamisk korttidsterapi. Funnene indikerte at relasjonell korttidsterapi var minst like effektiv som de andre korttidsterapiene, men det var også her indikasjon på lavere frafallsrate i relasjonell korttidsterapi. I en studie av Muran, Safran, Samstag og Winston (2005) fant de at relasjonell korttidsterapi hadde bedre effekt med pasientgrupper som før behandlingsstart hadde større sannsynlighet for dårlige terapiutfall basert på tidligere terapeuters rapportering om at de var krevende å etablere en terapeutiske allianse med.

Overordnet indikerer resultatene en større positiv effekt ved relasjonell korttidsterapi sammenlignet med kognitiv atferdsterapi og psykodynamisk korttidsterapi. En mulig forklaring på de positive resultatene for relasjonell korttidsterapi er at tilnærmingen blant annet har blitt utviklet på bakgrunn av Safran og Murans (2000a) reparasjonsforskning, hvor drivkraften nettopp har vært å styrke, forbedre og empirisk teste de relevante prinsippene relatert til reparasjon av alliansebrudd i psykoterapi. Med et eksplisitt fokus på løsning av alliansebrudd, vil derfor denne terapimodellen gi bedre resultater relativt til kognitiv atferdsterapi og psykodynamisk korttidsterapi som ikke har et tilsvarende klart og spesifikt fokus på reparasjonsprosesser.

Muran et al. (2009) har også sammenlignet de tre korttidsterapiene, og sett på sammenhengen mellom tidlige alliansebrudd og den påfølgende løsningsprosessen og terapiutfall hos pasienter med personlighetsforstyrrelser. Resultatene viste at lav

bruddintensitet og høy grad av løsningsfokus, var assosiert med gode alliansemål. Lav bruddintensitet predikerte også positive utfall på mål av interpersonlig fungering, mens reparasjon av bruddet predikerte lavere frafallsrater. Pasientene opplevde færre alliansebrudd enn terapeutene, noe som samsvarer med funn som indikerer at pasienters rapporteringer generelt sett er mer positive relativt til terapeuters (Muran et al., 2009). Horvath (2000) forklarer dette med at terapeuter betrakter den terapeutisk interaksjonen gjennom en såkalt teoretisk "linse", og sammenligner den terapeutiske alliansen med en teoretisk forståelse av en positiv allianse, mens pasienter snarere sammenligner den med tidligere relasjonelle erfaringer.

Muligheten for at terapeutens betraktninger blir formet av den teoretiske linsen, er relevant i sammenligningsstudien til Muran et al. (2009). Både terapeutene og pasientene rapporterte om færre brudd i kognitiv atferdsterapi, relativt til psykodynamisk- og relasjonell korttidsterapi. Forskjellene mellom terapeutenes rapporteringer i de tre behandlingsbetingelsene kan ha sammenheng med terapeutenes ulike teoretiske utgangspunkt og forståelsesrammer. Allikevel gir funnene grunnlag for å stille seg spørrende til hvorfor forskjellene i terapeutenes teoretiske perspektiv førte til at kognitive atferdsterapeuter rapporterte om færre alliansebrudd enn psykodynamisk- og relasjonell korttidsterapi. Relasjonell korttidsterapi har som formål å oppdage og åpent utforske alliansebrudd ved bruk av metakommunikasjon. Modellen har også en forståelse av alliansebrudd som en uunngåelig del av psykoterapi, og at det i tillegg kan skape en bedre mulighet for å bedre kunne forstå pasientens maladaptive relasjonelle skjema. Det vil være naturlig å tenke seg at i relasjonell korttidsterapi, gitt dets perspektiv på alliansebrudd, vil være ekstra oppmerksomhet på brudd og låsninger i terapi. Man kan også tenke seg at fokuset på overføringsfortolkninger i psykodynamisk

korttidsterapi vil bidra til å øke oppmerksomheten på mulige brudd og låsninger i den terapeutiske alliansen. På den andre siden vil bevisstheten rundt, og forståelsen for nytteverdien av utforskning av alliansebrudd, både i psykodynamisk- og relasjonell korttidsterapi, uten at det nødvendigvis er hensikten, bidra til ytterligere brudd og låsninger. Ved at pasientens oppmerksomhet rettes mot problemer i den terapeutiske interaksjonen, kan pasienten bli mer selvbevisst og engstelig, noe som igjen kan føre til flere misforståelser eller låsninger. I motsetning, kan samarbeidsfokuset i kognitiv atferdsterapi bidra til felles enighet, eller løsning, heller enn å fremheve spenninger og problemer i terapisisituasjonen. Selvrapporing som målemetode gir metodiske begrensninger ved studien. Både terapeutene og pasientene kan ha hatt vanskeligheter med å anerkjenne alliansebruddene. Pasienter kan unngå eller benekte at det eksisterer problemer i terapiinteraksjonen da deres håp om at terapeuten har evne til å hjelpe, blir truet ved å anerkjenne dette. Et annet eksempel kan være at terapeuten er opptatt av å fremstå som suksessfull, og dermed overser eller benekter de vanskelige situasjonene som oppstår (Muran et al., 2009).

Begrensninger ved allianseforskningen og fremtidig forskning

Resultatene fra allianseforskningen står sterkt i forklaringen av den terapeutiske alliansen som en kritisk (felles)faktor for terapiutfall på tvers av terapiretninger. Selv om evidensen fra allianseforskningen er omfattende (Safran et al., 2001), viser en review-artikkel av Elvins og Green (2008) at det er betydelige mangler i både målene og konseptualiseringen av den terapeutiske alliansen. Forskningslitteraturen sier lite om de spesifikke komponentene i den terapeutiske alliansen, og det foreligger relativt lite empiri på hvordan den terapeutiske alliansen utvikles (Elvins & Green, 2008). Selv om det er bred konsensus om viktigheten av å etablere en god terapeutisk allianse, eksisterer

det få empirisk dokumenterte alliansefremmende strategier. Det er ikke her snakk om reparasjonsintervensjoner, men hvordan man kan skape eller utvikle en god terapeutisk allianse fra behandlingsstart. Fremtidig forskning bør derfor ha et større fokus på allianseutviklende retningslinjer innen, og på tvers av terapiretninger (Castonguay et al., 2006).

Castonguay et al. (2006) argumenterer for at man ikke kan teste reparasjonsstrategier for alliansebrudd uten at man først har oppdaget problemet i den terapeutiske alliansen. Derfor hevder Castonguay et al. (2006) at Safran og Murans (2000a) bruddmarkører, konfrontasjons- og tilbaketrekkingsbrudd, fortjener et større forskningsfokus for å stadfeste at modellen er empirisk robust. I tillegg kan det være nyttig å avgjøre om den ene bruddmarkøren er mer utbredt i gitte pasientgrupper eller situasjoner. Ettersom konfrontasjonsbrudd er av en mer eksplisitt karakter, og derfor mer krevende å håndtere for terapeuter på tvers av terapiretninger (Binder & Strupp, 1997), mener Castonguay et al. (2006) at denne bruddmarkøren bør prioriteres i forskningen.

Allianseforskningen har også noen metodologiske problemer. Safran et al. (2001) påpeker at mye av forskningen baserer seg på små utvalg og kvalitative studier, noe som sammen med ulike metoder for å identifisere alliansebrudd og reparasjonsmarkører begrenser generaliserbarheten av funnene (Eubanks-Carter et al., 2010). Mye av forskningen har heller ikke tatt tilstrekkelig høyde for konfunderende variabler i kausale analyser. Slik kan potensielle tredjevariabler, som for eksempel sosial fungering, latent symptomendring i løpet av behandlingsprosessen, samt alvorlighetsgraden av symptomer, påvirke effekten av den terapeutiske alliansen (Elvins & Green, 2008). I samsvar med dette viser studien til Kazdin og Whitley (2006) at pasientenes sosiale fungering før behandlingsstart hadde effekt på alliansemålene. Det har også blitt vist at

pasienters interpersonlige stil, til en viss grad, kan predikere den terapeutiske alliansen (Elvins & Green, 2008), og at både pasienters og terapeuters tidligere interpersonlige historier både kan ha en direkte og indirekte effekt på terapiprosessen og utfallet (Castonguay et al., 2006).

Allianseforskningen er innholdsrik, men også kompleks og inkonsistent. Komplexiteten og inkonsistensen kan blant annet forklares med ulike mål på terapiutfall når man ser på sammenhengen mellom den terapeutiske alliansen og terapiutfall. Forsøker man å finne mål på symptomreduksjon eller interpersonlig endring? En annen forklaring kan rettes mot hvem som rangerer den terapeutiske alliansen, da forskningen tar utgangspunkt i både pasienters, terapeuters, samt observatørers rangering av allianseskårer (Messer & Wolitzky, 2010). For eksempel kan terapeuters rangering av den terapeutiske alliansen farges av terapeuters teoretiske ståsted, noe som kan bidra til skjevheter i allianserangeringene (Horvath, 2000). De inkonsistente resultatene i allianseforskningen kan også bære preg av hvilken fase i terapiforløpet som undersøkes (startfasen, midtfasen eller avslutning), samt lengden på terapiforløpet (Messer & Wolitzky, 2010).

Kritikken av allianseforskningen berører også fravær av en overordnet alliansemodell, eller en standardisert målemetode for begrepet. Fremtidig forskning bør derfor undersøke om alliansemålene kan bli mer spesifikke, eller om styrken i alliansebegrepet ligger i dets generelle beskrivelse. Dersom man inkluderer prosessmål i kliniske studier, vil de analytiske metodene og den empiriske styrken av resultatene bedres. En forbedring av konseptualiseringen av den terapeutiske alliansen kan derfor være med på å redusere målingsfeil. Som forskningen skissert overfor, vil bedre analytiske metoder bidra til å skille på hvilken måte den terapeutiske alliansen kan bidra

til et positivt terapiutfall, enten som en uspesifikk predikator uavhengig av utfallet, som en mediator for terapeutisk effekt, eller en modererende faktor knyttet til baselinevariabler som bidrar til heterogenitet i terapieffektene (Elvins & Green, 2008).

Til tross for at mesteparten av forskningen på alliansebrudd støtter den eksplisitte utforskningsprosessen av låsninger og brudd, bør fremtidig forskning se nærmere på verdien av en mer indirekte utforskningsprosess. Aspland et al. (2008), tilhørende den kognitiv-atferdsterapeutiske tilnærmingen, hevder at nettopp en indirekte løsningsprosess kan være mer effektiv enn mer direkte utforskende strategier. I enkelte modeller innenfor den psykodynamiske tilnærmingen har man hatt et reparasjonsfokus hvor alliansebrudd kobles til parallelle situasjoner med pasientens relasjonelle samspill utenfor terapirommet (Agnew, Harper, Shapiro & Barkham, 1994). Dette står i kontrast til den overordnede konsensusen om at utforskingen av alliansebrudd fokuserer på terapeut-pasient interaksjonen her og nå (Safran & Muran, 2000a). Det kan derfor være nyttig at fremtidig forskning sammenligner de to tilnærmingene, for å se om den ene er mer effektiv enn den andre, eller om valget bør avgjøres på grunnlag av hva som er mest passende i den kliniske situasjonen. Ettersom ulike pasientkarakteristikker (Eames & Roth, 2000) og terapeutvariabler (Ackerman & Hilsenroth, 2001; Goldfried et al., 2003) kan påvirke utviklingen av ulike alliansebrudd, bør forskningen se på hvilke prosesser som er mest effektive i de ulike situasjonene.

Konklusjon

Prosess- og utfallsstudier i psykoterapiforskning viser at den terapeutiske alliansen er en kritisk faktor for terapiens kvalitet og utfall på tvers av terapiretninger (Castonguay et al., 2006). Negative prosesser som låsninger og brudd i psykoterapi er vanlig forekommende fenomen, som både kan være utfordrende for terapeuten og

terapiprosessen, men samtidig endringsskapende (Binder & Strupp, 1997). Det blir derfor viktig å identifisere hvilke faktorer som kan påvirke den terapeutiske alliansen både i negativ og positiv retning.

Empiriske funn viser at et mangfold av terapeutvariabler og pasientkarakteristikker kan bidra til utviklingen av låsninger og brudd i den terapeutiske alliansen (Ackerman & Hilsenroth, 2001; Saunders, 2001). Til tross for at enkelte terapeut- og pasientfaktorer anses som mer alliansehemmende enn andre, er det samtidig viktig å betrakte samspillet mellom terapeut og pasient som en gjensidig påvirkningsprosess hvor terapeutens og pasientens tanke- og handlingsmønstre er i konstant interaksjon (Ackerman & Hilsenroth, 2001).

Brudd og låsninger som ikke håndteres på en tilstrekkelig måte, kan i verste fall resultere i frafall eller symptomforverring (Safran et al., 2001). På tvers av terapiretninger, som kognitiv atferdsterapi og psykodynamisk terapi, eksisterer det presumptivt nyttige og løsningsorienterte strategier og teknikker for å håndtere potensielle alliansebrudd. En og samme strategi eller teknikk kan imidlertid resultere i brudd eller låsninger dersom de ikke anvendes på en konstruktiv måte (Eubanks-Carter et al., 2010). I tillegg har verken kognitiv atferdsterapi eller psykodynamisk terapi et tydelig fokus på og dyptgående beskrivelser av reparasjonsprosesser av alliansebrudd (Safran & Muran 2000b). På grunnlag av det begrensede omfanget av reparasjonsforskning i psykoterapifeltet, har Safran og Muran (2000a), utviklet en integrativ prosessmodell for reparasjon av alliansebrudd. Kort oppsummert handler modellen om at terapeuten – sammen med pasienten – må ha evnen til å gjenkjenne bruddmarkøren, for deretter å inngå i en gjensidig utforskningsprosess av bruddopplevelsen. Ved bruk av metakommunikasjon tematiseres og utforskes bruddet

på flere nivå, og denne prosessen kan i følge Safran og Muran (2000a) være utslagsgivende for terapiutfallet.

Gitt den empiriske forskningen på at alliansen er en kritisk faktor for endring i psykoterapi, blir det viktig å se på hvordan fremtidig forskning kan utvide omfanget av reparasjonsforskningen. Den videre forskningen bør også få et ytterligere fokus på hvordan terapeuten kan inngå i alliansefremmende strategier. På denne måten kan man kanskje forhindre mer dramatiske låsninger og brudd i fremtidige terapiinteraksjoner (Castonguay et al., 2006).

Takk til:

Jeg ønsker å takke min hovedveileder Kjersti Arefjord for nyttig og god veiledning fra den tidlige idéfasen, til det ferdige arbeidet.

Jeg vil også takke min kjære forlovede, Henrik, for god støtte og inspirasjon gjennom hele skriveprosessen.

Referanseliste

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy, 38*(2), 171-185. doi: 10.1037/0033_3204.38.2.171
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*(1), 1-33. doi: 10.1016/S0272-7358(02)00146-0
- Agnew, R. M., Harper, H., Shapiro, D. A., & Barkhan, M. (1994). Resolving a challenge to the therapeutic relationship: A single-case study. *British Journal of Medical Psychology, 67*(2), 155-170. doi: 10.1111/j.2044-8341.1994.tb01783.x
- Akhtar, S. (2009). *Comprehensive dictionary of psychoanalysis*. London: Karnac.
- Aspland, H., Llewelyn, S., Hardy, G. E., Barkham, M., & Stiles, W. (2008). Alliance ruptures and rupture resolution in cognitive-behavioral therapy: A preliminary task analysis. *Psychotherapy Research, 18*(6), 699-710. doi: 10.1080/10503300802291463
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Engle-Wood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barrett, M. S., & Barman, J. S. (2001). Is psychotherapy more effective when therapists disclose information about themselves? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(4), 597-603. doi: 10.1037/0022-006X.69.4.597
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. New York, NY: The Guilford Press.
- Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness.

The Psychoanalytic Quarterly, 73(1), 5-46. doi: 10.1002/j.2167-4086.2004.tb00151.

- Binder, J. L. (1998). The therapeutic alliance in the relational models of time-limited dynamic psychotherapy. I J. C. Muran & J. D. Safran (Red.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (s. 3-14). Washington, DC: American Psychological Association.
- Binder, J. L. (2004). *Key components in brief dynamic psychotherapy: Clinical practice beyond the manual*. New York, NY: The Guilford Press.
- Binder, P. E. (2006). Før og nå: Forståelsen av overføring i den relasjonelle psykoanalysen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43(9), 917-924.
- Binder, J. L., & Strupp, H. H. (1997). "Negative process": A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(2), 121-139. doi: 10.1111/j.1468-2850.1997.tb00105.x
- Blatt, S. J., Shahar, G., & Zuroff, D. C. (2002). Anaclitic/sociotropic and introjective/autonomous dimensions. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 315-333). New York, NY: Oxford University Press.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 271-279. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.271

- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., McAleavey, A. A., & Goldfried, M. R. (2010). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral therapy. I J. C. Muran & J. P. Barber (Red.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (s. 150-171). New York, NY: The Guilford Press.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wisner, S., Raue, P. J., & Hughes, A. M. (1996). Predicting the effects of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(3), 497-504. doi: 10.1037/0022-006X.64.3.497
- Castonguay, L. G., Schut, A. J., Aikins, D. E., Constantino, M. J., Laurenceau, J., Bologh, L., & Burns, D. D. (2004). Integrative cognitive therapy for depression. *Journal of Psychotherapy Integration, 4*(1), 4-20. doi: 10.1037/1053-0479.14.1.4.
- Coady, N. F., & Marziali, E. (1994). The association between global and specific measures of the therapeutic relationship. *Psychotherapy, 31*(1), 17-27. doi: 10.1037/0033-3204.31.1.17
- Crits-Christoph, P., Barber, J., & Kurcias, J. (1993). The accuracy of therapists' interpretations and the development of the therapeutic alliance. *Psychotherapy Research, 3*(1), 25-35. doi: 10.1080/10503309312331333639
- Crits-Christoph, P., & Gibbons, M. B. C. (2002). Relational interpretations. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 285-300). New York, NY: Oxford University Press.
- Cuijpers, P., Donker, T., Straten, A., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders?

A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies.

Psychological Medicine, 40(12), 1943-1957. doi:

10.1017/S0033291710000772

Eames, V., & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance: A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Society of Psychotherapy Research*, 10(4), 421-434.

Eaton, T., Abeles, N., & Gutfreund, M. (1993). Negative indicators, therapeutic alliance, and therapy outcome. *Psychotherapy Research*, 3(2), 115-123.

doi: 10.1080/10503309312331333719

Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1167-1187.

doi: org.pva.uib.no/10.1016/j.cpr.2008.04.002

Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2010). Alliance ruptures and resolution. I J. C. Muran & J. P. Barber (Red), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*. (s. 74-94). New York, NY: The Guildford Press.

Foreman, S. A., & Marmar, C. R. (1985). Therapist actions that address initially poor therapeutic alliances in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 142(8), 922-926.

Freud, S. (1912). Recommendations for physicians on the psychoanalytic method of treatment. I P. Rieff (Red.) *Therapy and techniques* (s. 117-126). New York, NY: Collier Books.

Goldfried, M. R., Burckell, L. A., & Eubanks-Carter, C. (2003). Therapist self-disclosure in cognitive-behavior therapy. *In Session*, 59(5), 555-568. doi:

10.1002/jclp.10159

- Henretty, J. R., & Levitt, H. M. (2010). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: A qualitative review. *Clinical Psychology Review, 30*(1), 63-77. doi: 10.1016/j.cpr.2009.004
- Hill, C. E., Helms, J. E., Tichenor, V., Spiegel, S. B., O'Grady, K. E., & Perry, E. S. (1988). Effects of therapist response modes in brief psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 35*(3), 222-233. doi: 10.1037/0022-0167.35.3.222
- Hill, C. E., & Knox, S. (2002). Self-disclosure. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 255-265). New York, NY: Oxford University Press.
- Hill, C. E., Mahalik, J. R., & Thompson, B. J. (1989). Therapist self-disclosure. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 26*(3), 290-295. doi: 10.1037/h0085438
- Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology, 56*(2), 163-173. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 37-69). New York, NY: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (s. 25-69). New York, NY: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4), 561-

573. doi: 10.1037/0022-006X.61.4.561

Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting Psychology*, 38(2), 139-149.

Hougaard, E. (2004). *Psykoterapi: Teori og forskning*. Danmark: Dansk Psykologisk Forlag.

Joyce, A. S., & Piper, W. E. (1996). Interpretive work in short-term individual psychotherapy: An analysis using hierarchical linear modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 505-512. doi: 10.1037/0022-006X.64.3.505

Kazdin, A. E., & Whitley M. K. (2006). Pretreatment social relations, therapeutic alliance, and improvements in parenting practices in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 346-355. doi: 10.1037/0022-006X.74.2.346

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

Knox, S., Hess, S., Petersen, D., & Hill, C. E. (1997). A qualitative analysis of client perceptions of the effects of helpful therapist self-disclosure in long-term therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 44(3), 274-283. doi: 10.1037/0022-0167.44.3.274

Kolden, G. G. (1996). Change in early sessions of dynamic therapy: Universal processes and the generic model of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 489-496. doi: 10.1037/0022-006X-64.3.489

- Kuutmann, K., & Hilsenroth, M. J. (2012). Exploring in-session focus on the patient-therapist relationship: Patient characteristics, process and outcome. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 19*(3), 187-202. doi: 10.1002/cpp.743
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy, 38*(4), 357-361. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.357
- Lohser, B. M., & Newton, P. M. (1996). *Unorthodox Freud: The view for the couch*. New York, NY: Guilford Press.
- Mallinckrodt, B., Gantt, D. L., & Koble, H. M. (1995). Attachment patterns in psychotherapy relationship: Development of the client attachment to therapist scale. *Journal of Consulting Psychology, 42*(3), 307-317. doi: 10.1037/0022-0167.42.3.307
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Gaston, L. (1989). Toward the validation of the california therapeutic alliance rating system. *A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*(1), 46-52. doi: 10.1037/1040-3590.1.1.46
- Maroda, K. J. (1991). *The power of countertransference*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Messer, S. T., & Wolitzky, D. L. (2010). A psychodynamic perspective on the therapeutic alliance: Theory, research, and practice. I J. C. Muran & J. P. Barber (Red.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (s. 97-122). New York, NY: The Guilford Press.
- Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (2002). Attachment style. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and*

- responsiveness to patients* (s. 367-382). New York, NY: Oxford University Press.
- Moltu, C., & Veseth, M. (2008). Fra det fastlåste til det forløsende: Om å skape rom for endring i terapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *45*(8), 932-938.
- Muran, J. C., & Safran, J. D. (1998). Negotiating the therapeutic alliance in brief psychotherapy: An introduction. I J. C. Muran & J. D. Safran (Red.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (s. 3-14). Washington, DC: American Psychological Association.
- Muran, J. C., Safran, J. D., & Eubanks-Carter, C. (2010). Developing therapist abilities to negotiate alliance ruptures. I J. C. Muran & J. P. Barber (Red.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (s. 320-340). New York, NY: The Guilford Press.
- Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, *46*(2), 233-248. doi: 10.1037/a0016085
- Muran, J. C., Safran, J. D., Samstag, L. W., & Winston, A. (2005). Evaluating an alliance-focused treatment for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *42*(4), 532-545. doi: 10.1037/00333204.42.4.532
- Neumer, S. P., Martinsen, K. D., Gere, M., & Villabø, M. A. (2011). Kognitiv-atferdsterapeutiske programmer i klinikk: Utfordringer og muligheter. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *48*(1) 21-25.
- Newman, C. F. (1998). The therapeutic relationship and alliance in short-term

cognitive therapy. I J. C. Muran & J. D. Safran (Red.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (s. 95-122). Washington, DC: American Psychological Association.

Newman, C. F. (2013). *Core competencies in cognitive-behavioral therapy: Becoming a highly effective and competent cognitive-behavioral therapist*. New York, NY: Routledge.

Norsk Psykologforening (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. Hentet fra <http://www.psykol.no/Fag-og-profesjon/For-fagutoeverer/Fag/Evidensbasert-praksis/%28language%29/nor-NO>

Ogrodniczuk, J., & Piper, W. (2004). The evidence: Transference interpretations and patient outcomes - A comparison of "types" of patients. I D. P. Charman (Red.), *Core processes in brief psychodynamic psychotherapy: Advancing effective practice* (s. 165-184). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Piper, W. E., McCallum, M., Azim, H. F. A., & Joyce, A. S. (1993). Understanding the relationship between transference interpretations and outcome in the context of other variables. *American Journal of Psychotherapy*, 47(4), 479-493.

Price, P. B., & Jones, E. E. (1998). Examining the alliance using the psychotherapy process Q-set. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(3), 392-404. doi: 10.1037/h008765

Regan, A. M., & Hill C. E. (1992). Investigation of what clients and counselors do not say in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 39(2), 168-174. doi: 10.1037/0022.0167.39.2.168.

- Rhodes, R. H., Hill, C. E., Thompson, B. J., & Elliott, R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Journal of Counseling Psychology, 41*(4), 473-483. doi: 10.1037/0022-0167.41.4.473
- Rogers, C. R. (1973). The interpersonal relationship: The core of guidance. I C. R. Rogers & B. Stevens (Red.), *Person to person: The problem of being human* (s. 89-118). London: Souvenir Press.
- Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy, 27*(2), 154-165. doi: 10.1037/0033-3204.27.2.154
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 447-458. doi: 10.1037/0022_006X.64.3.447
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000a). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, NY: The Guilford Press.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000b). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and Integration. *Journal of Clinical Psychology, 56*(2), 233-243.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(3), 286-291. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.286
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy, 48*(1), 80-87. doi: 10.1037/a0022140
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy, 38*(4), 406-412. doi: 10.1037/0033_3204.38.4.406
- Samstag, L. W., Muran, J. C., & Safran J. D. (2004). Defining and identifying alliance

- ruptures. I D. P. Charman (Red.), *Core processes in brief psychodynamic psychotherapy: Advancing effective practice* (s. 187-214). New Jersey, Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Saunders, S. M. (2001). Pretreatment correlates of the therapeutic bond. *Journal of Clinical Psychology, 57*(12), 1339-1352. doi: 10.1002/jclp.1101
- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*(4), 637-645. doi: 10.1037/a0021175
- Stafset, L. K., Gomes, J. E. V., & Arnberg, K. (2011). Manualbasert terapi: Erfaringer, muligheter og utfordringer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 48*, 994-997.
- Stevens, C. L., Muran, J. C., & Safran J. D. (2003). Obstacles of opportunities?: A relational approach to negotiating alliance ruptures. I R. L. Leahy (Red.), *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change* (s. 274-294). New York, NY: The Guilford Press.
- Tetzchner, S. V. (2001). *Utviklingspsykologi: Barne- ungdomsalderen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Torgersen, A. M. K. (2013). Forklaringer på individuelle forskjeller i tilknytningsmønstre hos barn og voksne. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 50*(1), 16-22.
- Valla, B. (2010). Brukers medvirkning i psykoterapi: Behov for kompetanseutvikling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 47*(4), 308-314.
- Wachtel, P. L. (1993). *Therapeutic communication: Principles and effective practice*. New York, NY: Guilford Press.

Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York, NY: The Guilford Press.

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

Zachrisson, A. (2008). Motoverføringer og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjonen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(8), 939-948.