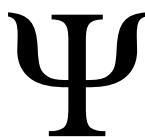




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



Terapeutisk allianse i familieterapi

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Lys Helene Haugstad Møller

Vår 2012

Veileder:

Roar Solholm

Forord

Først og fremst vil jeg takke Roar Solholm for god veiledning med nyttige råd og konstruktive tilbakemeldinger underveis i prosessen. Jeg vil også takke Kirkens familierådgivning Biskopshavn, der jeg var i eksternpraksis høsten 2011. Praksisen her bidro til at min interesse for familierterapi ble sterkere enn den allerede var. Her fikk jeg som terapeut oppleve utfordringene ved å balansere allianser med flere familiemedlemmer på en gang. I tillegg vil jeg takke Arild og Trond for gode datakunnskaper, og Trond for at han spanderte ferie til Egypt da oppgaven var ferdigskrevet. Videre vil jeg takke mamma, Anja og Marie for å ha lest gjennom oppgaven og kommet med konstruktive tilbakemeldinger, og Marie for generell støtte og gode diskusjoner gjennom skriveprosessen. Jeg vil også takke psykologspesialist Morten Anker for å ha lest gjennom oppgaven. I hans doktorgrad om tilbakemeldinger fra klienter i parterapi har allianse også vært et viktig fokus, og jeg setter pris på at en med mye kunnskaper på området har tatt seg tid til å lese gjennom og komme med tilbakemeldinger på oppgaven.

Abstract

The therapeutic alliance has been established as a consistent predictor of outcome in individual therapy with adults. In family therapy, research on the alliance is a relatively new field. The purpose of this literature review was to examine the association between the therapeutic alliance and outcome in family therapy. The study examines both the alliance between children/adolescents and therapist and the alliance between parents and therapist, and these alliances' relations with outcome. 26 articles were included, and a large number of these have found associations between both types of alliances and outcomes. There is a tendency for the alliance between parent and therapist to be more related with drop-out or retention than the alliance between youth and therapist. There is also a tendency for the alliance between youth and therapist to be more related with youths' psychological improvement. Split alliances seem to be related with drop-out. The studies are varied, and they have some methodological limitations. For these reasons, more studies on the associations between the alliance and outcome in family therapy are needed.

Sammendrag

Terapeutisk allianse er etablert som en konsistent prediktor for utfall i individualterapi med voksne. I familierterapi er allianse et relativt nytt forskningsfelt. Formålet med denne litteraturstudien var å undersøke sammenhengen mellom terapeutisk allianse og utfall i familierterapi. Studien fokuserer på alliansen mellom barn/ungdom og terapeut, samt alliansen mellom foreldre og terapeut, og ser på sammenhengen mellom disse ulike alliansene og utfall. 26 artikler ble inkludert, og mange av disse har funnet sammenhenger mellom begge typene allianser og utfall. Samtidig ser vi en tendens til at alliansen mellom foreldre og terapeut har større betydning for om familien fullfører terapien eller dropper ut, og at alliansen mellom ungdommer og terapeut henger mer sammen med psykologisk bedring hos ungdommene. I tillegg ser det ut til å være en sammenheng mellom splittede allianser og drop-out. På grunn av variasjon i studiene i tillegg til en del metodiske begrensninger, bør det forskes mer på sammenhengene mellom allianser og utfall i familierterapi.

INNHOLDSFORTEGNELSE

| | |
|--|-----------|
| FORORD | 1 |
| ABSTRACT | 2 |
| SAMMENDRAG | 3 |
| FELLESFAKTORER | 5 |
| TERAPEUTISK ALLIANSE | 9 |
| <i>Sammenhengen mellom allianse og utfall i individualterapi</i> | 11 |
| <i>Alliansemål</i> | 12 |
| TERAPEUTISK ALLIANSE I FAMILIETERAPI..... | 15 |
| <i>Utfordringer ved alliansebygging i familierapi</i> | 16 |
| <i>Hvordan skape allianser til flere samtidig?</i> | 18 |
| <i>Splittede allianser</i> | 19 |
| <i>Alliansedimensjoner i familierapi</i> | 22 |
| PROBLEMSTILLING | 27 |
| METODE | 28 |
| SØKEPROSEDYRE | 28 |
| INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER | 29 |
| UTVELGELSESPROSEDYRE | 29 |
| RESULTATER | 31 |
| METAANALYSE | 31 |
| FORSKJELLER I SAMMENHENGENE MELLOM ULIKE ALLIANSER OG UTFALL..... | 37 |
| SAMMENHENG MELLOM ULIKE ALLIANSEMÅL OG UTFALL | 38 |
| FAMILIERS AKTUELLE PROBLEM, ALLIANSER OG UTFALL..... | 40 |
| <i>Spiseforstyrrelser</i> | 40 |
| <i>Tvangslidelser</i> | 41 |
| <i>Barnemishandling og forsømmelse</i> | 42 |
| <i>Somatiske sykdommer hos ungdom</i> | 43 |
| <i>Atferdsproblemer og stoffmisbruk</i> | 44 |
| <i>Varierte problemer</i> | 47 |
| DISKUSJON | 49 |
| KAUSALITET, MEDIATORER OG MODERATORER | 51 |
| ALLIANSEMÅLENE VALIDITET OG RELIABILITET | 55 |
| BORDINS ALLIANSEBEGREP – LITE TILPASSET BARN OG UNGE?..... | 56 |
| ET UTVIDET ALLIANSEBEGREP NØDVENDIG I FAMILIETERAPI? | 57 |
| METODISKE UTFORDRINGER VED STUDIENE..... | 58 |
| BEGRENSNINGER OG STYRKER VED OPPGAVEN | 61 |
| VIDERE FORSKNING | 62 |
| KONKLUSJON | 64 |
| REFERANSER | 65 |
| APPENDIKS | 82 |

Terapeutisk allianse er en av flere fellesfaktorer i terapi, som har vist seg å henge sammen med positive behandlingsutfall (Lambert & Barley, 2001). Denne oppgaven vil primært omhandle sammenhengen mellom terapeutisk allianse og utfall i familierterapi, der det kan argumenteres for et bredere syn på allianser enn i individualterapi (Friedlander et al., 2005; Pinosof, Zinbarg, & Knobloch-Fedders, 2008). Både alliansen mellom barn/ungdom og terapeut (her kalt barne/ungdomsalliansen) og alliansen mellom foreldre og terapeut (her kalt foreldrealliansen) vil være i fokus. Først vil begrepsdefinisjoner og terapeutisk allianse i individualterapi bli gjennomgått, og ulike måter å måle alliansen på vil presenteres.

Fellesfaktorer

Fellesfaktorer er variabler som påvirker terapi, og som omhandler forholdet mellom terapeut og klient (Lambert & Barley, 2001). Lambert og Ogles (2004) har delt fellesfaktorene inn i tre typer: a) Støttefaktorer, b) læringsfaktorer og c) handlingsfaktorer. Eksempler på støttefaktorer er identifikasjon med terapeuten, positiv relasjon, struktur, terapeutisk allianse, tillit og varme, respekt, empati og aksept fra terapeuten. Læringsfaktorer kan være å få råd, korrigerende emosjonelle erfaringer, innsikt og tilbakemeldinger. Eksempler på handlingsfaktorer er atferdsregulering, modellering, risikotakning, øving og realitetstesting (Lambert & Ogles, 2004). De fellesfaktorene som har blitt mest studert er empati, varme og kongruens i tillegg til terapeutisk allianse (Lambert & Barley, 2001). Man kan se på fellesfaktorer som motsetningen til spesifikke faktorer – faktorer som antas å være unike for en spesifikk terapeutisk tilnærming eller modell, og som fører til endring (Wampold, 2001).

Lambert og Barley (2001) har gjennomgått en rekke studier som har sett på sammenhengen mellom ulike variabler og utfall i psykoterapi. Studiene som er gjennomgått består av et bredt spekter av diagnoser, behandlingsmetoder og måter å måle terapeut- og klientkarakteristika på. Forskerne kom fram til at 40 % av utfall i terapi kan forklares av

utenomterapeutiske endringer, 30 % kan attribueres til fellesfaktorer, 15 % til klientens forventninger/placebo og 15 % til spesifikke terapeutiske teknikker. Tallene som er presentert er estimater som ikke er utregnet direkte ut fra metaanalytiske teknikker, men forfatterne har regnet ut gjennomsnittstall med utgangspunkt i over 100 studier med statistiske analyser av prediktorer for utfall. Ut fra Lambert og Barleys (2001) studie viser det seg altså at det er fellesfaktorer som i størst grad bidrar til positiv endring hos klienter i terapirommet. Samtidig påpeker Lambert og Barley (2001) at dette ikke betyr at terapeuter ikke skal være opptatte av å bedre terapeutiske teknikker, men at den terapeutiske relasjonen fremskaffer konteksten der de spesifikke terapeutiske teknikkene virker inn. I og med at terapeutisk allianse er med på å fremme vellykkede utfall i terapi, er det viktig å trene opp nye terapeuter i relasjonelle evner, i tillegg til å fortsette å fokusere på terapeutisk allianse hos mer erfarne terapeuter (Lambert & Barley, 2001). Ifølge Sprenke og Blow (2004) er den slags tall Lambert og Barley (2001) viser til kun estimater, og bør ikke tolkes bokstavelig. Ut fra Lambert og Barleys (2001) studie blir det likevel viktig å forske på fellesfaktorer for å få et mer nyansert bilde av hva fellesfaktorer omhandler, hvordan de henger sammen med ulike problemer hos klienter og spesifikke terapeutiske teknikker, og hvordan terapeuter kan fremme fellesfaktorer.

Lampropoulos (2000) påpeker flere ulemper ved begrepet "fellesfaktorer". Han mener fellesfaktorer er vagt definert, og at de innenfor ulike teorier ikke er så like som de påstås å være. I tillegg hevder han at fellesfaktorer ikke er sensitive for individuelle forskjeller hos klienter og terapeuter. Han kritiserer derfor begrepet for å være for generelt og abstrakt til å kunne være veiledende for klinisk praksis (Lampropoulos, 2000).

Man kan skille mellom et radikalt og et moderat perspektiv på fellesfaktorer (Ogden, 2010). De som har et radikalt perspektiv mener at det er fellesfaktorer, ikke spesifikke faktorer, som forklarer det meste av variansen i behandlingsresultater. De tar utgangspunkt i at det ikke er forskjeller i utfall i terapi innen ulike kliniske tilnærminger, men at

fellesfaktorer som allianse er viktigst for behandlingsutfall (Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975; Wampold, 2001). Wampold (2001) sitt radikale syn på fellesfaktorer hadde opprinnelse i en metaanalyse utført av Wampold og medarbeidere (1997), der det ikke ble funnet forskjeller i behandlingseffekt i ulike former for psykoterapi. Dette resultatet ble tolket dit hen at det hovedsakelig var fellesfaktorer som forklarte varians i behandlingsutfall. Metaanalysen av Wampold et al. (1997) kodet ikke for nyere spesifikke intervensjonsmodeller som Multisystemisk terapi (MST; Henggeler, Melton, & Smith, 1992) og Funksjonell familierapi (FFT; Sexton, 2010, omtalt i Sexton et al., 2011) som er utviklet for spesifikke problemer (Sexton & Alexander, 2002). Dermed kan man ikke konkludere med manglende forskjeller mellom ulike kliniske tilnærminger ut fra Wampolds (1997) metaanalyse (Sexton, Alexander, & Mease, 2004). Det radikale perspektivet på fellesfaktorer har videre blitt kritisert for at dersom man mener at ingen behandling er bedre enn andre, vil det gi inntrykk av at hva man gjør i terapi ikke betyr noe. Slik risikerer man at empirisk validerte terapier og for eksempel tarotkort vurdert som likeverdige behandlingsformer (Sprenkle & Blow, 2004). Samtidig har Wampold (1997) kun tatt med "bona fide"-psykoterapier i metaanalysen, beskrevet som terapier utført av opplærte terapeuter, baserte på psykologiske prinsipper som blir sett på som gjennomførbare innenfor psykoterapi.

Sprenkle og Blow (2004) har et moderat syn på fellesfaktorer. De mener det finnes fellesfaktorer i de fleste former for vellykkede behandlinger, men at dette ikke betyr at det ikke finnes forskjeller mellom ulike behandlingsmodeller. De mener årsaken til at man har funnet minimale forskjeller i effekten i ulike psykoterapimodeller kan være at det eksisterer felles mekanismer for endring på tvers av effektive psykoterapitilnærminger. De foreslår at ulike modeller i stor grad fungerer fordi fellesfaktorene opererer gjennom dem – at modellene aktiverer felles endringsmekanismer. Noen hevder at dersom ulike modeller betyr lite, betyr den terapeutiske relasjonen alt. Ifølge Sprenkle og Blow (2004) er den terapeutiske relasjonen

en svært viktig faktor i behandlingsutfall, samtidig som en rekke andre fellesfaktorer også bør studeres nærmere. De mener man ikke trenger å se på fellesfaktorer versus spesifikke faktorer som enten/eller, men at det sannsynligvis finnes enkelte klienter, problemer, omgivelser og terapeuter der spesifikke modeller passer godt (Sprenkle & Blow, 2004).

Ifølge Orlinsky, Rønnestad og Willutzki (2004) er psykoterapi som fungerer effektivt mer enn bare et sett av tekniske prosedyrer, men også mer enn en varm og støttende relasjon mellom terapeut og klient. Både fellesfaktorer og spesifikke intervensjoner i terapi påvirker utfall, og utfall i terapi kan best forstås på en synergistisk måte. Klientens vansker og ressurser, i kombinasjon med terapeutens evner og begrensninger, påvirker utfall i terapi. Både relasjonsvariabler, spesifikke intervensjoner, hvordan klientens deltakelse foregår og hvordan terapeuten påvirker det som foregår i terapien, bidrar til utfall (Orlinsky et al., 2004). Flere tiår med psykoterapiforskning viser at både klienten, terapeuten, relasjonen mellom dem, behandlingsmetoden og konteksten bidrar til utfallet av terapien, og dermed bør forskere se på alle disse faktorene og hvordan de kan kombineres på en optimal måte (Norcross, Beutler, & Levant, 2006).

Sprenkle og Blow (2004) påpeker at man historisk sett ikke har vært særlig opptatt av fellesfaktorer i familierapi. I utviklingen av familierapi har teoretikere med ulike standpunkter fremmet sine meninger. Man har i tillegg vært opptatt av å finne løsninger på utfordrende vansker i enkeltfamilier. Dette kan ha bidratt til at man mente de unike modellene og metodene som ble utviklet for behandling i disse sakene var avgjørende for et vellykket utfall i hver sak. I tillegg kan man tenke seg at familierapeuter som har brukt mye energi på å lære seg en spesifikk modell, kan ha hatt vansker for å innse at modellen ikke var overlegen andre familierapimodeller. Det er også mindre sannsynlig at fellesfaktorer vil føre til like mye engasjement som en karismatisk guru innenfor en familierapimodell kan gjøre. Selv om studier viser at familierapi er effektivt, finnes det lite evidens for at noen former for

familieterapi er overlegne andre. Likevel kan det godt være spesifikke faktorer som er mer effektive på spesifikke problemer enn andre (Sprenkle & Blow, 2004), for eksempel har multisystemisk terapi for ungdom med atferdsvansker (Henggeler et al., 1992) og funksjonell familieterapi ved atferdsvansker hos ungdom (Sexton, 2010, omtalt i Sexton et al., 2011) vist seg å være mer effektive enn andre tilnærminger (Sexton et al., 2011). Ifølge Sprenkle og Blow (2004) er det tre fellesfaktorer som er unike for par- og familieterapi:

Relasjonsorientering (å omforme problemer til å handle om relasjoner), utvidet behandlingssystem (at flere enn den man identifiserer som pasient er med i terapien) og en utvidet terapeutisk allianse. Allianser formes mellom terapeuten og hvert familiemedlem, terapeuten og subsystemer innen familien, og terapeuten og familien som en helhet (Pinsof, 1995).

Terapeutisk allianse

Terapeutisk allianse kan bredt defineres som samarbeidsrelasjonen og den emosjonelle relasjonen mellom terapeut og pasient (Martin, Garske, & Davis, 2000). Alliansen er et sett av ulike prosesser som er avhengige av både terapeut og klient, og er dermed ikke kun en kvalitet hos terapeuten (Beutler, Machado, & Neufeldt, 1994). Forskere og terapeuter bruker forskjellige begreper for å beskrive ulike aspekter av relasjonen mellom terapeut og klient. Eksempler på dette er terapeutisk allianse, arbeidsallianse, terapeutisk bånd og hjelpeallianse. Til tross for at det finnes ulikheter mellom alliansebegrepene, har de fleste teoretiske definisjoner av alliansen fokus på temaene samarbeid, emosjonelt bånd og enighet om mål og oppgaver (Martin et al., 2000). Begrepene terapeutisk allianse og arbeidsallianse brukes om hverandre (Hershoug, 2002), og Bordin (1994) bruker begrepet terapeutisk arbeidsallianse.

Ifølge Bordin (1979) består alliansen av tre komponenter: emosjonelt bånd, oppgaver og mål. Det emosjonelle båndet er den affektive kvaliteten på relasjonen mellom terapeut og klient, og inkluderer tillit, omsorg og engasjement. Oppgavekomponenten går ut på i hvor stor

grad klienten og terapeuten er komfortable med aktivitetene i terapien, og i hvor stor grad klienten opplever aktivitetene er troverdige. Målkomponenten handler om i hvor stor grad terapeuten og klienten er enige om målene for terapien (Bordin, 1979). De tre komponentene henger nært sammen. Terapeutiske oppgaver er, ifølge Bordin (1994), spesifikke aktiviteter som vil fremme endring. For å bygge en levedyktig allianse er det viktig at terapeut og pasient blir enige om mål for terapien. Å oppnå enighet om mål krever at terapeuten er oppmerksom på pasientens sinnstilstand, bakgrunn og retningen på hva pasienten har vansker med. Bordin (1994) er her opptatt av å være oppmerksom på hvordan pasienten formulerer årsakene til å søke hjelp, og å stille spørsmål som er relevante for dette. Denne formen for oppmerksomhet fra terapeuten vil være nyttig for å skape mål for terapien i tillegg til å forme tillit og respekt. Klienten vil legge merke til at terapeuten lytter sensitivt, og tar klienten på alvor, i tillegg til å oppleve seg selv som en likeverdig som blir stilt relevante spørsmål. Det emosjonelle båndet i en terapeutisk allianse vokser fram gjennom at pasienten og terapeuten opplever en delt aktivitet. Båndet uttrykkes og føles ved at pasient og terapeut liker hverandre og stoler på hverandre. I tillegg er gjensidig respekt og en opplevelse av felles forståelse og forpliktelse i aktiviteten en del av det emosjonelle båndet. Dermed henger båndet nært sammen med den delte aktiviteten, og vil variere i sammenheng med oppgaver og mål (Bordin, 1994). Bordin (1994) påpeker at det kan være vanskelig for terapeuter å skille mellom oppgaver og mål. For eksempel kan en terapeut se det som sin oppgave å hjelpe pasienten å tilgi sine foreldre, noe som ifølge Bordin (1994) er et mål heller enn en oppgave.

Bordin (1979) ser på alliansen mellom terapeut og pasient som en av nøklene til endringsprosessen i terapi. Han påpeker at målene som settes og samarbeidsmåten som spesifiseres er nært forbundet med hvordan forholdet mellom terapeut og pasient utspiller seg. For eksempel vil relasjonen ses på som viktigere i en langtids- enn i en korttidsterapi. I det emosjonelle båndet mellom terapeut og pasient vil alltid et grunnleggende nivå av tillit være

nødvendig (Bordin, 1979). Bordins alliansebegrep har hatt stor innflytelse blant forskere innen psykoterapi (Safran & Muran, 2006).

Muran og Safran (1998) påpeker ulike årsaker til at en bred definisjon av terapeutisk allianse, slik Bordin (1979) har foreslått, ser ut til å være nyttig. For det første fremhever en slik definisjon at pasientens håp om bedring og tillit til at terapeuten kan hjelpe alltid vil være viktig for endringsprosessen. Videre understrekes det at ulike typer allianser er nødvendige avhengig av relevante oppgaver og mål i terapien (Muran & Safran, 1998).

Sammenhengen mellom allianse og utfall i individualterapi. Terapeutisk allianse er et av temaene det er forsket mest på innen psykoterapi (Safran & Muran, 2006). Selv om det finnes en rekke ulike terapiformer, er det kun svak evidens for at noen metoder er overlegne andre, og mange forskere er opptatte av at ulike terapiformer har fellesfaktorer som bidrar til endring (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011; Lambert & Ogles, 2004; Martin et al., 2000). Dette er antakelig en av årsakene til at terapeutisk allianse har blitt et så attraktivt forskningstema (Safran & Muran, 2006). I tillegg finnes det konsistent evidens for at kvaliteten på den terapeutiske alliansen predikerer utfall av terapi (Horvath & Symonds, 1991). Safran og Muran (2006) mener en av grunnene til at forskere innen psykoterapi forblir interesserte i den terapeutiske alliansen er et paradigmeskifte i psykoterapi, der man vektlegger viktigheten av relasjonelle faktorer i behandling. Flere studier har funnet en sammenheng mellom allianse og utfall i individualterapi. Martin et al. (2000) fant i sin metaanalyse at sammenhengen mellom terapeutisk allianse og utfall i individualterapi med voksne var moderat, men konsistent, med en gjennomsnittskorrelasjon på .22. En annen metaanalyse fant også at forholdet mellom allianse og utfall var robust, og at alliansen gjør rede for ca. 7.5 % av variansen i behandlingsutfall i individualterapi med voksne (Horvath et al., 2011). I en metaanalyse som har sett på sammenhengen mellom allianse og utfall i individualterapi med barn og unge, fant en vektet gjennomsnittskorrelasjon på .22 mellom

allianse og utfall (Shirk, Karver, & Brown, 2011). Det er ofte klientens vurdering av alliansen som betyr mest for utfallet i individualterapi, og klienten og terapeuten kan vurdere alliansen ulikt (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006).

Alliansemål. Det finnes ulike måter å måle terapeutisk allianse på, og flere alliansemål brukes både i individualterapi og i familierterapi. ”Working Alliance Inventory” (WAI) er basert på Bordins (1979) alliansebegrep, og er delt inn i 36 ledd, med 12 i hver av alliansekomponentene bånd, mål og oppgaver. Eksempler på ledd i klientversjonen av WAI er ”Jeg føler at terapeuten setter pris på meg” (bånd), ”Terapeuten og jeg samarbeider om å sette mål for terapien” (mål) og ”Jeg mener vi jobber med problemene mine på riktig måte” (oppgaver) (Horvath & Greenberg, 1989). WAI kan brukes for å vurdere alliansen ut fra klienters, terapeuters eller observatørers perspektiv. WAI har blitt revidert en gang, da ble det gjort små endringer i tre av leddene, og likertskalaen man vurderer på ble endret fra 5- til 7-punkt (Horvath, 1994a). WAI er også utviklet i observatørversjon (WAI-O; Tichenor & Hill, 1989) og i kortversjon (WAI-S; Tracey & Kokotovic, 1989). WAI er en av de mest brukte allianseskalaene i form av selvrappport, og denne skalaen har demonstrert svært høy reliabilitet og validitet (Horvath, 1994b). WAI korrelerer positivt med en rekke andre alliansemål – et tegn på at instrumentet måler alliansebegrepet presist (Horvath, 1994a). Horvath & Greenberg (1989) fant at WAIs reliabilitet varierte med alfaverdier fra .85 til .93, og at skalaen var korrelert med en rekke ulike utfallsmål. I en metaanalyse på allianse og utfall ble det funnet et totalt reliabilitetsmål på .84, Cronbachs alfa på .90, interaterreliabilitet på .92, og test-retest-reliabilitet på .73 (Martin et al., 2000).

”Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale-Revised” (VTAS-R) er en revidert utgave av ”Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale” (VTAS; Hartley & Strupp, 1983). VTAS-R består av 26 ledd som er ment å fange opp styrken på alliansen mellom individuelle familiemedlemmer og terapeuten. Alliansevurderingene baseres på observasjon av familiemedlemmers atferd og

interaksjoner mellom terapeut og familiemedlemmer i terapitimene. Hvert ledd vurderes på en likertskala fra 0 (ikke i det hele tatt) til 5 (i stor grad) (Diamond, Liddle, Hogue, & Dakof, 1999). VTAS-R består av tre faktorer: positiv relasjon, negativ relasjon og overfladiske/kjedelige interaksjoner. Eksempler på leddene i VTAS-R er ”Indikerer at han/hun oppfatter terapeuten som støttende” og ”Jobber sammenfor å håndtere ungdommens/familiens problem” (Robbins, Alexander, Turner, & Perez, 2003).

I flere ulike studier på allianse i familierapi har VTAS-R vist sterk interraterreliabilitet med ”intraclass correlational coefficients” (ICCs; McGraw & Wong, 1996) på .80-.93 og indre konsistens reliabilitet (alfaverdier på .93 - .98) (Diamond et al., 1999; Hogue, Dauber, Stambaugh, Cecero, & Liddle, 2006; Robbins et al., 2003; Shelef, Diamond, Diamond, & Liddle, 2005). Shrout & Fleiss (1979) rangerer ICC-reliabilitet slik: <.40 = svak, .40-.59 = middels, .60-.74 = god, og >.74 = svært god.

”The Therapeutic Alliance Scale for Children (TASC), utviklet av Shirk & Saiz (1992), er også en skala som bygger på Bordins (1979) alliansebegrep. I utviklingen av TASC gjorde man et skille mellom barnets affektive opplevelse av terapien, og barnets verbalisering. Verbalisering beskrives som barnets samarbeid i forhold til oppgaver i terapien - å snakke om problemer og uttrykke følelser. TASC er et spørreskjema med en versjon for terapeuten og en for barnet. Et eksempel på et ledd barn skal svare på er ”Jeg liker å tilbringe tid sammen med legen min”, og et eksempel på et ledd i terapeutversjonen er ”Barnet ser ut til å ønske at timen skal bli ferdig fort” (Shirk & Saiz, 1992). Det finnes også en revidert utgave av TASC (TASC-R; Creed & Kendall, 2005). I utviklingen av TASC ble indre konsistens reliabilitet undersøkt. For barn ble det funnet alfaverdier på bånd på .72, negativitet på .74 og verbalisering på .67, og for terapeuter var alfaverdiene på bånd .88, negativitet på .72, verbalisering på .87 (Shirk & Saiz, 1992). I en studie på sammenhengen mellom allianse og utfall i terapi med ungdom og deres foreldre ble det funnet svært høy indre konsistens for

ungdomsalliansen, med alfa på .93, og høy test-retest reliabilitet med $r = .79$ (Hawley & Weisz, 2005). I den reviderte utgaven av TASC (TASC-R; Creed & Kendall, 2005) har indre konsistens reliabilitet variert med alfaverdier fra .85 til .98 (Creed & Kendall, 2005; Kazdin & Whitley, 2006; Keeley, Geffken, Ricketts, McNamara, & Storch, 2011).

”The Adolescent Therapeutic Alliance Scale” (ATAS) er et observasjonsbasert instrument som er ment å måle fremtredende dimensjoner av alliansen mellom ungdom og terapeut i enhver form for rådgivningssituasjon (Johnson, Hogue, Diamond, Leckrone, & Liddle, 1998, omtalt i Faw, Hogue, Johnson, Diamond, & Liddle, 2005). ATAS har bakgrunn i Bordins (1979) alliansebegrep i tillegg til pasientbidrag versus pasient-terapeut-bidrag til alliansen. I utviklingen av ATAS tok man utgangspunkt i VTAS, slettet noen ledd, endret noen ledd, og skapte noen nye ledd. ATAS består av 14 ledd, delt inn i de to subskalaene pasientbidrag og pasient-terapeut-bidrag, der hvert ledd reflekterer bånd, oppgaver eller målkomponenten av alliansen. Eksempler på ledd i ATAS er ”I hvor stor grad snakker ungdommen fritt, åpent og ærlig med terapeuten om tanker, følelser og atferd” og ”I hvor stor grad delte ungdommen og terapeuten et felles syn på de generelle målene i terapien”. Hvert ledd vurderes på en 6-punkts likertskala som går fra 0 (ikke i det hele tatt) til 6 (i stor grad) (Faw et al., 2005). Faw og medarbeidere (2005) har i en studie undersøkt reliabilitet og validitet for alliansemålet ATAS. Indre konsistens reliabilitet ble estimert ved Cronbachs alfa, som var på .90. De undersøkte interaterreliabilitet, og her ble syv ledd vurdert som gode, seks som middels og ett som svakt. Når det gjelder konvergerende validitet, er det funnet moderate til høye effektstørrelser, noe som gir evidens for solid konvergerende validitet (Faw et al., 2005).

”Therapeutic Alliance” (TA) er et spørreskjema utviklet av Douchette & Bickman (2000, omtalt i Harvey, 2008). Dette alliansemålet er utviklet for å undersøke klienters opplevelse av aksept og samarbeid i tillegg til deres motstand og/eller negative reaksjoner på

terapeuten. Eksempler på ledd i TA er ”Mitt barns terapeut respekterer meg”, ”Mitt barns terapeut hjelper meg å kommunisere bedre med barnet mitt”, ”Terapi er bortkastet tid for familien vår” (Harvey, 2008), ”Jeg liker terapeuten min” og ”Terapeuten min fokuserer på ting som ikke er viktige for meg” (Bickman et al., 2004). Ut fra en studie er reliabiliteten (alfaverdier) for måleskalaen TA rapportert for de tre underskalaene motstand, gjensidig aksept og samarbeidende arbeidsrelasjon på henholdsvis .83, .86 og .90 (Bickman et al., 2004).

”Relationship with therapist”-subskalaen i ”The Barriers to Treatment Participation Scale” (BTPS; Kazdin, Holland, Crowley, & Breton, 1997) kan også brukes som alliansemål. BTPS tar utgangspunkt i at familier har ulike barrierer som hindrer deltakelse i behandling. Slike barrierer inkluderer tanker om at terapi er krevende, tanker om at terapi sannsynligvis ikke hjelper, og en svak allianse med terapeuten. BTPS er i spørreskjemaformat, og består av 44 ledd. 6 av leddene handler om alliansen, og inkluderer i hvor stor grad man liker terapeuten, oppfattet støtte fra terapeuten og i hvor stor grad man åpner seg for terapeuten (Kazdin et al., 1997). I en studie av Ellis, Berio, Carcone og Naar-King (2012), der ”Relationship with therapist”- underskalaen av BTPS ble brukt som alliansemål, var Cronbachs alfa på .89.

Terapeutisk allianse i familierterapi

I motsetning til individualterapeuter, mener familierapeuter at de dominerende kreftene i menneskers liv er lokalisert utenfor individet, i familien. Terapi basert på et slikt utgangspunkt rettes mot å forandre familiens organisering. Når familiens organisering endres, vil dette påvirke alle familiemedlemmene. Familierterapi handler ikke bare om å endre individuelle klienter i deres kontekst, men forandring skjer i hele familien. Dermed kan forbedringer bli langvarige fordi hvert familiemedlem endres og fortsetter å bidra til å endre hverandre (Nichols & Schwartz, 2001).

Fordi menneskers atferd foregår i relasjon til andre, kan man ofte løse problemer ved å hjelpe folk til å endre måten de interagerer med andre på. Dette kan gjøres gjennom familierapi. Her samler man foreldre og barn for å arbeide med å endre samspillet mellom dem. Istedenfor å isolere individer fra det som ofte er den emosjonelle opprinnelsen til konfliktene deres, tar man utgangspunkt i familiesamspillet som kilden til problemene (Nichols & Schwartz, 2001).

Det finnes en rekke ulike former for familierapier, blant annet tilknytningsbaserte, kortvarige strategiske, multisystemiske, multidimensjonelle, funksjonelle og psykoedukasjonsbaserte. Strategiene for endring som brukes i dagens familierapier har grunnlag i empirisk kunnskap om familier og det aktuelle problemområdet, og empirisk testing av effektiviteten av intervensjoner. Dagens metoder er også basert på utviklingspsykologi, personlighet og psykopatologi, og i hvilke omstendigheter tilnærmingen har oppstått. De ulike tilnærmingene fokuserer nesten uten unntak på alliansebygging som en nøkkelingrediens i behandling. At allianser skapes og opprettholdes i familierapi muliggjør deltakelse i terapien, noe som igjen muliggjør sjansen for å få nytte av terapien (Lebow, 2005).

I denne oppgaven vil alliansebegrepet brukes om alliansen mellom hvert familiemedlem og terapeuten, heller enn om relasjoner mellom familiemedlemmene. Alliansen mellom barn og terapeut vil kalles barnealliansen, alliansen mellom ungdom og terapeut kalles ungdomsalliansen, og alliansen mellom foreldre og terapeut kalles foreldrealliansen.

Utfordringer ved alliansebygging i familierapi. Alliansebygging blir mer komplekst i familierapi enn i individualterapi fordi man i familierapien må bygge allianser med flere enn én person. Det kan være utfordrende å bygge allianser med flere, spesielt dersom familiemedlemmene har motstridende motiver for å søke hjelp. At familier som søker

hjelp ofte er i akutt konflikt med hverandre, er en annen årsak til at det kan bli vanskelig å etablere sterke allianser. I individualterapi velger pasienten hva som skal fortelles eller ikke fortelles til terapeuten. I familierterapi kan man derimot avsløre informasjon om andre familiemedlemmer, og hvert familiemedlem vil dermed ikke ha kontroll på hva som kan avsløres om dem selv (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006). Det som har blitt sagt i en familierapitimer, kan ikke lett legges vekk, men følger fortsatt familien når de reiser hjem sammen (Friedlander, Escudero, Horvath et al., 2006). Ulike faktorer kan gjøre det lettere å etablere et bånd med noen familiemedlemmer enn andre. Eksempler på slike faktorer er kjønn, alder, rase, etnisitet og religion. Barn oppfatter ofte automatisk terapeuter som allierte med foreldrene (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006).

En av de største utfordringene i familierterapi handler altså om å skape terapeutiske relasjoner med flere familiemedlemmer i et miljø kjennetegnet av konflikt, emosjonalitet, sårbarhet og trusler. Dette kan være vanskelig både for nye og erfarne terapeuter. Terapeuten kan identifisere seg for mye med ett av familiemedlemmene, overbeskytte en annen eller dele familiens opplevelse av hjelpeløshet – noe som kan vanskeliggjøre alliansen med familien. Familierapitimer er ofte mer høylytte og åpent konfliktfylte enn individualrapitimer. Familiemedlemmene kan ha ulik motivasjon, ulike mål og ulike oppfatninger om hvordan endring bør foregå (Rait, 1998). Likevel er ikke alle prosesser i familierterapi er like problematiske. I noen familier er alle familiemedlemmene enige i at de har behov for hjelp, og de har diskutert vanskene sammen før de møter terapeuten.

Tradisjonelt har man sett på familierapeutens rolle som et ”trafikkpoliti” i samtalen eller som en som bruker teorispesifikke teknikker, heller enn en som skal etablere varme relasjoner til klientene. Nylig har interessen for allianse økt innen familierapifeltet (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006).

Hvordan skape allianser til flere samtidig? Allianser i familierterapi er, som i individualterapi, varierende i retning, styrke og betydning over tid. Tidlig i terapien er det viktig at terapeuten jobber for å skape trygghet og å involvere alle familiemedlemmene, i tillegg til å identifisere et felles utgangspunkt som alle familiemedlemmer kan være enige om (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006). I løpet av terapien blir det emosjonelle båndet mellom terapeut og familiemedlemmer mer intenst. Da minker intensiteten på emosjonelle bånd mellom familiemedlemmer i terapirommet, og terapeuten blir et viktigere selvobjekt for familiemedlemmene enn de er for hverandre. Når terapien nærmer seg avslutning skjer det en motsatt prosess der terapeuten blir mindre viktig, og familiemedlemmene blir mer viktige for hverandre. Gjennom terapiprosessen går terapeuten inn i, blir en del av, og forlater klientsystemet. For å styrke alliansen til noen familiemedlemmer, kan terapeuten velge å kun ta inn deler av familien i terapi noen av timene. Terapeuten kan også ha enkelttimer med familiemedlemmer, for å vise støtte til spesifikke individer. Noen familiemedlemmer trenger lengre tid enn andre på å få tillit til terapeuten, og terapeuten bør da gi dem tiden de trenger (Pinsof, 1995).

Det finnes ulike måter å jobbe på for å skape og opprettholde allianser til flere familiemedlemmer samtidig. Terapeuten kan ivareta flere familiemedlemmer samtidig ved å ivareta ett familiemedlem samtidig som terapeuten henvender seg til en annen, for eksempel ved å si til mannen at kona virker lei seg, og be ham om å snakke til henne på en måte som gjør henne mindre trist. Terapeuten kan også utfordre familiens interaksjonsmønster samtidig som hun støtter hvert familiemedlem, for eksempel ved å fortelle familien at til å være så oppegående personer, har de klart å skape et vanskelig familiesamspill. I noen tilfeller kan terapeuten velge å knytte seg til ett av familiemedlemmene i terapiprosess samtidig som en annen får støtte i terapiens innhold. Et eksempel på dette vil være at terapeuten setter seg

nærmere datteren i familien (støtte i prosess) og så ber moren fortelle noe viktig hun har å si til datteren (støtte i innhold) (Rait, 1998).

Splittede allianser. Splittede allianser kan defineres som forskjeller innen familien i det emosjonelle båndet med terapeuten (Muñiz de la Pena, Friedlander, & Escudero, 2009). Splittelsen kan oppstå ut fra uenigheter om mål og oppgaver i terapien, men slike uenigheter er ikke nødvendige for at en splittet allianse skal oppstå. En splittet allianse med terapeuten kan reflektere en splittelse innen familien, der familiemedlemmers uenigheter om å gå i behandling beveger seg fra en polarisering om behovet for hjelp til en polarisering om terapeuten som person. Familiemedlemmene kan for eksempel være uenige om hvor god terapeuten er, om terapeuten virkelig bryr seg og om terapeuten gir dem den hjelpen de trenger. Den splittede alliansen med terapeuten kan forekomme som en følge av familiens egen splittelse, eller den kan oppstå i løpet av perioden familien går i terapi (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006).

Når familiemedlemmer i utgangspunktet er uenige om å gå i terapi eller om hvilke tema som skal tas opp i behandlingen, vil noen familiemedlemmer være mer emosjonelt tilgjengelige for terapeuten enn andre. Ved større grad av enighet mellom familiemedlemmer, kan ulike oppfatninger utvikle seg om familiemedlemmenes opplevelse av terapeuten og terapien. De som føler seg mer komfortable med terapeuten, vil sannsynligvis vurdere timene mer positivt enn de som føler seg mindre komfortable. I tillegg kan familiemedlemmer som opplever at terapeuten ikke har gitt dem nok oppmerksomhet, bli mindre villig til å jobbe mot felles mål i terapien. Når familiemedlemmer har noe å skjule, skammer seg eller frykter at de vil bli pålagt skyld, er det en naturlig reaksjon at motstanden mot terapien endres til en nedvurdering av terapeuten. Selv når en slik motstand er lav, kan det være ulikheter i hvordan familiemedlemmer foretrekker å interagere, og det kan være at terapeutens personlighet ikke

passer sammen med hvert enkelt familiemedlems foretrukne interaksjonsmåte (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006).

Både terapeuten og familien er med på å bidra til om allianser blir splittede eller like sterke mellom terapeuten og alle familiemedlemmer. Terapeutens evner, erfaringer og holdninger i tillegg til familiens karakteristika, motivasjon, problemer og struktur er av betydning. Interaksjonen mellom terapeutens kvaliteter og hvert enkelt familiemedlems kvaliteter er også med på å bidra til styrken på alliansen (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006).

I en studie av amerikanske og spanske familier, ble det funnet at de fleste familiene som droppet ut av terapien hadde en moderat eller alvorlig splittet allianse i minst én terapitime. Samtidig så man at splittede allianser ikke nødvendigvis førte til drop-out, da de fleste familier med splittede allianser ikke droppet ut av terapien. Selvrapporterte splittede allianser opptrådte hyppig både i amerikanske og spanske familier, og nesten alle terapeutene i studien behandlet familier der splittede allianser forekom. Familiene ble, i tillegg til at de fylte ut spørreskjema om allianse, observert, og familiemedlemmene oppfattet at det var større forskjeller innad i familien i terapeutiske bånd enn det så ut til ut fra observert atferd (Muñiz de la Pena et al., 2009). Ut fra denne studien ser splittede allianser i familieterapi ut til å være et relativt normalt fenomen. I og med at det opptrådte splittede allianser i de fleste familiene som droppet ut av terapien i denne studien, kan det være nyttig å undersøke bakgrunnen for splittede allianser, og hvordan man kan jobbe for å unngå splittede allianser.

For å fremme sterke allianser i individualterapi er empati, åpenhet, utforsking, erfaring, interpersonlige evner (som evne til å skape håp) og kommunikasjonsstil (som å være tydelig og forståelsesfull) viktige ingredienser hos terapeuten (Horvath & Bedi, 2002, omtalt i Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006). I familieterapi vil det være logisk å anta at fravær eller negative dimensjoner av disse kvalitetene kan føre til splittede allianser. En

essensiell betingelse for å unngå splittede allianser i familierterapi, vil være å identifisere terapeutiske mål som systemendringer heller enn individendringer, noe som vil fremme en opplevelse av rettferdighet hos familiemedlemmene. For eksempel kan man se det som et mål å hjelpe familien med overgangen til et nytt stadium, heller enn å formulere målet som ”å hjelpe datteren å flytte hjemmefra” (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006). Klienter i familierterapi har en tendens til å vurdere alliansen som mindre gunstig dersom terapeuten tar lite styring i terapien (Friedlander & Heatherington, 1989), og dermed kan splittede allianser forebygges ved at terapeuten tar større grad av styring i terapien.

I tillegg til å vise empati overfor hvert enkelt familiemedlem, må terapeuten forsøke å forstå hvilke strukturelle og dynamiske krefter innenfor familiesystemet som kan føre til en splittet allianse. Likevel kan splittede allianser forekomme under ulike typer omstendigheter, og ikke alle splittede allianser kan repareres (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006).

For å kunne reparere splittede allianser, må man først finne ut hvor intens splittelsen er. Om en terapeut klarer å oppnå en god relasjon igjen etter en splittet allianse har forekommet, avhenger av hvordan terapeuten tilnærmer seg klienten, hvor sterkt det emosjonelle båndet mellom dem har vært tidligere, familiens innstilling og klientens personlige motivasjon til at alliansen skal styrkes igjen. Noen terapeuter har ferdigheter til å kunne jobbe direkte med splittelsen sammen med hele familien, men det kan også brukes mer subtile metoder. Bruk av humor, å variere den terapeutiske konteksten og å være strategisk indirekte er eksempler på slike metoder (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006). Humor kan gjenopprette emosjonelle bånd i tillegg til at klienten vil oppfatte at terapeuten ser ham/henne som en person heller enn et problem (Reynes & Allen, 1987, omtalt i Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006). Man kan variere den terapeutiske konteksten ved å møte klienten man har en svakere allianse med alene. I en slik individualtime kan terapeuten fokusere på å vise empati og forståelse overfor klienten, og dette kan føre til en forbedring

eller gjenopprettelse av det emosjonelle båndet. En annen måte å variere konteksten på er å invitere en person utenfor familien med i en time sammen med den klienten det har oppstått en splittelse med. For eksempel kan det bli lettere for en ungdom å være åpen overfor terapeuten dersom en venn av ungdommen er med inn i terapirommet (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006). Å være strategisk indirekte går ut på at terapeuten får fram et poeng uten å gjøre et familiemedlem forlegen eller bli konfrontert foran resten av familien (Friedlander et al., 1994, omtalt i Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006). For eksempel kan dette være at terapeuten forteller en mor at han er bekymret for datteren hennes og at han ønsker å hjelpe datteren. Datteren er da til stede i rommet uten å bli konfrontert direkte med terapeutens innspill. Slik kan datteren få mulighet til å legge merke til terapeutens empati overfor henne, uten at hun trenger å gi noe tilsvarende på det terapeuten sier.

Det er forsket lite på splittede allianser i familieterapi. Forskningen som er gjort, tyder på at splittede allianser er vanlige og ofte uunngåelige, og fører til ulike utfordringer for terapeuter. Hvis splittede allianser ikke repareres på en god måte, kan dette føre til at familien slutter å gå i terapi eller søker hjelp et annet sted. Det som starter som en splittet allianse i familieterapi kan i verste tilfelle føre til at familien splittes (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006).

Alliansedimensjoner i familieterapi. I familieterapi kan det argumenteres for at flere aspekter enn dem i Bordins (1979) alliansebegrep er viktige for klientene.

Integrative Psychotherapy Alliance. ”Integrative Psychotherapy Alliance”-modellen (IPA) ble utviklet av Pinsof og Catherall i 1986. IPA er en systemisk teori om alliansen i terapi med individer, par og familier (Pinsof et al., 2008). Ut fra denne teorien eksisterer den terapeutiske alliansen samtidig på ulike nivåer mellom og innen pasientsystemet og terapeutsystemet, uansett hvor mange mennesker som er direkte involvert i terapien (Pinsof, 1995). Alliansen deles inn i to dimensjoner i IPA-modellen: Innholdsdimensjonen og den

interpersonlige dimensjonen. Innholdsdimensjonen omfatter de samme komponentene som i Bordins (1979) alliansebegrep: mål, oppgaver og emosjonelle bånd. Oppgavedimensjonen handler om grad av enighet om oppgaver i terapien både mellom familiemedlemmer og terapeut, og graden av behag eller engstelse de ulike deltakerne opplever når de utfører oppgaver i terapi. Måldimensjonen går ut på graden av enighet mellom terapeut og familiemedlemmer om hva målene i terapien er og i hvor stor grad de investerer i disse målene. Bånddimensjonen går ut på de affektive og psykodynamiske aspektene av forholdet mellom terapeut og pasientsystemer. Den går ut på i hvor stor grad pasientene stoler på, respekterer, bryr seg om og føler seg ivaretatt av terapeuten, og ut fra et psykodynamisk perspektiv inkluderer dimensjonen også overføringer (Pinsof, 1994).

Den interpersonlige dimensjonen består av fire komponenter: ”Selv – terapeut”, ”Andre – terapeut”, ”Gruppe – terapeut” og ”Innen systemet”. ”Selv – terapeut” er alliansen mellom klienten og terapeuten. ”Andre – terapeut” er klientens opplevelse av alliansen mellom andre som står klienten nær og terapeuten. ”Gruppe – terapeut” går på alliansen mellom klientens nære andre inkludert klienten selv, og terapeuten. ”Innen systemet” handler om hvordan klienten oppfatter alliansen mellom seg selv og dem som er viktige for ham/henne, og terapeuten er ikke inkludert her (Pinsof et al, 2008).

Det er utviklet tre ulike måleinstrumenter med utgangspunkt i IPA. Disse er ”Individual Therapy Alliance Scale” (ITAS), ”Couple Therapy Alliance Scale” (CTAS) og Family Therapy Alliance Scale (FTAS). Alle tre er selvrappoteringsinstrumenter som brukes av klienter (Pinsof et al., 2008). Det finnes også reviderte utgaver av instrumentene (IPAr; Pinsof, 1994), da ”Innen system”-dimensjonen ikke opprinnelig var med i IPA (Pinsof et al., 2008). I de reviderte utgavene kalt ITASr, FTASr, og CTASr er det lagt til flere ledd enn i de opprinnelige utgavene, og de nye leddene er ment å fange opp ”innen system”-dimensjonen

(Pinsof, 1995). Det er også utviklet kortversjoner av de tre måleinstrumentene (Pinsof et al., 2008).

Innholdsdimensjonen og den interpersonlige dimensjonen i IPA kan formes grafisk som en 3 x 4-modell, der mange sameksisterende typer og nivåer av allianser kan beskrives. De tre delene av innholdsdimensjonen, oppgaver, mål og bånd kombineres i modellen med de fire delene av det interpersonlige systemet: ”selv – terapeut”, ”andre – terapeut”, ”gruppe – terapeut” og ”innen systemet” (Pinsof et al., 2008). Enhver familie som går i terapi har en unik allianseprofil, som vanligvis endrer seg gjennom terapiforløpet (Pinsof, 1995). En rekke forskning støtter denne måten å se på terapeutisk allianse på (Johnson & Wright, 2002). For eksempel fant Heatherington & Friedlander (1990) støtte for FTAS ved å måle alliansen etter tredje til sjette terapitime, og fant at oppgavekomponenten var korrelert med dybde i timen. Oppgaver og bånd var korrelert med flyten i timen (Heatherington & Friedlander, 1990). Johnson (1998) har funnet at klientrapporterte endringer i reduserte symptomer og forbedrede mellommenneskelige relasjoner kunne forklares av familiealliansen. I en annen studie der FTAS ble brukt som måleinstrument av alliansen ble det funnet at alliansen mellom familiemedlemmer og terapeuten forklarte 39 % av variansen assosiert med endringer i symptomtrykk for ungdom, 19 % for mødre og 55 % for fedre (Johnson, Wright, & Ketring, 2002)

Evidens støtter sammenhengen mellom ITAS, CTAS, FTAS og utfall i terapi med individer, par og familier. I forskning finner man god støtte for en multisystemisk og utvidet alliansemodell både med individer, par og familier (Pinsof et al., 2008). Pinsof og medarbeidere (2008) mener at å kun se på alliansen som en del av forholdet mellom terapeut og klient blir utilstrekkelig, og at viktige aspekter ved klientens opplevelse av alliansen da utelukkes. I terapi kan det være nyttig å få avklart i hvor stor grad klientenes nære andre støtter terapien. Hvis ”Innen system” og ”Andre – terapeut”-dimensjonene i alliansen er lave

kan man invitere viktige andre med inn i terapien og jobbe med å styrke disse dimensjonene, noe som videre kan føre til fremgang i terapien (Pinsof et al., 2008).

Ifølge Pinsof og medarbeidere (2008) har FTAS god til svært god indre konsistens reliabilitet. Pinsof og Catherall (1986, omtalt i Johnson et al., 2002) rapporterte en test-retest reliabilitet på .83 for FTAS. Indre konsistens reliabilitet har også blitt undersøkt ved FTAS, og det har blitt rapportert alfaverdier på .94 for den totale skalaen, .90 for oppgaver, .80 for mål og .81 for bånd (Heatherington & Friedlander, 1990, omtalt i Johnson et al., 2002). Pinsof og Catherall (1989, omtalt i Johnson & Ketring, 2006) mener at FTAS har innholdsvaliditet, og forskning har etablert den prediktive validiteten for FTAS (Heatherington & Friedlander, 1990, omtalt i Johnson & Ketring, 2006; Johnson et al., 2002).

System for Observing Family Therapy Alliances. I terapi med familier er emosjonelle bånd og enighet om mål og oppgaver sentralt, men to andre unike aspekter er også viktige: I hvor stor grad familiemedlemmene føler seg trygge på å diskutere vansker foran resten av familien (Friedlander & Tuason, 2000) og i hvor stor grad familiemedlemmene er enige om behovet for, verdien av og meningen med terapi (Rait, 1998).

”System for Observing Family Therapy Alliances”, forkortet SOFTA er utviklet av Friedlander og medarbeidere. De påpeker at Pinsof & Catheralls instrumenter for å måle allianser i familieterapi har hovedfokus på terapeutatferd (Friedlander et al., 2005), og man vet lite om hvilke observerbare atferder som er med på å predikere en sterk allianse i familieterapi (Friedlander & Tuason, 2000). På bakgrunn av dette gjør familieterapeuter vurderinger av allianser kun ut fra kliniske ferdigheter (Friedlander et al., 2005). SOFTA brukes for å måle styrken på terapeutiske allianser i familieterapi ut fra observerbar atferd. En viktig del av SOFTA går ut på å identifisere familiemedlemmers interaksjoner både med terapeuten og med hverandre (Friedlander, Escudero, Horvath et al., 2006). SOFTA har ikke ett teoretisk utgangspunkt, men er ment å reflektere aspekter av allianse på tvers av teori. Den

er delt inn i fire dimensjoner: Engasjement i den terapeutiske prosessen ("Engagement in the therapeutic process"), emosjonelt bånd med terapeuten ("Emotional connection to the therapist"), trygghet innen det terapeutiske systemet ("Safety within the therapeutic system") og delt formålsoppfatning innen familien ("Shared sense of purpose within the family"). De to sistnevnte dimensjonene reflekterer hvordan familieterapi skiller seg fra individualterapi. Delt formålsoppfatning innen familien ble inkludert i SOFTA fordi ulike familiemedlemmer ofte ser ulikt på terapien (Friedlander et al., 2005), og det er vanlig at splittede allianser forekommer (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006). Dimensjonen handler om grad av enighet i familien rundt samarbeid og mål i terapien, og reflekterer Pinsofs (1994) "Innen system"-dimensjon. Trygghet innen det terapeutiske systemet handler om hvor trygg man føler seg på å være åpen og sårbar i terapirommet, og om troen på at familiekonflikter kan løses uten at noen tar skade av det (Friedlander et al., 2005). Innenfor SOFTA er det utviklet to ulike verktøy: SOFTA-o og SOFTA-s, der førstnevnte er et observasjonsverktøy mens sistnevnte er et selvrapporteringsverktøy (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006).

Friedlander, Escudero, Horvath og medarbeidere (2006) fant i studier av par og familier i Canada, USA og Spania at klienters allianserelaterte atferd predikerte deres tanker og følelser om alliansen, kvaliteten på verbal kommunikasjon med terapeuten og hvordan de vurderte bedring midtveis i behandlingen. Forskerne antar at styrken på hver av de fire alliansedimensjonene i SOFTA reflekteres i klientenes atferd og at man kan trekke slutninger om klienters følelser, tanker, holdninger om behandlingsprosessen, forholdet til terapeuten og forholdet til de andre familiemedlemmene ut fra klientenes observerte atferd (Friedlander, Escudero, Horvath et al., 2006).

Under utviklingen av SOFTA, ble validitet og reliabilitet undersøkt (Friedlander, Escudero, Horvath et al., 2006). Interraterreliabiliteten varierte fra .74 (trygghet innen det terapeutiske systemet) til .95 (delt formålsoppfatning). I tillegg ble det gjort kjent-grupper

validitetstester. Det gikk ut på at studenter innen familierapi vurderte videoer med rollespilte familierapitimer. Hver videosnutt var ment å vise enten høy eller lav grad av engasjement, emosjonelt bånd, trygghet eller delt formål. Studentene vurderte det som skjedde i videoene på en 7-punkts skala, og det ble funnet at høye og lave nivåer for hver alliansedimensjon ble oppfattet presist av studentene, med høyt signifikante resultater (Friedlander, Escudero, Horvath et al., 2006).

Problemstilling

Denne oppgaven vil gi en systematisk oversikt over studier som har sett på sammenhengen mellom allianse og utfall i familierapi. Hovedproblemstillingen er: Hvordan skiller sammenhengen mellom foreldrealliansen og utfall seg fra sammenhengen mellom barne/ungdomsalliansen og utfall? Oppgaven vil se på om det er noen forskjeller i sammenhengen mellom disse to alliansene og utfall, og om noen allianser har større sammenheng med visse utfallsmål enn andre. Den vil også gjøre rede for sammenhengen mellom ulike alliansemål og utfall. I tillegg kan det være ulikheter i sammenhengene mellom allianser og utfall ved forskjellige typer problematikk i en familie, noe oppgaven også vil se nærmere på.

Friedlander, Escudero, Heatherington & Diamond (2011) har laget en systematisk litteraturgjennomgang og metaanalyse på temaet allianse i par- og familierapi. Min oppgave skiller seg fra deres studie ved at jeg kun ser på familier, ikke par. I tillegg har Friedlander et al. (2011) sett på gjennomsnittet av sammenhengen mellom allianse og utfall i familierapi, mens jeg ser på forskjellene mellom ulike allianser (foreldrealliansen og barne/ungdomsalliansen) og utfall i familierapi. Forskere har argumentert for at kun å legge sammen eller regne ut et gjennomsnitt av ulike familiemedlemmers allianseskårer for å få en "total" familieskåre er villedende da dette tilslører de enkelte klientenes skårer (Muñiz de la

Pena et al., 2009). Dermed kan det være nyttig å se på alliansene mellom hvert enkelt familiemedlem og terapeut, og vurdere i hvilken grad de skiller seg fra hverandre.

Metode

Søkeprosedyre

Det ble utført et systematisk elektronisk litteratursøk i databasene PsychINFO, Ovid Medline, Embase og Web of Science. Tabell 1 viser en oversikt over søkeordene som ble brukt. I og med at allianse i familierapi er et relativt nytt felt (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006), ble ikke søket begrenset med årstall, da sannsynligheten for å få mange eldre artikler som treff ble ansett som liten.

Litteratursøket ble gjort medio oktober 2011. Videre ble det gjort et oppdatert søk, der hver database ble oppdatert via e-post en gang i uken. Det oppdaterte søket ble avsluttet medio februar 2012.

I tillegg ble det gjort et søk i "Nasjonalt bibliotek for barnevern og familievern", der søkeordene "alliance" og "outcome" ble brukt. Det ble også gjort et søk i "The Cochrane Library", med søkeordene vist i tabell 1. Disse søkene ble gjort i starten av februar 2012.

Tabell 1

Oversikt over søkeord

| Kategori 1 | Kategori 2 | Kategori 3 |
|-----------------------|----------------------------|---------------|
| "family therap*" | "therapeutic alliance" | "outcome" |
| "family treatment" | "working alliance" | "effect" |
| "family intervention" | "alliance" | "effect size" |
| | "therapeutic relationship" | "dropout" |

Note. "OR" ble brukt innen kategoriene. "AND" ble brukt mellom kategoriene.

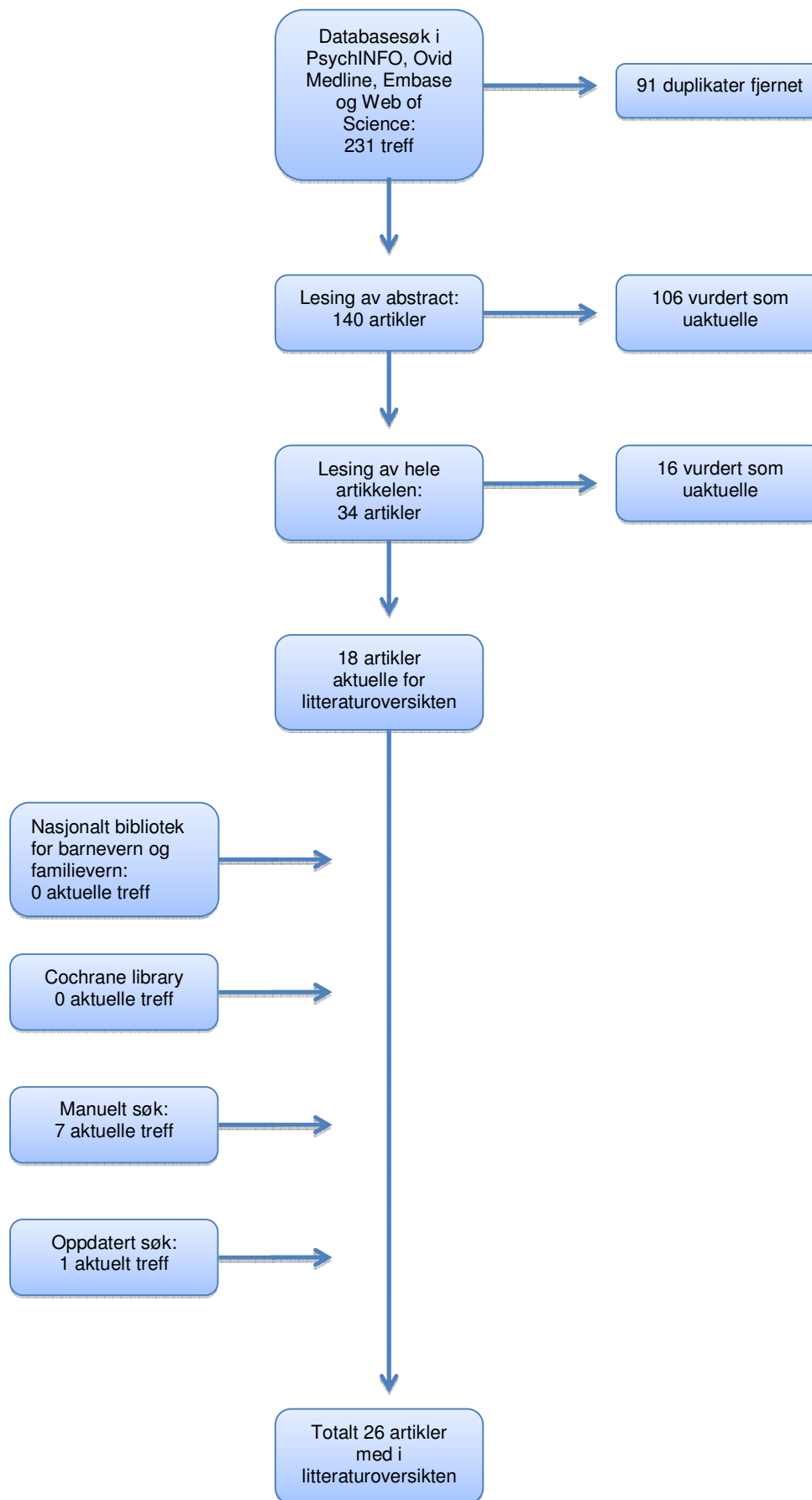
Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene for å bli med i litteraturoversikten var at det skulle være en artikkel, en empirisk studie, at studien skulle si noe om sammenhengen mellom allianse og utfall i familierapi, at minst én forelder (biologisk, fosterforelder eller adoptivforelder) og ett barn eller én ungdom skulle ha deltatt i terapien, og at artikkelen skulle være skrevet på engelsk eller skandinavisk. Eksklusjonskriteriene var treff som ikke var empiriske artikler, studier med par- eller gruppeterapi, studier som fokuserer på alliansen mellom familiemedlemmer heller enn alliansene mellom familiemedlemmer og terapeut, individualterapi med fokus på familien og studier beskrevet på andre språk enn engelsk eller skandinavisk.

Utvelgelsesprosedyre

Treffene fra de ulike databasene ble lagret med sammendrag (abstract) i referanseprogrammet "Endnote", og duplikater ble fjernet. Deretter ble artiklene grovsortert ut fra relevans på grunnlag av sammendraget. De artiklene som ut fra sammendraget syntes å oppfylle inklusjonskriteriene, ble gjennomgått i sin helhet, og noen flere ble ekskludert (se figur 1).

Artiklene som ble vurdert som irrelevante på grunnlag av lesing av sammendrag var studier som ikke sa noe om sammenhengen mellom allianse og utfall, som omhandlet individualterapi, parterapi eller disse i kombinasjon med familierapi og studier som ikke hadde med minst ett barn og én forelder i terapien. I tillegg ble artikler som var skrevet på andre språk enn engelsk eller skandinavisk fjernet. Alle artiklene hadde engelsk sammendrag og kun én av artiklene som ble ekskludert på grunn av språk (Kronmuller et al., 1999) var aktuell ut fra sammendraget. I artiklene som ble lest mer grundig var det ulike årsaker til at de ble vurdert til å ekskluderes. Se appendiks for en oversikt over studiene som ble ekskludert ut fra fulltekst.

Figur 1. Oversikt over litteratursøk

Det ble også utført et manuelt søk ved at referanselister ble gjennomgått i alle artiklene som ble vurdert som aktuelle. Artiklene som ut fra tittel virket å passe inn i forhold til mine inklusjonskriterier, og som ikke hadde blitt vurdert fra før ut fra databasesøket, ble søkt opp ut fra tittel. Sammendrag ble lest i alle artiklene fra det manuelle søket. De som passet inn i forhold til mine inklusjonskriterier, ble lest i fulltekst og vurdert videre. Neste del av det manuelle søket var en gjennomgang av hvem som hadde sitert artiklene jeg hadde vurdert som aktuelle, ved å søke opp disse i Web of Science. Artiklene som ikke hadde blitt vurdert fra før av i det systematiske søket ble vurdert ut fra tittel og sammendrag.

Figur 1 viser en oversikt over antall treff i databasesøk, manuelt søk og oppdatert søk, i tillegg til antall treff som har blitt ekskludert ut fra databasesøket, og tall over hvor mange studier som ble inkludert i litteraturoversikten.

Resultater

Søket resulterte i én metaanalyse/systematisk litteraturgjennomgang og 25 enkeltstudier der sammenhengen mellom allianse og utfall i familieterapi var tema.

Metaanalyse

Friedlander et al. (2011) har laget en systematisk litteraturgjennomgang og metaanalyse på sammenhengen mellom allianse og utfall i par- og familieterapi. I og med at de har analysert familiestudiene separat fra parstudiene, er metaanalysen deres aktuell for denne oppgaven. Metaanalysen inkluderte ulike problemer, og omhandlet blant annet temaene kommunikasjonsvansker, stoffmisbruk, barnemishandling og schizofreni. I studiene ble alliansen vurdert av observatører, klienter og/eller terapeuter. Friedlander et al. (2011) fant en vektet effektstørrelse i familiestudiene på $r = .24$, altså en liten-til-medium effektstørrelse. Tabell 2 gir en oversikt over de resterende studiene som ble tatt med i litteraturoversikten.

Tabell 2

Oversikt over allianse-utfallsstudier i familierapi

| Forfatter, årstall og opprinnelsesland | Behandling | | Allianse | | | Utfallsmål | Effekt | |
|--|--|--------------------------|-----------------------------|-------------|---------------------------|--|--|---|
| | Aktuelt problem i familien | Type familierapi | Hvem har vurdert alliansen? | Alliansemål | Tidspunkt for alliansemål | | Sammenheng foreldreallianse-utfall | Sammenheng barne/ungdomsallianse-utfall |
| Gluekauf et al. (2002), USA | Epilepsi + tilleggsproblematikk hos ungdom | IFCM, PG | U, F | WAI | T, S | ISS, ICS, IFS, FTOI | Sammenheng mellom mål og ISS (r = .49, p = .05) | Sammenheng mellom mål og ISS (r = .61, p < .02), mål og ICS (r = .49, p < .05), og oppgaver og bånd og ICS (r = .49, p = .05 og r = .53, p < .05) |
| Johnson, Wright, & Ketring (2002), USA | Risiko for å bli fratatt barn pga mishandling, forsømmelse eller ungdomskriminalitet | Hjemmebasert familierapi | U, F | FTAS | S | OQ, F-COPES | Alliansen predikerte endringer i symptomtrykk hos mødre (F = 3.06; p < .05; justert R2 = .19) og fedre (F = 5.88; p = .02; justert R2 = .55) | Alliansen predikerte endringer i symptomtrykk (F = 3.72; p = .05; justert R2 = 0.39) |
| Robbins et al. (2003), USA | Stoffmisbruk og/eller atferdsvansker hos ungdom | FFT | O | VTAS-R | T | Fullføring vs drop-out | Ved drop-out: Foreldre (M = 2.64, SE = 0.13) høyere gjennomsnittsallianser enn ungdom (M = 1.89, SE = 0.16, p < .01) | Ved drop-out: Ungdommer lavere gjennomsnittsallianser enn foreldre |
| Faw et al. (2005), USA | Risiko for stoffmisbruk og antisosial atferd | MDFP | O | ATAS | T, M, S | CBCL, tilknytning til skolen, SSPA familiesamhold i FRS, antisosial atferd | Ikke oppgitt | Ingen signifikante resultater |
| Hawley & Weisz (2005), USA | Ikke oppgitt | Community based | U, F | TASC | T, M, S | Fullføring vs drop-out, Satisfaction with services, CBCL, YSR | Sammenheng mellom alliansen og foreldres tilfredshet med behandling (coefficient = .544, p < .001) | Sammenheng mellom alliansen og bedring på CBCL: (coefficient = -.191, p .05) og bedring på YSR (coefficient = -0.273, p < .05) |

| | | | | | | | | |
|---|--|--------------|---------|-------------|------|---|---|--|
| Kazdin, Marciano, & Whitley (2005), USA | Opposisjonell, aggressiv og antisosial atferd hos barn | PMT, PSST | B, F, T | TASC, WAI | T, S | Treatment Improvement Scale | Vurdert av terapeuten: Predikerte endring hos barnet vurdert av terapeuten ($\Delta R^2 = .09, p \leq .05$). Vurdert av forelder: Predikerte endring hos barnet vurdert av barn ($\Delta R^2 = .09, p \leq .05$), forelder og terapeut ($\Delta R^2 = .07, p \leq .05$) | Alliansen predikerte signifikant terapeutisk endring på barns ($\Delta R^2 = .08, p \leq .05$) og terapeuts ($\Delta R^2 = .34, p \leq .001$) mål av barns bedring |
| Shelef et al. (2005), USA | Stoffmisbruk hos ungdom | MDFT | U, O | WAI, VTAS-R | T | Dager med cannabisbruk, SPI, fullføring vs drop-out | Ettersom foreldrealliansen økte, minket sannsynligheten for at familien droppet ut av behandlingen (Wald statistic of coefficient = 6.25, $p < .01$) | Alliansen vurdert av observatør signifikant korrelert med antall symptomer ved avslutning av behandling ($r = -.31, p < .05$) og med dager med cannabisbruk etter 3 måneder ($r = -.26, p < .05$) |
| Hogue et al. (2006), USA | Stoffmisbruk hos ungdom | MDFT | O | VTAS-R | T | TLFB, fullføring vs drop-out, eksternaliserende og internaliserende dimensjoner i CBCL og YSR | Sterkere allianse predikerte reduksjon i eksternaliserende atferd ($B = -6.11, p < .05$) | Høyere allianseskårer predikerte økning i eksternaliserende symptomer like etter endt behandling ($B = 7.17, p < .001$) og etter 6 måneder ($B = 10.78, p < .001$), og økning i internaliserende symptomer like etter fullført behandling ($B = 6.38, p < .001$) |
| Johnson & Ketring (2006), USA | Barnemishandling og forsømmelse | Ikke oppgitt | U, F | FTAS | S | CTS-PAS, OQ-SD | Vurdert samlet. Allianse relatert til symptomtrykk ved avslutning av behandlingen (Bånd: estimat = $-.22, p < .05$, oppgaver: estimat = $-.16, p < .05$, mål: estimat = $-.38, p < .05$). Mål relatert til vold ved endt behandling (estimat = $-.10, p < .05$) | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|------------|------------------|---------|---|---|--|
| Kazdin, Whitley, & Marciano (2006), USA | Opposisjonell, aggressiv og antisosial atferd hos barn | PMT, PSST | B, F, T | TASC, WAI | T, S | Treatment Improvement Scale-child version, Treatment Improvement Scale-parent version | Sammenheng mellom allianse vurdert av foreldre og endring hos barnet ($r = .28, p \leq .05$). Sammenheng mellom allianse vurdert av foreldre ($r = .39, p \leq .01$) og terapeut ($r = .30, p \leq .01$) og endring i foreldreferdigheter | Sammenheng mellom allianse vurdert av barnet ($r = .44, p \leq .001$) og terapeuten ($r = .40, p \leq .001$) og endring hos barnet |
| Pereira, Lock, & Oggins (2006), USA | Anoreksia hos ungdom | Familiebasert terapi for anoreksia nervosa | O | WAI | T, S | Kroppsvekt, EDE, fullføring vs drop-out | Svakere enighet om mål i terapien hos dropout-familier ($M = 5.71$ vs $6.28, p < .05$). Sammenheng mellom sterk sen allianse og total vektøkning (7.7 kg vs 4.6 kg) | Sammenheng mellom allianse og tidlig vektøkning ($r = .29, p < .04$) |
| Robbins et al. (2006), USA | Stoffmisbruk hos ungdom | MDFT | O | VTAS-R | T | Fullføring vs drop-out | Reduksjon i alliansen fra time 1 til time 2 for dem som droppet ut ($t(13) = 3.95, p = .002$, Cohen's $d: 1.55$) | Reduksjon i alliansen fra time 1 til time 2 hos dem som droppet ut ($t(13) = 2.80, p = .015$, Cohen's $d: 2.19$) |
| Flicker et al. (2008), USA | Stoffmisbruk hos ungdom | FFT | O | VTAS-R | T | Fullføring vs drop-out | I familier med spansk bakgrunn som droppet ut ($M = .84, SD = 1.33$) var det signifikant høyere ubalanserte allianser enn i spanske familier som fullførte terapien ($M = .17, SD = .71, p < .04$) | |
| Friedlander et al. (2008), USA | Stoffmisbruk, kommunikasjon, interaksjon | Ikke oppgitt | U, F, T, O | SOFTA-O, SOFTA-S | T, M, S | "Improvement-so-far" fra HAQ | Splittede allianser i "poor outcome case". I "good outcome case": Både mor og barn vurderte alliansene positivt gjennom terapien. | |
| Friedlander, Lambert, & Muñiz de la Pena (2008), USA | Atferdsvansker hos barn, seksuelt misbruk, stoffmisbruk hos foreldre, fengsling, død, familiekonflikt | Ikke oppgitt | O | SOFTA-O | T | "Improvement-so-far" fra HAQ | Sammenheng mellom observert "Safety" i time 1 og foreldre og ungdommers vurdering av opplevd bedring etter time 3 ($r = .34, p < .05$) | |
| Harvey (2008), New Zealand | Ulike problemer som uoppmerksomhet, impulsivitet, foreldre-barn-problemer, svake skoleprestasjoner, depresjon, angst | DPT | F | TA | S | CBCL | Sammenheng mellom allianse og færre symptomer på CBCL ($r = -.54, p = .02$) | Ikke oppgitt |

| | | | | | | | | |
|---|--|--|---------|------------------|---------|--|--|--|
| Hawley & Garland (2008), USA | Ikke oppgitt | Ulike | U, F, T | WAI | T, S | YSR, CBCL, RSES, VFI, FRI, SSQ, MASS, CSQ | Alliansen assosiert med CBCL ($r = -1.56, p < .05$), eksternaliserende symptomer på YSR ($r = -1.81, p < .05$) og CBCL ($r = -1.96, p < .001$), SSQ ($r = .91, p < .05$) og CSQ ($r = 1.83, p < .001$) | Alliansen assosiert med totale og eksternaliserende symptomer på YSR ($r = -2.34, p < .001$; $r = -2.68, p < .001$) og CBCL ($r = -1.58, p < .001$; $r = -1.74, p < .001$), FRI ($r = 1.31, p < .001$), RSES ($r = 0.99, p < .01$), SSQ ($r = 2.64, p < .001$), MASS ($r = 6.82, p < .001$) og CSQ ($r = 1.06, p < .05$) |
| Robbins et al. (2008), USA | Stoffmisbruk hos ungdom | Korttids strategisk familierterapi | O | VTAS-R | T | Fullføring vs drop-out | Allianse vurdert av mødre: Dem som fullførte terapien hadde sterkere allianser enn dem som droppet ut ($M = 2.47$ vs $2.04, p < .02$). Også ved alliansen vurdert av fedre ($M = 2.50$ vs $1.82, p < .01$) | I drop-out-familier ble alliansen ungdom-terapeut svakere ($M = 1.55$ til 1.29) mens alliansen mor-terapeut ble sterkere ($M = 2.61$ til 2.68) i løpet av første time ($p < .01$) |
| Shelef & Diamond (2008), USA | Stoffmisbruk hos ungdom | MDFT | O | VTAS-R | T, S | Dager med cannabisbruk, fullføring vs drop-out | Ikke oppgitt | Sammenheng mellom allianse og dager med cannabisbruk 3 måneder etter endt behandling (estimated slope of $-7.64, F(1, 50) = 6.76, p < .05$) |
| Muñiz de la Peña, Friedlander, & Escudero (2009), USA og Spania | Minst et barn i risiko. Familiekonflikt, atferdsvansker, svake skoleprestasjoner, seksuelt misbruk, død, separasjon/skilsmisje, stoffmisbruk eller fengsling | Korttids systemisk terapi som inkluderte strukturelle, strategiske og løsningsfokuserede elementer | U, F, O | SOFTA-O, SOFTA-S | T, S | Fullføring vs drop-out | Flertallet av familiene som droppet ut hadde en moderat eller alvorlig splittet allianse i minst en terapitime. Men de fleste familier med splittede allianser droppet ikke ut av terapien. | |
| Friedlander, Kivlighan, & Shaffer (2011), USA | Skilsnisje/separasjon, død, misbruk, familiekonflikt | Ikke oppgitt | U, F | SOFTA-S | T, M, S | "Improvement-so-far" fra HAQ | Ikke signifikant sammenheng | Signifikant sammenheng mellom ungdoms vurdering av alliansen og ungdoms ($y = .09, p < .000$) og foreldres ($y = .03, p = .014$) opplevde bedring |

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---------|---|---------|--|---|--|
| Guzder et al. (2011), Canada | Komplekse komorbide vansker hos barn | Multi-modal child psychiatry family- oriented treatment approach | F | WAI | T, S | CBCL, FES, fullføring vs drop-out | Dem som fullførte terapien rapporterte mer positive allianser (t (73) = 2.08, p < .05) enn dem som droppet ut | Ikke oppgitt |
| Isserlin & Couturier (2011), Canada | Anoreksia hos ungdom | Familiebasert terapi for anoreksia nervosa | O | SOFTA-O: Kun ETP og SSOP | T, M, S | Kroppsvekt, EDE, fullføring vs drop-out | Dem som fullførte behandlingen hadde signifikant høyere ETP i midten og slutten av behandlingen (gjennomsnittlig ETP = 5.9 vs 2.9, p < .02) | Signifikant negativ sammenheng mellom ETP i time 2 (B = -1.04, p < .02) og 3 (B = -.66, p < .03) og skårer på EDE ved avslutning |
| Keeley et al. (2011), USA | Tvangslidelser hos barn | Familiebasert CBT | B, F, T | TASC, WAI | T, M, S | CY-BOCS | Vurdert av forelder: Prediktor for videre endring i alvorlighetsgraden av symptomer (β = .49, p < .05) | Vurdert av barnet (β = -.62, p < .01) og av terapeuten (β = -.66, p < .01) i midten av behandlingen: Prediktorer for videre endring i alvorlighetsgraden av symptomer |
| Ellis et al. (2012), USA | Diabetes hos ungdom | MST | F | BTPS - Relationship with therapist subscale | S | HbA1c | Signifikant sammenheng mellom allianse og HbA1c (r = .24, p < .05) | Ikke oppgitt |

Note. Forkortelser benyttet: IFCM = Issue-specific single-family counseling; PG = multi-family psychoeducational group; FFT = Functional Family Therapy; MDPF = Multidimensional family prevention; PMT = Parent management training; PSST = Problem-solving skills training; MDFT = Multidimensional family therapy; DPT = Dynamic Play Therapy; CBT = Cognitive-Behavioral Therapy; MST = Multisystemic therapy; U = ungdom; B = barn; F = foreldre; T = terapeut; O = observatør; T = tidlig; M = midt i; S = sent; ISS = Issue Severity Scale; IFS = Issue Frequency Scale; ICS = Issue Change Scale; FTOI = Family Therapy Outcome Index; OQ = The Outcome Questionnaire; F-COPES = The Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales; CBCL = Child Behavior Checklist; SPPA = Self-Perception Profile for Adolescents; FRS = Family Relations Scale; YSR = Youth Self-Report; TLFB = Timeline Follow-Back interview for substance use; CTS-PAS = Conflict Tactics Scale – Physical Aggression Subscale; OQ-SD = Outcome Questionnaire – Symptom Distress subscale; EDE = Eating Disorder Examination; HAQ = Penn Helping Alliance Questionnaire; RSES = Rosenberg Self Esteem Scale; VFI = Vanderbilt Functioning Inventory; FRI = Family Relationship Index; SSQ = Social Support Questionnaire; MASS = Multidimensional Adolescent Satisfaction Scale; CSQ = Client Satisfaction Questionnaire; FES = The Family Environment Scale; CY-BOCS = Children’s Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; HbA1c = haemoglobin A1c.

Forskjeller i sammenhengene mellom ulike allianser og utfall

Av de 25 enkeltstudiene, har 17 studier funnet en sammenheng mellom barne/ungdomsallianse og utfall, og 18 funnet en sammenheng mellom foreldreallianse og utfall. Tre studier har kun målt foreldrealliansen, og to har kun målt barne/ungdomsalliansen. I én studie ble det ikke funnet noen signifikant sammenheng mellom barne/ungdomsalliansen og utfall, og i én studie ble det ikke funnet noen signifikant sammenheng mellom foreldrealliansen og utfall. I fire av studiene hadde forfatterne ikke sett på sammenhengen mellom foreldrealliansen og utfall og barne/ungdomsalliansen og utfall hver for seg. I to av disse fire var alliansene vurdert samlet, og i to av dem fant man at splittede allianser hang sammen med utfall. I til sammen fem av studiene er det funnet en sammenheng mellom splittede allianser og drop-out.

Ut fra studiene ser vi at det er sammenhenger mellom allianse og utfall i familierapi både for barn/ungdom og foreldre. Ser en nærmere på utfallsmålene, ser man at i flere av studiene henger ulike allianser sammen med ulike utfallsmål. I seks av studiene er det funnet en sammenheng mellom foreldreallianse og utfallsmålet ”fullføring av terapien versus drop-out”, mens det i forbindelse med dette utfallsmålet er funnet sammenheng med barne/ungdomsalliansen i tre av studiene. 13 studier har funnet sammenheng mellom barne/ungdomsalliansen og utfallsmålet psykologisk bedring/minket symptomtrykk, mens 10 av studiene har funnet sammenheng mellom foreldrealliansen og dette utfallsmålet.

Syv av studiene har funnet en mer tydelig sammenheng mellom barne/ungdomsalliansen og bedring i symptomer enn mellom foreldrealliansen og bedring i symptomer, for eksempel ved at ungdomsalliansen er assosiert med flere bedringsmål enn foreldrealliansen er eller ved at foreldrealliansen er assosiert med fullføring av terapien versus drop-out, mens barne/ungdomsalliansen er assosiert med bedring i symptomer.

Antall studier som har sett på familierterapi med ungdom og foreldre er flere enn antall studier på familierterapi med barn og foreldre. I tre av studiene med barn og foreldre i terapien er det funnet sammenhenger både mellom foreldrealliansen og barns bedring og barnealliansen og barns bedring.

Sammenheng mellom ulike alliansemål og utfall

Fem av studiene har brukt SOFTA som alliansemål. Av disse har to studier sett på splittede allianser. I den ene studien var en familie i terapi med et positivt utfall sammenlignet med en familie i terapi med et svakt utfall. Her ble det funnet splittede allianser i familien med det svake utfallet (Friedlander, Lambert, Escudero, & Cragun, 2008). I den andre studien ble det funnet at flertallet av familiene som droppet ut av terapien hadde en svak eller moderat splittet allianse i minst en terapitime, samtidig som det ble funnet at de fleste familier med splittede allianser ikke droppet ut av terapien (Muñiz de la Pena et al., 2009). De tre resterende studiene som har brukt SOFTA som alliansemål har ulike resultater. I én studie fant man signifikante sammenhenger mellom både foreldrealliansen og utfall og ungdomsalliansen og utfall (Isserlin & Couturier, 2011). Én studie fant signifikant sammenheng mellom ungdoms, men ikke foreldres, vurdering av alliansen og opplevd bedring (Friedlander, Kivlighan, & Shaffer, 2011). Den siste studien som fant en sammenheng mellom observert "Safety within the therapeutic system" i første terapitime og foreldres vurdering av opplevd bedring etter tredje time (Friedlander, Lambert, & Muñiz de la Pena, 2008).

I de to studiene som hadde brukt FTAS som alliansemål ble det funnet en sammenheng mellom mål i terapien og utfall (Johnson & Ketring, 2006; Johnson, Wright, & Ketring, 2002). I én av disse studiene ble det i tillegg funnet en sammenheng mellom både bånd og utfall og oppgaver og utfall (Johnson et al., 2002).

Seks av studiene har brukt VTAS-R som alliansemål. Den ene av disse studiene fant at dem som fullførte behandlingen hadde signifikant høyere alliansenivåer hos alle familiemedlemmer sammenlignet med dem som droppet ut (Robbins et al., 2008). To studier fant at en reduksjon i alliansen over tid hang sammen med utfall (Hogue et al., 2006; Robbins et al., 2006), og den ene av disse fant også en sammenheng mellom foreldrealliansen og utfall (Hogue et al., 2006). To studier fant en sammenheng mellom splittede allianser og utfall (Flicker, Turner, Waldron, Brody, & Ozechowski, 2008; Robbins et al., 2003), og én studie fant ingen sammenheng mellom ungdomsalliansen og utfall like etter endt behandling, men en sammenheng tre måneder etter endt behandling (Shelef & Diamond, 2008).

Fire av studiene har brukt WAI som alliansemål, og tre av disse har funnet en signifikant sammenheng mellom ungdomsalliansen og utfall (Glueckauf et al., 2002; Hawley & Garland, 2008; Pereira, Lock, & Oggins, 2006). To av studiene har funnet en signifikant sammenheng mellom foreldrealliansen og utfall (Hawley & Garland, 2008; Pereira et al., 2006).

Én studie brukte TASC, og fant signifikante sammenhenger mellom både foreldrealliansen og utfall og ungdomsalliansen og utfall (Hawley & Weisz, 2005).

Tre studier brukte TASC for barna og WAI for foreldrene, og alle tre fant signifikante sammenhenger mellom foreldrealliansen og utfall og signifikante sammenhenger mellom barnealliansen og utfall (Kazdin, Marciano, & Whitley, 2005; Kazdin, Whitley, & Marciano, 2006; Keeley et al., 2011).

Én studie kombinerte WAI og VTAS-R, og fant signifikante sammenhenger mellom både foreldrealliansen og utfall og ungdomsalliansen og utfall (Shelef et al., 2005). I én studie ble ATAS brukt som alliansemål, og her fant man ingen signifikante sammenhenger mellom allianser og utfall (Faw et al., 2005). En annen studie brukte TA som alliansemål, og fant en signifikant sammenheng mellom foreldrealliansen og utfall (Harvey, 2008). "Relationship

with therapist"-subskalaen i BTPS ble brukt som alliansemål i én studie, og her ble det funnet en signifikant sammenheng mellom foreldrealliansen og utfall (Ellis et al, 2012).

Familiers aktuelle problem, allianser og utfall

I de ulike studiene har alliansene blitt vurdert med utgangspunkt i ulike lidelser eller aktuelle problemer i familiene. For å se om det finnes noen mønstre, kan det være nyttig å se på studiene med utgangspunkt i familienes aktuelle problematikk.

Spiseforstyrrelser. I to av de aktuelle studiene har familienes problem vært spiseforstyrrelser hos ungdom. I den ene (Isserlin & Couturier, 2011) ble alliansen vurdert av observatører på flere ulike tidspunkter i løpet av terapien. To av de fire dimensjonene i SOFTA ble brukt: "Engagement in the therapeutic process" (ETP) og "Shared sense of purpose" (SSP), og utfallsmålene man brukte var kroppsvekt, "Eating disorder examination" (EDE; Cooper & Fairburn, 1987) og drop-out versus fullføring av terapien. Det ble funnet en signifikant negativ sammenheng mellom ungdommers ETP i time 2 og 3 og EDE-skårer ved avslutning av terapien. Foreldres ETP-skårer i den siste timen var signifikant relatert til EDE-skårer ved avslutning, og en høyere SSP i første time var assosiert med en lavere EDE ved avslutning. De som fullførte behandlingen hadde signifikant høyere ETP hos foreldrene i midten og ved avslutningen av terapien. Ungdommene som oppnådde minst 85 % av ideell kroppsvekt ved avslutningen av behandlingen hadde foreldre med en sterkere allianse med terapeuten i time 2 (Isserlin & Couturier, 2011).

I den andre studien ble WAI brukt som alliansemål, og alliansene ble vurdert av observatører både tidlig og sent i terapien. Utfallsmålene var kroppsvekt, EDE og fullføring av terapien versus drop-out. Her ble det funnet at ungdommer som la på seg mer tidlig i behandlingen hadde større sannsynlighet for å være enige med terapeuten om terapiens mål og oppgaver i terapien. Disse ungdommene hadde også høyere vurderinger av arbeidsalliansen generelt. Foreldre som hadde en sterk allianse til terapeuten de siste timene hadde barn som la

på seg mer når man sammenlignet dem med foreldre med svakere allianseskårer i de siste timene. Det ble ikke funnet noen signifikant sammenheng mellom ungdomsalliansen og samlet vektøkning. I sakene der familien droppet ut av terapien, ble det funnet en signifikant svakere enighet mellom foreldre og terapeut når det gjaldt målene i terapien, sammenlignet med familiene som fullførte behandlingen (Pereira et al., 2006).

I begge studiene på spiseforstyrrelser hos ungdom ser vi altså en sammenheng mellom foreldrealliansen og fullføring versus drop-out i terapien. Begge studiene fant også en sammenheng mellom foreldrealliansen og samlet vektøkning hos ungdom. Den ene studien fant i tillegg en sammenheng mellom ungdomsalliansen og tidlig vektøkning (Pereira et al., 2006), og den andre fant i tillegg en sammenheng mellom ungdomsalliansen og EDE-skårer (Isserlin & Couturier, 2011).

Tvangslidelser. Én av de aktuelle studiene har sett på tvangslidelser hos barn. Her ble alliansen målt ved selvrappport fra barn, foreldre og terapeut. TASC ble brukt for barna, og WAI for foreldrene. I tillegg fylte terapeuten ut terapeutversjonen av disse to måleinstrumentene. Alliansemålene ble fylt ut tidlig, midt i og sent i terapiforløpet. Utfallsmålet var OCD-symptomer, målt ved "Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale" (CY-BOCS; Scahill et al., 1997). Ut fra målene i første time fant man at barnealliansen og foreldrealliansen, begge vurdert av terapeuten, signifikant predikerte utfall. Sterkere allianser her førte til færre OCD-symptomer. I midten av terapien fant man at både alliansen mellom barn og terapeut og alliansen mellom foreldre og terapeut signifikant predikerte utfall, og jo sterkere allianser, jo færre OCD-symptomer. I tillegg fant man at barnealliansen både vurdert av barnet og av terapeuten, og foreldrealliansen vurdert av forelder signifikant predikerte for videre symptomendring etter man hadde kontrollert for tidligere symptomendring. Det ble også funnet at jo større og mer positive endringer i alliansen vurdert

av barnet mellom første og femte time, jo større reduksjon i OCD-symptomer (Keeley et al., 2011).

I studien som har sett på tvangslidelser hos barn er det altså funnet signifikante sammenhenger mellom barnealliansen og utfall og foreldrealliansen og utfall.

Barnemishandling og forsømmelse. To av de aktuelle studiene hadde barnemishandling og forsømmelse som familienes problem. I begge studiene ble alliansen målt med FTAS, som selvrappport vurdert av ungdommer og foreldre etter siste time (Johnson & Ketring, 2006; Johnson et al., 2002). Utfallsmålene i den ene studien var ”Conflict Tactics Scale – Physical Aggression Subscale” (CTS-PAS; Straus, 1979) og ”Outcome Questionnaire – Symptom Distress Subscale” (OQ-SD; Lambert et al., 1996, omtalt i Johnson & Ketring, 2006). I denne studien ble alliansene fra alle familiemedlemmer vurdert samlet. Resultatene viste at det var en signifikant sammenheng mellom allianse og symptomtrykk. Det ble også funnet at mål var signifikant relatert til vold ved endt behandling, men at oppgaver og bånd ikke var det (Johnson & Ketring, 2006).

Familiene som var med i den andre studien var i risiko for å bli fratatt barn på grunn av mishandling, forsømmelse eller ungdomskriminalitet. Utfallsmålene var ”The outcome questionnaire” (OQ) og ”The Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales” (F-COPES; McCubbin, Olson, & Larsen, 1981). Her viste det seg at bånd, mål og oppgaver predikerte endringer i symptomtrykk hos mødre, fedre og ungdommer. Det ble også funnet at oppgavekomponenten var den mest innflytelsesrike prediktoren for symptomtrykk hos mødre og ungdommer. Målkomponenten var den mest innflytelsesrike prediktoren for symptomtrykk hos fedre (Johnson et al., 2002).

I de to studiene på mishandling og forsømmelse er det altså funnet signifikante sammenhenger mellom allianse og symptomtrykk både for ungdommer og foreldre.

Somatiske sykdommer hos ungdom. I én av studiene var epilepsi og tilleggsproblematikk hos ungdom årsaken til at familiene gikk i terapi, og i en annen var alvorlig diabetes hos ungdom det aktuelle problemet. I studien på epilepsi inkluderte tilleggsproblematikken blant annet depressiv affekt, svake skoleprestasjoner, sosial tilbaketrekning, aggressiv atferd eller stoffmisbruk. Her ble alliansen målt tidlig og sent i terapien, ved bruk av WAI som selvrapport for klientene. Utfallsmålene var "Issue Severity Scale" (ISS), "Issue Change Scale" (ICS) og "Issue Frequency Scale (IFS) (Glueckauf, Picha, & Webb, 1994, omtalt i Glueckauf et al., 2002). De tre utfallsmålene ble kombinert og summert til "Family Therapy Outcome Index (FTOI). Resultatene viste en positiv, men ikke signifikant, korrelasjon mellom ungdommers allianse og ungdommers FTOI. Ungdommers målvurderinger i WAI var signifikant korrelert med deres vurderinger av reduksjon i alvorlighetsgraden av problem og med positiv problemendring. Ungdommers vurderinger av oppgaver og bånd i WAI var positivt korrelert med positiv problemendring. Det ble ikke funnet noen signifikant positiv korrelasjon mellom mødres totale WAI-skårer og FTOI, men mødres vurderinger av mål i WAI var positivt korrelert med deres vurderinger av reduksjon i alvorlighetsgraden av problem (Glueckauf et al., 2002).

Studien som så på alvorlig diabetes hos ungdom hadde en eksperimentgruppe som fikk familierterapi, og en kontrollgruppe som fikk ukentlige støttesamtaler over telefon. Det var kun alliansen mellom foreldre og terapeut som ble målt ved selvrapport fra foreldrene ved avslutningen av behandlingen. Underskalaen "Relationship with the therapist" i BTPS ble brukt som alliansemål. Utfallsmålet var helsestatus målt ved hemoglobin A1c (HbA1c), et retrospektivt mål av glukoseinnholdet i blodet de siste to til tre måneder. Det ble funnet en signifikant sammenheng mellom foreldrealliansen og utfall. Det ble også funnet at ungdoms og foreldres motivasjon til endring hadde en signifikant indirekte effekt på utfallet gjennom alliansen (Ellis et al., 2012).

Studiene på somatiske problemer hos barn fant altså signifikante sammenhenger mellom foreldrealliansen og utfall.

Atferdsproblemer og stoffmisbruk. To av de aktuelle studiene har sett på opposisjonell, aggressiv og antisosial atferd hos barn og syv studier har sett på stoffmisbruk hos ungdom. Én av disse syv så på atferdsvansker og/eller stoffmisbruk hos ungdom.

I begge studiene på opposisjonell, aggressiv og antisosial atferd hos barn ble allianser målt både tidlig og sent i terapien, ved selvrapport fra barn, foreldre og terapeut. Det ble brukt WAI for foreldre og TASC for barn og terapeuter. Utfallsmålet i begge studiene var "Treatment Improvement Scale" vurdert av både barn, foreldre og terapeut (Kazdin et al., 2005; Kazdin et al., 2006). Resultatene i den ene studien viste signifikant sammenheng mellom barnealliansen vurdert av terapeuten og både terapeuters vurderinger av bedring og barns vurderinger av bedring. Det ble også funnet signifikante sammenhenger mellom barns vurdering av alliansen og barns, foreldres og terapeuts vurderinger bedring. Alliansen mellom foreldre og terapeut vurdert av terapeuten hadde kun en signifikant sammenheng med terapeutens vurdering av bedring. Vurdert av foreldre, hadde foreldrealliansen signifikant sammenheng med alle de tre vurderingene av bedring (Kazdin et al., 2005).

I den andre studien ble det, i tillegg til "Treatment Improvement Scale" i forbindelse med barnas vansker, ved avslutningen av terapien vurdert i hvor stor grad foreldre endret interaksjonene med sine barn. Dette ble vurdert av både foreldre og terapeut. Når det gjaldt terapeutisk endring hos barna ble det funnet signifikante sammenhenger mellom barnealliansen vurdert av barnet og samlet (barn, foreldres og terapeuts) vurdering av utfall, og barnealliansen vurdert av terapeuten og samlet vurdering av utfall. Det ble også funnet signifikante sammenhenger mellom foreldrealliansen vurdert av foreldre og samlet vurdering av utfall. Når det gjaldt bedring av foreldreferdigheter ble det funnet en signifikant

sammenheng mellom foreldrealliansen og utfall, både når alliansen var vurdert av foreldrene og når alliansen var vurdert av terapeuten (Kazdin et al., 2006).

I de to studiene på opposisjonell, aggressiv og antisosial atferd hos barn ble det altså funnet signifikante sammenhenger mellom både foreldrealliansen og utfall og barnealliansen og utfall.

I alle de syv studiene som har sett på stoffmisbruk hos ungdom har alliansen blitt målt ved observasjon med allianseinstrumentet VTAS-R. Én av studiene har i tillegg målt alliansen ved ungdommers selvrapport med WAI (Shelef et al., 2005). Seks av studiene hadde kun målt alliansen tidlig i terapien (Flicker et al., 2008; Hogue et al., 2006; Robbins et al., 2003; Robbins et al., 2006; Robbins et al., 2008; Shelef et al., 2005), mens i én av studiene hadde alliansen blitt målt både tidlig og sent (Shelef & Diamond, 2008). Fire av studiene hadde kun fullføring av terapien versus drop-out som utfallsmål (Flicker et al., 2008; Robbins, et al., 2003; Robbins et al., 2006; Robbins et al., 2008), og to hadde fullføring versus drop-out som ett av flere utfallsmål (Hogue et al., 2006; Shelef et al., 2005). De andre utfallsmålene Hogue et al. (2006) hadde var ”Timeline Follow-Back (TLFB) interview for substance use” (Sobell & Sobell, 1996, omtalt i Hogue et al., 2006), og de eksternaliserende og internaliserende dimensjonene av ”Child Behavior Checklist” (CBCL) og ”Youth Self-Report” (YSR) (Achenbach, 1991, omtalt i Hogue et al., 2006) Shelef & Diamond (2008) hadde dager med cannabisbruk som utfallsmål i tillegg til fullføring versus drop-out, og Shelef et al. (2005) hadde dager med cannabisbruk som ett av flere utfallsmål.

Tre av studiene fant at familier som droppet ut av terapi hadde mer ubalanserte (splittede) allianser enn familier som fullførte terapi (Flicker et al., 2008; Robbins et al., 2003; Robbins et al., 2008). Tre av studiene fant at en sterkere allianse mellom foreldre og terapeut hang sammen med en lavere sannsynlighet for å droppe ut av terapien (Robbins et al., 2008; Shelef & Diamond, 2008; Shelef et al., 2005). I én av studiene ble det funnet en signifikant

reduksjon i alliansen rapportert av både foreldre og ungdommer fra første til andre terapitime hos de familiene som droppet ut (Robbins et al., 2006). To av studiene fant at ungdomsalliansen vurdert av observatører hadde en signifikant sammenheng med dager med cannabisbruk tre måneder etter endt behandling (Shelef & Diamond, 2008; Shelef et al., 2005), og den ene av disse fant også at ungdomsalliansen vurdert av observatører var signifikant korrelert med antall symptomer ved avslutningen av behandlingen (Shelef et al., 2005). Hogue og medarbeidere (2006) fant at en sterkere allianse mellom foreldre og terapeut predikerte reduksjon i stoffmisbruk hos ungdom like etter endt terapi. De fant også at høyere allianseskårer mellom ungdom og terapeut predikerte økning i eksternaliserende symptomer like etter endt behandling, økning i internaliserende symptomer like etter endt behandling og økning i eksternaliserende symptomer seks måneder etter endt behandling. Ungdomsalliansen var positivt assosiert med internaliserende problemer kun i de familiene der foreldrealliansen var relativt sterk. Hogue et al. (2006) var overrasket over sammenhengene de fant mellom ungdomsalliansen og eksternaliserende symptomer etter endt behandling, og gjorde en videre analyse på dette. De fant at hos ungdommer der alliansen ble svakere fra begynnelsen av terapien til midt i terapien, skjedde det en økning i eksternaliserende symptomer etter endt behandling, men hos ungdommer der alliansen hadde blitt sterkere fra begynnelsen til midten av terapien vistes en reduksjon i eksternaliserende symptomer (Hogue et al., 2006).

Samlet ser vi at studiene på stoffmisbruk fant at svake allianser, nedgang i styrken på allianser og ubalanserte allianser hang sammen med drop-out. To av studiene fant en sammenheng mellom ungdomsalliansen og stoffmisbruk etter endt behandling, og én fant en sammenheng mellom foreldrealliansen og ungdoms stoffmisbruk etter endt behandling. To av studiene fant en sammenheng mellom ungdomsalliansen og symptomer ved avslutning av behandling.

Varierte problemer. I syv av studiene varierte familienes problematikk, og i alle disse syv var familier med ulike typer problemer vurdert samlet. Familienes problematikk varierte fra barn vurdert å være i risikogrupper, til skilsmisse/separasjon, død i familien, misbruk, konflikter, stoffmisbruk, fengsling, uoppmerksomhet, impulsivitet, svake skoleprestasjoner, depresjon, angst, atferdsvansker og komplekse komorbide vansker. I to studier var familienes problematikk ikke oppgitt, men i begge studiene var dataene basert på familier som gikk til poliklinikker, der problematikken psykose og psykisk utviklingshemming ble ekskludert (Hawley & Garland, 2008; Hawley & Weisz, 2005). Det er dermed rimelig å anta at det var varierende problematikk i disse familiene også.

I to av disse ni studiene ble alliansen kun vurdert av observatører (Faw et al., 2005; Friedlander, Lambert, & Muñoz de la Pena, 2008). I to studier ble alliansen kun vurdert av foreldrene (Guzder, Bond, Rabiau, Zelkowitz, & Rohar, 2011; Harvey, 2008), og i to studier ble alliansen vurdert av ungdom og foreldre (Friedlander et al., 2011, July 4; Hawley & Weisz, 2005). I én av studiene ble alliansen vurdert av terapeut, foreldre og ungdommer (Hawley & Garland, 2008), og i én av studiene ble alliansen vurdert av observatører, foreldre og ungdommer (Muñoz de la Pena et al., 2009). I den siste av disse studiene ble alliansen vurdert av terapeut, foreldre, ungdommer og observatører (Friedlander, Lambert, Escudero et al., 2008).

Fire av studiene brukte SOFTA som alliansemål (Friedlander et al., 2011; Friedlander, Lambert, Escudero et al., 2008; Friedlander, Lambert, & Muñoz de la Pena, 2008; Muñoz de la Pena et al., 2009). To av dem brukte WAI (Guzder et al., 2011; Hawley & Garland, 2008), én brukte ATAS (Faw et al., 2005), én brukte TASC (Hawley & Weisz, 2005) og én brukte TA (Harvey, 2008).

I én av studiene ble alliansen kun målt tidlig i terapien (Friedlander, Lambert, & Muñoz de la Pena, 2008), og i én ble alliansen kun målt sent (Harvey, 2008). I tre av studiene

ble alliansen målt tidlig og sent (Guzder et al., 2011; Hawley & Garland, 2008; Muñiz de la Pena et al., 2009), og i fire av studiene ble alliansen målt tidlig, midt i behandlingen, og ved avslutning (Faw et al., 2005; Friedlander et al., 2011; Friedlander, Lambert, Escudero et al., 2008; Hawley & Weisz, 2005).

Tre av studiene hadde brukt leddet "Improvement-so-far" fra Penn Helping Alliance Questionnaire" (HAQ; Luborsky et al., 1996) som utfallsmål (Friedlander et al., 2011; Friedlander, Lambert, Escudero et al., 2008; Friedlander, Lambert, & Muñiz de la Pena, 2008). Én av studiene hadde fullføring av terapien versus drop-out som eneste utfallsmål (Muñiz de la Pena et al., 2009), mens to hadde fullføring versus drop-out som ett av flere utfallsmål (Guzder et al., 2011; Hawley & Weisz, 2005). Fire av studiene hadde CBCL som ett av flere utfallsmål (Faw et al., 2005; Guzder et al., 2011; Hawley & Garland, 2008; Hawley & Weisz, 2005), og to av disse hadde YSR som ett av flere utfallsmål (Hawley & Garland, 2008; Hawley & Weisz, 2005). Én studie hadde CBCL som eneste utfallsmål (Harvey, 2008). I tillegg til CBCL og fullføring versus drop-out hadde Guzder et al. (2011) "Family Environment Scale" (FES; Moos & Moos, 1976) som utfallsmål.

Fire av studiene fant signifikante sammenhenger mellom foreldrealliansen og utfall (Friedlander, Lambert, & Muñiz de la Pena, 2008; Guzder, et al., 2011; Harvey, 2008; Hawley & Garland, 2008). Tre av studiene fant signifikante sammenhenger mellom barne/ungdomsalliansen og utfall (Friedlander et al., 2011; Hawley & Garland, 2008; Hawley & Weisz, 2005). To av studiene fant en sammenheng mellom splittede allianser og utfall. I den ene studien ble det funnet at splittede allianser ikke nødvendigvis førte til drop-out, men at de fleste familiene som droppet ut hadde en moderat eller alvorlig splittet allianse i minst én terapitime (Muñiz de la Pena et al., 2009). I den andre studien var kun to familier med. Her var det splittede allianser i familien med et svakt utfall, mens alliansen ble vurdert positivt

både av forelder og barn i familien med et positivt utfall (Friedlander, Lambert, Escudero et al., 2008).

Av de ni studiene med variert problematikk i familiene ser vi altså at tre studier fant sammenhenger mellom barne/ungdomsalliansen og utfall, og fire fant sammenhenger mellom foreldrealliansen og utfall. To studier fant sammenhenger mellom splittede allianser og utfall.

Diskusjon

Ut fra resultatene ser vi at det er funnet sammenhenger både mellom foreldrealliansen og utfall og barne/ungdomsalliansen og utfall i familierapi. Flere studier tyder på at de ulike alliansene henger sammen med ulike utfallsmål, blant annet ser vi en tendens til at foreldrealliansen har sammenheng med hvorvidt familien møter opp til timene eller dropper ut av terapien. Det er også funnet sammenhenger mellom splittede allianser og drop-out i flere av studiene. I de to studiene på spiseforstyrrelser så vi at foreldrealliansen, men ikke ungdomsalliansen, hang sammen med samlet vektøkning hos ungdommene. Ellers er det få studier innenfor hvert familieproblem, og studiene innen hvert familieproblem har varierende resultater. Det blir dermed vanskelig å si noe generelt om sammenhengene mellom allianse og utfall med utgangspunkt i familiers problematikk.

Syv av studiene har funnet en klarere sammenheng mellom barne/ungdomsalliansen og bedring i symptomer enn mellom foreldrealliansen og bedring i symptomer, for eksempel ved at ungdomsalliansen er assosiert med flere bedringsmål enn foreldrealliansen eller ved at foreldrealliansen er assosiert med fullføring av terapien versus drop-out, mens ungdomsalliansen er assosiert med bedring i symptomer. At foreldrealliansen har sammenheng med om familien møter opp til timene eller dropper ut av terapi virker logisk. Foreldre som ikke er engasjerte i at familien skal gå i terapi, kan styre om familien møter opp til terapien eller ikke, ved at det for eksempel vanligvis er dem som ordner transport til terapien (Zack, Castonguay, & Boswell, 2007).

Flere av studiene fant sammenhenger mellom splittede allianser og drop-out versus fullføring av terapien, der det i noen studier var foreldrealliansen som var svakest, og i andre barne/ungdomsalliansen. Man kan tenke seg at det kan være vanskelig for foreldre å få en ungdom til å gå i terapi dersom ungdommen ikke er interessert i terapien, uansett hvor sterk alliansen mellom foreldre og terapeut er.

I fire av studiene som fant klarere sammenhenger mellom ungdomsalliansen og bedring av symptomer enn foreldrealliansen og bedring av symptomer gikk familiene i terapi med utgangspunkt i problemer hos ungdommene, mens i tre av dem varierte det hva som var årsaken til at familiene gikk i terapi. Man kan anta at dersom utgangspunktet for å gå i terapi er vansker hos ett familiemedlem, vil alliansen mellom terapeuten og dette familiemedlemmet ha mest å si for symptombedring hos dette familiemedlemmet.

I tre av studiene der det har vært barn med i familierterapien, er det funnet signifikante sammenhenger både mellom foreldrealliansen og barns bedring, og barnealliansen og barns bedring. Kanskje har alliansen mellom terapeut og foreldre like mye å si for om barnet får det bedre som alliansen mellom foreldre og terapeut. Dette kan være fordi det fokuseres på foreldreatferd og foreldreferdigheter i terapi der man jobber for at barn skal få det bedre.

Generelt er det funnet sammenhenger mellom både foreldrealliansen og utfall og barne/ungdomsalliansen og utfall i mange av studiene. Dette gjør det vanskelig å trekke klare konklusjoner om sammenhengen mellom de ulike alliansene og utfall. I tillegg tyder dette på at det er viktig at familierapeuter jobber for å skape sterke allianser til alle familiemedlemmer. Kanskje bør terapeuten fokusere ekstra på å forebygge eller reparere splittede allianser når man er bekymret for at en familie kommer til å droppe ut av terapien. I tillegg bør kanskje terapeuten vektlegge alliansen med ungdom i familier som kommer i terapi med utgangspunkt i vansker hos ungdom, der det ikke virker å være fare for at familien dropper ut av terapien.

Kausalitet, mediatorer og moderatorer

Selv om man har funnet sammenhenger mellom allianse og utfall, er det ikke etablert en tydelig kausalitet mellom dem (Crits-Cristoph, Gibbons, & Hearon, 2006; Hawley & Garland, 2008; Keeley et al., 2011). Kausale sammenhenger, der man finner en årsak-virkning-sammenheng mellom variabler, kan kun etableres i randomiserte studier (Howitt & Kramer, 2008) – en type studier det er svært få av på sammenhengen mellom allianser og utfall i familierapi. Crits-Cristoph, Gibbons og Hearon (2006) påpeker at det må undersøkes og vurderes om korrelasjonene mellom allianse og utfall er et resultat av direkte eller indirekte kausale mønstre fra allianse til utfall. Metaanalyser på sammenhengen mellom allianser og utfall har funnet korrelasjoner på .26 (Horvath & Symonds, 1991) og .22 (Martin et al., 2000) mellom allianser og utfall i individualterapi. Dette har blitt tolket som at alliansen er en robust prediktor for utfall, men ifølge Crits-Cristoph, Gibbons, og Hearon (2006) forenkler man sammenhengene ved å konkludere slik. For det første defineres alliansen på ulike måter i ulike studier. I tillegg forklarer en korrelasjon på .22 kun 4.84 % av variansen i utfall, og det er usannsynlig at denne korrelasjonen kun skyldes kausale sammenhenger mellom allianse og utfall (Crits-Cristoph, Gibbons, & Hearon, 2006).

Det er flere alternative forklaringer på sammenhengen mellom allianse og utfall, slik det er ved ethvert korrelasjonsfunn. Den ene forklaringen er en motsatt årsakssammenheng, for eksempel at klinisk bedring fører til en positiv allianse. Bedring som skjer før alliansen måles i terapi kan være assosiert med både alliansen og utfall. Slik kan tidlig bedring også ses som en tredjevariabel, som er årsak til både alliansen og behandlingsutfall. Andre tredjevariabler kan være klientvariabler som kan predisponere for både sterk allianse og positivt utfall. En mediator kan defineres som en variabel som forklarer forholdet mellom to andre variabler (Howitt & Kramer, 2008). Alliansen kan være en mediator mellom klientvariabler og utfall: Da fører en klientvariabel til en positiv allianse, som videre fører til

et positivt utfall (Crits-Cristoph, Gibbons, & Hearon, 2006; Hawley & Garland, 2008). Man kan også tenke seg at alliansen kan være en moderator for utfall i terapi. En moderator er en variabel som avslører at sammenhengen mellom den uavhengige og den avhengige variabelen ikke er konsistent gjennom dataene (Howitt & Kramer, 2008). Johnson & Ketring (2006) undersøkte dette i en studie der man drev terapi med familier der det hadde vært barnemishandling og forsømmelse. De fant en signifikant interaksjon mellom bånd og vold før behandlingen. Dette tyder på at å rapportere mer vold ved inntak krevde at terapeuten utviklet et sterkere bånd eller en mer tillitsfull relasjon med familiemedlemmene for å fremme endring (Johnson & Ketring, 2006).

Forskning har vist at en rekke variabler som er til stede hos klienten før behandling til en viss grad predikerer alliansen (Crits-Cristoph, Gibbons, & Hearon, 2006). For eksempel er det funnet at klientens evne til å inngå i positive mellommenneskelige relasjoner kan påvirke utviklingen av en terapeutisk allianse (Marmar, Weiss, & Gaston, 1989). I tillegg har studier funnet en positiv sammenheng mellom kvaliteten på tidligere og nåværende relasjoner og den terapeutiske alliansen (Kokotovic & Tracey, 1990; Mallinckrodt, 1991). Det er også funnet en sammenheng mellom klienters selvbylde og sosiale tilpasningsevne før behandlingen starter og alliansen som formes i terapi (Mallinckrodt, Coble, & Gantt, 1995). Flere studier har også sett på sammenhengen mellom ulike typer mellommenneskelig stil og alliansen. En vennlig og underdanig interpersonlig stil, evne til å stole på andre og å være komfortabel med intimitet er variabler som har vist seg å henge sammen med alliansen på en positiv måte (Kivlighan, Patton, & Foote, 1998; Muran, Segal, Samstag, & Crawford, 1994; Satterfield & Lyddon, 1995). Studier har i tillegg funnet at fiendtlighet, frykt for å bli forlatt, perfeksjonisme og å være i forsvar er negativt relatert til alliansen (Kivlighan et al., 1998; Kokotovic & Tracey, 1990; Zuroff et al., 2000). I en studie ble det forsøkt å forklare en rekke klientvariablers sammenheng med alliansen. Her ble det funnet at kjønn, forventninger til

bedring og en fiendtlig dominerende mellommenneskelig stil predikerte alliansens kvalitet. Dermed ser det ut til at alliansen, i hvert fall til en viss grad, påvirkes av klientvariabler (Gibbons et al., 2003).

Det er også funnet en sammenheng mellom tidlig bedring i terapi og alliansen i flere studier (Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis, & Siqueland, 2000; DeRubeis & Feeley, 1990; Gaston, Marmar, Gallagher, & Thompson, 1991), og i den ene studien beskrevet i denne oppgaven ble det funnet en sammenheng mellom tidlig vektøkning og allianse hos ungdom med spiseforstyrrelser (Pereira et al., 2006). Disse funnene, i tillegg til evidens for at det ofte er en sterk sammenheng mellom tidlig bedring og utfall i terapi (Haas, Hill, Lambert, & Morrell, 2002; Klein et al., 2003) impliserer at det er nødvendig å kontrollere for denne potensielle tredjevariabelen når man ser på sammenhengen mellom allianse og utfall (Crits-Christoph, Gibbons, & Hearon, 2006).

Det har blitt foreslått at klienters grad av involvering i terapeutiske oppgaver muligens fremmes av en sterk terapeutisk allianse (Chu & Kendall, 2004; Karver et al., 2008; Shirk & Karver, 2006). Klientinvolvering kan defineres som å samarbeide om, være involvert i, komme med forslag om, og/eller å fullføre oppgaver i terapi. Det kan for eksempel være å gjøre hjemmelekser eller å være åpen for å diskutere følelser (Karver, Handelsman, Fields, & Bickman, 2005). Hill (2005) påpeker at det er behov for bedre mål på klientinvolvering. Hun foreslår at involvering henger nært sammen med allianse og intervensjoner der terapeuter jobber for å øke klienters engasjement, men at allianse metodologisk og begrepsmessig kan skilles fra disse. Hvis man skal kunne identifisere både alliansens og involveringens bidrag til utfall, må begge disse måles (Karver et al., 2008). I en studie av terapi med ungdom ble det funnet sterke og signifikante sammenhenger mellom allianse og klientinvolvering, og for ungdom som fikk kognitiv atferdsterapeutisk behandling, var det en stor effektstørrelse ($r = .56, p = .095$) mellom involvering og utfall (Karver et al., 2008). Dermed kan en mulighet for

hvordan alliansen henger sammen med utfall gå ut på at sterk allianse fører til høyere grad av klientinvolvering, som videre fører til et mer positivt utfall. Dette stemmer overens med Lambert & Barleys (2001) teoretisering om at den terapeutiske relasjonen fremskaffer konteksten der de spesifikke terapeutiske teknikkene virker inn.

Fjermestad (2012) har i en av studiene i sin doktorgrad som omhandler den terapeutiske alliansen hos ungdom med angst, funnet en sammenheng mellom ungdommers motivasjon til terapi og tidlig terapeutisk allianse. Videre ble det funnet at ungdommers opplevelse av terapien som troverdig predikerte økning i alliansen over tid (Fjermestad, 2012).

En studie på individualterapi har sett på sammenhengen mellom allianse og utfall, og kontrollert for både en rekke klientvariabler og tidligere bedring. Dette var en studie på behandling av kronisk depresjon med psykoterapi eller psykoterapi kombinert med medisin. Her fant man en signifikant sammenheng mellom alliansen og endring i depressive symptomer, selv etter man hadde kontrollert for tidligere endring i depressive symptomer, kjønn, sosial fungering, tidligere opplevd misbruk/forsømmelse, i hvor stor grad depresjonen var kronisk og tilstedeværelse av komorbide lidelser (Klein et al., 2003). I den ene av studiene i denne oppgaven ble det funnet at barnealliansen og foreldrealliansen signifikant predikerte utfall også etter man hadde kontrollert for tidligere symptomendring (Keeley et al., 2011).

Terapeutatferd kan også påvirke den terapeutiske alliansen. I en studie på depressive ungdommer av Karver og medarbeidere (2008) ble det funnet signifikante sammenhenger mellom terapeutatferd i de første to terapitimene og observert allianse i tredje time. Forskerne delte terapeutatferd i tre typer: a) Terapeutfeil (misforstår, anerkjenner ikke følelser, kritiserer, gir for mye informasjon, fokuserer for mye på å gjenkalle tidligere informasjon fra klienten), b) sosialisering (presenterer modellen, presenterer samarbeid og målsetting) og c) forståelse (støtter klienten, utforsker subjektive opplevelser av følelser, tanker eller ønsker). Resultatene

i studien viste at i andre terapitime var det en sterk negativ sammenheng mellom terapeutfeil og terapeutisk allianse. Videre fant man en sterk positiv og signifikant sammenheng mellom terapeutatferden forståelse og allianse hos ungdommer som ble behandlet med CBT (Karver et al., 2008).

I en studie av Baldwin, Wampold og Imel (2007) ble det funnet at det var terapeuters, ikke klienters, bidrag til alliansen som påvirket utfall. Terapeuter som skapte sterkere allianser til klientene sine, viste signifikant bedre utfall vurdert av klientene, enn terapeuter som ikke hadde sterke allianser. Forfatterne argumenterer derfor for at terapeuters bidrag til alliansen bør måles, at klienter bør kunne gi tilbakemeldinger til terapeuter om alliansen og at terapeuter bør læres opp i å skape og opprettholde sterke allianser (Baldwin et al., 2007). I en annen studie ble det funnet at terapeuters fremmede interpersonlige evner predikerte positive behandlingsutfall. Dette impliserer at en del av variansen i utfall mellom ulike terapeuter skyldes enkelte terapeuters evner til å håndtere mellommenneskelige utfordringer med ulike typer klienter (Anderson, Ogles, Patterson, Lambert, & Vermeersch, 2009).

Alliansemålenes validitet og reliabilitet

Med utgangspunkt i antakelsen om at allianse påvirker utfall i terapi, kan man se på alliansens positive sammenheng med utfall som evidens for kriterievaliditet (Horvath, 1994a). I studiene jeg har sett på er det funnet sammenhenger mellom allianser og utfall ved bruk av ulike måleinstrumenter, et tegn på kriterievaliditet for disse måleinstrumentene. Samlet ser vi at alle alliansemålene har relativt høy indre konsistens reliabilitet, og mange har høy intertetterreliabilitet i tillegg til kriterievaliditet. Noen av alliansemålene, som TA og relasjonsunderskalaen i BTPS bør det studeres mer slik at validitet og reliabilitet kan bli tydeligere etablert.

Selv om man har funnet at klienters selvrapporterte allianser er de som best predikerer utfall i terapi med voksne (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006), har Shirk og

Karver (2003) rapportert at terapeuters og foreldres vurderinger av alliansen mellom barn/ungdom og terapeuten var sterkere assosiert med behandlingsutfall enn barnet eller ungdommens selv-rapport. Årsaken til dette kan være at barn og unge ofte rapporterer alliansen svært høyt. Dette kan resultere i en takeffekt som videre fører til at den prediktive validiteten av skårene minker (Kendall et al., 1997). Det er også funnet at voksne rusmisbrukere rapporterer usedvanlig høye vurderinger av den terapeutiske alliansen (Fenton, Cecero, Nich, Frankforter, & Carroll, 2001). Slike studier kan være med på å forklare hvorfor man har funnet at alliansen predikerer en så liten del av utfallet i terapi med ungdom der alliansen vurderes i form av selv-rapport.

Bordins alliansebegrep – lite tilpasset barn og unge?

Flere studier av ungdomsalliansen har heller enn å støtte de tre komponentene bånd, mål og oppgaver, funnet alliansen som en enhetlig komponent (DiGuiseppe, Linscott, & Jilton, 1996; Faw et al., 2005; Fjermestad et al., 2012). Andre studier har identifisert de to faktorene bånd og oppgaver, men ikke en adskilt dimensjon for mål i terapi (McLeod & Weisz, 2005; Shirk & Saiz, 1992).

Utviklingsmessige forskjeller mellom unge og voksne klienter kan være med på å gjøre det vanskelig å finne støtte for alle de tre dimensjonene i Bordins (1979) alliansebegrep, spesielt når det gjelder måldimensjonen. Kognitive evner hos barn og ungdom er ikke like utviklet som hos voksne, og ofte er det en annen enn ungdommen som ser behovet for behandling og som definerer hva som skal prioriteres i terapien. Man trenger en rekke kognitive evner på et visst nivå for å kunne forme langtidsmål i terapi og å se sammenhengen mellom slike mål og oppgavene i enkelttimer. Disse evnene inkluderer å kunne tenke hypotetisk, å generalisere til utenfor terapirommet og å kunne utsette behovstilfredsstillelse. Selv om noen terapeuter bruker enkle, konkrete korttidsmål, kan de kognitive evnene som kreves likevel være for avansert i forhold til et barns utviklingsnivå (Zack et al., 2007). For

slike barn kan det følelsesmessige båndet til terapeuten spille en viktigere rolle enn oppgaver og mål. Det er mulig at de ulike alliansekomponentene spiller viktige roller ved ulike utviklingsstadier hos barn (DiGuiseppe et al., 1996).

En alternativ forklaring av mangelen på data på ungdomsallianser som støtter Bordins (1979) alliansemodell, spesielt målkomponenten, kan være at det varierer i hvor stor grad ungdoms mål fremheves i terapien. Fordi det ofte er andre enn ungdommene selv som tar initiativ til behandlingen, kan ofte ungdommer ha et annet nivå av opplevd problem, ønske om endring og motivasjon enn en typisk voksen klient. Ungdommene kan også ha andre mål for behandlingen enn dem som har henvist dem til behandling, eller de kan ha manglende interesse for å gå i terapi eller å skape mål i terapi (Weisz & Hawley, 2002).

En mulig tredje forklaring på at man har vansker med å finne en egen målkomponent i alliansen med ungdom kan være at ungdommer ikke ser mål og oppgaver som adskilte. I flere studier der man har brukt WAI med voksne klienter, ser man at klientene i liten grad skiller mellom oppgaver og mål, selv om terapeuten gjør det (Horvath & Bedi, 2002). Dermed kan det relativt lille bidraget målkomponenten har på alliansen gjelde for flere enn kun ungdommer (Zack et al., 2007).

Et utvidet alliansebegrep nødvendig i familierapi?

I alliansemålene IPA og SOFTA brukes alliansebegrepet om mer enn bare bånd, mål og oppgaver i terapi. I IPA består den interpersonlige dimensjonen av fire komponenter: ”Selv – terapeut”, ”Andre – terapeut”, ”Gruppe – terapeut” og ”Innen systemet”. I ”innen systemet” er ikke terapeuten inkludert – den fanger opp allianser mellom familiemedlemmer (Pinsof et al., 2008). Man kan spørre seg om denne måten å se på allianser blir for vid, om allianser heller kun bør handle om forholdet mellom terapeut og klienter, og om forholdet mellom familiemedlemmer heller er en relasjon enn en allianse. I SOFTA er delt formålsoppfatning og trygghet innen det terapeutiske systemet de dimensjonene man har med i tillegg til bånd,

oppgaver og mål. Delt formålsoppfatning beskrives som graden av enighet mellom familiemedlemmene angående samarbeid og mål i terapien, mens trygghet innen det terapeutiske systemet handler om hvor trygg man føler seg på å være åpen og sårbar i terapirommet, og om troen på at familiekonflikter kan løses uten at noen tar skade av det (Friedlander et al., 2005). Disse to dimensjonene vil være viktige i en familierapisetting, og en terapeut kan hjelpe familier med å finne felles mål i terapien. Hvor trygge familiemedlemmene føler seg i terapirommet vil også ha mye å si for hvordan terapien utvikler seg, da det familiemedlemmene uttrykker i terapi vil være påvirket av graden av opplevd trygghet. Likevel kan det diskuteres om disse aspektene bør falle inn under begrepet allianse, eller om de heller bør ses på som viktige aspekter å undersøke og arbeide med i familierapi. En studie i denne litteraturoversikten fant at observert trygghet i første time predikerte ungdommers og foreldres opplevde bedring i tredje time (Friedlander, Lambert, Escudero et al., 2008), noe som tyder på at trygghet innen det terapeutiske systemet kan være viktig for utfall. Likevel kan det bli vanskelig å sammenfatte studier på allianse når noen studier velger et utvidet alliansebegrep, mens andre velger et alliansebegrep med utgangspunkt i bånd, mål og oppgaver. Det mest praktiske hadde vært om ulike forskere innen familierapi ble enige om å bruke en type alliansemål eller en type kombinasjon av alliansemål, uansett hvor mange dimensjoner dette alliansemålet hadde. I og med at det i familierapi er teoretikere med ulike standpunkter som fremmer sine meninger (Sprenkle & Blow, 2004), vil det mest sannsynlig være vanskelig å oppnå enighet blant forskere i familierapi om hvilke alliansemål som er de "beste" å bruke.

Metodiske utfordringer ved studiene

Kun to av studiene i litteraturoversikten inkluderer kontrollgrupper. Ellis og medarbeidere (2012) hadde en kontrollgruppe som fikk ukentlige støttesamtaler over telefon. I en annen studie fikk klientene enten familierapi eller kognitiv atferdsterapi (CBT) for

stoffmisbruk, og det ble ikke funnet noen effekter av alliansen hos dem som fikk CBT (Hogue et al., 2006). Det kan være vanskelig å inkludere kontrollgrupper når man skal studere terapeutisk allianse. Orlinsky og medarbeidere (2004) påpeker at ingen de vet om har laget en studie der klientene blir tilfeldig fordelt til enten en varm og empatisk terapeut eller til en som er likegyldig og viser lite empati. En slik studie ville heller ikke ha blitt godkjent etisk (Orlinsky et al., 2004). Samtidig kan man ikke si noe om effektstørrelse når man ikke sammenligner to grupper i en studie. De fleste av studiene har korrelasjonskoeffisienten som effektmål, og den beskriver bare relasjonen mellom to variabler. Ut fra korrelasjonen kan man ikke vite retningen på kausaliteten (Aron, Aron, & Coups, 2006). Fire av studiene har kun målt alliansen sent i terapien, og i disse studiene har alliansen kun blitt målt ved selv-rapport fra klientene (Ellis et al., 2012; Harvey, 2008; Johnson & Ketring, 2006; Johnson et al., 2002). Dermed kan man i disse studiene like gjerne tenke seg at alliansen vurderes positivt på grunn av at utfallet har blitt positivt.

Hawley & Garland (2008) påpeker at man ikke kan randomisere klienter til ulike alliansenivåer. Likevel kan man finne den sannsynlige retningen på effekten, og utelukke alternative forklaringer på sammenhengene mellom allianse og utfall, ved å måle alliansen, symptomer og fungering gjentatte ganger i løpet av terapien (Hawley & Garland, 2008). Seks av studiene har målt alliansen tidlig, midt i og sent i terapien. Den ene av disse studiene har likevel kun brukt alliansen fra en av de tidlige timene i analysene, og utfallsmålene er kun målt en gang (Faw et al., 2005). I to av studiene har symptomer blitt målt gjentatte ganger (Hawley & Weisz, 2005; Keeley et al., 2011). I to av studiene har familiemedlemmene angitt opplevd bedring tre ganger i løpet av terapien (Friedlander et al., 2011; Friedlander, Lambert, Escudero et al., 2008). I den ene studien av anoreksia hos ungdom ble vekt målt før hver terapitime, og EDE ble målt før terapien startet og etter siste terapitime (Isserlin & Couturier, 2011). Åtte av studiene har målt alliansen tidlig og sent, men ikke midt i terapiforløpet. I to av

disse ble symptomer målt to ganger: Tidlig og sent i terapiforløpet (Guzder et al., 2011; Hawley & Garland, 2008). I tre studier ble bedring kun målt ved avslutning av behandlingen (Glueckauf et al., 2002; Kazdin et al., 2005; Kazdin et al., 2006). Én studie målte symptomer like etter fullført behandling i tillegg til tre måneder etter behandlingen var fullført (Shelef & Diamond, 2008). I den ene studien på anoreksia ble vekt målt fem ganger i løpet av terapien, og EDE en gang ved avslutning av behandlingen (Pereira et al., 2006). I én studie var kun fullføring versus drop-out utfallsmål, og det ble dermed kun registrert én gang per familie (Muñiz de la Pena et al., 2009).

Vi ser altså at noen av studiene har målt både allianser og symptomer/bedring flere ganger i løpet av terapien. Likevel er det elleve studier som kun har målt alliansen en gang, og av de fjorten studiene som har målt alliansen flere ganger er det fem studier som kun har målt utfall/symptomer en gang. For å få mer klarhet i retningen på kausaliteten når det gjelder allianse og utfall, burde alle studiene målt allianser og symptomer/bedring tidlig, midt i og sent i terapiforløpet.

Muñiz de la Pena og medarbeidere (2009) påpeker at observatører vurderer alliansen ut fra hva de ser i en enkeltime, mens klienter og terapeuters selvrappporter av alliansen reflekterer terapiens samlede påvirkning. Familiemedlemmenes rapporter av alliansen kan også være påvirket av det som foregår i familien utenfor terapirommet. For å få et fullstendig bilde av behandlingsprosessen bør man dermed bruke både observasjon og selv-rapport når man skal studere allianser i familieterapi (Muñiz de la Pena et al., 2009). Kun én av studiene har tatt med både foreldre, barns, terapeuters og observatørers alliansevurderinger (Friedlander, Lambert, Escudero et al., 2008), men i denne studien er det kun to familier, og det blir dermed vanskelig å kunne si noe om effekt, og å kunne generalisere funnene. Bare to studier har hatt med både klienters og observatørers vurderinger av alliansen (Muñiz de la

Pena et al., 2009; Shelef et al., 2005), og i tre av studiene er det kun alliansen oppgitt ved foreldres selv-rapport (Ellis et al., 2012; Guzder et al., 2011; Harvey, 2008).

Flere av studiene har vurdert barne/ungdomsalliansen og foreldrealliansen samlet. Muñiz de la Pena og medarbeidere (2009) har argumentert for at kun å legge sammen eller regne ut et gjennomsnitt ut fra de enkelte familiemedlemmenes allianseskårer er villedende da dette tilslører skårene til de enkelte klientene. Dermed bør barne/ungdomsalliansen og foreldrealliansen måles og tas med i dataanalysene hver for seg.

Studiene har svært varierte utfallsmål. En del av studiene har fullføring av terapien versus drop-out som utfallsmål. Et slikt utfallsmål sier ingenting om opplevd bedring hos familiemedlemmene, det sier kun om familiemedlemmene har møtt opp til timene og fullført behandlingsopplegget eller ikke. Dermed er dette et svakere mål på utfall enn for eksempel CBCL, dager med cannabisbruk eller OQ.

Begrensninger og styrker ved oppgaven

En systematisk litteraturoversikt bør helst ha flere forfattere. For å gjøre et systematisk søk, vurdere artiklene og kvaliteten på studiene, kan det være en fordel å være minst to forfattere for å redusere bias (Jesson, Matheson, & Lacey, 2011). Jeg har skrevet oppgaven alene, og det er mulig det ville ha vært en forskjell i hvilke studier som ble inkludert og ekskludert dersom oppgaven hadde hatt flere forfattere. Samtidig har inklusjons- og eksklusjonskriteriene vært såpass klare at det har vært liten grad av tvil i om studier skulle tas med i oppgaven eller ikke. I den grad dette har vært problematisk har jeg hatt en veileder å diskutere med, og artikler der det har vært tvil om de passet inn i forhold til inklusjonskriteriene har blitt diskutert på veiledning. Dermed har ulempene ved å være en forfatter minket noe.

Videre har studiene jeg har sett på hatt bakgrunn i ulike familieproblemer, ulike typer familierapi, ulike alliansemål, ulike personer som har vurdert alliansene og ulike utfallsmål.

I startfasen av oppgaven undersøkte jeg om det ville være mulig å lage en systematisk litteraturoversikt med for eksempel å kun se på familier som gikk i terapi på grunn av atferdsvansker hos barn, eller å kun se på studier som hadde brukt alliansemålene FTAS og SOFTA. Når søket ble begrenset slik, endte jeg med svært få treff. Det ser dermed ikke ut til å finnes nok studier innen hvert alliansemåleinstrument eller klinisk problemstilling til å kunne lage en litteraturoversikt på sammenhengen mellom allianse og utfall på en mer begrenset måte enn jeg har gjort.

I og med at studiene er så varierte, blir det vanskelig å konkludere noe tydelig ut fra dem. Likevel har studiene flere ting til felles: Alle har sett på sammenhengen mellom terapeutisk allianse og utfall i familierterapi. Selv om alliansen har blitt definert på ulike måter, går de fleste alliansedefinisjoner ut på emosjonelle bånd mellom klienter og terapeut og grad av enighet mellom klienter og terapeut om oppgaver og mål i terapien, mens noen ser på alliansen som noe mer i tillegg til de tre dimensjonene oppgaver, mål og bånd.

Videre forskning

Allianser i familierterapi er absolutt et område det bør forskes mer på, da det finnes få studier, og studiene er svært varierte. Alliansebegrepet defineres på ulike måter av ulike forfattere. Det bør forskes mer på hvorvidt alliansebegrepet i familierterapi bør utvides til å gjelde mer enn kun bånd, mål og oppgaver, og det bør forskes på om mål bør være en egen komponent atskilt fra bånd og oppgaver. Det bør også forskes mer på om alliansen med barn og ungdom kun bør ses som én enkelt båndkomponent heller enn flere komponenter. Da det kan være vanskelig å få til studier med kontrollgrupper når man studerer allianse, bør i det minste studier som ser på sammenhengen mellom allianse og utfall måle allianse og symptomer/bedring flere ganger i løpet av terapiprosessen. Allianser bør ideelt sett vurderes av både foreldre, barn, terapeut og observatører.

I familierterapi bør det fokuseres mer på opplæring av terapeuter i alliansebygging. Crits-Cristoph og medarbeidere (2006) har i en studie undersøkt om terapeuter kan trenes opp i å bruke teknikker skapt for å øke alliansen. De fant at alliansene økte med opplæringen, men resultatene var ikke signifikante. Forskerne forklarer dette med at utvalget var lite, og at alliansene var relativt sterke før opplæringen startet (Crits-Cristoph, Gibbons, Crits-Cristoph et al., 2006). Å teste alliansefremmende teknikker innenfor terapeuters foretrukne terapimetoder kan kontrollere for enkeltterapeuters troskap til sin foretrukne terapimetode og denne troskapens potensielle påvirkning på utfall i terapi (Wampold, 2001). Fremtidige studier bør ha med flere terapeuter i utvalget, og kan teste alliansefremmende teknikker innenfor terapeutenes foretrukne terapimetoder (Crits-Cristoph, Gibbons, Crits-Cristoph et al., 2006).

Da de fleste studiene som er gjort på sammenhengen mellom allianse og utfall i familierterapi er utført i USA, bør forskning på området gjøres i flere land. Slik kan man finne ut om forskningen til nå er preget av amerikansk kultur, eller om man finner likheter på tvers av ulike kulturer.

At klienter kan gi tilbakemeldinger til terapeutene om opplevd framgang og opplevd allianse kan føre til større, og mer langvarig bedring. Dette er vist i en studie utført med par i terapi (Anker, Duncan, & Sparks, 2009) på familievernkontorene i Vestfold og Drammen (Anker, 2010). Flere studier bør gjøres på dette, da også med barn og ungdoms tilbakemeldinger i terapi. Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) er en måte å få slike systematiske tilbakemeldinger fra klientene på. KOR brukes av familievernkontorene innen Bufetat i Norge. KOR består av to vurderingsskalaer, der klientene kan uttrykke opplevde endringer i positiv eller negativ retning i tillegg til opplevelsen av samarbeidet med terapeuten og opplevelsen av selve terapien. Det brukes egne KOR-skjema for barn. Ved å bruke KOR, får familierapeuten tilbakemeldinger gjennom hele terapiforløpet (KOR, 2009). I og med at

KOR allerede er i bruk, kan det brukes til å forske på sammenhengen mellom tilbakemeldinger på allianse og opplevde endringer fra alle familiemedlemmer i familierapi og utfall av terapien.

Konklusjon

Denne studien har sett på hva som finnes av evidens for sammenhengen mellom ulike terapeutiske allianser og utfall i familierapi. Resultatene fra litteraturgjennomgangen tyder på at både barne/ungdomsalliansen og foreldrealliansen har sammenheng med utfall i familierapi. I og med at studiene varierer i alliansemål og i familienes årsaker til å gå i terapi, blir det vanskelig å trekke noen klare konklusjoner med utgangspunkt i familieproblem eller type alliansemål. Likevel ser det ut til at foreldrealliansen henger mer sammen med fullføring versus drop-out, mens ungdomsalliansen henger mer sammen med ungdommers symptombedring. I tillegg ser det ut til å være en sammenheng mellom splittede allianser og drop-out. Ut fra dette vil det for familierapeuter være viktig å fokusere på å ha en sterk allianse med både foreldre og barn/ungdommer. Samtidig trengs det mer forskning på området, spesielt for å finne ut om barne/ungdomsalliansen eller foreldrealliansen har større sammenheng med utfall når man tar utgangspunkt i ulike familieproblemer.

Referanser

- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology, 65*(7), 755-768. doi:10.1002/jclp.20583
- Anker, M. G. (2010). *Client directed outcome informed couple therapy* (Doctoral dissertation). University of Bergen, Bergen.
- Anker, M. G., Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomised clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 77*(4), 693-704. doi:10.1037/a0016062
- Aron, A., Aron, E. N., & Coups, E. J. (2006). *Statistics for Psychology* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education International.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance–outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 75*(6), 842-852. doi:10.1037/0022-006X.75.6.842
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(6), 1027-1032. doi:10.1037/0022-006x.68.6.1027
- Beutler, L. E., Machado, P. P. P., & Neufeldt, S. E. (1994). Therapist variables. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 229-269). New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Bickman, L., Vides de Andrade, A. R., Lambert, E. W., Doucette, A., Sapyta, J., Boyd, A. S., . . . Rauktis, M. B. (2004). Youth therapeutic alliance in intensive treatment settings. *Journal of Behavioral Health Services and Research, 31*(2), 134-148. doi:10.1007/BF

02287377

- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*(3), 252-260. doi:10.1037/h0085885
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions
In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance. Theory, research and practice* (pp. 13-37). New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Chu, B., & Kendall, P. C. (2004). Positive association of child involvement and treatment outcome within a manual-based cognitive-behavioral treatment for children with anxiety. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 72*(5), 821-829. doi:10.1037/0022-006X.72.5.821
- Cooper, Z., & Fairburn, C. (1987). The eating disorder examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 6*(1), 1-8. doi:10.1002/1098108x(198701)6:1<1::aid-eat2260060102>3.0.co;2-9
- Creed, T. A., & Kendall, P. C. (2005). Therapist alliance-building behavior within a cognitive-behavioral treatment for anxiety in youth. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 73*(3), 498-505. doi:10.1037/0022-006X.73.3.498
- Crits-Cristoph, P., Gibbons, M. B. C., Crits-Cristoph, K., Narducci, J., Schamberger, M., & Gallop, R. (2006). Can therapists be trained to improve their alliances? A preliminary study of alliance-fostering psychotherapy. *Psychotherapy Research, 16*(3), 268-281. doi:10.1080/10503300500268557
- Crits-Cristoph, P., Gibbons, M. B. C., & Hearon, B. (2006). Does the alliance cause good outcome? Recommendations for future research on the alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(3), 280-285. doi:10.1037/0033-3204.43.3.280

- DeRubeis, R. J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 14*(5), 469-482. doi:10.1007/BF01172968
- Diamond, G. M., Liddle, H. A., Hogue, A., & Dakof, G. A. (1999). Alliance-building interventions with adolescents in family therapy: A process study. *Psychotherapy, 36*(4), 355-368. doi:10.1037/h0087729
- DiGuiseppe, R., Linscott, J., & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied & Preventive Psychology, 5*(2), 85-100. doi:10.1016/S0962-1849(96)80002-3
- Ellis, D. A., Berio, H., Carcone, A. I., & Naar-King, S. (2012). Adolescent and parent motivation for change affects psychotherapy outcomes among youth with poorly controlled diabetes. *Journal of Pediatric Psychology, 37*(1), 75-84. doi:10.1093/jpepsy/jsr072
- Faw, L., Hogue, A., Johnson, S., Diamond, G. M., & Liddle, H. A. (2005). The Adolescent Therapeutic Alliance Scale (ATAS): Initial psychometrics and prediction of outcome in family-based substance abuse prevention counseling. *Psychotherapy Research, 15*(1-2), 141-154. doi:10.1080/10503300512331326994
- Fenton, L. R., Cecero, J. J., Nich, C., Frankforter, T. L., & Carroll, K. M. (2001). Perspective is everything: The predictive validity of six working alliance instruments. *Journal of Psychotherapy Practice & Research, 10*(4), 262-268. Retrieved from <http://jppr.psychiatryonline.org/cgi/reprint/10/4/262>
- Fjermestad, K. W. (2012). *The therapeutic alliance in cognitive behavioral therapy for youth anxiety disorders* (Doctoral dissertation). University of Bergen, Bergen.
- Fjermestad, K. W., McLeod, B. D., Heiervang, E., Havik, O. E., Öst, L., & Haugland, B. S. M. (2012). Factor structure and validity of the Therapy Process Observational Coding

- System for Child Psychotherapy-Alliance scale. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(2), 1-9. doi:10.1080/15374416.2012.651999
- Flicker, S. M., Turner, C. W., Waldron, H. B., Brody, J. L., & Ozechowski, T. J. (2008). Ethnic background, therapeutic alliance, and treatment retention in functional family therapy with adolescents who abuse substances. *Journal of Family Psychology*, 22(1), 167-170. doi:10.1037/0893-3200.22.1.167
- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances in couple and family therapy: An empirically informed guide to practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., Deihl, L., Field, N., Lehman, P., . . . Cutting, M. (2005). *System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA-o) Training manual*. Retrieved from www.softa-soatif.net
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., & Diamond, G. M. (2011). Alliance in couple and family therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 25-33. doi:10.1037/a0022060
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Horvath, A. O., Heatherington, L., Cabero, A., & Martens, M. P. (2006). System for observing family therapy alliances: A tool for research and practice. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 214-224. doi:10.1037/0022-0167.53.2.214
- Friedlander, M. L., & Heatherington, L. (1989). Analyzing relational control in family therapy interviews. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 139-148. doi:10.1037/0022-0167.36.2.139
- Friedlander, M. L., Kivlighan, D. M., Jr., & Shaffer, K. S. (2011). Exploring actor-partner interdependence in family therapy: Whose view (parent or adolescent) best predicts treatment progress? *Journal of Counseling Psychology*. Advance online publication. doi:10.1037/a0024199

- Friedlander, M. L., Lambert, J. E., Escudero, V., & Cragun, C. (2008). How do therapists enhance family alliances? Sequential analyses of therapist-client behavior in two contrasting cases. *Psychotherapy, 45*(1), 75-87. doi:10.1037/0033-3204.45.1.75
- Friedlander, M. L., Lambert, J. E., & Muñiz de la Pena, C. (2008). A step toward disentangling the alliance/improvement cycle in family therapy. *Journal of Counseling Psychology, 55*(1), 118-124. doi:10.1037/0022-0167.55.1.118
- Friedlander, M. L., & Tuason, M. T. (2000). Processes and outcomes in couples and family therapy. In S. Brown & R. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (3rd ed., pp. 797-824). New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Gaston, L., Marmar, C. R., Gallagher, D., & Thompson, L. (1991). Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy processes. *Psychotherapy Research, 1*(2), 104-112. doi:10.1080/10503309112331335531
- Gibbons, M. B. C., Crits-Cristoph, P., De la Cruz, C., Barber, J. P., Siqueland, L., & Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research, 13*(1), 59-76. doi:10.1093/ptr/kpg007
- Glueckauf, R. L., Liss, H. J., McQuillen, D. E., Webb, P. M., Dairaghi, J., & Carter, C. B. (2002). Therapeutic alliance in family therapy for adolescents with epilepsy: An exploratory study. *American Journal of Family Therapy, 30*(2), 125-139. doi:10.1080/019261802753573849
- Guzder, J., Bond, S., Rabiau, M., Zelkowitz, P., & Rohar, S. (2011). The relationship between alliance, attachment and outcome in a child multi-modal treatment population: Pilot study. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 20*(3), 196-202. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3143695/?tool=pubmed>

- Hartley, D. E., & Strupp, H. H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. In J. Mastig (Ed.), *Empirical studies of psychoanalytical theories* (Vol. 1, pp. 1-38). Hillsdale, NJ: Analytical press.
- Harvey, S. (2008). An initial look at the outcomes for dynamic play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 17(2), 86-101. doi:10.1037/a0013663
- Hawley, K. M., & Garland, A. (2008). Working alliance in adolescent outpatient therapy: Youth, parent and therapist reports and associations with therapy outcomes. *Child and Youth Care Forum*, 37(2), 59-74. doi:10.1007/s10566-008-9050-x
- Hawley, K. M., & Weisz, J. R. (2005). Youth versus parent working alliance in usual clinical care: Distinctive associations with retention, satisfaction, and treatment outcome. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 117-128. doi:10.1207/s15374424jccp3401_11
- Heatherington, L., & Friedlander, M. L. (1990). Couple and family therapy alliance scales: Empirical considerations. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16(3), 299-306. doi:10.1111/j.1752-0606.1990.tb00851.x
- Henggeler, S. W., Melton, G. B., & Smith, L. A. (1992). Family preservation using multisystemic therapy - an effective alternative to incarcerating serious juvenile-offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 953-961. doi:10.1037/0022-006x.60.6.953
- Hershoug, A. G. (2002). *Working alliance, defensive functioning, and therapist interventions in psychotherapy* (Doctoral dissertation). University of Oslo, Oslo.
- Hill, C. E. (2005). Therapist techniques, client involvement, and the therapeutic relationship: inextricably intertwined in the therapy process. *Psychotherapy*, 42(4), 431-442. doi:10.1037/0033-3204.42.4.431

- Hogue, A., Dauber, S., Stambaugh, L. F., Cecero, J. J., & Liddle, H. A. (2006). Early therapeutic alliance and treatment outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(1), 121-129. doi:10.1037/0022-006X.74.1.121
- Horvath, A. O. (1994a). Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: The working alliance perspective. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Horvath, A. O. (1994b). Research on the alliance. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 259-286). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York, NY: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 9-16. doi:10.1037/a0022186
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*(2), 223-233. doi:10.1037/0022-0167.36.2.223
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139-149. doi:10.1037/0022-0167.38.2.139
- Howitt, D., & Kramer, D. (2008). *Introduction to statistics in psychology* (4th ed.). London: Pearson Education Limited.

- Haas, E., Hill, R. D., Lambert, M. J., & Morrell, B. (2002). Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains? *Journal of Clinical Psychology, 58*(9), 1157-1172. doi:10.1002/jclp.10044
- Isserlin, L., & Couturier, J. (2011). Therapeutic alliance and family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. Advance online publication. doi:10.1037/a0023905
- Jesson, J. K., Matheson, L., & Lacey, F. N. (2011). *Doing your literature review: Traditional and systematic techniques*. London: SAGE Publications, Ltd.
- Johnson, L. N. (1998). The therapeutic alliance in home-based family therapy: Is it predictive of outcome? *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 59*(5-B), 2420. Abstract retrieved from <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1998-95022-225>
- Johnson, L. N., & Ketring, S. A. (2006). The therapy alliance: A moderator in therapy outcome for families dealing with child abuse and neglect. *Journal of Marital and Family Therapy, 32*(3), 345-354. doi:10.1111/j.1752-0606.2006.tb01611.x
- Johnson, L. N., & Wright, D. W. (2002). Revisiting Bordin's theory on the therapeutic alliance: Implications for family therapy. *Contemporary Family Therapy, 24*(2), 257-269. doi:10.1023/A:1015395223978
- Johnson, L. N., Wright, D. W., & Ketring, S. A. (2002). The therapeutic alliance in home-based family therapy: Is it predictive of outcome? *Journal of Marital and Family Therapy, 28*(1), 93-102. doi:10.1111/j.1752-0606.2002.tb01177.x
- Karver, M., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2005). A theoretical model of common process factors in youth and family therapy. *Mental Health Services Research, 7*(1), 35-51. doi:10.1007/s11020-005-1964-4

- Karver, M., Shirk, S., Handelsman, J. B., Fields, S., Crisp, H., Gudmundsen, G., & McMakin, D. (2008). Relationship processes in youth psychotherapy: Measuring alliance, alliance-building behaviors, and client involvement. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 16*(1), 15-28. doi:10.1177/1063426607312536
- Kazdin, A. E., Holland, L., Crowley, M., & Breton, S. (1997). Barriers to treatment participation scale: Evaluation and validation in the context of child outpatient treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 38*(8), 1051-1062. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01621.x
- Kazdin, A. E., Marciano, P. L., & Whitley, M. K. (2005). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(4), 726-730. doi:10.1037/0022-006x.73.4.726
- Kazdin, A. E., Whitley, M., & Marciano, P. L. (2006). Child-therapist and parent-therapist alliance and therapeutic change in the treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(5), 436-445. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.01475.x
- Kazdin, A. E., & Whitley, M. K. (2006). Pretreatment social relations, therapeutic alliance, and improvements in parenting practices in parent management training. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 74*(2), 346-355. doi:10.1037/0022-006X.74.2.346
- Keeley, M. L., Geffken, G. R., Ricketts, E., McNamara, J. P. H., & Storch, E. A. (2011). The therapeutic alliance in the cognitive behavioral treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 25*(7), 855-863. doi:10.1016/j.janxdis.2011.03.017
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second

- randomized clinical trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 65(3), 366-380. doi:10.1037/0022-006X.65.3.366
- Kivlighan, D. M., Jr., Patton, M. J., & Foote, D. (1998). Moderating effects of client attachment on the counselor experience-working alliance relationship. *Journal of Counseling Psychology*, 45(3), 274-278. doi:10.1037/0022-0167.45.3.274
- Klein, D. N., Schwartz, J. E., Santiago, N. J., Vivian, D., Vocisano, C., Castonguay, L. G., . . . Keller, M. B. (2003). Therapeutic alliance in depression treatment: Controlling for prior change and patient characteristics. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 45(6), 997-1006. doi:10.1037/0022-006X.71.6.997
- Kokotovic, A. M., & Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 37(1), 16-21. doi:10.1037/0022-0167.37.1.16
- KOR (2009). KOR: Brukermedvirkning i samarbeid mellom deg og terapeuten. Retrieved from <http://www.bufetat.no/familievernkontor/kor/>
- Kronmuller, K. T., Hartmann, M., Kroger, F., Bergmann, G., Petzold, E. R., & Herzog, W. (1999). The therapeutic relationship in the first session of family therapy. *System Familie*, 12(2), 57-63. doi:10.1007/s004910050046
- 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
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 139-193). New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Lampropoulos, G. K. (2000). Evolving psychotherapy integration: Eclectic selection and prescriptive applications of common factors in therapy. *Psychotherapy*, 37(4), 285-297. doi:10.1037/0033-3204.37.4.285

- Lebow, J. L. (2005). *Handbook of Clinical Family Therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L., Franks, A., & Daley, D. (1996). The revised Helping Alliance questionnaire (HAq-II): Psychometric properties. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 5(3), 260-271. Abstract retrieved from <http://jppr.psychiatryonline.org/>
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "Everyone has won and all must have prizes?". *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008. Abstract retrieved from <http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.5.1a/ovidweb.cgi>
- Mallinckrodt, B. (1991). Client's representations of childhood emotional bonds with parents, social support, and formation of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38(4), 401-409. doi:10.1037/0022-0167.38.4.401
- Mallinckrodt, B., Coble, H. M., & Gantt, D. L. (1995). Working alliance, attachment memories, and social competencies of women in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 42(1), 79-84. doi:10.1037/0022-0167.42.1.79
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Gaston, L. (1989). Toward the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Psychological Assessment: A journal of Consulting and Clinical psychology*, 1(1), 46-52. doi:10.1037/1040-3590.1.1.46
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450. doi:10.1037/0022-006X.68.3.438
- McCubbin, H. I., Olson, D., & Larsen, A. (1981). Family Crisis Oriented Personal Scales (F-COPES). In H. I. McCubbin, A. I. Thompson & M. A. McCubbin (Eds.), *Family*

- Assessment: Resiliency, coping and adaptation - inventories for research and practice* (pp. 455-507). Madison, WI: University of Wisconsin System.
- McGraw, K. O., & Wong, S. P. (1996). Forming inferences about some intraclass correlation coefficients. *Psychological Methods, 1*(1), 30-46. doi:10.1037/1082-989X.1.1.30
- McLeod, B. D., & Weisz, J. R. (2005). The therapy process observational coding system-alliance scale: measure characteristics and prediction of outcome in usual clinical practice. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 73*(2), 323-333. doi:10.1037/0022-006X.73.2.323
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (1976). A typology of family social environments. *Family Process, 15*(4), 357-371. doi:10.1111/j.1545-5300.1976.00357.x
- Muñiz de la Pena, C., Friedlander, M., & Escudero, V. (2009). Frequency, severity, and evolution of split family alliances: How observable are they? *Psychotherapy Research, 19*(2), 133-142. doi:10.1080/10503300802460050
- Muran, J. C., & Safran, J. D. (1998). Negotiating the therapeutic alliance in brief psychotherapy: An introduction. In J. D. Safran & J. C. Muran (Eds.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 3-14). Washington, DC: American Psychological Association.
- Muran, J. C., Segal, Z. V., Samstag, L. W., & Crawford, C. E. (1994). Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 62*(1), 185-190. doi:10.1037/0022-006X.62.1.185
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2001). *Family therapy: Concepts and methods* (5th ed.). Needham Heights, MA: A Pearson Education Company.

- Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. F. (Eds.). (2006). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ogden, T. (2010). *Familiebasert behandling av alvorlige atferdsproblemer blant barn og ungdom* (Doctoral dissertation). Retrieved from <http://hdl.handle.net/1956/4615>
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. E., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfields handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 307-389). New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Pereira, T., Lock, J., & Oggins, J. (2006). Role of therapeutic alliance in family therapy for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39(8), 677-684. doi:10.1002/eat.20303
- Pinsof, W. M. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice*. (pp. 173-195). New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Pinsof, W. M. (1995). *Integrative problem-centered therapy: A synthesis of family, individual and biological therapies*. New York, NY: BasicBooks.
- Pinsof, W. M., Zinbarg, R., & Knobloch-Fedders, L. M. (2008). Factorial and construct validity of the revised short form Integrative Psychotherapy Alliance Scales for family, couple and individual therapy. *Family Process*, 47(3), 208-301. doi:10.1111/j.1545-5300.2008.00254.x
- Rait, D. S. (1998). Perspectives on the therapeutic alliance in brief couples and family therapy. In J. D. Safran & J. C. Muran (Eds.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 171-191). Washington, DC: American Psychological Association.

- Robbins, M. S., Alexander, J. F., Turner, C. W., & Perez, G. A. (2003). Alliance and dropout in family therapy for adolescents with behavior problems: Individual and systemic effects. *Journal of Family Psychology, 17*(4), 534-544. doi:10.1037/0893-3200.17.4.534
- Robbins, M. S., Liddle, H. A., Turner, C. W., Dakof, G. A., Alexander, J. F., & Kogan, S. M. (2006). Adolescent and parent therapeutic alliances as predictors of dropout in multidimensional family therapy. *Journal of Family Psychology, 20*(1), 108-116. doi:10.1037/0893-3200.20.1.108
- Robbins, M. S., Mayorga, C. C., Mitrani, V. B., Szapocznik, J., Turner, C. W., & Alexander, J. F. (2008). Adolescent and parent alliances with therapists in brief strategic family therapy with drug-using Hispanic adolescents. *Journal of Marital and Family Therapy, 34*(3), 316-328. doi:10.1111/j.1752-0606.2008.00075.x
- 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
- Satterfield, W. A., & Lyddon, W. J. (1995). Client attachment and perceptions of the working alliance with counselor trainees. *Journal of Counseling Psychology, 42*(2), 187-189. doi:10.1037/0022-0167.42.2.187
- Scahill, L., Riddle, M. A., McSwigginHardin, M., Ort, S. I., King, R. A., Goodman, W. K., . . . Leckman, J. F. (1997). Children's Yale-Brown obsessive compulsive scale: Reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(6), 844-852. doi:10.1097/00004583-199706000-00023
- Sexton, T. L., & Alexander, J. F. (2002). Family-based empirically supported interventions. *The Counseling Psychologist, 30*(2), 238-261. doi:10.1177/0011000002302003

- Sexton, T. L., Alexander, J. F., & Mease, A. L. (2004). Levels of evidence for the models and mechanisms of therapeutic change in couple and family therapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 590-646). New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Sexton, T. L., Gordon, K. C., Gurman, A., Lebow, J., Holtzworth-Munroe, A., & Johnson, S. (2011). Guidelines for Classifying Evidence-Based Treatments in Couple and Family Therapy. *Family Process*, *50*(3), 377-392. doi:10.1111/j.1545-5300.2011.01363.x
- Shelef, K., & Diamond, G. M. (2008). Short form of the revised vanderbilt therapeutic alliance scale: Development, reliability, and validity. *Psychotherapy Research*, *18*(4), 433-443. doi:10.1080/10503300701810801
- Shelef, K., Diamond, G. M., Diamond, G. S., & Liddle, H. A. (2005). Adolescent and parent alliance and treatment outcome in multidimensional family therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(4), 689-698. doi:10.1037/0022-006X.73.4.689
- Shirk, S., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *71*(3), 452-464. doi:10.1037/0022-006X.71.3.452
- Shirk, S., & Karver, M. (2006). Process issues in cognitive-behavioral therapy for youth. In P. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (pp. 465-491). New York, NY: Guilford.
- Shirk, S., Karver, M., & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, *48*(1), 17-24. doi:10.1037/a0022181
- Shirk, S., & Saiz, C. C. (1992). Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development and Psychopathology*, *4*(4), 713-728. doi:10.1017/s0954579400004946

- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, *86*(2), 420-428. doi:10.1037/0033-2909.86.2.420
- Sprenkle, D. H., & Blow, A. J. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, *30*(2), 113-129. doi:10.1111/j.1752-0606.2004.tb01228.x
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage & the Family*, *41*(1), 75-88. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/10.2307/351733>
- Tichenor, V., & Hill, C. E. (1989). A comparison of six measures of working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *26*(2), 195-199. doi:10.1037/h0085419
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment: A journal of Consulting and Clinical psychology*, *37*(3), 369-375. doi:10.1037/1040-3590.1.3.207
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "All must have prices". *Psychological Bulletin*, *122*(3), 203-215. doi:10.1037/0033-2909.122.3.203
- Weisz, J. R., & Hawley, K. M. (2002). Developmental factors in the treatment of adolescents. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *70*(1), 21-43. doi:10.1037/0022-006X.70.1.21
- Zack, S. E., Castonguay, L. G., & Boswell, J. F. (2007). Youth working alliance: A core clinical construct in need of empirical maturity. *Harvard Review of Psychiatry*, *15*(6), 278-288. doi:10.1080/10673220701803867

Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Scotsky, S. M., Krupnick, J. L., Martin, D. J., Sanislow, C. A., & Simmens, S. (2000). Relation of the therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 68*(1), 114-124. doi:10.1037//0022-006X,68.1.114

Appendiks

Tabell 3

Oversikt over studier ekskludert ut fra fulltekst

| Forfatter | Tittel | Årsak til ekskludering |
|--------------------------------------|---|---|
| Beardslee et al. (1992) | Initial findings on preventive intervention for families with parental affective disorders | Så ikke på sammenhengen mellom allianse og utfall |
| de Kemp & Van Acker (1997) | Therapist-parent interaction patterns in home-based treatments: Exploring family therapy process | Så ikke på allianse |
| Quinn, Dotson & Jordan (1997) | Dimensions of therapeutic alliance and their associations with outcome in family therapy | Kombinerte parterapi og familierapi |
| Glueckauf et al. (2002) | Videoconferencing-based family counseling for rural teenagers with epilepsy: Phase 1 findings | Så ikke på sammenhengen mellom allianse og utfall |
| DeVet et al. (2003) | The therapeutic relationship in child therapy: perspectives of children and mothers | Så ikke på sammenhengen mellom allianse og utfall |
| Glazer et al. (2003) | The role of therapeutic alliance in network therapy: a family and peer support-based treatment for cocaine abuse | Kombinerte individualterapi med terapi der man enten hadde med venner eller familie |
| Chan et al. (2004) | What works for therapists conducting family meetings: treatment integrity in family-focused grief therapy during palliative care and bereavement | Så ikke på sammenhengen mellom allianse og utfall |
| Erkolahti, Lahtinen, & Ilonen (2004) | A home-treatment in child and adolescent psychiatry | Så ikke på sammenhengen mellom allianse og utfall |
| Karver et al. (2006) | Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature | Kombinerte individualterapi og familierapi |

| | | |
|------------------------------------|---|--|
| Zack, Castonguay, & Boswell (2007) | Youth working alliance: A core clinical construct in need of empirical maturity | Ga kun en beskrivelse av alliansefenomenet uten å komme med egen forskning |
| Escudero et al. (2008) | Observing the therapeutic alliance in family therapy: associations with participants' perceptions and therapeutic outcomes | Kombinerte parterapi og familierapi |
| Keeley et al. (2008) | Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder | Brukte ikke familierapi |
| D'Angelo et al. (2009) | Adaptation of the preventive intervention program for depression for use with predominantly low-income Latino families | Så ikke på sammenhengen mellom allianse og utfall |
| Hogue & Liddle (2009) | Family-based treatment for adolescent substance abuse: Controlled trials and new horizons in services research | Ga kun en beskrivelse av alliansefenomenet uten å komme med egen forskning |
| Levy-Frank et al. (2011) | Family psychoeducation and therapeutic alliance focused interventions for parents of a daughter or son with a severe mental illness | Hadde ikke med minst ett barn og en forelder |
| McLeod (2011) | Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A meta-analysis | Kombinerte individualterapi og familierapi |