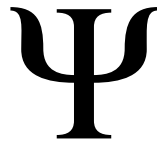




**DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**



*Den Terapeutiske Relasjon*

**HOVEDOPPGAVE**

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Jørgen G. Lindenlaub**

Vår 2011



Den Terapeutiske Relasjon	3
---------------------------	---

## **Innholdsfortegnelse**

Abstract	4
Abstrakt	5
Innledning	6
Empirisk Støttede Terapier	7
Den Terapeutiske Relasjonen	9
Metode	12
Diskusjon	13
Terapeut Variabler	13
Klient Variabler	16
Fasiliterende Betingelser	23
Allianse	27
Oppsummering	32
Match Effekter	33
Relasjonelle Retningslinjer	33
Referanser	38

### **Abstract**

For several decades psychotherapy research has tried to find what works in therapy, in order to increase the efficiency of psychotherapy. Through this research, the therapeutic relationship has emerged as one of the leading curative factors. This paper seeks to elucidate what factors in the therapeutic relationship contribute to this curative effect. By reviewing the literature pertaining to the topic, the author shows that a multitude of factors are related to outcome. Some of these are therapist variables, such as warmth, empathy, and emotional well being. Client variables such as reactance, locus of control, attachment style, and severity of disorder. Rogerian facilitative conditions, i.e. positive regard, congruence, and empathy. Finally the working alliance, through affective bond, agreement on task and goal, is also shown to be related to the outcome. The paper sums up several guidelines that might improve the therapeutic relationship, and thus improving the chances of a successful therapy.

### Abstrakt

I flere tiår har psykoterapiforskning forsøkt å finne hva som fungerer i terapi. Dette med sikte på å øke effektiviteten av psykoterapi. Gjennom denne forskningen, har den terapeutiske relasjonen vist seg å være en av de mest lovende kurative faktorene. Denne oppgaven søker å belyse hvilke faktorer i den terapeutiske relasjonen som bidra til denne kurative effekten. Ved en gjennomgang av faglitteratur på området, viser forfatteren til flere relasjonelle faktorer som er knyttet til utfallet av terapi. Eksempler på disse er terapeut variabler, slik som varme, empati, og følelsesmessige velvære. Klient variabler som for eksempel reaktans, locus of control, tilknytningsstil, og alvorlighetsgraden av psykiske lidelser. Rogerianske fasiliterende betingelser, dvs. positiv anseelse, kongruens, og empati. Allianse, altså affektive bånd, avtale om oppgave og mål. Alle disse har også seg å være knyttet til utfallet av terapi. Oppgaven oppsummerer til slutt noen retningslinjer. Disse vil kunne bedre den terapeutiske relasjonen. Dette vil igjen kunne bedre sjansene for en vellykket behandling.

## Innledning

Foruten de menneskelige lidelsene forbundet med psykiske lidelser, har utgiftene forbundet med psykisk helsevern økt dramatisk de siste årene. I Norge har kostnadene forbundet med psykisk helsevern økt fra 7,3 milliarder kroner i 1998, til 14,8 milliarder i 2007 (SINTEF, 2008). Liknende trender finner man også i andre land. Forsikringsselskaper og regjeringer vil naturlig nok forsøke å begrense utgiftene forbundet med psykisk helsevern. Dette kan blant annet gjøres ved å effektivisere behandlingen av psykiske lidelser. Dette vil føre til at hver enkelt klient trenger færre timer, og får et bedre utbytte av terapien. Dette vil senke utgiftene forbundet med hver enkelt klient, samt friggi behandlingsplass til andre klienter. Dermed vil man ikke trenge å utbygge det psykiske helsevernet i like stor grad. En slik tankegang har ført til tiltak som for eksempel at man forøker å finne frem til hvilke psykoterapiformer som er mest effektive. Mangel på plass i det psykiske helsevern har også ført til at man bare har refusjonsrett på behandlingen av utvalgte, godkjente lidelser, som for eksempel de som fremgår av DSM-IV, eller ICD-10 (Clarkin og Levy, 2004).

Med bakgrunn i blant annet disse punktene, har det nå i flere tiår vært forsket på hvordan man kan effektivisere psykoterapi. Resultatene fra slik forskning vil i stor grad angi hvilke terapiformer som vil være innlemmet i forskjellige refusjonsordninger (Norcross, 2001). Liknende økonomiske interesser har også vært toneangivende for hvilke forskningsområder som får økonomisk støtte.

Som Norcross (2001) poengterer, er denne forskningen på effektivisering av psykoterapi betimelig i en tid der utgifter forbundet med psykisk helsevern bare øker. I en tid der økonomiske hensyn på godt og vondt er i sentrum, har psykoterapi, gjennom psykologisk forskning, forsøkt å leve opp til kravene om å bli mer kostnadseffektivt.

## **Empirisk Støttede Terapier**

I de siste 40 år har psykoterapiforskningens hovedfokus vært på å finne frem til empirisk støttede terapier (EST) (Rosen & Davidson, 2003; Norcross, 2002). Det har ført til et synkende fokus på andre sider ved terapi, som for eksempel terapeut variabler (Beutler et al. , 2004), klient variabler (Clarkin & Levy, 2004), og den terapeutiske relasjon (Norcross, 2001). Det økte fokuset på terapiformer har ført til en rekke manualiserte intervensjoner, samt retningslinjer for terapi (Norcross, 2002). Mange av disse manualiserte, standardiserte terapiene kan synes løsrevne fra en terapeutisk kontekst, og er primært rettet mot akse en lidelser. Denne trenden er vanskelig å forsone med det faktum at akse en lidelser bare har en moderat innvirkning på utfall av psykoterapi (Norcross, 2002). Videre er det problematisk at utvalg velges ut utelukkende på bakgrunn av den diagnose som den enkelte studien er interessert i. To individer som kvalifiserer til samme diagnose kan ha to forskjellige symptom bilder (Clarkin & Levy, 2004). Videre kan noen av respondentene ha andre komorbide lidelser, mens noen respondenter ikke har det (Clarkin og Levy, 2004).

Når klienter er blitt redusert til en diagnose på denne måten, kommer klientens ikke diagnostiske karakteristikk i bakgrunn (Norcross, 2001). Norcross (2002) poengterer at den valgte terapiform burde matche klienten som helhet, ikke bare klientens diagnose. På denne måten har forskning til dels oversett klienters idiosynkratiske trekk, som kan være vel så viktige for terapiens utfall, som de diagnostiske trekkene (Clarkin og Levy, 2004). Forskning som søker å sammenlikne forskjellige terapeutisk teknikker kan dermed sies å begå en feil ved å redusere klienter til en diagnostisk kategori (Norcross, 2002). Klientene er kanskje homogene hva diagnose angår, men det er ingen grunn til å tro at dette også gjelder deres ikke

diagnostiske karakteristikk. For eksempel kan to personer med samme diagnose, mens den ene er arbeidsledig og singel, mens den andre kan ha en vellykket karriere, være gift og ha barn. Bakgrunnen for problemene disse utviser, samt løsningen kan være vidt forskjellig. Når hovedfokuset blir lagt på klienters diagnose kan det dermed bli vanskelig å finne en terapiform som matcher hver enkelt klient. Av samme grunn kan man sette spørsmålsteget ved validiteten til funn i studier som fokuserer på behandlingen av gitte, kontekstløse diagnoser, ved hjelp av standardiserte behandlingsformer. Videre vil det være problematisk å skulle finne en spesifisert terapiform for de klientene som ikke synes å falle i en distinkt diagnostisk kategori (Norcross, 2002).

Stein og Lambert (1995) fant i en studie at bruk av manualer førte til at terapeuter endret seg i retning av mindre støttende, mindre optimistiske, ble mer autoritære, samt mer defensive. Som vi skal se senere, er alle disse dimensjonene negativt relatert til utfall av psykoterapi. Andre studier har imidlertid vist til bedre utfall i terapi ved bruk av manualer (Huppert, 2001).

Flere forskere, som for eksempel Addis og Cardemil (2006), viser til at manualiserte terapier ikke er så rigide som enkelte motstandere av tilnærmingen skal ha det til. For eksempel trekker Addis og Cardemil (2006) frem flere forskere som fremhever kreativitet og fleksibilitet som viktige momenter i bruken av manualiserte terapier. På denne måten kan manualiserte terapier skreddersys til individuelle klienter. Videre poengterer Addis og Cardemil (2006) at terapeutisk teknikk alltid vil utføres innenfor rammene av den terapeutiske relasjonen. Imidlertid synes det allikevel å ligge et uforholdsmessig stort fokus på teknikk fremfor relasjon.

Flere studier har sammenliknet forskjellige typer terapier, i et forsøk på å finne frem til den eller de mest effektive (for eksempel Lambert og Barley, 2004; Wampold et



al. , 1997). På bakgrunn av sin oppsummering av metaanalyser, konkluderte Lambert og Barley (2004) at selv om man ofte finner statistisk signifikante forskjeller mellom terapier, er disse forskjellene i praksis forsvinnende små. I sin metaanalyse sammenliknet Wampold et al. (1997) flere klasser av terapiformer. Resultatene støttet ”Dodo bird” dommen, som viser til at det er liten, eller ingen forskjeller mellom forskjellige terapiformer. I tillegg til slike funn som antyder at forskjellen mellom forskjellige terapiformer er liten, så står ikke terapeutiske teknikker for mer enn 15% av effekten i klienters bedring (Lambert og Barley, 2004). På bakgrunn av slike funn, og med effektivisering av terapi i tankene, kan de synes som at også andre sider ved psykoterapi bør få sin del av oppmerksomheten.

I forsøket på å finne frem til forskjellige EST, er også terapeut variabler forsøkt utvasket. Denne standardiseringen av både klient og terapeut står i sterk kontrast til mange klinikers opplevelse av terapi som en dypt interpersonlig forankret prosess (Norcross, 2001). Denne tilnærmingen til terapi kan minne om en medisinsk tankegang, der man prøver å finne frem til en spesifikk kur for en spesifikk lidelse. Psykiske lidelser og psykoterapi er imidlertid sjeldent tilsvarende renskårne.

### **Den Terapeutiske relasjonen**

Som nevnt, har hovedfokuset på teknikker og manualiserte inngrep ført til at viktige faktorer for bedring til dels er blitt oversett. Norcross (2002) innvender at terapeuten som person er en viktig faktor til terapeutisk endring. Man finner selv i rigorøst kontrollerte studier, der terapeutene er trent i den samme manualiserte metoden, med de samme typene klienter, en konsekvent forskjell i behandlingsresultatene mellom de forskjellige terapeutene (Norcross, 2002; Beutler, et al. , 2004). Flere forskere (blant andre Norcross, 2002; Lambert & Barley, 2001) viser til at terapeuter har større

innvirkning på klientenes bedring enn terapeutiske teknikker. Lambert & Barley (2001) viser til at terapi er en interpersonlig prosess, og at fokus på effektivisering av terapeuter og terapi også må ta høyde for dette.

Norcross (2002) retter søkelyset mot andre sider ved terapi, som for eksempel den terapeutiske relasjonen, samt klienters ikke diagnostiske karakteristikk. APAs Division 29 Task Force hadde som mål å identifisere effektive terapeutiske relasjoner (som dermed ville bli empirisk støttede terapeutiske relasjoner [ESR]), samt å identifisere effektive metoder for å skreddersy terapi til de individuelle klienter, på bakgrunn av disse ikke diagnostiske karakteristikk (Norcross, 2002).

Norcross (2001) poengterer at teknikk og relasjon hele tiden gjensidig påvirker og former hverandre; relasjonen er i stor grad utformet av det terapeuten gjør i form av teknikk, og teknikk kan vanskelig utføres utenfor rammene av en trygg terapeutisk relasjon. Goldfried og Davila (2005) oppsummerer flere studier som har vist at teknikker som utforskning, korrekt tolkning av overføring, speiling, lytting, rådgivning, samt vellykket bruk av avslapning, alle har en positiv effekt på alliansen. Samtidig har studier vist at klienter opplevelse av empati hos terapeuten fører til økt utførelse av hjemmeoppgaver, at en god relasjon forhindrer dropout, samt at desensitivisering er mer effektivt når de blir utført av en vennlig terapeut (Goldfried og Davila, 2005).

Den terapeutiske relasjon kan defineres som ”følelser og holdninger terapeut og klient har overfor hverandre, og måten disse kommer til uttrykk” (Norcross, 2002, s. 7, min oversettelse). Med bakgrunn i de ovenfornevnte funn, kan det synes som om den terapeutiske relasjonen (som heretter vil bli omtalt som ”relasjonen”) er et av de virksomme og essensielle elementene i terapi. Videre synes relasjonen å være en virksom og nødvendig ingrediens på tvers at forskjellige teoretiske tilnærmeringer til

psykoterapi (se for eksempel Ackerman og Hilsenroth, 2003; Blatt, Zuroff, Quinlan, & Pilkonis, 1996). Blatt et al. (1996) fant at når klientene opplevde relasjonen som bra, så var dropoutraten lavere, og klientene fikk en større bedring enn når relasjonen ikke var like bra. Dette er funn som går igjen i store deler av forskningslitteraturen. Relasjonen er også knyttet til et positivt utfall av terapi med barn og unge (Shirk og Karver, 2003). Altså ser det ikke ut til å være en aldersspesifikk effekt.

Hvis målet er å effektivisere terapi, og man tar høyde for relasjonens relevans i det henseende, blir et mål å oppnå en god relasjon. Det følger da at et viktig mål blir å finne hvilke faktorer som virker inn på relasjonene. Et annet viktig mål er å finne variabler som er relatert til dropout. Dropout kan defineres som en avslutning av terapien, før terapiens mål er oppnådd. En slik avslutning bestemmes av klienten alene, heller en av klienten i samsvar med terapeuten.

Oppgaven vil følge inndelingen av den terapeutiske relasjon som Norcross (2002) skisserer: terapeut variabler, fasiliterende betingelser, og terapeutisk allianse. I tillegg vil oppgaven se på klient variabler. Disse faktorene er i varierende grad overlappende og gjensidig avhengige, men en slik inndeling vil imidlertid gjøre gjennomgangen mer oversiktlig.

Man kan vanskelig snakke om relasjonen uten å nevne alliansen. Bordin (1975; ref. Horvath & Bedi, 2002) kalte dette konseptet "arbeids allianse", men er i ettertiden blitt kjent under flere navn som for eksempel terapeutisk allianse og hjelpe allianse. I denne oppgaven vil konseptet ganske enkelt omtales som allianse. Bordin delte alliansen inn i tre deler: oppgave, bånd, og mål (task, bond, & goal). *Mål* henspiller på det klient og terapeut er blitt enige om at skal være terapiens formål. *Oppgave* henspiller på de atferder og prosesser som utgjør det terapeutiske arbeid, altså måten å

oppnå målet på. *Bånd* henspiller på den tilknytningen, tilliten, aksept, og fortrolighet som oppstår mellom klient og terapeut. Altså handler alliansen om samarbeid i terapien; enighet om mål, og enighet om hvordan målet skal oppnås. I tillegg kommer den relasjonelle delen: det affektive båndet mellom klient og terapeut.

Ettersom psykoterapi er en interpersonlig prosess, er det naturlig at både klient- og terapeutvariabler virker inn på denne prosessen. Klient variabler er for eksempel tilknytningsstil, personlighetstrekk, fravær eller tilstedeværelse av personlighetsforstyrrelser, samt demografiske variabler som kjønn, etnisitet, alder, etc.

Terapeut variabler har naturlig nok mye til felles med klient variabler, da terapeut er halvparten av den terapeutiske dyaden. Disse er for eksempel tilknytningsstil, interpersonlig stil, demografiske variabler, erfaring, etc.

Fasiliterende betingelser referer til de Rogeriansk begrepene i klientsentrert psykoterapi. Disse er empati, positiv anseelse, og kongruens.

Terapeutiske teknikker som for eksempel tolkning av overføring, responshindring, og eksponering har definitivt sin plass i det terapeutiske rom, og bør på ingen måte overses. Denne oppgavens fokus vil imidlertid være på det relasjonelle aspektet ved terapi, heller enn det tekniske.

Helt konkret vil oppgavens fokus være på hva forskningslitteraturen per dags dato sier om hvilke faktorer i relasjonen mellom klient og terapeut som bidrar til bedring hos klienter; hvordan virker terapeut variabler, klient variabler, fasiliterende betingelser, samt den terapeutiske alliansen inn på utfallet av terapien.

### **Metode**

Jeg tok utgangspunkt i Norcross' (2002) *Psychotherapy Relations That Work*, samt Lamberts (2004) *Bergin & Garfields Handbook of Psychotherapy and Behavior*

Change. Med utgangspunkt i disse, bestemte jeg at oppgaven ville bli delt inn i terapeut variabler, klient variabler, fasiliterende betingelser, samt den terapeutiske alliansen. Jeg utførte da fire tilsvarende søk på PsycArticles. Søkeordene som ble brukt var a) lambert og client, b) outcome, relationship og therapeutic, c) therapist, variables og psychotherapy, d) facilitative og conditions. Disse søkene ble begrenset til tidsrommet 1990-2011. Etter en gjennomgang av abstraktene, ble artikler som syntes relevante for oppgaven tatt med.

## Diskusjon

### Terapeut Variabler

Terapeut variabler har blitt studert i stor grad som en kilde til klient bedring. Det har visst seg at forskjellige terapeuter i forskjellig grad evner å få til bedring hos sine klienter (Lambert & Barley, 2001). Som nevnt tidligere, er denne forskjellen til stede selv når man kontrollerer for type intervensjon, og type lidelse hos klienter (Norcross, 2002; Beutler, et al. , 2004). Det kan altså synes som om noen terapeuter har noe ved seg, som gjør disse til mer effektive terapeuter.

Terapeut variabler er egenskaper hos terapeuten, som for eksempel kjønn, alder, empati, autoritær interpersonlig stil, kommunikasjonsevner, kredibilitet, etc. Alle de nevnte variablene relatert til utfall av terapien (Asay og Lambert, 2001). Terapeutens personlighet og interpersonlige stil har også en innvirkning på relasjonen som helhet.

Terapeut variabler innebærer også terapeutens teoretisk retning, for eksempel kognitiv, psykodynamisk, gestalt, etc. Imidlertid faller denne variabelen utenfor oppgavens relasjonelle fokus, og vil derfor ikke bli diskutert nærmere.

Kjønn er en variabel som er blitt forsket på i terapi sammenheng. Man har funnet en liten fordel til kvinnelige terapeuter (Huppert et al. , 2001; Vocisano, 2004).

Altså oppnår gjennomsnittlige kvinnelige terapeuter noe bedre resultater i terapi, enn det deres mannlige motparter gjør. Forskningslitteraturen viser splittede funn når det gjelder matcheffekt for kjønn mellom klienter og terapeut (Beutler et al. , 2004; Huppert et al. , 2001). Det er altså noe usikkert om det har noe å si hvilken kjønnssammensetning det er i den terapeutiske dyaden. Resultatene om matcheffekt er på gruppenivå, og utelukker i så måte ikke at den enkelte klient vil få et større utbytte på grunn av en slik matcheffekt.

Alder er også en variabel som er blitt undersøkt, men denne variabelen er imidlertid noe problematisk. Dette fordi at med økende alder, øker også erfaring. Det blir dermed vanskelig å skille effekten fra disse variablene (Beutler et al. , 2004; Vocisano, 2004). Beck (1983; ref. Vocisano, 2004) har imidlertid antydnet at terapeuter som er mer enn 10 år yngre enn deres klienter, har dårligere resultater enn terapeuter som er jevnaldrende med, eller eldre enn sine klienter. Videre viste Becks studie at klienter som gikk til behandling hos terapeuter som var jevnaldrende, opplevde mindre isolasjon og fortvilelse etter endt behandling, enn de som gikk til behandling hos terapeuter der aldersforskjellen var 10 år eller mer (både eldre og yngre).

Dominans er funnet relatert til et dårligere utfall av terapi (Beutler et al. , 2004). En studie viste at etnisk match og dominans er relatert. Hvite, amerikanske terapeuter som skårte høyt på dominans, arbeidet bedre sammen med klienter av sin egen etnisitet, enn sammen med latinamerikanske klienter (Beutler et al. , 2004).

Terapeuters selvtillit er også relatert til utfall (Beutler et al. , 2004). Klienter som opplevde selvtillit hos sine terapeuter, hadde større sannsynlighet for å bli bedre. Videre er terapeuters selvtillit i første time funnet relatert til klienters fortsatte oppmøtte til terapi.

Beutler et al. (2004) oppsummert en del forskning på effekten av terapeuters erfaring. Effektstørrelser varierer fra -.19 til .48. Noen av disse studiene kunne tyde på at erfarne terapeuter er effektive med en større bredde av klienter, enn sine mindre erfarne motparter. En studie (omtalt i Beutler et al., 2004) kan tyde på at det som er virksomt i erfaring, er generell klinisk kontakt og erfaring med klienter, snarere enn utviklingen av spesifikke ferdigheter. Liknende funn ble gjort av Huppert et al. (2001). De fant en større bedring av klienter med panikkangst, når disse gikk i terapi hos erfarne terapeuter. Videre fant Huppert et al. (2001) at denne effekten var enda større når erfaring var konseptualisert som totalt antall år med klinisk erfaring, heller enn antall års erfaring med kognitiv terapi.

Effekten av terapeuters trening og utdanning er også blitt studert. I slike studier sammenlikner man for eksempel sosialarbeidere, psykologi studenter, ferdig utdannede psykologer, de som har en doktorgrad, etc. (Stein & Lambert, 1995). I en metaanalyse fant Stein og Lambert (1995) en liten men signifikant effekt av utdanning. Stein og Lambert (1995) problematiserer imidlertid det faktum at de med relativt lavere utdanning viser en høyere dropout rate. Det kan tenkes at de som blir igjen i behandling hos de med relativt lavere utdanning, er spesielt responsive for terapi. Eller kanskje de som droppet ut ville hatt dårligere resultater om de hadde blitt i terapi. Men andre ord kan den øverste dropout raten minske den synlige effekten av utdanning.

De sidene ved terapeuter som er nevnt så langt kan sies som å være trekk. Det er altså sider ved terapeuten som vil være relativt stabile over tid og situasjon. "Trekk" som for eksempel erfaring øker med tiden, men vil være relativt stabil fra uke til uke. Andre sider ved terapeuten vil fluktuere noe mer på tvers av tid og situasjon. Det kan være tilstander, terapeuters reaksjoner på forskjellige klienter, etc.

Vennlig atferd er relatert til positivt utfall av terapi (for en oppsummering se Beutler et al. , 2004). Vennlig atferd blir normalt også gjengjeldt av klienter. Likheter i grad av vennlighet hos klient og terapeut er relatert til positivt behandlingsutfall (Beutler et al. , 2004).

Terapeutens emosjonelle velvære og fravær av besvær er også variabler som er funnet positivt relatert til utfall. Beutler et al. (2004) rapporterer effektstørrelser i området 0 til .71. Når det gjelder terapeuters velvære, har man funnet at utbrenthet er negativt relatert til utfall av terapi (Beutler et al. , 2004). Vocasino et al. (2004) definerer utbrenthet som et syndrom av emosjonell utmattelse og kyniskhet, og forteller at dette ofte er et resultat av det emosjonelle trykket som er forbundet med en intens involvering med mennesker over tid. Asay og Lambert (2001) viser at når terapeuter blir utbrent, blir evnen til å utvise empati, vennlighet, og forståelse dårligere. Utbrenthet kan også innebære minket bekymring for klientene, samt mindre positive følelser for disse (Vocasino et al. , 2004). Utbrenthet vil med andre ord svekke terapeuters evne til å effektive hjelpe klienter til bedring, så vel som terapeutens egen velvære. I sin studie fant Vocasino et al. (2004) at terapeuters arbeidsmengde ikke var relatert til dårligere utfall for klientene. Det kan imidlertid tenkes at arbeidsmengden ikke oversteg en terskel som medførte utbrenthet hos terapeutene.

### **Klient Variabler**

Som nevnt i innledningen er det er vell av klientvariabler som potensielt kan virke inn på terapien. Studier har visst at klientvariabler er sterkere relatert til terapiens utfall enn spesifikke teknikker (Clarkin og Levy, 2004). Noen av disse variablene kan betraktes som hovedeffekt, altså de har sin effekt relativt upåvirket av andre variabler. Andre variabler får derimot sin effekt i interaksjon med andre variabler, som for



eksempel mediatorer eller moderatorer (Clarkin og Levy, 2004). Dermed blir det viktig å tenke på klientvariabler som variabler situerte i en gitt kontekst, som for eksempel den terapeutiske relasjonen. For at terapien skal bli vellykket, påpeker Joyce, Piper, Ogrodniczuk, & Klien (2006) at terapeuten bør benytte seg av klientens positive egenskaper, samt å tilpasse seg klientens negative egenskaper. Dette understreker igjen at klient variabler ikke er statiske, løsrevne konstrukter, men er hele tiden i interaksjon med for eksempel terapeutens personlighet, tilnærming til terapi, etc.

Klientvariabler predikerer også hvem som søker hjelp. For eksempel søker kvinner oftere hjelp enn det menn gjør. Dette gjelder både for sosial støtte og profesjonell hjelp (Clarkin og Levy, 2004). Eldre er ofte mer skeptiske til profesjonell hjelp, og søker heller hjelp hos fastleger eller hos åndelige ledere, som for eksempel prester (Clarkin og Levy, 2004).

Clarkin og Levy (2004) påpeker at de som dropper ut av terapi, går glipp av en viktig ressurs i livene sine. Flere klientvariabler er relatert til dropout. For eksempel har forskning vist at personlighetsforstyrrelser er relatert til dropout (Clarkin og Levy, 2004). I studier oppsummert av Clarkin og Levy (2004) ble det ikke funnet at alder var relatert til dropout. Et unntak er i behandlingen av stoffmisbruk. Der ble det vist til en høyere dropout rate hos de yngre klientene. Clarkin og Levy (2004) poengterer imidlertid at selv om alder ikke er relatert til dropout, kan alder være med på å bestemme terapiens fokus. Eksempelvis på grunn av biologisk endring, og endring av psykiske lidelsers uttrykk som en funksjon av alder. For eksempel vil man arbeide annerledes med barn og unge enn med voksne.

Forskning på sosioøkonomisk status (SES) og dropout har gitt noen blandede funn. Imidlertid kan det se ut til at klienter med høy SES går i terapi lenger enn

sine motparter med lav SES (Clarkin og Levy, 2004). Videre ser det ut til å være en sammenheng mellom lav SES og dropout rate. Klienter med lav SES ser ut til å få en større effekt av terapi, når de går til behandling hos terapeut som har egalitære holdninger (Clarkin og Levy, 2004).

Som nevnt tidligere ser kjønn ut til å ha en svært begrenset effekt på utfall. Imidlertid er det funnet en match effekt for tilfredsstillelse og dropout rate. Når klient og terapeut er av samme kjønn predikerer dette høyere tilfredsstillelse med terapien, samt lavere dropout rate (Clarkin og Levy, 2004).

Når det gjelder etnisitet, finnes det lite forskning. I tillegg er det som finnes tvetydig (Beutler et al. , 2004). Ifølge Beutler et al. (2004) er hypotesen om at etnisk match predikere positivt utfall allment godtatt. Godtagelsen av denne hypotesen er imidlertid basert på politisk korrekthet og overflate validitet, heller enn empirisk validering (Beutler et al. , 2004). En sammenfatning av resultatene viser en neglisjerbar effekt ( $d=.02$ ). Ifølge en oppsummering av Clarkin og Levy (2004) har minoriteter gjennomsnittlig færre timer enn hvite. Afro-amerikanere går lenger i terapi når terapeuten har egalitære holdninger. Det er imidlertid ikke påvist en match effekt når det gjelder utfallet av terapien (Clarkin og Levy, 2004).

Klient som skårer høyt på reaktans (det å motsette seg ytre krav) kan reagere på en opplevd tap av valgmuligheter, ved å motsette seg terapeuten (Clarkin og Levy, 2004). Disse kan ofte få bedre utfall av paradoksalintervensjoner. Studier har visst at de klientene som utviser mye motstand, har en dårligere prognose.

Blatt et al. (1996) gjennomførte en studie som så på interaksjonen mellom perfektjonisme og relasjonen. Blatt et al. delte deltagerne inn i tre kategorier etter hvor høyt de skårte på perfektjonisme; høy, middles, lav. De som skårte høyt på

perfeksjonisme fullførte terapien, men fikk dårligere utbytte enn de andre. Dette på tross av at de i like stor grad som de andre gruppene anså terapeuten som vennlig og støttende. Hos de som skårte middels på perfeksjonisme, hadde relasjonen størst påvirkning på utfallet. Dette på tvers av behandlingsform. Disse klientene er i større grad avhengig av en god relasjon for å endre sine negative representasjoner seg selv og andre. De som skårte lavt på perfeksjonisme fikk utbytte av terapien, selv når de anså terapeuten som bare middels vennlig og støttende. Blatt et al. (1996) forklarer dette ved at disse klientene angivelig ikke har noe særlige problemer med negative representasjoner av selv og andre. Dermed er de i stand til å nyttiggjøre seg terapi, selv når relasjonen bare er middels god.

Ifølge Goldfried og Davila (2005) interagerer klientens locus of control med type inngrep. De fant at klient med høy indre locus of control hadde dårligere utbytte av styrende (directive) inngrep. Forfatterne forklarer dette med at klienter med høy indre locus of control føler at sine personlige frihet blir truet av styrende inngrep.

Personlighetstrekk som mistillit eller regelrett fiendtlighet vil gi klienter vansker i omgangen med andre, og vanskeliggjøre opprettelse og vedlikehold av intime relasjoner (Joyce et al. , 2006). Mistillit og fiendtlighet kan ofte være et fosvar fra klientens side mot underliggende, fryktede sårbarheter. Ifølge Joyce et al. (2006) kan det da være vanskelig å gjøre noe med. Det kan da også utvikle seg overføringsproblemer, negative reaksjoner fra terapeuten, samt dropout.

Tilknytning handler om i hvilken grad man har tillit til andre, og preferanse for interpersonlighet nærhet/distanse. Dette gjelder spesielt i vanskelige situasjoner. I så måte er tilknytning en faktor som er viktig i terapi. Både i forhold til å søke hjelp, og måten terapien og relasjonen utvikler seg. Joyce et al. (2006) definerer tilknytning som

”...individens tilbøyelighet til nærhet hos betydningsfulle andre for trygghet og beskyttelse i stressende tider, opprinnelig etablert i interaksjon mellom barnet i utvikling og de tidlige omsorgsgivere, vanligvis moren” (s. 120, min oversettelse).

Tilknytningsmønstrene som opprettes er relativt stabile over tid (Meyer og Pilkonis, 2002).

For at en relasjon i voksen alder skal kvalifisere som tilknytningsrelasjon, må det ifølge Meyer og Pilkonis (2002) være fire karakteristikk ved relasjonen tilstede. Disse er opprettelse og vedlikehold av fysisk nærhet, søken etter trøst eller hjelp ved behov, opplevelse av fortvilelse ved uventede eller lange adskillelser, og benytte seg av tilknytningspersonen som en trygg base ved utforskning av ikke-tilknytningsaktiviteter. Den terapeutiske relasjonen inneholder flere elementer som kan minne om barns tidligere tilknytningsrelasjoner. For eksempel kan terapeuten trøste, hjelpe med emosjonsregulering, og kan fungere som en trygg base som klienter kan utforske sin psyke og relasjoner fra. I så måte kan klienter sies å være tilknyttet sine terapeuter (Meyer og Pilkonis, 2002).

Basert på arbeidet til Bowlby og Ainsworth (omtalt i Joyce et al. , 2006), kan voksnes tilknytningsstil kategoriseres med eksempelvis Adult Attachment Interview (AAI). Utifra klienters svar på dette strukturerte intervjuet, vil vedkommendes tilknytningsstil kunne kategoriseres som sikker/trygg, engstelig-overopptatt, engstelig-avvisende, eller fryktende. Ifølge Meyer og Pilkonis (2002) later trygt tilknyttede personer til å ha sunne, forpliktete, og varige relasjoner. Engstelig-overopptatte danner gjerne turbulente, intense relasjoner. Engstelig-avvisende danner gjerne uforpliktete, korte relasjoner. En del av disse trekkene går igjen også i terapi (Joyce et al. , 2006).

Trygt tilknyttede har gjerne lettere for å beskjeftige seg med terapiens arbeid, og får et større utbytte av behandling. Engstelig-avvisende har mest problemer med å etablere og vedlikeholde alliansen. Disse kan også noen ganger bli disorganiserte i terapien, når de konfronteres med emosjonelle påkjenninger. Man har dog observert en bedring av allianse over tid hos både engstelig-avvisende og engstelig-overopptatte. En studie (omtalt i Joyce et al., 2006) viste at terapeuters innfalsvinkel var forskjellige, avhengig av klienters tilknytningsstil. De fant at når terapeuter arbeidet med engstelig-overopptatte klienter, var fokuset rettet mer på affekt og relasjon. I arbeidet med engstelig-avvisende, var fokuset mer på et kognitivt plan.

Klienters tilknytningsstil har også implikasjoner for avslutning av terapien. Engstelig tilknyttede klienter kan gjerne reagere med økt engstelse i forhold til avslutningen (Joyce et al., 2006). Engstelig-overopptatte kan gjerne ha vansker med å gi slipp på terapeuten, og få en gjenaktivering av avvisningstemaer. Engstelig-avvisende på sin side, kan ha vansker med å erkjenne og vedgå at terapeuten har vært viktig i behandlingen, og i livene deres (Joyce et al., 2006). Med engstelig tilknyttede klienter kan det derfor være nødvendig med økt bruk av støttende intervensjoner i denne fasen av terapien.

I tillegg til at enkelte klientkarakteristikker predikerer utfall av terapi, kan disse karakteristikkene hjelpe terapeuter med å skreddersy terapi til de enkelte klientene, for å maksimere behandlingseffekten. Undersøkelse av klienters premorbide kliniske- og personlighetskarakteristikker kan gjøre terapeuter bedre i stand til å skreddersy behandlingsmetoder, basert på de enkelte klienters behov (Clarkin og Levy, 2004).

Tilstedeværelse av personlighetsforstyrrelser er en faktor som vil ha stor betydning for terapien. Benjamin og Karpiak (2002) definerer

personlighetsforstyrrelser som "... et vedvarende mønster av indre erfaring og atferd som avviker betraktelig fra forventningene i et individs kultur, er vedvarende og ufleksibelt, begynner i ungdom eller tidlig voksen alder, er stabil over tid, og fører til belastning eller nedsatt funksjon" (s. 423, min oversettelse). Når personlighetsforstyrrelser og andre psykiske lidelser er komorbide, gjør dette behandlingen enda vanskeligere (Benjamin og Karpiak, 2002).

Personlighetsforstyrrelse er i seg selv også relatert til en elevert dropout rate (Clarkin og Levy, 2004). I sitt kapittel i *Psychotherapy Relationships That Work* fokuserer Benjamin og Karpiak (2002) fortrinnsvis på borderline personlighetsforstyrrelse (BPD). I etiologien til BPD, har klienter ofte møtt en stor grad av manglende validering som barn. I terapeuters møte med klienter med BPD, blir det derfor viktig at terapeuten validerer disse klientene mer enn med andre typer klienter. Videre er det viktig å bedre klientenes emosjonsregulering, samt toleranse for fortvilelse (distress). Terapeuten må her holde en balanse mellom aksept for klientene slik de er, og forventninger til, samt fasilitering av endring.

En rekke av klienters forventninger til terapi påvirker gangen i terapien. Goldfried og Davila (2005) går så langt som å si at håp, positive forventninger, og tro på at endring er mulig, er en forutsetning for at terapi skal føre til bedring. Når klienter ikke oppnår den fremgang de på forhånd forventet, øker sjansen for dropout (Whipple, Lambert, & Vermeersch, 2003). Clarkin og Levy (2004) viser til at forventninger til terapien er sterkt relatert til behandlings varighet. Forventninger er noe mer inkonsistent relatert til terapiens utfall. Imidlertid viser Arnkoff et al. (2002) til at klienters forventninger om at terapien vil hjelpe, er relatert til atferd som påvirker terapien positivt. Det kan for eksempel være villighet til å samarbeid, holde avtale,

samt å arbeide med hjemmeoppgaver. Det har også vist seg at klienters forventninger om at relasjonen vil være til nytte, er forbundet med en bedre allianse (Ackerman og Hilsenroth, 2003). Videre ser det ut til at klienters forventning om roller påvirker terapiens utfall. Ifølge Arnkoff, Glass, & Shapiro (2002) er det match eller mismatch mellom klientens og terapeutens rolleforventninger, som fører til atferd som er kompatibel eller ikke med terapi. Jo dårligere rolleforventningsmatchen er, jo dårligere blir utfallet.

I sin studie viste Satterfield, Buelow, Lyddon, & Johnson (1995) til at klienter på forskjellige endringsstadier, hadde forskjellige forventninger til terapien. Satterfield et al. (1995) sammenliknet Prochaska & DiClementes transteoretiske stadiemodell for endring, med Tinsley et al. forventningsfaktorer. Det viste seg da at klienter som var i det prekontemplative stadiet (kjennetegnet av manglende erkjennelse av å ha et problem), viste lavere forventninger om fasiliterende betingelser og personlig forpliktelse. Klienter i både det kontemplative- og vedlikeholdsstadiene (kjennetegnet av henholdsvis erkjennelse av problem og søken etter løsning, og forsøk på å unngå tilbakefall etter bedring) viste sterkere forventninger til terapeuts ansvar i å fasilitere endring, samt styre terapiens retning. Det synes altså som om klienter har forskjellige forventninger på forskjellige stadier i endringsprosessen. Det har i så fall implikasjoner for terapeutens tilnærming til terapi, utifra hvilket stadie klienten befinner seg på. En evaluering om hvilket stadie en klient befinner seg på, vil i så måte kunne hjelpe til med å skreddersy en tilnærming til terapi med den enkelte klient.

### **Fasiliterende Betingelser**

Dette begrepet har sine røtter hos Carl Rogers og den humanistiske tradisjon. Tradisjonelt har fasiliterende betingelser bestått av empati, kongruens/genuinitet, samt

positiv anseelse (Farber & Lane, 2002). Rogers vedholdt at disse betingelsene var nødvendige og tilstrekkelige for bedring hos klientene (Gonzalez, 2002). Siden den gang har det vært en bevegelse i retning av at dette er virksomme elementer som fasiliterer endring, men kanskje er verken nødvendige eller tilstrekkelig for endring (Hill, 2007). Som Gonzalez (2002) femlegger så inngår det to personer i psykoterapi. Hvis det er slik at terapeutens atferd kan hjelpe eller hindre terapiens fremgang, kan man anta at også klientens atferd kan hjelpe eller hindre terapiens fremgang. Dermed kan man ikke bare fokusere på terapeuten, og de fasiliterende betingelser terapeuten sørger for. Imidlertid har disse helt klart sin plass i terapirommet.

Positiv anseelse innebærer bekreftelse, tillit, forståelse, vennlighet, interesse, empati, og respekt. Positiv anseelse overlapper i så stor grad med relaterte konsepter, som for eksempel empati, terapeutisk allianse, og diverse terapeut variable, etc. , at oppgaven vil stå i fare for å gjenta seg selv ved å ha positiv anseelse som et eget punkt. Positiv anseelse har i forskningslitteraturen nå i stor grad blitt integrert som en del av den terapeutiske allianse (Farber & Lane, 2002). Med bakgrunn i dette vil ikke positivt anseelse diskuteres videre i denne oppgaven.

Kongruens er todelt (Klein, Kolden, Michels, & Chrisholm-Stockard, 2002). Den første delen går på hvorvidt terapeuten er i kontakt med sine indre erfaring i arbeidet med klienter. Den andre delen går på hvorvidt terapeuten klarer å formidle sine indre erfaringer til klienten. Dette betyr ikke at terapeuten stadige må komme med selvavsløringer, men snarer at terapeuten ikke må bedra klienten. Dersom terapeuten har erfaringer med klienten som terapeuten mener vil kunne fasilitere klientens arbeide i terapi, bør terapeuten kunne formidle dette til klienten. På denne måten vil relasjonen fra terapeutens side være preget av ektehet, eller kongruens. Klein et al. (2002)



understreker videre at det å holde tilbake terapeutens følelser vil være spesielt uheldig hvis disse følelsene står i veien for at terapeuten skal kunne føle positiv anseelse og/eller empatisk forståelse. Kongruens ifølge Hill (2007) nødvendig for at positiv anseelse og empati skal kunne finne sted. Til støtte for dette beskriver Norcross (2010), at effekten av kongruens er mer konsistent når det finner sted sammen med positiv anseelse og empati. Kongruens kan påvirke utfall på flere måter. For eksempel ved å fremkalle positiv affekt i terapien. Videre kan kongruens påvirke tilknytningen mellom terapeut og klient. Kongruens kan også ligge til grunn for korrektive emosjonelle erfaringer (Hill, 2007; Kleint et. , 2002). Ifølge Klein et al. (2002) kan kongruens også påvirke utfall indirekte. For eksempel ved å mediere påvirkningen til positiv anseelse, empati, samt andre intervensjoner.

Empati kan defineres som terapeutens evne og vilje til å forstå klientens tanker og følelser, fra klientens perspektiv (Bohart, Elliot, Greenberg, & Watson, 2002). Ifølge Bohart et al. (2002) er det tre måter å være empatisk på. Den første måten innebærer å etablere en empatisk forståelse og støtte til klienten. Terapeuten utviser da medlidenhet overfor klienten. Den andre måten er at terapeuten hele tiden i nuet forsøker å fange opp klientens kommunikasjon og prosess. Altså en kommunikativ inntoning (communicative attunement). Bohart et al. (2002) understreker at empati er mer enn å formidle en forståelse for klientens situasjon. Empati kan også utdype og bringe klienten videre i selvutforskningen. Dette er helt i tråd med Schibbyes (2009) forståelse av den terapeutiske prosessen. Klienten finner seg selv speilet i den andre, og øker på denne måten sin selvforståelse. Den tredje formen er person empati. Det vil si et vedvarende forsøk på å sette seg inn i klientens forståelsehorisont; hvordan forklarer klientens livshistorie de problemene klient utviser og måten disse kommer til uttrykk på.

Videre vil empati kunne føre til korrektive emosjonelle opplevelser (Bohart et al., 2002). Dette kan for eksempel skje ved at klienter opplever at deres følelser og atferd gir mening i andres øyne. På denne måten vil klienten kunne uttrykke sine følelser og behov i en relasjon. Lambert & Barley (2001) påpeker viktigheten av terapeutens evne til å *formidle* denne forståelsen for klientens situasjon, til klienten. Det er klientens opplevelse av empati fra terapeuten som er viktig. Dermed blir det like viktig at terapeuten formidler sin empatiske forståelse, som at terapeuten opplever denne empatiske forståelsen.

Flere studier har påvist at det er en sammenheng mellom empati og utfall. Asay og Lambert (2001) har vist at de klientene hvis terapeuter skårer høyt på empati, får et bedre utfall i terapi. Asay og Lambert viste også at mindre effektive terapeuter skåre lavere på empatiske forståelse. Bohart et al. (2002) har gjennomgått en del forskning på kausalitet mellom empati og utfall. Det kan se ut til at det er en kausal sammenheng fra empati til utfall. Disse resultatene er imidlertid ikke endelige, og bør tolkes med forsiktighet. Bohart et al. (2002) oppsummerer flere studier på klienter som reagerer negativt på empati. For eksempel ser det ut til at klienter som er veldig sensitive, mistenksomme, lite motivert, samt reaktive mot autoriteter, får dårligere utbytte av terapi med terapeuter som er spesielt empatiske.

Et annet viktig poeng er at terapeuter må være bevisste på hva den enkelte klient opplever som empatisk. Som eksempel kan vi se for oss en situasjon der en terapeuter uttrykker empati overfor en følelse en klient prøver å skjule. Som Bohart et al. (2002) påpeker, vil ikke dette egentlig være en empatisk respons, men snarer en inntrengelse på et område klient vil ha for seg selv. Flere andre stiller seg bak en slik tankegang:

terapeuter kan bare være empatiske når de forstår hva en gitt klient *opplever* som empatisk (Asay og Lambert, 2001; Horvath og Bedi, 2002; Norcross, 2010).

### **Allianse**

Mange studier viser til at alliansen har en positiv effekt på terapiutfall (se for eksempel Asay og Lambert, 2001; Horvath og Bedi, 2002; Lambert og Barley, 2001; Martin, Garske, Davis, 2000). For eksempel viste en metaanalyse til en korrelasjon på .22 mellom allianse og utfall (Martin et al. , 2000). Sammenhengen mellom utfall og allianse er påvist selv i telefonterapi (Beckner et al. , 2007). Denne sammenhengen er nå så etablert, at det kan se ut til at alliansen er terapeutisk i seg selv, uavhengig av øvrige intervensjoner (Martin et al. , 2000). Mekanismen bak denne sammenhengen er dog ikke særlig godt forstått. Horvath og Bedi (2002) påpeker at det er spesielt klientens opplevelse av alliansen som predikerer utfall terapi. Manglende etablering av alliansen tidlig i terapiforløpet (innen 5. time) predikere et dårligere utfall av terapi, samt en høyere dropout rate (Horvath og Bedi, 2002).

Ved personlighetsforstyrrelse hos klienten, blir etablering av allianse betraktelig vanskeligere (Benjamin og Karpiak, 2002; Horvath og Bedi, 2002; Spinhoven et al. , 2007). Men ettersom allianse er relatert til utfall også i behandlingen av personlighetsforstyrrede klienter, er det viktig å etablere en god allianse også her (Benjamin og Karpiak, 2002). Terapeuten må her få til en balanse mellom å møte klienten med aksept for den klienten er, men samtidig forvente forandringen hos klienten, samt å fasilitere denne endringen (Benjamin og Karpiak, 2002).

Spinhoven, Giesen-Bloo, van Dyck, Kooiman, & Arntz (2007) fant at ved behandling av BPD, er det spesielt terapeutens skåring av allianse tidlig i terapiforløpet som predikerer dropout. Benjamin og Karpiak (2002) påpeker viktigheten av å etablere

en tydelig kontrakt med klienter med BPD. Dette bør inneholde rammebetingelser for terapien, som for eksempel regler for betaling, uteblivelse fra avtaler, telefonkontakt, etc. Det vil også være viktig å etablere en delt forståelse om at atferd som undergraver terapi, for eksempel å ikke betale, komme beruset, selvmordsforsøk, etc. må stoppe for at behandling skal kunne komme i gang. Benjamin og Karpiak (2002) understreker at terapeutens bidrag til allianse og kontrakt er relatert til varighet av behandling. En god allianse er også i behandlingen av BPD positivt relatert til klienters bedring.

Klienters skåring av alliansen tidlig i forløpet predikerer i større grad symptomreduksjon. Horvath og Bedi (2002) advarer imidlertid i noen tilfeller mot en meget høy allianse tidlig i terapiforløpet. Forskning har antydnet at dette kan være et tegn på urealistiske forventninger fra klientens side. Når disse urealistiske forventningene så ikke innfris, kan det føre til dårligere utfall av terapien, samt en høyere sannsynlighet for dropout. En metaanalyse av Martin et al. (2000) viste at klientangitte mål på allianse er mer stabile gjennom terapiforløpet enn både terapeut- og observatørangitte mål på allianse. Dette impliserer at har man først fått en dårlig allianse, så kan denne holde seg dårlig gjennom terapiforløpet. Dette funnet understreker viktigheten av å etablere en god allianse tidlig.

Det er et mangfold av forskjellige faktorer som påvirker etablering av, og kvaliteten på alliansen. Studier har vist at etableringen av en allianse tidlig påvirkes av terapeutens evne til å formidle vennlighet, empati, samt aksept for klienten (Asay og Lambert, 2001). Videre kan terapeuten bidra til utviklingen av en positiv alliansen ved å være sensitiv i forhold klientens behov, ha en åpen og tydelig kommunikasjon, samt å være sensitiv i forhold til hva klienten opplever som empati og formidle denne empatien (Horvath og Bedi, 2002).

I en oversiktsartikkel fant Ackerman og Hilsenroth (2003) frem til en rekke punkter som påvirker allianse. De fant at terapeuters forventning om en positiv relasjon til klientene var relatert til en bedre allianse på tvers av erfaringsnivå. Videre fant Ackerman og Hilsenroth at erfaring var relatert til terapeuters egen vurdering av alliansen. Terapeuter med høy skåre på allianse ble angitt som mer bekreftende og forståelsesfulle av både seg selv og klientene. Klienters forventning om at terapi vil være til nytte, predikerer allianse (Ackerman og Hilsenroth, 2003).

Flere studier har vist at terapeuts oppfølging av terapeutiske retningslinjer fører til en bedre allianse, og at denne effekten er enda sterkere i kognitiv atferdsterapi (Huppert et al. , 2001; Loeb et al. , 2005). Clarkin og Levy (2004) viser til at det er viktig å etablere en god allianse, samt kredibilitet i arbeidet med klienter fra minoritetsgrupper. Kredibilitet oppnåes på to måter: klienter tilskriver terapeuten kredibilitet, på bakgrunn av terapeutens alder, kjønn, ekspertise, etc. Den andre måten kan omtales som en oppnådd kredibilitet. Med dette menes den kredibilitet som terapeuter får på bakgrunna av de erfaringen klient har hatt med terapeuten, gjennom deres felles arbeid i terapien.

En studie viste at når klienter holder hemmeligheter som er relevante for terapi, så skårer både klient og terapeut alliansen som dårligere (Kelly & Yuan, 2009). Dette gjaldt selv når terapeuten ikke var klar over at klienten holdt noe hemmelig. Kelly & Yuan (2009) fant imidlertid ingen sammenheng mellom klienters hemmeligheter og utfall av terapi.

Horvath og Bedi (2002) oppsummerer en del forskning på alvorligheten av klienters lidelse, og kvaliteten på alliansen. Funnene på dette området er delte. Noen studier har funnet en dårligere allianse ved mer alvorlige psykiske lidelser, mens andre

ikke har funnet denne sammenhengen. Som Horvath og Bedi (2002) påpeker, så er dropout raten høyere hos de med mer alvorlige lidelser. Det kan være at disse ville hatt en dårligere allianse, men slutter i terapi. Således kan det tenkes at denne eleverte dropout raten maskerer en mulig kobling mellom alvorlighet av lidelse og allianse.

Klienters tilknytningsstil er også en faktor som påvirker allianse. De engstelige tilknytningsstilene er relatert til en dårligere allianse, tidlig dropout (Horvath og Bedi, 2002).

Horvath & Bedi (2002) vektlegger i stor grad samarbeidet som en sentral del av alliansen: konsensus og forpliktelse til terapiens mål, og måten dette skal oppnås på (oppgave). Horvath & Bedi fokuserer også på bånd: de positive affektive bånd mellom klient og terapeut, som for eksempel tillit, å like hverandre, respekt, og omsorg.

Ackerman og Hilsenroth (2003) oppsummerer flere studier som kan tyde på at det å gjøre terapien til nettopp et samarbeidsprosjekt mellom klient og terapeut fører til en bedre allianse.

Alliansebrudd (ruptures) er et annet sentralt tema. Asay og Lambert (2001) viser til at alliansebrudd og reparasjon av brudd ofte er en del av vellykkede terapier. Mangel på alliansebrudd i en terapi kan ifølge Asay & Lambert (2001) være et tegn på at klienter ikke er villige til å engasjere seg i den terapeutiske prosessen ved å unngå affektivt innhold, eller å idealisere terapeuten. Det kan også komme av at terapeuten ikke er villig til å utforske viktige tanker, emosjoner, eller atferdsmønstre hos klienten. Alliansebrudd oppstår gjerne når det blir uenighet om målene i terapien (Safran og Muran, 2000). Da vil det være hensiktsmessig å utforske hva som fører til uenighet. Det kan da være viktig å sjekke om klienten har fullt ut forstått behandlingsrasjonalet. I noen sammenhenger, er det hensiktsmessig å vurdere om man skal skifte oppgaven eller

målet for terapien (Safran og Muran, 2000). Hvis klienten først opplever å få jobbe med noe som oppleves som meningsfullt, så er det større sannsynlighet for at klienten senere vil være med på å jobbe med andre ting.

Sannsynlighet for alliansebrudd er størst når klient og terapeut begynner å jobbe med klientens maladaptive mønstre (Asay og Lambert, 2001). Når et alliansebrudd først er oppstått må dette tas tak i. Å ikke gjøre noe med et alliansebrudd kan føre til mer negativitet fra klienten, og et dårligere utfall av terapien. Videre reagerer gjerne terapeuter på fiendtlighet fra klientene med å være fiendtlige tilbake (Safran, Muran, Samstag, & Winston, 2005). Dette har også vist seg å være et reaksjonsmønster som er vanskelig å lære terapeuter å unngå. Klienter kan ofte reagere på brudd ved å ikke gi uttrykk for sine egentlige underliggende behov, uttrykke negative emosjoner på en anklagende eller krevende (demanding) måte (Safran et al. , 2005). For å reparere alliansebrudd, foreslår Safran et al. (2005) at man utforsker klientens interpersonlige frykt, forventninger, samt klientens frykt for kritikk som muligens hindrer et mer direkte uttrykk av negative emosjoner. Derfra kan terapien bevege seg i retning av å hjelpe klienten med selvhevdelse, samt uttrykk for behov og ønsker.

Allianse som kausal faktor i klienters bedring er ikke forblitt ukritisert. Crits-Christoph, Gibbons, & Hearon (2006) problematiserer muligheten for at den kausale sammenhengen er fra bedring til allianse snarere enn omvendt, og mulige tredjevariabler som kan forklare korrelasjonen mellom allianse og utfall. For eksempel kan de tenkes at bedring som inntreffer før målingen av alliansen, forklarer mye av korrelasjonen mellom alliansen og det endelige utfall av terapien. Videre er det noe forskning som kan tyde på at enkelte klientvariabler predikerer alliansen. I så måte blir allianse en mediator for disse klientvariablene, snarere enn hovedeffekt (Crits-Christoph

et al. , 2006). Videre fant Barber et al. (2001) at kvaliteten på alliansen ikke var relatert til utfall, i behandlingen av kokainmisbrukere. Allianse var imidlertid relatert til dropout rate, også med denne klientgruppen.

### **Oppsummering**

Gjennom denne oppgaven har vi sett at relasjonen er et sentralt og virksomt element i psykoterapi. Videre har oppgaven kastet lys over hvilke faktorer i relasjonen som er virkesomme. Både med tanke på å bedre utfallet av terapi, samt å minske sjansen for dropout.

Som vi har sett, er empati et punkt som går igjen flere ganger. Det ser med andre ord ut til at empati er et virksomt element på flere nivåer. Vi har også sett at det viktige er klienters opplevelse av empati. Dette innebærer at terapeuten må uttrykke sin opplevde empati, samt at det må være en form for empati som klienten faktisk *opplever* som empati.

Vennlighet er et annet punkt som går igjen i flere studier: utvikling av en vennlig tone, utviklingen av alliansen, uttrykk for positiv anseelse, og gir bedre utfall av terapien. Vi har også sett at dominans er negativt relatert til utfall, og dette kan til dels sees på som en motsetning til vennlighet.

Vi har sett at forventninger hos både klient og terapeut spiller en vesentlig rolle i forhold til etableringen av en god relasjon. Terapeuts forventninger om en positiv relasjon er relatert til en bedre allianse. Det samme gjelder klienters forventninger om at relasjon og terapi vil være til nytte. Klienters urealistiske forventninger om fremgang er relatert til dropout. Dette fordi urealistiske forventninger sjeldent vil kunne innfris.

Oppgaven vil nå oppsummere noen retningslinjer for å en god relasjon. Ingen av de følgende anbefalingene er absolutte, men kan være nyttige retningslinjer. Å se



bort ifra disse vil ikke nødvendigvis bety at det vil gå dårlig i terapien. Imidlertid kan det i større grad øke sjansen for dårligere utfall og/eller høyere sannsynlighet for dropout.

Oppgaven vil først se på uforanderlige faktorer som kjønn og alder, og hvordan man i noen tilfeller kan oppnå en bedre effekt av terapi ved match effekter. Deretter vil jeg på foranderlige faktorer. Denne delen vil fokusere på ting som terapeuter kan forandre. For eksempel terapeutens tilnærming til den enkelte klient. Dette er altså noe som kan forandres fra klient til klient, og fra time til time. For eksempel å være konfrontere eller støttende, fokus på affekt og relasjon eller kognitive aspekter, etc.

### **Match Effekter**

Her er det snakk om sammensetningen av mer eller mindre uforanderlige variabler hos klient og terapeut. Dette er med andre ord noe man ikke kan endre på underveis i terapien. Det blir dermed en vurdering man må ta før man eventuelt begynner med terapi eller videresender klienten.

Man bør unngå at terapeuten er 10 år eller mer, yngre enn sine klienter. Dette gir dårligere utfall. Når aldersforskjellen mellom klient og terapeut er mindre enn 10 år, opplever klienten mindre isolasjon og fortvilelse etter endt terapi.

Det kan se ut til at noen typer klienter reagerer negativt på empatiske terapeuter. En konstellasjon av veldig sensitive, mistenksomme, lite motivert, samt reaktive mot autoriteter, ser ut til å gi negativ effekt av empati. Slike klienter vil ha en dårligere effekt av empatiske terapeuter.

### **Relasjonelle Retningslinjer**

Terapeuters dominans er relatert til dårligere utfall av terapi. Dette kan sies å være et personlighetstrekk. Det kan i så måte være noe vanskelig å gjøre noe med.

Hvis terapeuten er klar over dette, kan det imidlertid kanskje være mulig å moderer uttrykket av dette trekket.

Selvtillit er en viktig variabel. Selvtillit hos terapeuten øker sannsynlighet for bedring hos klienten, samt relatert til lavere dropout. Dermed kan det være på sin plass for terapeuter å forsøke å bedre sin selvtillit, gjennom eksempelvis veiledning og egenerapi.

Vennlig atferd er relatert til et bedre utfall. Vennlighet kan ofte føre til resiprok vennlighet fra klienten. I tillegg fasiliterer vennlighet opprettelsen av alliansen, og øker effektiviteten av terapeutiske inngrep. Vennlighet er i også relatert til lavere dropout.

Terapeuters emosjonelle velvære er positivt relatert til utfall. Det har det vist seg at utbrenthet har en svært negativ effekt på terapiprosessen. Dette er noe terapeuten må være varsomme for. Dette innebærer at terapeuter eventuelt bør vurdere muligheten for sykemelding, dersom utbrenthet først inntreer.

Klienter med lav SES får bedre utbytte av å gå i terapi hos terapeuter med egalitære holdninger. Nok en gang er dette en variabel som kan være vanskelig å gjøre noe med, men helt upåvirkelig er den ikke. Holdningens uttrykk er også noe terapeuter vil kunne påvirke til en viss grad.

Klienter med høy reaktans reagerer negativt på opplevd tap av valgmuligheter. Dermed bør terapeuter gå forsiktig frem i arbeidet med disse klientene. Det blir viktig at klienter hele tiden føler at de er med og bestemmer terapiens retning og fremgangsmåte.

Klienters tilknytningsstil har implikasjoner for hvordan disse reagerer i terapi. Dermed kan det være nyttig å gjøre en vurdering av klienters tilknytningsstil tidlig i terapiforløpet. For eksempel med hjelp av AAI. Da vil man, for eksempel, kunne

fokuserer mer på kognitive aspekter i arbeidet med engstelig – avvisende tilknyttede klienter. I arbeidet med engstelig – overopptatte klienter kan man fokusere mer på affektive og relasjonelle temaer. Tilknytningsstilen har også implikasjoner for avslutningen av terapien. Da kan det være lurt å gjøre terapien mer støttende, overfor den kommende avslutningen. Engstelig – avvisende vil gjerne trenge hjelp til å erkjenne at en annen person (terapeuten) har vært viktig i livet deres. Engstelig – avvisende vil gjerne trenge hjelp til å gi slipp på terapeuten, og unngå å oppleve det hele som en avvisning.

Vi har også sett at klienter har forskjellige forventinger til terapi og terapeut, på forskjellige stadier i endringsprosessen. I så måte kan det være lurt å evaluere hvor klienter befinner seg, og tilpasse inngrep deretter. Klienter i det prekontemplative stadiet vil gjerne mindre forventinger om at terapeuter skal bidra med fasiliterende betingelser, men også mindre forventinger og personlig forpliktelse. I det kontemplative - og vedlikeholdsstadiet har klienter gjerne sterkere forventinger om terapeutens ansvar i å fasiliterende endring, samt å styre terapiens retning. Dette blir spesielt viktig i lys av at mismatch på rolleforventninger, er relatert til et dårligere utfall.

Kongruens er viktig for å øke effekten av empati og positiv anseelse. I tillegg er det en forutsetning for at klienten skal kunne møte noen som reagerer på klientens vesen på en ny måte. Dette kan bidrar til å endre fastlåste mønstre (korrektiv emosjonell opplevelse).

Klienter med BPD krever en svært tydelig kontrakt for hva som er greit og ikke greit, i og utenfor terapirommet, mens terapien pågår. Videre bør terapeuten holde en balanse mellom å akseptere klienten slik han/hun er, samt å fasilitere endring.

Flere terapeutatferder påvirker alliansen. Terapeuter kan bedre alliansen ved å formidle vennlighet, empati, og aksept for klienten. Videre bør terapeuten vær sensitiv i forhold til klienters behov, samt ha en tydelig kommunikasjon. Manglende etablering av alliansen, samt dårlig allianse er relatert til dropout og dårligere utfall. Det vil ofte oppstå alliansebrudd i terapi. Bruddet bør da taes tak i. Hvis ikke, vil dette kunne få flere negativ konsekvenser, blant annet dårligere utfall av terapien.

Terapeutens empatisk forståelse av sin klient, og formidlingen av denne forståelsen er viktig. Klienter vil kunne føle seg forstått, og at deres opplevelse gir mening for noen andre. Det blir med andre ord viktige å formidle denne forståelsen til klienten. Videre har vi sett at det er viktig at terapeuten søker å forstå hva den individuelle klienten *opplever* som empatisk. Først da kan terapeuten virkelig utvise empatisk forståelse.

Vi har også sett at samarbeid er et viktig element. Det må være enighet om terapiens mål, og måten dette målet skal nåes på. Terapien blir et samarbeid mellom to mennesker, heller en mellom ekspert og kunde. Hvis terapien gjøres til et samarbeidsprosjekt på denne måten, vil dette også bedre alliansen.

Reaktans er en faktor som kan vanskeliggjøre samarbeid. Klienter med høy reaktans kan sies å mangle samarbeidsvilje, ved at de gjerne motsetter seg terapeuten innspill. Her kan paradoksal intervensjoner noen ganger være en mulighet.

Klienter som skårer høy på perfeksjonisme, får et dårligere utbytte av terapi, selv når en god relasjon er tilstede. Dermed kan det være lurt å også gjøre noe med perfeksjonismen.

I denne oppgaven har vi sett at den terapeutiske relasjonen er et viktig moment i psykoterapi. Relasjonen er på egenhånd et virksomt element. Både i forhold til utfall

av psykoterapi og reduksjon av dropout. I tillegg er en god relasjon nødvendig for en effektiv implementering av spesifikke teknikker.

### Referanser

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1–33. doi:10.1016/S0272-7358(02)00146-0
- Addis, M. E., & Cardemil, E. V. (2006). Psychotherapy Manuals Can Improve Outcomes. I J. C. Norcross, L. E. Beutler, & R. F. Levant. *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Pp. 130-139. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Arnkoff, D. B., Glass, C. R., & Shapiro, S. J. (2002). Expectations and Preferences. I J. C. Norcross (Ed.). *Psychotherapy Relationships That Work*. Pp. 335-356. Oxford: Oxford University Press.
- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (2001). Therapist Relational Variables. I. D. J. Cain, & J. Seeman (Eds.) *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice*. Pp. 531-557. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Barber, J. P., Luborsky, L., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Weiss, R. D., Thase, M. E., Connolly, M. B., Gladis, M., Foltz, C., & Siqueland, L. (2001). Therapeutic Alliance as a Predictor of Outcome and Retention in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 119-124. doi:10.1037/0022-006X.69.1.119
- Beckner, V., Vella, L., Howard, I., & Mohr, D. C. (2007). Alliance in Two Telephone-Administered Treatments: Relationship With Depression and Health Outcomes.

*Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 508–512. doi:10.1037/0022-006X.75.3.508

Benjamin, L. S., & Karpiak, C. P. (2002). Personality Disorders. I J. C. Norcross (Ed.). *Psychotherapy Relationships That Work*. Pp. 423-438. Oxford: Oxford University Press.

Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. &, Wong, E. (2004). Therapist Variables. I M. J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfields Handbok of Psychotherapy and Behavior Change*. Pp. 227-306. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Blatt, S. J, Zuroff, D. C., Quinlan, D. M., & Pilkonis, P. A. (1996). Interpersonal Factors in Brief Treatment of Depression: Further Analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 162-171. doi:10.1037/0022-006X.64.1.162

Bohart, A. C., Elliot, R., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2002) Empathy. I J. C. Norcross (Ed.). *Psychotherapy Relationships That Work*. Pp. 89-108. Oxford: Oxford University Press

Clarkin, J. F., & Levy K. N. (2004). The influence of Client Variables on Psychotherapy. I M. J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfields Handbok of Psychotherapy and Behavior Change*. Pp. 194-226. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Crits-Christoph, 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, 280–285.

doi:10.1037/0033-3204.43.3.280

Farber, B. A., & Lane, J. S. (2002) Positive Regard. I J. C. Norcross (Ed.).

*Psychotherapy Relationships That Work*. Pp. 175-194. Oxford: Oxford

University Press

Goldfried, M. R., & Davila, J. (2005). The Role of Relationship and Technique in

Therapeutic Change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42,

421–430. doi:10.1037/0033-3204.42.4.421

Gonzalez, D. M. (2002). Client variables and psychotherapy outcomes. I D. J. Cain and

J. Seeman (Eds.). *Humanistic psychotherapies: handbook of research*

*and practice*. Pp 559-578. Washington, DC: American Psychological

Association.

Hill, C. E. (2007). My Personal Reactions to Rogers (1957): The Facilitative But

Neither Necessary Nor Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change.

*Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 260–264.

doi:10.1037/0033-3204.44.3.260

Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The Alliance. I J. C. Norcross (Ed.).

*Psychotherapy Relationships That Work*. Pp. 37-70. Oxford: Oxford University

Press.

Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S.

C. (2001). Therapists, Therapist Variables, and Cognitive-Behavioral Therapy

Outcome in a Multicenter Trial for Panic Disorder. *Journal of Consulting and*

*Clinical Psychology*, 69, 747-755. doi:10.1037/0022-006X.69.5.747



- Joyce, A. S., Piper, W. E., Ogrodniczuk J. S., & Klien, R. H. (2006). *Termination in Psychotherapy: A Psychodynamic Model of Processes and Outcomes*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kelly, A. E., & Yuan, K. (2009). Clients Secret Keeping and the Working Alliance in Adult Outpatient Therapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 46, 193–202. doi:10.1037/a0016084
- Klien, M. H., Kolden, G. G., Michels, J. L., & Chrisholm-Stockard, S. (2002). Congruence. I J. C. Norcross (Ed.). *Psychotherapy Relationships That Work*. Pp. 195-216. Oxford: Oxford University Press.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research Summary on the Therapeutic Relationship - And Psychotherapy Outcome. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 38, 357-361. doi:10.1037/0033-3204.38.4.357
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2002). Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. I J. C. Norcross (Ed.). *Psychotherapy Relationships That Work*. Pp. 17-32. Oxford: Oxford University Press.
- Loeb, K. L., Wilson, G. T., Labouvie, E., Pratt, E. M., Hayaki, J., Walsh, B. T., Agras, W. S., & Fairburn, C. G. (2005). Therapeutic Alliance and Treatment Adherence in Two Interventions for Bulimia Nervosa: A Study of Process and Outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1097–1107. doi:10.1037/0022-006X.73.6.1097
- 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, 438-450. doi:10.1037/0022-006X.68.3.438

- Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (2002). Attachment Style. I J. C. Norcross (Ed.). *Psychotherapy Relationships That Work*. Pp. 367-382. Oxford: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (2001). Purposes, Processes, and Products of the Task Force on Empirically Supported Therapy Relationships. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 38, 345-356. doi:10.1037/0033-3204.38.4.345
- Norcross, J. C. (2002). Empirically Supported Therapy Relationships. I J. C. Norcross (Ed.). *Psychotherapy Relationships That Work*. Pp. 3-16. Oxford: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (2010). The Therapeutic Relationship. I B.L. Duncan, S.D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble. (Eds.). *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy* (2. Utg.). Pp. 113-141. Washington DC: American Psychological Association.
- Rosen, G. M. & Davidson, G. C. (2003). Psychology Should List Empirically Supported Principles of Change (ESPs) and Not Credential Trademarked Therapies or Other Treatment Packages. *Behavior Modification*, 27, 300-312.  
doi:10.1177/0145445503027003003
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Resolving Therapeutic Alliance Ruptures: Diversity and Integration. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 233-243. .  
doi:10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3
- Safran, J. D., & Muran, J. C., Samstag, L. W., & Winston, A. (2005). Evaluating Alliance-Focused Intervention for Potential Treatment Failures: A Feasibility Study and Descriptive Analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 512-531. doi:10.1037/0033-3204.42.4.512

- Satterfield, W. A., Buelow, S. A., Lyddon, W. K., & Johnson, J. T. (1995). Client Stages of Change and Expectations About Counseling. *Journal of Counseling Psychology, 42*, 476-478. doi:10.1037/0022-0167.42.4.476
- Schibbye, A. L. (2009). *Relasjoner: Et Dialektisk Perspektiv på Eksistensiell og Psykodynamisk Psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of Treatment Outcome From Relationship Variables in Child and Adolescent Therapy: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 452-464. doi:10.1037/0022-006X.71.3.452
- SINTEF. (2008). *Kostnader og finansiering av det psykiske helsevernet*. Hentet den 30.01.2011, fra <http://www.sintef.no/Projectweb/Startsiden/SAMDATA-pa-nett/SAMDATA-2007/Nokkeltall-2007/Opptrappingsplanen/Kostnader-og-finansiering-av-det-psykiske-helsevernet/>
- Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The Therapeutic Alliance in Schema-Focused Therapy and Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 104-115. doi:10.1037/0022-006X.75.1.104
- Stein, D. M., & Lambert, M. J. (1995). Graduate Training in Psychotherapy: Are Therapy Outcomes Enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 182-196. doi:10.1037/0022-006X.63.2.182
- Vocisano, C., Klein, D. N., Arnow, b., Rivera, C., Blalock, J. A., Rothbaum, B., Vivian, D., Markowitz, D. C., Kocsis, J. H., Manber, R., Castonguay, L., Rush, A. J., Borian, F. E., McCullough, J. P., Kornstein, S. G., Riso, L. P., & Thase,

- M. E. (2004). Therapist Variables, That Predict Symptom Change in Psychotherapy with Chronically Depressed Outpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 255–265. doi:10.1037/0033-3204.41.3.255
- 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 Prizes". *Psychological Bulletin*, 122, 203-215. doi:10.1037/0033-2909.122.3.203
- Whipple, J. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2003). Improving the Effects of Psychotherapy: The Use of Early Identification of Treatment Failure and Problem-Solving Strategies in Routine Practice. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 59–68. doi:10.1037/0022-0167.50.1.59