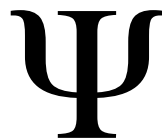




**DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**



*Endringsmekanismer i den terapeutiske alliansen*

HOVEDOPPGAVE

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Øyvind Halmrast**

Høst 2011

Veileder  
Jan Skjerve

## Forord

Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg søkt å få en bedre forståelse av terapeutiske endringsprosesser, og hvordan jeg som psykolog på best mulig måte kan legge til rette for at klientene skal oppnå terapeutisk endring. I den forbindelse har jeg valgt å undersøke nærmere hvilken rolle den terapeutiske alliansen spiller i klienters bedringsprosess. Som en del av arbeidet har jeg fordypet meg i allianseforskningen, for å undersøke nærmere de konklusjoner som utledes med grunnlag i denne forskningen. Den kritiske gjennomgangen av allianseforskningen dannet så grunnlaget for en nærmere undersøkelse av potensielle endringsmekanismer i den terapeutiske alliansen. Målet med å avdekke mekanismer har vært å få en bedre forståelse av hvordan alliansen potensielt gir effekt i form av terapeutisk endring. Det har i denne sammenhengen også vært sentralt å skissere hvordan en kan begynne arbeidet med å bygge opp spesifikke konseptuelle modeller for terapeutisk endring. I prosessen har sjefpsykolog Jan Skjerve bistått som veileder. Jeg vil takke for god veiledning og inspirerende diskusjoner.

Bergen, 12. november 2011.

Øyvind Halmrast

## Sammendrag

Målet med oppgaven har med utgangspunkt i en historisk, empirisk og teoretisk referanseramme, vært å undersøke potensielle endringsmekanismer i den terapeutiske alliansen. Etter en gjennomgang av relevant teori og empiri, fremstår forhandling av alliansebrudd og endring i self-efficacy som potensielle endringsmekanismer i alliansen. I et forsøk på å skissere hvordan alliansen gir effekt, integreres relevante teoretiske konseptualiseringer av og empirisk evidens for forhandling av alliansebrudd og endring i self-efficacy. Integreringen er et eksempel på hvordan en kan begynne arbeidet med å bygge opp en spesifikk konseptuel modell, for hvordan endringsmekanismer i alliansen opererer for å gi effekt i form av terapeutisk endring. Oppgaven kommer frem til at ytterligere forskning er nødvendig for å kunne si med større sikkerhet at alliansen har en direkte kurativ effekt. Ytterligere forskning er også nødvendig for å avdekke endringsmekanismene i alliansen, hvordan mekanismene kan aktiveres, og hvordan mekanismene opererer for å gi effekt i form av terapeutisk endring. Fremtidig forskning på endringsmekanismer i alliansen bør etterstrebe å innfri de kriteriene Kazdin og Nock (2003) skisserer for å påvise endringsmekanismer. I denne prosessen er et kompliserende element at ulike faktorer knyttet til klient, terapeut og behandlingsform, modererer effekten av endringsmekanismene. I arbeidet med å avdekke mekanismer, blir det derfor av vesentlig betydning å også avdekke hvordan modererende faktorer påvirker effekten av mekanismene.

### Abstract

The aim of this thesis is to explore potential mechanisms of change in the therapeutic alliance within a historical, empirical and theoretical frame of reference. The thesis argues that the negotiation of alliance ruptures and self-efficacy change are potential mechanism of change, which the alliance operates through. In an effort to illustrate how one can start the construction of a specific conceptual model for how the therapeutic alliance leads to therapeutic change, the thesis integrates relevant theoretical conceptualizations and empirical evidence on the negotiation of alliance ruptures and self-efficacy change. The thesis argues that future research is needed to establish whether or not the alliance has a direct curative effect, and what mechanisms of change the alliance operates through. Future research on mechanisms of change in the alliance should be in line with the criteria outlined by Kazdin and Nock (2003). A complicating element in this process is how factors related to the client, therapist and type of psychotherapy, moderate the effect of mechanisms of change. In the process of demonstrating mechanisms of change in general, it is therefore essential to uncover how these factors moderate the effect of mechanisms of change.

**INNHOLDSFORTEGNELSE**

FORORD .....	3
SAMMENDRAG .....	4
ABSTRACT .....	5
INNHOLDSFORTEGNELSE.....	6
HISTORISK BAKGRUNN.....	7
Har psykoterapi effekt? Er enkelte psykoterapiformer mer effektive enn andre?.....	7
Formålet med oppgaven .....	10
DEFINISJON OG MÅLING.....	12
Terapeutisk endring .....	12
Den terapeutiske relasjonen.....	13
<i>Den terapeutiske alliansen</i> .....	13
<i>Måling av den terapeutiske alliansen</i> .....	16
ENDRINGSMEKANISMER OG MEDIERING.....	17
Endringsmekanismer .....	17
<i>Komplett og delvis mediering</i> .....	23
Utfordringer .....	24
<i>Indirekte effekt</i> .....	24
<i>Non-lineære relasjoner</i> .....	25
<i>Moderering</i> .....	26
EMPIRISK GRUNNLAG .....	28
Den terapeutiske alliansen: meta-analyser .....	28
Den terapeutiske alliansen: valid prediktor av terapeutisk endring?.....	30
<i>Studier som avdekker tidslinjen</i> .....	33
<i>Meta-analyser: en oppdatering</i> .....	35
Den terapeutiske alliansen: mediator av terapeutisk endring.....	36
ENDRINGSMEKANISMER I DEN TERAPEUTISKE ALLIANSEN.....	37
Teori som guide for utforskning av potensielle endringsmekanismer .....	37
Relasjonelt fokus i psykodynamisk teori.....	38
<i>Forhandling av alliansebrudd: en endringsmekanisme</i> .....	42
<i>Videreføring av forskningen på forhandling av alliansebrudd</i> .....	46
<i>Modell for terapeutisk endring: forhandling av alliansebrudd</i> .....	47
Relasjonelt fokus i kognitiv teori .....	50
<i>Self-efficacy: en endringsmekanisme</i> .....	51
<i>Modell for terapeutisk endring: self-efficacy</i> .....	54
NOEN REFLEKSJONER .....	54
Transteoretisk operasjonalisering av den terapeutiske alliansen.....	54
Endringsmekanismer: Evidensbasert Psykologisk Praksis .....	55
Endringsmekanismer: analysenivå .....	57
Spesifisering av endringsmekanismer: en utopi? .....	60
SLUTTORD .....	61
REFERANSER.....	63

## Historisk bakgrunn

### Har psykoterapi effekt? Er enkelte psykoterapiformer mer effektive?

Det førende og grunnleggende spørsmålet ”Har psykoterapi effekt?” har vært et sentralt spørsmål i psykoterapiens utvikling. Tidlige oppsummeringer av psykoterapiforskningen sådde tvil om effekten av psykoterapi (e.g., Eysenck, 1952), men senere oppsummeringer (e.g., Smith & Glass, 1977; Lambert & Barley, 2002) har derimot kommet frem til at psykoterapi har effekt. Smith og Glass (1977) konkluderte eksempelvis med at den gjennomsnittlige klienten hadde det bedre enn 75% av dem som ikke hadde vært igjennom et behandlingsopplegg. Et annet viktig spørsmål er hvorvidt enkelte psykoterapiformer er mer effektive enn andre, og i så fall hvilke. Antakelsen om at enkelte psykoterapiformer er mer effektive enn andre baserer seg på et prinsipp om *spesifisitet* (Wampold, Ahn, & Coleman, 2001). Spesifisitetsprinsippet kan sies å være selve essensen i den medisinske modellen og forståelsen av sykdommers etiologi. En medisinsk modell for psykoterapi kan beskrive som følger:

. . . (a) the client presents with a disorder, problem, or complaint; (b) there exists a psychological explanation for the disorder, problem, or complaint; (c) the theoretical conceptualization and knowledge are sufficient to posit a psychological mechanism of change; (d) the therapist administers a set of therapeutic ingredients that are logically derived from the psychological explanation and the mechanism of change; and (e) the benefits of psychotherapy are due, for the most part, to the specific ingredients  
(Wampold et al., 2001, s. 286).

Det fremgår av definisjonen at prinsippet om spesifisitet (e) gir spesifikke intervensjoner, (e.g., opplæring i bruken av mindfulness-teknikker; Kabat-Zinn, 2003; Linehan, 1993a; 1993b)

forrang over faktorer som er felles (e.g., den terapeutiske alliansen) på tvers av ulike psykoterapiformer. For å påvise spesifisitet i medisinsk forskning benyttes såkalte randomiserte kliniske forsøk (randomized clinical trial; RCT). For å bli anerkjent som en vitenskapelig disiplin, har psykologien adoptert den medisinske modellen og RCT som metode for å vurdere ulike behandlingsformer. Valideringen av terapiformer ved hjelp av RCT ble for alvor en del av psykoterapiforskningen på 1990-tallet, etter at Division 12 i den amerikanske psykologforeningen (APA) nedsatte en arbeidsgruppe som utarbeidet kriterier for å påvise såkalte empirisk validerte behandlingsformer (Empirically Supported Treatments; EST) (Chambless et al., 1998). I følge denne arbeidsgruppen er RCT gullstandarden for å avdekke hvorvidt en behandlingsform er empirisk valid eller ikke. Flere studier har ikke funnet empirisk støtte for antakelsen om en signifikant differensiell effekt mellom ulike behandlingsformer (e.g., Smith & Glass, 1977). Slike funn svekker prinsippet om spesifisitet, og styrker antakelsen om at det kan være fellesfaktorene, også kalt uspesifikke faktorer, som i størst grad bidrar til terapeutisk endring. Antakelsen om at det er fellesfaktorene som i størst grad bidrar til terapeutisk endring, kan spores helt tilbake til Rosenzweig (1936/2002) som introduserte konseptet om fellesfaktorer i psykoterapi. I sin klassiske artikkel fra 1936 "Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy", oppsummerte han trenden i datidens psykoterapiforskning ved å sitere the Dodo bird fra Alice in Wonderland: "At last the Dodo said, 'Everyone has won, and all must have prizes'" (Rosenzweig, 1936/2002, s. 412). Slik dannes grunnlaget for motstykket til den medisinske modellen, gjerne kalt den kontekstuelle modellen. Ifølge Wampold et al. (2001) består en slik kontekstuell modell av fire komponenter:

The first component is an emotionally charged, confiding relationship with a helping person (i.e., the therapist) in which the client expects the relationship to develop as he or she divulges emotional and psychologically sensitive material. The second component is a therapy process



that transpires in a healing context; the client believes that the therapist will provide help and will work in the client's best interest. The third component stipulates that there exists a rationale, conceptual scheme, or myth that provides a plausible explanation for the client's symptoms and is consistent with the client's worldview. The final component of the contextual model involves a procedure or ritual that is consistent with the rationale of the treatment and requires the active participation of both client and therapist (s. 268-269).

Den kontekstuelle modellen vektlegger i stor grad samarbeidet, interaksjonen og transaksjonen mellom terapeut og klient, og betydning dette får for utfallet av terapiforløpet. På denne måten legger den kontekstuelle modellen større vekt på de faktorene som anses for å være felles for ulike psykoterapiformer, eksempelvis den terapeutisk alliansen. Spesifikke faktorer tillegges i den kontekstuelle modellen mindre betydning i forklaringen av hvordan psykoterapi gir effekt. Det er tydelig at utviklingen av en medisinsk og en kontekstuell modell for hvordan psykoterapi gir effekt, har ledet til en polarisering som kan beskrives som lite hensiktsmessig fordi polariseringen vitner om en enten-eller-tenkning (Berge, Repål, Ryum, & Samoilow, 2008). Selv om det rent teoretisk og statistisk sett kan skilles mellom spesifikke faktorer og fellesfaktorer, vil det i praksis *ikke* være mulig å skille mellom spesifikke faktorer og fellesfaktorer. Det er mest sannsynlig slik at både spesifikke faktorer og fellesfaktorer er gjensidig avhengig av hverandre, og inngår i en *interaksjon* som gir effekt i form av terapeutisk endring (e.g., Kazdin, 2005; Safran & Muran, 2006). Polariseringsen er altså uhensiktsmessig ved at den fremmer et skille som det i klinisk praksis ikke vil være mulig å trekke, samtidig som den flytter fokuset vekk fra det *egentlige spørsmålet* om hvordan psykoterapi gir effekt. Kazdin (2005) fremhever at det heller bør fokuseres på hvilken rolle en faktor har, uavhengig av om faktoren kan defineres som felles eller spesifikk. Spørsmålet bør altså være "Hvordan bidrar den aktuelle faktoren til at psykoterapi gir effekt?" (Kazdin,

2005). Ut i fra et slik perspektiv blir det uvesentlig hvilken modell som eventuelt får mest støtte av forskningen, fordi det viktigste er å få svar på hvordan psykoterapi gir effekt.

### **Formålet med oppgaven**

Det er den grovt skisserte historiske utviklingen gitt ovenfor som legger grunnlaget for arbeidet med denne oppgaven, og som leder til det førende spørsmålet for nyere psykoterapiforskning: ”Hvordan oppnår psykoterapi effekt?”. En mer presis omformulering kan være: ”Hvilke spesifikke mekanismer aktiveres av psykoterapi og gir effekt i form av terapeutisk endring hos klientene?”. I arbeidet med å besvare dette spørsmålet har psykoterapiforskningen produsert empiri som gir grunnlag for å anta at den terapeutiske alliansen, spesielt tidlig i behandlingsforløpet, står for et vesentlig bidrag i denne prosessen. Det at psykoterapiforskningen gir grunnlag for å anta at alliansen er av sentral betydning for en klients potensielle bedring, gjør det interessant å undersøke nærmere hvilke mekanismer alliansen virker gjennom. Formålet med oppgaven er derfor å undersøke hva som er gjort av forskning på temaet, og hvordan fremtidig forskning kan gi oss en bedre forståelse av hvordan de mekanismene alliansen potensielt aktiverer gir effekt. Oppgaven tar kun for seg betydningen av den terapeutiske alliansen ved *individuell* psykoterapi. Kazdin (e.g., 2007; 2009b) argumenterer for at det i psykoterapiforskningen i større grad bør fokuseres på å avdekke endringsmekanismer. Med utgangspunkt i Kazdin er mitt arbeid et forsøk på å belyse potensielle endringsmekanismer i den terapeutiske alliansen. Oppgaven er bygget opp rundt følgende punkter:

- Innledningsvis blir det gjort rede for hva som menes med terapeutisk endring, og grunnleggende aspekter ved hvordan terapeutisk endring måles. Det blir også kort gjort rede for hva som menes med den terapeutiske relasjonen. I den forbindelse vil oppgaven presentere en grovt skissert historisk utvikling av den transteoretiske

operasjonaliseringen av alliansefenomenet, og de fire mest brukte måleinstrumentene i vurderingen av kvaliteten av alliansen.

- I det påfølgende avsnittet blir det gjort rede for hva en endringsmekanisme er, hvilke kriterier som må oppfylles for å påvise en mekanisme, og hvorfor psykoterapiforskningen bør søke å avdekke mekanismer. Å påvise slike mekanismer er en del av medieringsanalyse. En kort redegjørelse av delvis og komplett mediering blir derfor gitt. Noen av utfordringene i arbeidet med å avdekke endringsmekanismer blir også diskutert.
- En oppsummering av allianseforskningen sett i lys av den forutgående redegjørelsen for endringsmekanisme og mediering, blir så gjennomgått.
- Deretter følger en utforskning av potensielle endringsmekanismer i den terapeutiske alliansen med utgangspunkt i ulike teorier. Det vil så bli gjort rede for aktuell forskning som undersøker endringsmekanismene de ulike teoriene postulerer. Oppgaven vil deretter komme med forslag til hvordan denne forskningen kan videreføres i henhold til de kriterier som må oppfylles for å påvise endringsmekanismer. I et forsøk på å skissere hvordan kunnskap om endringsmekanismer kan inngå i oppbyggingen av spesifikke konseptuelle modeller for terapeutisk endring, vil oppgaven søke å integrere presentert teori og forskning vedrørende potensielle mekanismer i den terapeutiske alliansen.
- Avslutningsvis drøftes den transteoretiske operasjonaliseringen av alliansefenomenet og videreføringen av denne. Endringsmekanismer som del av Evidensbasert Psykologisk Praksis (EBPP), hvilket analysenivå som er tilstrekkelig for å påvise endringsmekanismer, og nytten av å spesifisere mekanismer vil også bli drøftet.

## Definisjon og måling

### Terapeutisk endring

Det er i vitenskapelig forskning avgjørende å definere det fenomenet man ønsker å undersøke nærmere. Det gjøres gjennom såkalte operasjonelle definisjoner, hvor fenomenet defineres ved å angi *spesifikke prosedyrer* for å observere og måle fenomenet. Denne måten å innhente informasjon på kalles gjerne systematisk empirisme. Fremgangsmåten gjør det mulig å presentere forskningsresultater på en slik måte at de kan repliseres og dermed testes, kritiseres og bygges videre på (Stanovich, 2004). For i det hele tatt å ha grunnlag for å si at psykoterapi gir effekt, må altså terapeutisk endring operasjonaliseres slik at det blir mulig å måle hvorvidt en klient blir bedre. Psykoterapi er rettet mot å frembringe symptomlette og økt funksjonsnivå hos klientene. Det er derfor ofte endring i symptomtrykk og funksjonsnivå det refereres til når man omtaler terapeutisk endring. Det faktum at det er snakk om *observert endring*, innebærer et *minimumskrav* om måling av klientens tilstand med tanke på symptomtrykk og funksjonsnivå ved *to* tidspunkt. I psykoterapiforskningen måles ofte terapeutisk endring i form av den *differansen* som fremkommer ved å sammenligne klientens tilstand *før* behandlingsstart (i.e., pretreatment) med klientens tilstand *etter* avsluttet behandling (i.e., posttreatment) (Barber, 2009). I og med at terapeutisk endring er en gradvis prosess, vil endringer i symptomtrykk og funksjonsnivå inntreffe i ulik grad gjennom hele behandlingsforløpet. Målinger og vurderinger av symptomtrykk og funksjonsnivå bør derfor foretas på *flere* tidspunkt i behandlingsforløpet. Det er i den forbindelse et vesentlig poeng at en klients symptomlette ikke sier noe om hvorvidt klienten opplever et økt funksjonsnivå på ulike områder i sin hverdag. Symptomlette er altså ikke ensbetydende med et høyere funksjonsnivå, og det er derfor viktig å kartlegge endringer i *både* symptomtrykk og funksjonsnivå på flere tidspunkt i behandlingsforløpet. Lamberts (2010) peker i sin forskning på betydningen av en slik regelmessig kartlegging. Han understreker videre at det i tillegg bør

gis regelmessige tilbakemeldinger til klienten på bakgrunn av de målinger og vurderinger som foretas. Konkrete tilbakemeldinger synes å virke positivt for klienten. Det forhindrer en forverring og fremmer derfor terapeutisk endring (Lambert, 2010).

Oppgaven vil heretter benytte begrepet 'terapeutisk endring' både når det gjelder terapeutisk endring som forekommer underveis i forhandlingsløpet, og den totale endringen ved behandlingsslutt.

### **Den terapeutiske relasjonen**

Gelso og Carter (1985) definerer den terapeutiske relasjonen som ". . . de følelser og holdninger som terapeut og klient har i forhold til hverandre, og hvordan disse følelsene og holdningene kommer til uttrykk" (min oversettelse, s. 159). Det fremgår av definisjonen at den terapeutiske relasjonen omfatter *både* terapeutens og klientens perspektiv, og at klienten og terapeuten har hver sin unike opplevelse av den terapeutiske relasjonen.

**Den terapeutiske alliansen.** Historisk sett har den terapeutiske alliansen blitt tolket og fremstilt på mange forskjellige måter, og det er benyttet flere ulike begrep for å referere til alliansefenomenet (e.g., working allianse, helping alliance). Som følge av de mange ulike konseptualiseringene av alliansefenomenet oppstod det et behov for å forene disse fremstillingene i en felles forståelse av alliansefenomenet. Alliansebegrepets opprinnelse er, om noe forenklet fremstilt, å finne i psykodynamisk teori. Arbeidet med å forene ulike ideér om alliansefenomenet, vitner om en prosess der forståelsen av alliansefenomenet i stadig mindre grad opprettholdt forankringen i psykodynamisk teori (Horvarth & Bedi, 2002). I dette arbeidet har blant andre Luborsky (1976, referert i Horvath & Bedi, 2002) og Bordin (1979; 1994) kommet med sentrale bidrag. Det er spesielt Bordin (1979; 1994) sitt arbeid som har bidratt til en såkalt *transteoretisk operasjonisering* av alliansefenomenet. At Bordin søker å demonstrere hvordan alliansen er av vesentlig betydning for alle former for psykoterapi, gjenspeiles i tittelen på Bordins (1979) klassiske artikkel "The generalizability of the

psychoanalytic concept of the working alliance". I sin oppsummering av arbeidene til Sterba, Menninger, Zetzel og Greenson (omtalt i Bordin, 1979), fremhevet Bordin at alliansen ut i fra deres konseptualiseringer består av tre elementer. På bakgrunn av de tre elementene definerte Bordin (1979) alliansen som et *samarbeid* kjennetegnet ved (1) enighet om terapiens målsetning, (2) konsensus når det kommer til hvilke oppgaver terapien skal bestå av og (3) det emosjonelle båndet mellom klient og terapeut. Bordin (1979) fremhever at definisjonen gjelder alle former for psykoterapi, og argumenterer for at ". . . the working alliance between the person who seeks change and the one who offers to be a change agent is one of the keys, if not *the* key, to the change process" (s. 252). På denne måten anså Bordin (1979) alliansen som en vesentlig faktor i *alle* former for psykoterapi. Horvath, Del Re, Flückiger og Symonds (2011) undersøkte Bordins (1979) påstand om at alliansen er vesentlig faktor i *alle* former for psykoterapi. De fant at alliansen i forskningen de oppsummerte, fremstod som en transteoretisk faktor på tvers av kognitiv atferdsterapi, interpersonlig psykoterapi, psykodynamisk psykoterapi og behandlingsformer for avhengighetsproblematikk.

Bordin lot seg også inspirere av Rogers (1951, omtalt i Bordin, 1994) i sin teoretiske fremstilling av den terapeutiske alliansen. Han lot seg først og fremst inspirere av Rogers sitt fokus på at klienten aktivt bidrar til egen terapeutisk endring. Fokuset på klienten kommer fram i Bordins (1994) vektlegging av det å samarbeide med klienten i utarbeidelsen av terapiens oppgaver og mål. Bordin mente at man ved å inkludere klienten på denne måten vil øke klientens evne til nettopp å samarbeide. I tillegg til å anse klienten som en som aktivt bidrar til egen terapeutisk endring, postulerte Rogers (1957) fem grunnleggende elementer som må være tilstedet for at terapeutisk endring skal kunne oppnås. Tre av disse har senere blitt omtalt som de mest grunnleggende. Disse tre elementene omhandler i hvilken grad klienten opplever terapeuten som (a) *Genuin*; terapeutens evne til å være en kongruent, genuin og integrert person som er oppriktig interessert i klientens problemer og følelsesliv, (b)

*Positivt aksepterende fri for betingelser*; terapeutens evne til å akseptere klienten som han eller hun er uten å stille betingelser for denne aksepten, (c) *Empatisk*; terapeutens evne til å søke en empatisk forståelse for klientens interne referanseramme, ved å sette seg inn i klientens problemer og følelsesliv *som om* det skulle være ens eget. En slik innsikt kommuniseres så videre på en slik måte at klienten opplever å bli sett og forstått (Rogers, 1957). Det fremgår av disse tre elementene at Rogers la stor vekt på den potensielt kurative effekten som ligger i relasjonen mellom klient og terapeut. Bordins (1994) konseptualisering av alliansefenomenet er i tråd med Rogers ide om at det ligger en potensielt kurativ effekt i selve relasjonen mellom klient og terapeut.

Et annet viktig trekk ved alliansen, som Bordin (1994) fremhevet, er at dens styrke vil variere i løpet av behandlingsforløpet. I dette ligger det en antakelse om at samarbeidet mellom klient og terapeut ikke er problemfritt, men at vansker i samarbeidet er et av hovedtrekkene ved en hvilken som helst hjelpende relasjon (Bordin, 1994). Slik kan det oppstå brudd i alliansen som en konsekvens av 1) uenighet om terapiens oppgaver, 2) uenighet om terapiens mål og 3) vansker i det emosjonelle båndet mellom terapeut og klient. I hvilken grad forhandling av slike alliansebrudd er vellykket, vil være av avgjørende betydning for enhver klients endringsprosess (Bordin, 1994). Ved å konseptualisere alliansen som *både* et samarbeid *og* en forhandlingsprosess, fremheves alliansens dynamiske karakter (Bordin 1979; 1994). Bordins tanke om at den terapeutiske alliansen også må forstås som en forhandlingsprosess, er senere blitt videreutviklet av blant andre Safran og Muran (e.g., 1996; 2000; 2006).

Det fremgår av Gelso og Carter (1985) sin definisjon av den terapeutiske relasjonen og Bordins (1979; 1994) konseptualisering av alliansefenomenet at 'den terapeutiske relasjonen' et mer omfattende begrep som beskriver hele relasjonen, mens begrepet 'den terapeutiske

alliansen' beskriver *kvaliteten* av en terapeutisk relasjon i form av partenes opplevelse av *styrken* på samarbeidet.

**Måling av den terapeutiske alliansen.** Det finnes i dag en rekke måleinstrumenter som brukes for å vurdere kvaliteten av alliansen. Horvath og Bedi (2002) beskriver i sin oppsummering av allianseforskningen de fire mest sentrale av disse allianseskalaene:

1. *Penn Helping Alliance Scales* (HA) (Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Margolis, & Cohen, 1983)
2. *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scales* (VTAS) (Suh, O'Malley, & Strupp, 1986)
3. *Working Alliance Inventory* (WAI) (Horvath & Greenberg, 1986)
4. *California Psychotherapy Alliance Scale* (CALPAS) (Gaston & Marmar, 1994)

I denne sammenheng er det interessant å trekke frem WAI (Horvath & Greenberg, 1986). Av de fire skalaene er det WAI som i størst grad er blitt utviklet for å omfatte Bordins (1979; 1994) transteoretiske definisjon av alliansen. I sammenligningen av de ulike allianseskalaene som er benyttet i allianseforskningen, konkluderte Horvath og Bedi (2002) med at skalaene *ikke* målte et homogent konstrukt av alliansefenomenet. Selv om de mest brukte instrumentene inneholder mange av de samme elementene, vektlegges elementene i forskjellig grad, i tillegg til at hvert måleinstrument måler noe ved alliansen som de andre ikke måler. Måling av *enighet* vektlegges eksempelvis i størst grad av WAI, mens måling av *samarbeid* vektlegges i størst grad av WAI og CALPAS. I tillegg måler CALPAS *klientens kapasitet*, noe de andre skalaene ikke gjør (Horvath & Bedi, 2002). Horvath og Bedi (2002) fant at bruken av de ulike allianseskalaene ledet til forskjellige resultater når det gjaldt samvariasjonen mellom alliansen og terapeutisk endring. Det viste seg at forskjellene ikke var statistisk signifikante. Horvath og Bedi (2002) konkluderte derfor med at de ulike



operasjonaliseringene av alliansefenomenet hadde begrenset innvirkningskraft på resultatet av deres oppsummering av allianseforskningen. På tross av at de ulike operasjonaliseringene av alliansefenomenet ikke ledet til signifikante forskjeller, tok Horvath og Bedi (2002) til orde for at man bør etterstrebe en større grad av *felles* forståelse av alliansefenomenet. De fremmet derfor følgende definisjon som felles utgangspunkt for videre forskning:

Allianse referer til kvaliteten og styrken på samarbeidet i relasjonen mellom klient og terapeut. Dette konseptet inkluderer: de positive affektive bånd mellom klient og terapeut, slik som gjensidig tillit, respekt og omsorg. Allianse omfatter også de mer kognitive aspektene av den terapeutiske relasjonen; enighet om og aktiv forpliktelse til terapiens mål og de metodene som skal benyttes for å nå disse målene. Allianse innebærer en opplevelse av partnerskap i terapi mellom terapeut og klient, hvor hver av partene aktivt forplikter seg til sitt spesifikke og passende ansvar i terapien, og har tro på at den andre også er like entusiastisk engasjert i prosessen. Alliansen er et bevisst og hensiktsmessig aspekt ved relasjonen mellom terapeut og klient: Den er bevisst i den forstand at kvaliteten av alliansen kan oppleves av begge partene, og den er hensiktsmessig i den forstand at den er spesifikk for en kontekst der en terapeut eller hjelper aksepterer et visst ansvar for å tilby psykologisk assistanse til en klient eller flere klienter (min oversettelse, s. 41).

Bør Bordins (1979; 1994) eller Horvath og Bedi (2002) sin definisjon av den terapeutiske alliansen være utgangspunktet for videre forskning på samvariasjonen mellom alliansen og terapeutisk endring? Dette spørsmålet drøftes senere i oppgaven.

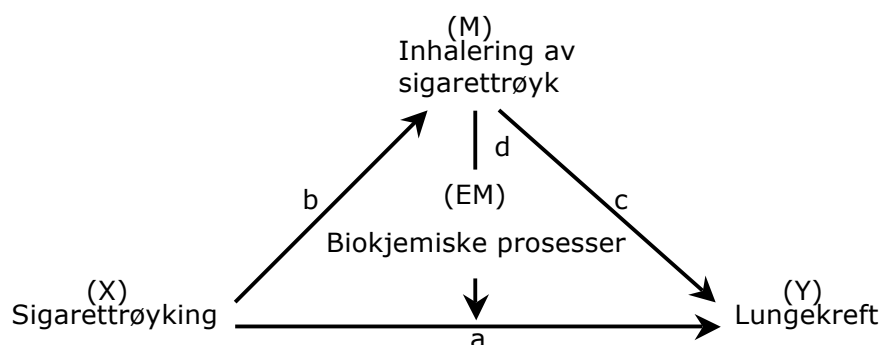
### **Endringsmekanismer og mediering**

#### **Endringsmekanismer**

I arbeidet med å avdekke effekten av psykoterapi fremhever Kazdin (e.g., 2007) viktigheten av å skille mellom det å påvise en mediator (M) (e.g., alliansen), og det å påvise

en endringsmekanisme (EM) (e.g., mekanismer alliansen virker gjennom). Å påvise en mediator innebærer å ha avdekket en mellomliggende tredjevariabel som potensielt kan fasilitere forståelsen av en statistisk sammenheng (korrelasjon) mellom en uavhengig og en avhengig variabel (Kazdin, 2007). Uavhengig og avhengig variabel kalles henholdsvis også *prediktorvariabel* og *kriteriumsvariabel*, og symboliseres ofte med henholdsvis X (e.g., psykoterapi) og Y (e.g., terapeutisk endring). Selv om en mediator kan fasilitere forståelsen av samvariasjonen mellom X og Y, er det ikke slik at mediatoren nødvendigvis forklarer hvordan X medfører endring i Y. Kan mediatoren derimot *forklare* hvordan X medfører endring i Y, er mediatoren en endringsmekanisme fordi en mekanisme defineres som en variabel som *kan* forklare hvordan X medfører endring i Y (Kazdin, 2007). Slik er en mediator ikke nødvendigvis en mekanisme, men en mekanisme vil *alltid* være en mediator. For å illustrere forskjellen mellom det å påvise en mediator og en mekanisme, benytter Kazdin (2007) forskning på forholdet mellom sigarettøyking og lungekreft. Det å avdekke en samvariasjon mellom sigarettøyking og lungekreft, forklarer ikke gjennom hvilke biokjemiske prosesser lungekreft utvikles som følge av inhalering av sigarettøyk. I denne sammenheng er en mekanisme først påvist når de biokjemiske prosessene som leder til genmutasjon er avdekket og spesifisert. Inhalering av sigarettøyk defineres i dette tilfellet som en mediator, mens selve endringsmekanismen er den biokjemiske prosessen. Dette kan illustreres slik:

**Figur 1.1.** Endringsmekanismer: Inhalering av sigarettøyk



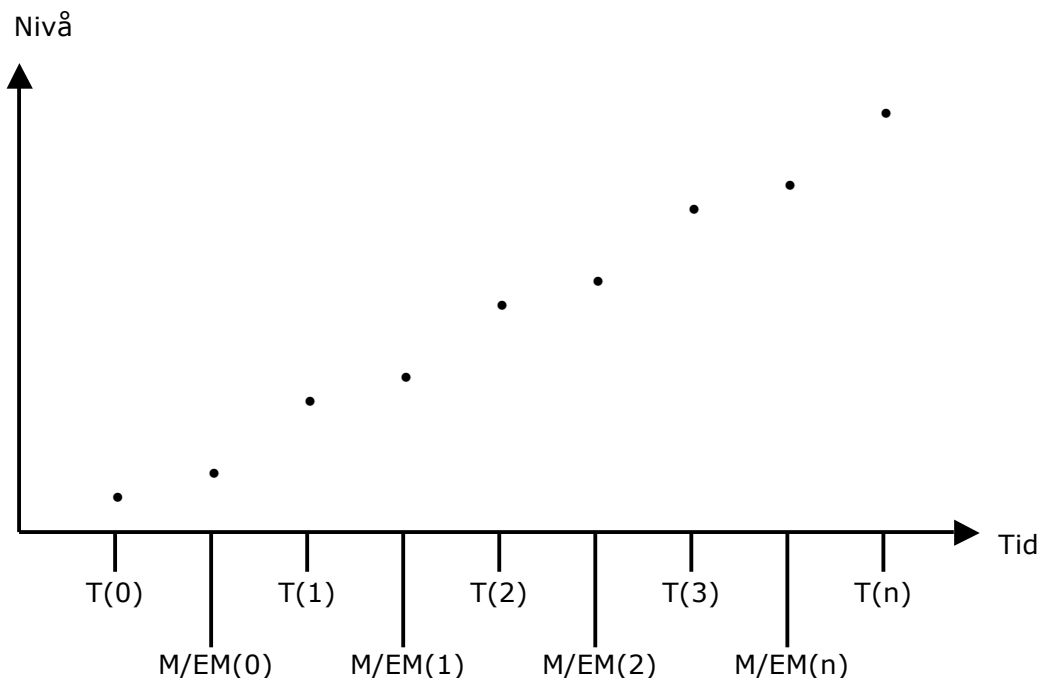
Kazdin (2007) benytter dette eksempelet for å illustrere hvilket nivå av analyse han refererer til når han omtaler endringsmekanismer. Poenget er altså at det å påvise at en variabel medierer den statistiske sammenhengen mellom X og Y, ikke nødvendigvis sier noe om *hvordan* denne endringen foreløper. I et slikt tilfelle vil det være nødvendig å gå mer analytisk til verks ved å danne hypoteser om hvilke endringsmekanismer den aktuelle mediatoren aktiverer. Det er med andre ord snakk om et høyere og mer spesifikt nivå av analyse (e.g., Kazdin & Nock, 2003; Kazdin, 2007).

For å kunne påvise endringsmekanismer i psykoterapi har Kazdin og Nock (2003) skissert en rekke kriterier som må oppfylles: (1) Tidslinje/Temporal relasjon, (2) Sterk assosiasjon, (3) Spesifisitet, (4) Gradientsprinsipp, (5) Eksperimentell metode, (6) Konsistens og (7) Sannsynlighet og Koherens. Fordi det i denne prosessen er uklart hvorvidt mediatoren er en endringsmekanisme, symboliseres dette ved M/EM. I følge Kazdin og Nock (2003) er det mest grunnleggende kriteriet at det *må* være en sammenheng mellom X-M/EM-Y. Av spesiell interesse i spesifiseringen av en endringsmekanisme, er relasjonen M/EM-Y. Både Kraemer, Wilson, Fairburn og Agras (2002) og Kazdin og Nock (2003) har påpekt at det å påvise en samvariasjon mellom M/EM og Y ikke er tilstrekkelig. Den statistiske sammenhengens retning må også undersøkes ved å avdekke tidslinjen eller den temporale relasjonen variablene inngår i (kriterium 1). Det er altså snakk om å avdekke den *tidsmessige rekkefølgen på endringer i variablene*. I dette ligger det implisitt en antakelse om at det også må være en *tidsmessig nærhet* mellom endringer i de variablene som undersøkes.

Betydningen av å avdekke tidslinjen fremheves i stor grad i Kazdins påfølgende arbeid (e.g., 2005; 2006; 2007; 2008; 2009b) om hvordan endringsmekanismer kan påvises. Kazdin (2007) har skissert følgende minstekrav for å avdekke tidslinjen mellom en antatt M/EM og terapeutisk endring: ". . . (a) the proposed mediator[/mechanism of change] must be assessed

before the proposed outcome, and (b) the ‘outcome’ must also be assessed early to ensure the mediator[mechanism of change] has in fact changed before the outcome” (s. 17). Grunnlaget for de to kravene er det faktum at terapeutisk endring er en gradvis prosess, og at terapeutisk endring kan inntreffe *før* endringer i en antatt M/EM. Konsekvensen av dette er at endringer i den antatte M/EM potensielt er et resultat av *forutgående* terapeutisk endring. Det er derfor avgjørende at det kontrolleres for terapeutisk endring som går *forut* for endringer i M/EM, for å kunne si noe om hvorvidt endringer i M/EM leder til *ytterligere* terapeutisk endring. I det ideelle forskningsdesignet måles den antatte M/EM og klientens tilstand (T) *før* behandlingsstart og *etter* avsluttet behandling, i kombinasjon med målinger av både M/EM og T ved *hver konsultasjon gjennom hele behandlingsforløpet* (Kazdin, 2007). Et slikt design kan illustreres med Figur 2:

**Figur 2.** Tidslinjen: gjentatte målinger



Figur 2. T(0) = klientens tilstand før behandlingsstart; T(1, 2, 3) = klientens tilstand ved første, andre og tredje konsultasjon; T(n) = klientens tilstand ved avsluttet behandling; M/EM(0) = før behandlingsstart; M/EM (1, 2) = etter første og andre konsultasjon; M/EM(n) = etter avsluttet behandling

Dersom slike multiple målinger foretas, vil det være mulig å beregne relativt mange differanser mellom de ulike målingene. Differansene vil gi et detaljert bilde av hvordan endringer i M/EM og klientens tilstand (terapeutisk endring) forløper. Det å avdekke en slik tidslinje gir informasjon om potensielle interaksjoner mellom M/EM og terapeutisk endring, der eksempelvis terapeutisk endring påvirker M/EM og omvendt. På denne måten vil også potensielle individuelle forskjeller i hvordan endrings-prosessene skrider frem kunne fanges opp (Kazdin, 2007).

Dersom det avdekkes at endringer i M/EM kontrollert for *forutgående* terapeutisk endring leder til *ytterligere* terapeutisk endring, vil det neste skrittet være å avdekke *styrken* (kriterium 2) på relasjonen. Styrken på relasjonen knytter seg til kriteriet om spesifisitet (kriterium 3), som omhandler i hvilken grad den aktuelle M/EM medierer effekten av psykoterapi. En sterk sammenheng foreligger dersom det er kun *en* eller *få* M/EM som medierer effekten av psykoterapi. I forhold til kriteriet om *Spesifisitet* er Kazdin (2007) i tråd med den medisinske modellen der spesifikke EM impliserer spesifikke intervensjoner for å aktivere endringsmekanismene. Her er det viktig å påpeke at Kazdin (2007) ser for seg at det kan finnes flere måter å aktivere en spesifikk endringsmekanisme på. Kriteriet om spesifisitet bør sees i sammenheng med hvorvidt M/EM kan sies å følge et *gradientsprinsipp* (kriterium 4) eller ikke. Hvorvidt antatt M/EM følger et gradientsprinsipp kan undersøkes ved hjelp av *eksperimentell manipulering* (kriterium 5), en metode som Kazdin og Nock (2003) skisserer som et eget kriterium. Eksperimentell manipulering vil eksempelvis være at randomiserte grupper utsettes for lave, moderate og høye nivåer av en M/EM, for å undersøke om terapeutisk endring varierer som direkte følge av de ulike nivåene. Her er det viktig å påpeke at det må tas stilling til om det vil være etisk forsvarlig å manipulere M/EM. Det sjettede kriteriet omhandler å replisere funnene på tvers av metodikk, utvalg og betingelser (kriterium

6: *Konstans*). I arbeidet med å påvise og spesifisere endringsmekanismer ser Kazdin (e.g., 2006) for seg bidrag fra eksempelvis naturalistiske studier, forskning på dyr og kvalitativ metode. Ved å benytte naturalistiske studier kan man undersøke populasjoner eller situasjoner der en M/EM antas å variere naturlig. Forskning på dyr vil kunne bidra til økt forståelse for M/EM som stress, aktivering, habituering og problemløsning (Kazdin, 2006). Kvalitativ metode vil kunne bidra med å avdekke fasetter ved menneskelig erfaring som kvantitativ forskning ikke gjør, øke forståelsen for klienters fenomenologiske opplevelse og generere hypoteser som igjen kan testes (Kazdin, 2008). Det syvende og siste kriteriet er todelt. Den første delen, *Sannsynlighet*, omhandler formuleringen av en sannsynlig forklaring på *hvordan* M/EM opererer. Den andre delen, *Koherens*, innebærer at forklaringens sannsynlighet er avhengig av i hvilken grad den kan *integreres* med annen relevant empiri og teori (Kazdin & Nock, 2003).

Det kan stilles spørsmål ved hvorfor kravene som er blitt skissert av Kazdin og Nock (2003) bør imøtekommes av psykoterapiforskningen. Kazdin (2009b) argumenterer for at kriteriene bør imøtekommes fordi slutninger om hvorvidt en mediator er en endringsmekanisme, vil være avhengig av ". . . [the] convergence of multiple criteria that act in concert" (s. 419). Kazdin (2007) påpeker at en økt forståelse for hva som skaper terapeutisk endring forhindres ved at det er få empiriske studier som oppfyller flere enn to eller tre av de overnevnte kriteriene. Det fremgår av kriteriene som skisseres at det å imøtekomme kriteriene vil gi et bedre grunnlag for å; (a) *evaluere* de mange forskjellige formene for psykoterapi; (b) forklare psykoterapi sin *brede effekt*, med tanke på at psykoterapi kan påvirke både psykologiske og biologiske prosesser; (c) legge til rette for *optimalisering* av terapeutisk endring ved at man i større grad vet hvordan aktuelle endringsmekanismer kan aktiveres; (d) *øke generaliserbarheten* av psykoterapiforskningen til klinisk praksis; (e) *identifisere moderatorer* som påvirker i hvilken grad en intervensjon har effekt (i.e., i hvilken grad

intervensjonen aktiverer aktuelle endringsmekanismer); (f) *øke den generelle forståelsen* for menneskelig fungering utover den kliniske konteksten (Kazdin, 2007). I forhold til punkt (c) er det interessant å trekke frem at kunnskap om endringsmekanismer er grunnlaget for kasusformuleringer. En kasusformulering er altså en *hypotese* om hvilke *endringsmekanismer* den enkelte klient kan tenkes å oppnå terapeutisk endring gjennom.

**Komplett og delvis mediering.** I fremstillingen av forskjellen mellom en mediator og en endringsmekanisme, har Kazdin og Nock (2003) bygget videre på Baron og Kenny (1986) sin medieringsmodell. Modellen kan brukes til å forklare forskjellen på komplett og delvis mediering, og omhandler i hvilken grad en eller flere mediatorer kan sies å mediere effekten av X på Y. Det er altså snakk om ulike faktorerers forklaringsstyrke. Ved *komplett mediering* er det kun *en* mediator som medierer effekten av X på Y. I det motsatte tilfellet der det er *multiple* mediatorer som medierer effekten av X på Y, omtales dette som *delvis mediering*. For å avdekke om det foreligger en komplett eller delvis mediering kontrolleres det for relasjonen M-Y (jf. c i Figur 1.1, s. 18). Med å kontrollere for relasjonen M-Y refereres det her til at mediators effekt på Y tas vekk eller ekskluderes. Dersom relasjonen mellom X og Y ikke er signifikant etter å ha kontrollert for M-Y, er dette en indikasjon på at det foreligger en komplett mediering. I det motsatte tilfellet der relasjonen mellom X og Y fortsatt er signifikant etter at å ha kontrollert for M-Y, indikerer dette en delvis mediering (Mathieu & Taylor, 2006). I tilfellet med delvis mediering kan et tenkt eksempel være at den terapeutiske alliansen og ulike spesifikke intervensjoner sammen medierer effekten av psykoterapi. En modell for delvis mediering tar hensyn til at det kan foreligge individuelle forskjeller i hvordan terapeutisk endring oppnås. Med individuelle forskjeller menes det her at like mediatorer kan ha ulikt forløp hos klienter og at klienter kan oppnå terapeutisk endring gjennom en kombinasjon av ulike mediatorer.

## Utfordringer

**Indirekte effekt.** Baron og Kenny (1986) sin modell for medieringsanalyse kan sies å være mediering fremstilt i sin enkleste form. Modellen innebærer to kausale forbindelser til Y: (1) den *direkte effekten* av X på Y (jf. punkt a, Figur 1.1, s. 18), og (2) den *direkte effekt* av M på Y (jf. punkt c, Figur 1.1, s. 18) (Baron & Kenny, 1986). I denne modellen er det et *krav* at X har en direkte effekt på Y for at det skal være interessant å undersøke potensielle mediatorer (Baron & Kenny, 1986). Dette blir dermed også et krav som må innfris, dersom det skal være interessant å undersøke potensielle endringsmekanismer. Kravet om direkte effekt bygger på antakelsen om at dersom en mediator er en mellomliggende tredjevariabel som kan fasilitere forståelsen av den statistiske sammenhengen mellom X og Y, *må* det foreligge en direkte relasjon mellom X og Y (Hayes, 2009). Arbeidet med å påvise endringsmekanismer kompliseres ved at det ikke nødvendigvis må være en slik direkte effekt mellom X og Y. Kravet om direkte effekt faller bort fordi det fortsatt finnes en mulighet for at X gjennom sin effekt på M har en indirekte effekt på Y, selv om det ikke er en direkte effekt av X på Y (e.g., Kraemer et al., 2002; Mathieu & Taylor, 2006; Hayes, 2009). Et eksempel på en slik indirekte effekt kan illustreres ved å konseptualisere den terapeutiske alliansen som en prediktor. Alliansen kan gjennom sin innvirkning på effekten av spesifikke intervensjoner (e.g. atferdseksperimenter ved sosial angst), ha en indirekte effekt på terapeutisk endring. En konsekvens av slavisk å følge kravet om direkte effekt, er at situasjoner der det foreligger en indirekte effekt ignoreres. Dette kan resultere i at potensielle M/EM ikke undersøkes (e.g., Kraemer et al., 2002; Mathieu & Taylor, 2006; Hayes, 2009). En modell for indirekte effekter innebærer at de *eneste* observerte signifikante relasjonene er mellom X-M/EM og M/EM-Y (Mathieu & Taylor, 2006). Dette er i tråd med Kazdin og Nock (2003) sitt minstekrav om at det må avdekkes en samvariasjon mellom X-M/EM-Y. Mathieu og Taylor (2006) har argumentert for at det er en distinkt forskjell mellom modeller for mediering og indirekte



effekt, selv om det i begge tilfeller er snakk om tredjevariablers effekt. Denne forskjellen ligger i det faktum at det ved en indirekte effekt ikke foreligger noe å mediere, i og med at det ikke er en direkte relasjon mellom X og Y. Dermed kan en indirekte effekt beskrives som et kvalitativt forskjellig fenomen sammenlignet med mediering (Mathieu & Taylor, 2006). Det at en modell for indirekte effekt ikke har noe krav til at X må ha en direkte effekt på Y, gjør at en modell for indirekte effekt også kan beskrives som mindre restriktiv (Mathieu & Taylor, 2006).

En mer omfattende diskusjon omkring modeller for mellomliggende tredjevariabler er utenfor rekkevidden for denne oppgaven. Se derfor eksempelvis Mathieu og Taylor (2006) for en mer detaljert diskusjon rundt temaet. Hovedpoenget i forhold til formålet med oppgaven er at selv om det ikke påvises at eksempelvis den terapeutiske alliansen har en direkte effekt på terapeutisk endring, kan det ikke av den grunn konkluderes med at alliansen ikke har effekt. Før det kan sies noe mer generelt om effekten av alliansen må det også undersøkes om en indirekte effekt foreligger. I den forbindelse er det et vesentlig poeng at en påvist direkte effekt *ikke* innebærer fraværet av en indirekte effekt. Den terapeutiske alliansen kan altså tenkes både å ha en direkte og en indirekte effekt på terapeutisk endring (J. Mathieu, personlig kommunikasjon, 23 oktober, 2011).

**Non-lineære relasjoner.** Baron og Kenny (1986) sin modell for medieringsanalyse omhandler såkalte lineære forhold, det vil si at forholdet mellom X og Y er konstant. En lineær relasjon foreligger eksempelvis dersom alliansen og terapeutisk endring begge følger et såkalt U-mønster (i.e., høy-lav-høy) eller en rett linje (jf. Figur 2, s. 20) (Stiles & Goldsmith, 2010). I arbeidet med å skissere hvordan endringsmekanismer kan påvises, har Kazdin (e.g., 2007) fremhevet at det må tas hensyn til at det kan inntreffe flere komplikasjoner. Et eksempel på noe som kompliserer det å påvise endringsmekanismer, er at det *ikke* foreligger et lineært forhold mellom variablene som undersøkes. Det motsatte vil altså være at de inngår

i en non-lineær eller kurvilineær relasjon. Med kurvilineær relasjon refereres det til at forholdet mellom X og Y *ikke* er konstant (Aron, Aron, & Coups, 2006). Dersom det er en kurvilineær relasjon mellom en endringsmekanisme og terapeutisk endring, er ikke det ensbetydende med at variablene ikke inngår i en kausal sammenheng. En kurvilineær relasjon gjør det derimot vanskeligere å trekke slutninger om relasjonens natur. Et eksempel på hvordan alliansen kan inngå i en kurvilineær relasjon med terapeutisk endring, er om sterk og svak allianse gir *lite* effekt, mens en middels god allianse gir *høy* effekt. Dersom det forventes en kurvilineær relasjon mellom variablene man undersøker, kan såkalt logistisk regresjonsanalyse benyttes (Rindal, 2001). En mer omfattende diskusjon omkring temaet er utenfor rekkevidden til denne oppgaven, se derfor eksempelvis Rindal (2001) for en mer omfattende innføring i kurvilineære relasjoner og bruken av logistisk regresjonsanalyse.

**Moderering.** En annen utfordring Kazdin (e.g., 2007) beskriver i prosessen med å identifisere endringsmekanismer, er at mekanismers effekt kan påvirkes av såkalte moderatorer. En moderator kan defineres som ". . . en kvalitativ (e.g., kjønn, rase, sosioøkonomisk status) eller kvantitativ (e.g., nivå av belønning) variabel som påvirker retningen og/eller styrken på relasjonen mellom en uavhengig variabel . . . og en avhengig variabel . . ." (min oversettelse, Baron & Kenny, 1986, s. 1174). Det fremgår av definisjonen at en moderator har implikasjoner for i hvilken grad eksempelvis den terapeutiske alliansen gir effekt i form av terapeutisk endring. En moderator kan med andre ord være avgjørende for i hvilken grad terapeutisk endring oppstår eller om terapeutisk endring oppstår i det hele tatt. Et eksempel på en slik modererende effekt er en studie gjennomført av Joyce, Ogradniczuk, Piper og McCallum (2003). Hypotesen i studien var at alliansen medierer forholdet mellom klienters forventning til terapeutisk endring *før behandlingsstart* og faktisk terapeutisk endring. Joyce et al. (2003) fant støtte for denne hypotesen uavhengig av om alliansen var målt ut i fra et klientperspektiv eller terapeutens perspektiv. I tillegg til å si noe om den

terapeutiske alliansen som mediator, sier studien noe om at alliansens effekt påvirkes eller *modereres* av klientenes forventning til terapeutisk endring *før* behandlingen har begynt.

Dermed er studien et eksempel på hvordan moderatører har implikasjoner for effekten av psykoterapi.

Ved å erkjenne at individuelle forskjeller påvirker i hvilken grad psykoterapi gir effekt, fremgår det at moderatører kan gi indikasjoner på hvem som vil profitere på en bestemt psykoterapiform. Det vil derfor være interessant å avdekke hvorvidt en moderator (1) er spesifikk for den aktuelle behandlingsformen eller noe klienten alltid har med seg, (2) kun predikerer effekten av én behandlingsform eller flere, og (3) er påvirkbar med tanke på at moderatorens negative effekt potensielt kan begrenses (Kazdin, 2008). Svarene vil være interessante med tanke på seleksjon av klienter til ulike former for psykoterapi, ved at de kan peke i retning av ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier. Kraemer et al. (2002) har derimot argumentert for at identifiseringen av slike kriterier er problematisk på grunn av det store antallet potensielt relevante faktorer ved klienter og behandlingsformer, og det enorme antallet potensielle interaksjoner dette gir.

I forbindelse med at individuelle forskjeller modererer effekten av psykoterapi, er det interessant å trekke frem en studie gjennomført av Ryum, Stiles og Vogel (2009). I denne studien stiller Ryum et al. (2009) spørsmål ved om effekten av den terapeutiske alliansen kan variere som en funksjon av diagnose. På bakgrunn av resultatene i studien konkluderte Ryum et al. (2009) med at alliansen hadde en direkte kurativ effekt ved behandling av depresjon, mens alliansens rolle i behandling av angst fremstod som noe mer underordnet. Dersom den potensielt kurative effekten av alliansen varierer som en funksjon av diagnose, kompliserer dette identifiseringen av endringsmekanismer i alliansen ved at det impliserer forskjellige endringsmekanismer ved ulike psykiske lidelser.

## Empirisk grunnlag

### Den terapeutiske alliansen: meta-analyser

Det elementet ved den terapeutiske relasjonen det er forsket mest på, er den terapeutiske alliansen. Interessen kan skyldes, som påpekt innledningsvis, at tidlige oppsummeringer av psykoterapiforskningen (e.g., Rosenzweig, 1936; Smith & Glass, 1977) peker i retning av at det er liten differensiell effekt mellom ulike psykoterapiformer. Det økte fokuset på alliansen skyldes også at det oppstod et paradigmeskifte innenfor en rekke psykoterapeutiske teorier, som kjennetegnes ved et økt fokus på relasjonelle faktorer (Safran & Muran, 2006).

Division 29 Task Force ledet av Norcross, oppsummerer forskningen gjennom 60 år på samvariasjonen mellom elementer i den terapeutisk relasjonen og terapeutisk endring. Resultatene fra arbeidet oppsummeres i to artikler (Norcross, 2001; Ackerman et al., 2001), mens arbeidsgruppens totale arbeid kan leses i detalj i boken "Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients" (Norcross, 2002). Som en del av Division 29 Task Force sin rapport konkluderte Lambert og Barley (2002) med at:

Studier som måler variabler knyttet til den terapeutiske relasjonen viser mer konsistente korrelasjoner mellom denne og terapeutisk endring, enn mellom spesifikke teknikker og terapeutisk endring. Assosiasjonen mellom terapeutisk relasjon og terapeutisk endring er tilsynelatende sterkest når begge disse måles ved hjelp av klienters rangering av disse konstruktene (min oversettelse, s. 26).

Det fremgår av konklusjonen at alliansen, som del av den terapeutiske relasjonen, korrelerer med terapeutisk endring og at denne statistiske sammenhengen er sterkest dersom alliansen måles ut i fra klientenes perspektiv. Som en del av Division 29 Task Force sin rapport, oppsummerte Horvath og Bedi (2002) psykoterapiforskningen som har vært gjort på

relasjonen mellom den terapeutiske alliansen og terapeutisk endring fra 1976 frem til 2000.

Horvath og Bedi (2002) benyttet følgende kriterier i sin seleksjon av studier:

. . . (1) the author refers to the therapy process variable as "alliance" (including variants of the term such as helping alliance, working alliance), (2) the research was based on clinical as opposed to analogue data, (3) five or more subjects participated in the study, and (4) the data reported was such that we could extract an index of relation between alliance and outcome (s. 42).

Med utgangspunkt i disse tre kriteriene fant Horvath og Bedi (2002) 90 studier som tok for seg samvariasjonen mellom alliansen og terapeutisk endring. De 90 studiene inngikk så i en meta-analyse, der resultatene fra flere studier kombineres for å undersøke effekter kontrollert for potensielle feil i de individuelle studiene (Beutler, 2009). Den meta-analytiske metoden benyttes for å beregne den gjennomsnittlige effekten i flere studier som møter spesifikke kriterier, som for eksempel kriteriene nevnt ovenfor. Den gjennomsnittlige effekten rapporteres som en effektstørrelse (ES). ES er i dette tilfellet et uttrykk for *styrken* på samvariasjonen mellom alliansen og terapeutisk endring. For de 90 studiene Horvath og Bedi (2002) oppsummerte i sin meta-analyse, fant de en gjennomsnittlig ES på .21. I følge Cohens (1992) målestokk for ES, er en ES på .10 liten, .30 moderat og .50 stor. Horvath og Bedi (2002) sin meta-analyse bygget videre på to tidligere meta-analyser foretatt av Horvath og Symonds (1991) og Martin, Garske og Davis (2000). Det innebærer at Horvath og Bedi (2002) inkluderte en rekke av de samme studiene i sin meta-analyse. Horvath og Symonds (1991) og Martin et al. (2000) fant gjennomsnittlig ES på henholdsvis .26 og .22. Horvath og Bedi (2002) sin meta-analyse gir grunnlag for å anta at alliansen inngår i en liten og positiv statistisk sammenheng med terapeutisk endring. Selv om det ikke er snakk om en stor ES, virker samvariasjonen mellom den terapeutiske alliansen og terapeutisk endring å være et

robust funn på tvers av ulike behandlingsformer. Horvath og Bedi (2002) konkluderte med at forskningen de har oppsummert gir grunnlag for å anta at alliansens kvalitet er av vesentlig betydning for vellykket og effektiv psykoterapi. Dette skulle tilsi at terapeutens inntoning til klientens fenomenologiske opplevelse er av avgjørende betydning for om klienten oppnår terapeutisk endring. Klienten bør altså i størst mulig grad få en opplevelse av terapeuten som hans eller hennes allierte (Horvath & Bedi, 2002). I sin oppsummering av forskningen på samvariasjonen mellom alliansen og terapeutisk endring, fremhever Horvath og Bedi at empirien støtter en kontekstuell fremfor en medisinsk modell for psykoterapi.

Dette er i tråd med oppsummeringer av psykoterapiforskningen som for eksempel Wampold (e.g., 2001; 2010) har foretatt. Et av målene for Division 29 Task Force sitt arbeid var å *identifisere generelle elementer i effektive terapeutiske relasjoner*. På bakgrunn av Horvath og Bedi (2002) sin oppsummering konkluderte Division 29 Task Force med at den terapeutiske alliansen som del av den terapeutiske relasjonen, er et slikt effektivt generelt element (e.g., Ackerman, 2001; Norcross, 2002).

### **Den terapeutiske alliansen: valid prediktor av terapeutisk endring?**

Basert på meta-analyser foretatt av eksempelvis Martin et al. (2000) og Horvath og Bedi (2002), har allianseforskningen søkt å trekke konklusjoner om validiteten av den terapeutiske alliansen som prediktor av terapeutisk endring. På bakgrunn av meta-analyser som har oppsummert allianseforskningen, er det usikkert i hvilken grad man kan trekke konklusjoner om validiteten av alliansen som prediktor av terapeutisk endring. Denne problematikken skyldes at den påviste statistiske sammenhengen mellom alliansen og terapeutisk endring, ikke sier noe om samvariasjonens retning. I sin oppsummering av Division 29 Task Force sitt arbeid påpekte Norcross (2002) at "A central limitation of our research is the failure to convincingly demonstrate causal, as opposed to correlational, linkages between relationship elements and treatment outcomes" (s. 10). Usikkerheten rundt

årsaksforhold skyldes at majoriteten av de studiene eksempelvis Horvath og Bedi (2002) baserte sin meta-analyse på, ikke har avdekket tidslinjen (jf. kriterium 1, s. 19-21) mellom alliansen og terapeutisk endring. De fleste studiene målte alliansen på *flere* tidspunkt gjennom behandlingsforløpet. Når det kommer til terapeutisk endring benyttet majoriteten av studiene derimot et mål på terapeutisk endring i form av den *observerte differansen* som fremkommer når klientens tilstand *før* behandlingsstart (i.e., pretreatment) sammenlignes med klientens tilstand *etter* avsluttet behandling (i.e., posttreatment). Differansen var så grunnlaget for vurderingen av validiteten av alliansen som prediktor av terapeutisk endring. Kazdin (2009b) påpeker at en slik sammenligning ikke er tilstrekkelig fordi det må være en *tidsmessig nærhet* mellom alliansen og den terapeutiske endringen den eventuelt predikerer. Slik erkjenner Kazdin (2009b) at det blir problematisk å trekke konklusjoner om validiteten av den terapeutiske alliansen som *prediktor* av terapeutisk endring, på bakgrunn av for eksempel Horvath og Bedi (2002) sin meta-analyse. Dette fordi det er usikkert i hvilken grad klienters opplevelse av alliansen er et produkt av terapeutisk endring som forekommer underveis i behandlingsforløpet. Den delte variansen mellom alliansen og terapeutisk endring kan altså skyldes terapeutisk endring som *forekommer før* endringer i den etablerte alliansen (Kazdin, 2009b). Eksempler på studier som har funnet at alliansen er et resultat av forutgående terapeutisk endring er DeRubeis & Feeley (1990); Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis, & Siqueland (2000); Strunk, Brotman, & DeRubeis (2010). Det blir derfor problematisk at majoriteten av de studiene Horvath og Bedi (2002) baserte sin meta-analyse på, ikke har kontrollert for (ekskludert) terapeutisk endring som inntraff forut for endringer i alliansen. Resultatene fra Horvath og Bedi (2002) er likevel relevante og av interesse fordi de illustrerer viktigheten av å avdekke tidslinjen de variablene som undersøkes, inngår i.

Ved å fremheve denne problematikken, er Kazdin (e.g., 2007; 2008; 2009b) i tråd med en rekke andre som er kritiske til de konklusjonene som utledes med grunnlag i allianse-

forskningen (e.g., Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006; Barber, 2009; Barber, Khalsa, & Sharpless, 2010). Det fremheves i denne kritikken at det kun er et fåtall studier som har forsøkt å avdekke tidslinjen den terapeutiske alliansen og terapeutisk endring inngår i. Disse studiene er DeRubeis & Feeley (1990); Gaston, Marmar, Gallagher, & Thompson (1991); Feeley, DeRubeis & Gelfand (1999); Barber et al. (1999); Barber et al. (2000); Barber et al. (2001); Klein et al. (2003); Strunk, Brotman, & DeRubeis (2010). Av disse studiene er det kun to, Barber et al. (2000) og Klein et al. (2003), som har påvist at alliansen kontrollert for *forutgående* terapeutisk endring signifikant predikerte *ytterligere* terapeutisk endring. Det at de andre studiene ikke påviste en slik statistisk signifikant sammenheng, kan skyldes flere faktorer. En slik faktor er at den kurative effekten av alliansen kan variere som en funksjon av diagnose (jf. Ryum et al., 2009, omtalt på s. 26 i denne oppgaven). Det at Barber et al. (1999) og Barber et al. (2001) ikke fant at alliansen signifikant predikerte terapeutisk endring ved avhengighetsproblematikk, kan altså skyldes at alliansens potensielle kurative effekt varierer som en funksjon av diagnose. En annen forklaring kan være at studiene som ikke påviste en signifikant sammenheng bestod av små utvalg, og derfor ikke hadde tilstrekkelig statistisk styrke til å avdekke en potensielt signifikant sammenheng mellom alliansen og terapeutisk endring (Barber et al., 2000). Det er her av interesse å fremheve at Gaston et al. (1991) og Barber et al. (1999) fant resultater som er i tråd med Barber et al. (2000) og Klein et al. (2003), men at sammenhengen ikke var statistisk signifikant (Barber et al., 2010).

Oppsummert er det påfallende få studier som har søkt å avdekke tidslinjen mellom alliansen og terapeutisk endring. Det fremgår av resultatene fra de nevnte studiene at det er et stort behov for flere studier som søker å avdekke en slik tidslinje. Ytterligere forskning er altså nødvendig før det kan trekkes konklusjoner om validiteten av den terapeutiske alliansen som prediktor av terapeutisk endring.



**Studier som avdekker tidslinjen.** Ved å kontrollere for forutgående bedring i depressive symptomer som potensielt har påvirket klientenes rangering av den terapeutiske alliansen, undersøkte Barber et al. (2000) hvorvidt alliansen predikerte *ytterligere* bedring i depressive symptomer. I studiens utvalg (n = 86) forekom psykiske lidelser som angst, kronisk depresjon, unnvikende personlighetsforstyrrelse og tvangspreget personlighetsforstyrrelse. Ingen av klientene var rusavhengige, og alle mottok såkalt supportive-expressive psykodynamisk terapi. Alliansen ble målt ved hjelp av CALPAS og terapeutisk endring ble målt ved hjelp av Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961, referert i Barber et al., 2000). Klientene svarte på CALPAS etter konsultasjonene 2, 5, 10, og deretter ved hver femte konsultasjon. Klientene svarte på BDI ved inntak, før hver konsultasjon og ved avslutning. Barber et al. (2000) fant at alliansen målt ved konsultasjon 2, 5 og 10, signifikant predikerte ytterligere terapeutisk endring (Barber et al., 2000). Det vil altså si at de som rapporterte en sterkere allianse ved konsultasjon 2, 5 og 10, i større grad opplevde terapeutisk endring målt som differansen mellom BDI-målinger. Barber et al. (2000) undersøkte så forholdet mellom alliansen og *forutgående* terapeutisk endring. Terapeutisk endring fram til konsultasjon 2 hadde ingen signifikant effekt på klienters opplevelse av alliansen. Bedring i depressive symptomer frem til konsultasjon 5 og 10 viste seg derimot å ha en signifikant effekt på klientenes opplevelse av alliansen. Resultatene tilsier at jo større bedring en klient opplevde i sine depressive symptomer tidlig i behandlingsforløpet, desto sterkere var klientens opplevelse av en god allianse med behandleren. Kan det da sies at alliansen leder til ytterligere terapeutisk endring uavhengig av forutgående bedring i depressive symptomer? Barber et al. (2000) rapporterte resultater som tilsier at det er grunnlag for en slik påstand. Kontrollert for forutgående terapeutisk endring fant Barber et al. (2000) at alliansen signifikant predikerte *ytterligere* terapeutisk endring. På bakgrunn av disse resultatene blir spørsmålet dermed ”. . . what is the

intertwined and sequential relationship between alliance and patients' improvement" (Barber et al., 2000, s. 1031).

Klein et al. (2003) tok utgangspunkt i den samme hypotesen som Barber et al. (2000), men i tillegg til å kontrollere for forutgående symptomlette, kontrollerte de også for en rekke klientkarakteristika:

. . . gender, chronicity (coded as the length of the index MDD [Major Depressive Disorder] or DD [Dysthymic Disorder] episode, or the longer of the two if both were present), concurrent anxiety disorder, lifetime alcohol and drug use disorders, personality disorders, highest level of social functioning in the past 5 years, and a history of abuse or neglect prior to age 15 (Klein et al., 2003, s. 1001-1002).

I studien gjennomført av Klein et al. (2003) er det altså tatt hensyn til at det vil være individuelle forskjeller mellom klienter, og at individuelle forskjeller kan ha implikasjoner for dannelsen av den terapeutisk alliansen. Alliansen ble vurdert ved hjelp av kortversjonen av WAI, og endringer i depressive symptomer ble vurdert ved hjelp av Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD; Hamilton, 1967, referert i Klein et al., 2003). Med et utvalg på 341 kronisk deprimerte klienter fant Klein et al. (2003) at alliansen signifikant predikerte ytterligere bedring i depressive symptomer, kontrollert for forutgående bedring i depressive symptomer. Med utgangspunkt i det samme utvalget, men der det for en klient manglet data for sosial fungering, fant Klein et al. (2003) at alliansen også signifikant predikerte ytterligere symptomlette kontrollert for *klientkarakteristikaene* beskrevet ovenfor. Klein et al. (2003) fremhever at de i studien repliserte funnene til Barber et al. (2000), og at dette er gjort med utgangspunkt i et større utvalg, en annen psykoterapiform, ved hjelp av andre mål på terapeutisk allianse og terapeutisk endring, andre metoder for data-analyse og kontrollert for en rekke klientkarakteristika. Resultatene er interessante fordi det å påvise at alliansen

signifikant predikerer terapeutisk endring på tvers av ulike psykoterapiformer, måleinstrument, metoder for data-analyse og klientkarakteristika, styrker validiteten av den terapeutiske alliansen som prediktor av terapeutisk endring.

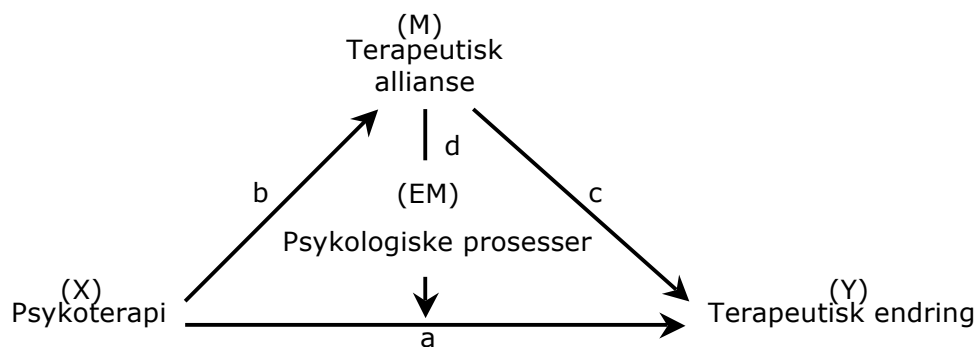
**Meta-analyser: en oppdatering.** I 2009 begynte arbeidet med en oppdatering av Norcross sin rapport fra 2002. Resultatet av dette arbeidet foreligger i andre utgave av boken *Psychotherapy relationships that work: Evidence-Based Responsiveness* (Norcross, 2011). Når det gjelder samvariasjonen mellom den terapeutiske alliansen og terapeutisk endring, trekkes grovt sett de samme konklusjonene som i meta-analysen gjennomført av Horvath og Bedi (2002) (Horvath et al., 2011). I meta-analysen gjennomført av Horvath et al. (2011) inkluderes de 90 studiene fra Horvath og Bedi (2002), og 111 nye studier fra tidsrommet 2000 til 2009. Utvelgelsen av de 111 nye studiene ble foretatt i henhold til de samme kriteriene som i meta-analysen til Horvath og Bedi (2002) (jf. s. 29). Den gjennomsnittlige ES i de 201 studiene ble rapportert å være .275. En ES på .275 er en noe større ES enn ES rapportert av Horvath og Symonds (1991), Martin et al. (2000) og Horvath og Bedi (2002) som henholdsvis var .26, .22 og .21. Horvath et al. (2011) konkluderte med at den gjennomsnittlige ES på .275 beskriver en samvariasjon mellom alliansen og terapeutisk endring som er av moderat styrke. I likhet med meta-analysen til Horvath og Bedi (2002), undersøkte Horvath et al. (2011) hvorvidt det var en signifikant forskjell mellom ES i de ulike allianseskalaene. De fant, i likhet med Horvath og Bedi (2002) at det ikke var en signifikant statistisk forskjell mellom resultatene fra de ulike allianseskalaene.

I likhet med Norcross (2002) var et av målene for Norcross (2011) å identifisere generelle elementer i effektive terapeutiske relasjoner. På bakgrunn av Horvath et al. (2011) sin meta-analyse ble det konkludert med at den terapeutiske alliansen er et slikt generelt element ved effektive terapeutiske relasjoner (Norcross & Wampold, 2011). Når det kommer til begrensninger ved forskningen påpeker Norcross og Wampold (2011), i likhet med

Norcross (2002), at en generell begrensning er ”. . . the difficulty of establishing causal connections between the relationship behavior and treatment outcome” (s. 14). Begrensningen omfatter også Horvath et al. (2011) sin meta-analyse. Det er derfor nærliggende å tro at vanskeligheter med å påvise kausale sammenhenger til dels skyldes at meta-analysen er basert på studier som ikke har avdekket tidslinjen mellom alliansen og terapeutisk endring. Kazdin (e.g., 2009b), Barber (2009) og Barber et al. (2010) sin problematisering av at meta-analyser er basert på studier som ikke søker å avdekke tidslinjen, kan med andre ord også tenkes å gjelde meta-analysen til Horvath et al. (2011).

### **Den terapeutiske alliansen: mediator av terapeutisk endring**

Meta-analysene av allianseforskningen som er gjengitt ovenfor, har søkt å avdekke hvorvidt alliansen predikerer terapeutisk endring ved å ha en direkte kurativ effekt. En slik vurdering omhandler i hvilken grad den terapeutiske alliansen *som mediator* predikerer effekten av psykoterapi. Det er her snakk om hvorvidt alliansen har en direkte kurativ effekt i form av terapeutisk endring (jf. punkt c, Figur 1.2, s. 37). En kritisk gjennomgang av allianseforskningen avdekket at det er vesentlige svakheter ved studiene som inkluderes i meta-analysene. Det kan derfor diskuteres om det er tilstrekkelig empirisk støtte til å konkludere med at alliansen har en slik direkte kurativ effekt. Oppsummeringene av allianseforskningen er også mangelfulle fordi meta-analysene sier lite om *hvordan* alliansen gir effekt i form av terapeutisk endring. Selv om fremtidig forskning produserer empiri som styrker antakelsen om at alliansen er en prediktor av terapeutisk endring, kreves det altså ytterligere forskning for å avdekke *hvordan* alliansen gir effekt. For å illustrere denne problematikken stiller Kazdin følgende spørsmål; ”. . . how does one get from ‘my therapist and I are bonding’ to ‘my marriage, anxiety, and tics are better?’” (Kazdin, 2007, s. 8). I likhet med eksemplet om sigarettøykning og lungekreft, kan denne problematikken illustreres ved hjelp av Figur 1.2, men i dette tilfellet er ikke endringsmekanismene avdekket:

**Figur 1.2.** Endringsmekanismer: Den terapeutiske alliansen

Psykologien har altså per dags dato ikke et klart bilde av hvilke mekanismer den terapeutiske alliansen virker gjennom for å gi effekt i form av terapeutisk endring. For å kunne nærme seg en bedre forståelse av hvordan alliansen gir effekt i form av terapeutisk endring, mener Kazdin og Nock (2003) at det bør gjennomføres forskning i henhold til de kriteriene de skisserer. Spørsmålet fremtidig allianseforskning bør fokusere på blir dermed ”Hvilke mellomliggende tredjevariabler kan forklare effekten av den terapeutiske alliansen?”. Dersom forskningen klarer å identifisere slike mellomliggende tredjevariabler, må det vurderes om de kan defineres som endringsmekanismer i henhold til hvordan Kazdin (e.g., 2007) har definert dette.

### **Endringsmekanismer i den terapeutiske alliansen**

#### **Teori som guide for utforskning av potensielle endringsmekanismer**

I sin argumentasjon for et økt fokus på mediatorer og endringsmekanismer har Kazdin (e.g., 2007) kritisert psykoterapiforskningen for å trekke forhastede konklusjoner basert på korrelasjoner, og for ikke å undersøke de potensielt kausale mekanismene som kan forklare korrelasjonene. Kazdin (2007) mener at dette *ikke* skyldes at det er problematisk å utsette psykologiske fenomen for eksperimentell manipulering, men at følgende forhold er til hinder for videre undersøkelse:

The problem is elsewhere, namely, little theory about key constructs (mediators) and how they could be studied, little effort to identify steps or processes (mechanisms) by which the construct leads to outcome, and little use of convergent lines of inquiry that could strengthen inference about causes, mediators, and mechanisms (s. 12).

I den forbindelse fremheves det at eksperimentell metode (RCT) ikke er en nødvendighet for å avdekke endringsmekanismer, men at det viktigste er å imøtekomme kriteriene som skisseres (Kazdin, 2007). For at psykologien som helhet skal ha progresjon, argumenterer Kazdin for at det bør tas utgangspunkt i spesifikke teorier. Med utgangspunkt i spesifikke teorier bør det så testes om terapeutisk endring faktisk kan forekomme gjennom de endringsmekanismene teoriene postulerer (Kazdin, 2007). Kazdin etterlyser forskning som ikke bare tester hypoteser, men også genererer hypoteser og som bygger teorier som igjen kan testes. Anbefalingene og kritikken Kazdin (e.g., 2007; 2008; 2009b) kommer med, er et forsøk på å skissere hvordan et økt fokus på å avdekke endringsmekanismer kan gjøre det mulig å bygge opp *spesifikke konseptuelle modeller for terapeutisk endring*. Slike spesifikke konseptuelle modeller står i motsetning til *globale modeller*, eksempelvis kognitiv og psykodynamisk teori, som Kazdin (2007) kritiserer for ikke lenger å være tilstrekkelige.

### **Relasjonelt fokus i psykodynamisk teori**

Utviklingen av alliansebegrepet og forståelsen av alliansefenomenet kan spores helt tilbake til Freud (referert i Hatcher, 2010). Han benyttet begrepet *motstand* for å beskrive hvordan han opplevde at klientene ikke samarbeidet når det kom til det å analysere tidligere relasjoner og erfaringer. Det ble tidlig klart for Freud (referert i Messer & Wolitzky, 2010) at kvaliteten på relasjonen mellom terapeut og klient er avgjørende for om terapeutens psykoanalytiske arbeid skal ha effekt. For å beskrive denne kvaliteten ved den terapeutiske relasjonen mellom terapeut og klient, benyttet Freud begrepet '*rapport*'. Freud anså rapport

for kun å være en *nødvendig betingelse* for at spesifikke intervensjoner (i.e., overføringstolkninger) skal ha optimal effekt (i.e., lede til innsikt). Ut i fra et slikt perspektiv leder ikke alliansen til terapeutisk endring i fravær av overføringstolkninger. Slik kan Freud sies å ha avvist at alliansen i seg selv har en direkte kurativ effekt, men erkjent at den har en indirekte kurativ effekt gjennom sin innvirkning på effekten av spesifikke intervensjoner (i.e., overføringstolkninger). Den påfølgende utviklingen innenfor det psykodynamiske perspektivet fører så, om noe forenklet fremstilt, til en konseptualisering av alliansen som en faktor som har en direkte kurativ effekt i seg selv. Denne utviklingen betegnes gjerne som et skifte fra å tenke 'drift' til å tenke 'relasjon' innenfor det psykodynamiske perspektivet på personlighet og psykoterapi. Som en nyere del av det psykodynamiske perspektivet er relasjonell psykodynamisk teori (e.g., Aron, 2000; Safran & Muran, 2000) et produkt av denne utviklingen. Relasjonell psykodynamisk teori bygger videre på en rekke andre teorier (e.g., interpersonlig teori; objektrelasjonsteori; selv-psykologi; eksistensiell psykologi) som bidro til det relasjonelle skiftet innenfor psykodynamisk teori. Noe forenklet fremstilt kjennetegnes det relasjonelle skiftet ved at det i større grad erkjennes at; 1) mennesker er relasjonelle vesen helt fra fødselen av; 2) mennesker er fra fødselen av predisponert for harmoniske relasjoner med andre, men harmoniske relasjoner kan potensielt forhindres av omsorgssvikt; 3) mennesker utvikler en dyp og kompleks subjektivitet innenfor en interpersonlig og kulturell kontekst; 4) det er grunnleggende betingelser ved menneskets eksistens som er felles for alle; 5) atferd må derfor forstås ut fra den relasjonelle, kulturelle og eksistensielle kontekst den oppstår i (Mitchell & Black, 1995; Yalom, 1980).

Et økt fokus på at mennesker må forstås ut fra den relasjonelle, kulturelle og eksistensielle kontekst de inngår i, innebar et skifte fra et ensidig fokus på klienten til også å erkjenne terapeutens bidrag. Av det relasjonelle skiftet fremgår det derfor en gradvis erkjennelse av at psykoterapi essensielt sett er en *interaksjon* mellom klient og terapeut. (Hill

& Knox, 2009). Når det gjelder spesifikke intervensjoner så materialiserer dette seg i en overgang fra et ensidig fokus på tolkning av klientens overføringer, til også å inkludere terapeutens motoverføringer. Begrepet overføring referer til at:

Møte med terapeuten reaktiverer følelser og holdinger opprinnelig skapt i tidlige forhold til andre personer som var viktige for en (mor, far, eller andre autoritetspersoner, en rival, søsken, eller lignende) og utløser nå de samme reaksjonene, uten at pasienten er seg sammenhengen bevisst (Nielsen & von der Lippe, 1993, s. 29).

Slik vil klientens overføringer gi terapeuten nyttig informasjon om klientens relasjonelle mønstre. Terapeutens motoverføringer vil i en vid betydning referere til ”. . . enhver følelsesmessig reaksjon på pasienten” (Nielsen & von der Lippe, 1993, s. 32). På denne måten vil motoverføringene gi terapeuten viktig informasjon om hvilke følelser og reaksjoner klienten frembringer hos andre. Terapeutens motoverføring i en mer avgrenset betydning omfatter ”. . . at terapeuten ubevisst trekker konfliktladete følelser og holdinger fra sitt tidligere liv, eller fra sin aktuelle livssituasjon, inn i forholdet til pasienten” (Nielsen & von der Lippe, 1993, s. 32 ). Terapeuten bør derfor ha et bevisst forhold til egne relasjonelle mønstre og aktuell livssituasjon, for slik å kunne ta hensyn til hvordan dette påvirker hans eller hennes interaksjon med klienten. Samlet sett blir det tydelig at psykoterapi som prosess ikke kan forstås fullt ut dersom klientens eller terapeutens bidrag til denne prosessen utelates. Det relasjonelle skiftet omtales derfor som et skifte fra en en-persons-psykoterapi til en to-persons-psykoterapi.

Den grovt skisserte historiske utviklingen innenfor psykodynamisk teori bør sees i sammenheng med utviklingen av den transteoretiske operasjonaliseringen av alliansefenomenet, som oppgaven tok for seg innledningsvis. I sin videreutvikling av Bordins (1979; 1994) konseptualisering av alliansefenomenet anerkjenner Safran og Muran (e.g., 1996; 2000;



2006) Bordins konseptualisering av alliansen som både et samarbeid og en forhandlingsprosess. Safran og Muran (e.g., 2006) argumenterer likevel for at det bør legges større vekt på alliansen som en forhandlingsprosess. De begrunner det med at en slik konseptualisering tar høyde for at samarbeidet mellom terapeut og klient ikke er problemfritt, og at disse problemene kan lede til brudd på alliansen. Slike såkalte *alliance ruptures* defineres som ”...en spenning eller sammenbrudd i den samarbeidende relasjonen mellom pasient og terapeut” (min oversettelse, Safran, Muran, Samstag, & Stevens, 2002, s. 236). Som tidligere nevnt kan slike brudd, med utgangspunkt i Bordins (1979) transteoretiske definisjon, eksempelvis knyttes til 1) uenighet om terapiens oppgaver, 2) uenighet om terapiens mål og 3) vansker i det terapeutiske båndet mellom terapeut og klient. Ved å trekke paralleller mellom forhandlingen av alliansebrudd og den relasjonelle vendingen innenfor det psykodynamiske perspektivet, blir det tydelig at forhandlingsprosessen klient og terapeut inngår i ved brudd på den terapeutiske alliansen, essensielt sett er det *samme* som prosesseringen av overføringer og motoverføringer (Safran & Muran, 2006). For å prosessere alliansebruddene inngår klient og terapeut i en forhandlingsprosess som opererer både på et bevisst og rasjonelt plan, og et ubevisst og irrasjonelt plan (Safran & Muran, 2006).

Forhandling av alliansebrudd bør også ses i sammenheng med det opprinnelig psykoanalytiske konseptet *emosjonelt korrigerende erfaring* (Alexander, 1946/1980), da en vellykket forhandling av et alliansebrudd potensielt vil kunne være nettopp en slik emosjonelt korrigerende erfaring for klienten. Til begrepet ’emosjonelt korrigerende erfaring’ kan det legges til ’relasjonell’, emosjonelt korrigerende *relasjonell* erfaring, for å understreke at det er en erfaring klienten gjør i sin *relasjon* til terapeuten og at den potensielt vil lede til en økt *relasjonell* kompetanse hos klienten. Med emosjonelt korrigerende relasjonell erfaring menes det at terapeuten ut fra en forståelse for klientens relasjonelle mønstre, reagerer på disse mønstrene ved å innta en holdning overfor klienten, som gjør det mulig for ham eller henne å

mestre emosjonelt krevende situasjoner, som klienten tidligere ikke har mestret (Alexander, 1946/1980). De relasjonelle erfaringene klienten gjør sammen med terapeuten er emosjonelt korrigerende i den grad det medfører at klienten blir (1) *oppmerksom* på egne relasjonelle mønstre, (2) ser *alternativer* til disse og (3) *generaliserer* denne innsikten over på andre relasjoner i sitt liv (Hill & Knox, 2009). I dette ligger det en samarbeidskomponent i den forstand at klient og terapeut samarbeider om å utforske klientens relasjonelle atferdsmønstre. Mer spesifikt kan det sies at klienten gjennom denne prosessen ”. . . lærer å forhandle egne og andres behov på en konstruktiv måte, uten å inngå kompromiss med eget selv eller true terapeuten som objekt” (min oversettelse, Safran & Muran, 2006, s. 288). Slik settes det fokus på at evnen til å kunne forhandle om egne og andres behov er av avgjørende betydning for menneskelig fungering. På denne måten leder forhandlingsprosessen til terapeutisk endring ved at det øker klientens *intersubjektive kapasitet, kapasitet til intimitet og evne til å inngå i autentiske relasjoner* (Safran & Muran, 2006). Forhandlingen av alliansebrudd kan dermed potensielt være en endringsmekanisme i den terapeutiske alliansen.

Oppsummert kan det sies at Safran og Muran (e.g., 2000) har videreutviklet både Bordins (1979; 1994) konseptualisering av den terapeutiske alliansen, og Alexander og French (1946/1980) sin konseptualisering av fenomenet emosjonelt korrigerende erfaring. Safran og Muran (e.g., 1996; 2000; 2006) har på denne måten bygget opp under antakelsen om at alliansen ikke bare er en nødvendig betingelse for at spesifikke intervensjoner skal ha optimal effekt, men at alliansen er en faktor som *i seg selv* har en direkte kurativ effekt.

**Forhandling av alliansebrudd: en endringsmekanisme.** Safran, Muran og Eubanks-Carter (2011) har gjennom to meta-analyser oppsummert aktuell forskning vedrørende forhandling av alliansebrudd. I den første meta-analysen undersøkte de relasjonen mellom vellykkede forhandlinger av alliansebrudd og terapeutisk endring. Safran et al. (2011) påviste her en moderat ES på .24, som gir indikasjoner på at vellykkede forhandlinger av

alliansebrudd inngår i en moderat og positiv korrelasjon med terapeutisk endring. I den andre meta-analysen undersøkte de hvorvidt det å trene terapeuter i å forhandle alliansebrudd på best mulig måte, kan bidra til at klienter i større grad oppnår terapeutisk endring. Resultatet fra denne meta-analysen er en ES på .65, som er en stor ES. Fordi det var to studier i den andre meta-analysen som gav spesielt store effektstørrelser, valgte Safran et al. (2011) å utelate disse to studiene fra en ny meta-analyse. Resultatet ble en ES på .52, som også er en ES av betydelig størrelse. Resultatene gir indikasjoner på at det å trene terapeuter i å forhandle alliansebrudd på best mulig måte, kan bidra til at klienter i større grad oppnår terapeutisk endring (Safran et al., 2011). Meta-analysene foretatt av Safran et al. (2011) er oppsummeringer av kvantitative studier av samvariasjonen mellom forhandling av alliansebrudd og terapeutisk endring. Oppsummert gir resultatene fra disse meta-analysene indikasjoner på at forhandling av alliansebrudd kan være en endringsmekanisme som alliansen har en direkte kurativ effekt gjennom.

Det kreves mer forskning for å spesifisere forhandlingen av alliansebrudd som en endringsmekanisme i henhold til de kriteriene Kazdin og Nock skisserer (2003). I den forbindelse har Castonguay et al. (2006) argumentert for at erfarne terapeuter (expert therapists) bør studeres. Ved å studere erfarne terapeuter kan en avdekke hvordan de jobber for å etablere en god allianse, for å opprettholde alliansen og hva de gjør ved alliansebrudd. Moltu (2011) gjennomførte flere studier som tok for seg nettopp hvordan erfarne terapeuter opplever alliansebrudd, og hva de gjør i slike situasjoner for å forhandle frem en bedre allianse. Moltu benyttet kvalitativ metode, der tolv erfarne terapeuter ble intervjuet i søken etter å avdekke terapeutenes fenomenologiske opplevelse og forståelse av forhandlingen av alliansebrudd. Et aspekt Moltu (2011) avdekket, er av spesiell interesse for denne oppgaven. Han fant at terapeutene brukte mye tid på å reflektere rundt hvordan de selv opplevde klientenes subjektivitet. De erfarne terapeutene fremhevet at et sentralt element var

opplevelsen av at klientene i stor grad bidro til at alliansebruddene oppstod, men også til at de ble løst. I analysen av intervjumaterialet som dreide seg spesifikt om hvordan terapeutene opplevde klientenes subjektivitet, kom det fram fire elementer. Moltu (2011) argumenterer for at de fire elementene danner en *sekvensielle prosess*, der klientene bidrar til terapeutisk endring ved å gå igjennom ulike relasjonelle aktiviteter *i en bestemt rekkefølge*:

1) Opplevelser av å bli involvert i pasientens relasjonelle hindre; med det menes hvordan terapeutene opplever at pasienten utspiller tidligere og nåværende eksterne relasjoner som forventninger i den terapeutiske situasjonen. 2) Opplevelser av pasientens mot til å trosse relasjonelle hindre uttrykker hvordan deltakerne opplevde pasienten som modig når det kommer til å overvinne forventninger basert på smertefulle relasjonelle erfaringer. 3) Opplevelser av pasientens åpne og ikke-defensive deling, og 4) Opplevelser av . . . [en relasjon preget av større gjensidighet og autentisitet mellom klient og terapeut] (min oversettelse, Moltu, 2011, s. 76).

På denne måten blir det tydelig hvordan klienten bidrar til terapeutisk endring gjennom sin handlekraft, og sitt mot til å stille seg selv i en sårbar posisjon i prosessen med å overkomme relasjonelle hindre. Denne prosessen gjør det så mulig for klient og terapeut å inngå i en relasjon preget av større gjensidighet og autentisitet. I denne prosessen identifiserte Moltu (2011) to måter terapeutene lyttet på: (a) det eksplisitte innholdet i det klienten forteller om, og (b) hvordan klienten nonverbalt formidler sine relasjonelle uttrykk og behov. Terapeutene anså lytteprosessen for å være avgjørende for hvorvidt de la merke til klientens invitasjoner til å knytte en relasjon som i større grad var kjennetegnet ved gjensidighet og autentisitet (Moltu, 2011). Videre understreker Moltu (2011) at det å lytte på to plan gjør det mulig for klienten å la relasjonen til terapeuten komme i hovedfokus, fremfor å la tidligere relasjonelle mønstre og forventninger dominere. Dette er i tråd med tanken om at psykoterapi oppnår effekt som følge

av at klienter gjennomgår emosjonelt korrigerende relasjonelle erfaringer (Alexander, 1946/1980). Moltu (2011) sitt arbeid er hypotesegenererende ved at han har bygget opp en teori om hvordan forhandling av alliansebrudd forløper, som kan testes av ytterligere forskning. Slik er Moltu sitt arbeid et eksempel på en type forskning som Kazdin (2008) etterlyser i arbeidet med å avdekke endringsmekanismer.

Moltu (2011) knytter den sekvensielle prosessen han mener å ha avdekket til Kontroll-Mestringsteori, og foreslår at Kontroll-Mestringsteori er en teoretisk formulering av den sekvensielle prosessen. Kontroll-Mestringsteori integrerer psykodynamisk, kognitiv og humanistisk psykoterapi. Teorien forklarer utviklingen av psykopatologi ut fra hvordan mennesker tilpasser seg sin verden ved å danne bevisste og ubevisste antakelser om seg selv, sin interpersonlig verden og hvordan en relaterer seg til denne (Weiss, 1990). Disse antakelsene kan både være adaptive og maladaptive. Weiss (1990) mener at det er de maladaptive antakelsene, kalt patogene antakelser, som er opphavet til utviklingen av psykopatologi. En persons antakelser om seg selv og sin interpersonlige verden har med andre ord avgjørende betydning for personens psykiske helse. Slike antakelser dannes primært i tidlig barndom og oppstår ut i fra barnets behov for en trygg tilknytning til sine foreldre, søsken eller andre primære omsorgsgivere (Weiss, 1997). Barnet danner på bakgrunn av sin erfaring med primære omsorgsgivere forventninger til hvordan han eller hun bør og vil bli behandlet av andre og modifiserer sin atferd i forhold til disse forventningene (Weiss, 1997). Det er når disse erfaringene er av traumatisk karakter at patogene antakelser oppstår.

Weiss er tydelig inspirert av Freuds konsept om det bevisste og ubevisste, Darwins evolusjonslære og Bowlbys tilknytningsteori i sin utvikling av Kontroll-Mestringsteori (Silberschatz, 2005). I Kontroll-Mestringsteori argumenteres det for at klienten har en ubevisst plan hvor han eller hun ønsker å teste sine maladaptive relasjonelle antakelser. Det er terapeutens evne til å bestå disse testene ved å avkrefte de maladaptive relasjonelle

mønstrene, som er den avgjørende faktoren i utviklingen av en positiv terapeutisk allianse og terapeutisk endring (Silberschatz, 2005). Moltu (2011) argumenterer for at den sekvensielle prosessen han mener å ha avdekket ut fra terapeutens perspektiv, illustrerer hvordan klienten *tester* terapeuten og hvordan det at terapeuten *lytter* på to forskjellige nivåer er avgjørende for om terapeuten *består* disse testene.

**Videreføring av forskningen på forhandling av alliansebrudd.** I forhold til det å avdekke potensielle endringsmekanismer i alliansen, er det spesielt interessant at Moltu (2011) mener å ha avdekket en sekvensiell prosess. Det er interessant fordi den sekvensielle prosessen kan tenkes å være en spesifisering av den potensielle endringsmekanismen *forhandling av alliansebrudd*. Moltu (2011) sitt arbeid er et eksempel på hvordan kvalitativ forskning, slik Kazdin (e.g., 2009b) etterlyser, kan bidra i prosessen med å avdekke potensielle endringsmekanismer i alliansen. Dersom andre kvalitative studier avdekker tilsvarende sekvensielle prosesser som Moltu (2011) har gjort, vil det styrke antakelsen om at forhandling av alliansebrudd kan være en endringsmekanisme i alliansen. Det ville vært spesielt interessant dersom det avdekket en lignende sekvensiell prosess ut i fra *klienters* perspektiv.

Den ovennevnte teoretiseringen rundt og forskningen på hvorvidt forhandling av alliansebrudd kan være en endringsmekanisme i den terapeutisk alliansen, kan videreføres i henhold til de kriteriene Kazdin og Nock (2003) skisserer. Det første som bør undersøkes er den temporale relasjonen (kriterium 1) mellom forhandling av alliansebrudd og terapeutisk endring. Dersom det er grunn til å tro at forhandling av alliansebrudd kontrollert for forutgående terapeutisk endring leder til *ytterligere* terapeutisk endring, vil neste skritt være å avdekke styrken (kriterium 2) på relasjonen. Styrken på relasjonen knytter seg til kriteriet om spesifisitet (kriterium 3), som omhandler i hvilken grad det er forhandling av alliansebrudd som leder til terapeutisk endring. For å undersøke dette anbefaler Kazdin (e.g., 2007) at det

utvikles metoder for å undersøke flere potensielle endringsmekanismer i samme studie. Dersom endringsmekanismen følger et gradientsprinsipp (kriterium 4), vil dette også si noe om styrken på samvariasjonen. Det vil i det aktuelle tilfellet innebære at jo mer vellykket forhandlingen av alliansebrudd er, desto større grad av terapeutisk endring. En undersøkelse av dette kan foretas ved hjelp av eksperimentell manipulering (kriterium 5), men det kan stilles spørsmål om hvor *etisk forsvarlig* det vil være å manipulere i hvilken grad forhandling av alliansebrudd skal være vellykket. En måte å unngå det etiske dilemmaet på er å operasjonalisere i hvilken grad forhandling av alliansebrudd er vellykket. Neste fase blir å måle i hvilken grad forhandling av alliansebrudd er vellykket i ulike behandlingsforløp, hvor resultatene fra de ulike behandlingsforløpene så sammenlignes. Videreføring av forskningen i henhold til Kazdin og Nock (2003) sine kriterier vil også innebære å replisere funnene på tvers av metodikk, utvalg og betingelser (kriterium 6). Det vil, som allerede nevnt, være interessant dersom den sekvensielle prosessen og de to lyttemodusene som Moltu (2011) mener å ha avdekket, kan påvises ved å intervju klienter. En annen innfallsvinkel vil være om *observatører*, ved hjelp av video- eller lydopptak, kommer fram til den samme sekvensielle prosessen og de to lyttemodusene. Ettersom forskning på forhandling av alliansebrudd skrider frem, vil det også være vesentlig at det gjøres vurderinger av sannsynligheten (kriterium 7) for at forhandling av alliansebrudd er en endringsmekanisme. En sannsynlighetsvurdering gjøres ved å integrere funnene fra denne forskningen med relevante teorier og foreliggende relevant empiri. Det at Moltu (2011) trekker paralleller til Kontroll-Mestringsteori, er nettopp et eksempel på hvordan forskningsresultater kan integreres med relevant teori.

**Modell for terapeutisk endring: forhandling av alliansebrudd.** Endringsmekanismene som avdekkes skal inngå i oppbyggingen av spesifikke konseptuelle modeller for terapeutisk endring. Slike modeller for terapeutisk endring, skal så danne grunnlaget for

formuleringen av behandlingsplaner i psykoterapi (Kazdin, 2007). I følge Kazdin (2007) er det avgjørende at det i slike modeller spesifiseres hvordan en endringsmekanisme kan aktiveres, og hvordan den opererer for å gi effekt i form av terapeutisk endring. En spesifikk konseptuell modell for endringsmekanismen *forhandling av alliansebrudd*, må altså spesifisere hvordan alliansebrudd forhandles på best mulig måte. En slik modell må også si noe om hvordan mekanismen *opererer*, ved å spesifisere hvordan forhandling av alliansebrudd gir effekt i form av terapeutisk endring.

Som tidligere nevnt er den sekvensielle prosessen Moltu (2011) avdekket, en mulig spesifisering av endringsmekanismen *forhandling av alliansebrudd*. Moltu (2011) integrerte denne sekvensielle prosessen med Kontroll-Mestringsteori. I oppbyggingen av en spesifikk konseptuell modell for endringsmekanismen *forhandling av alliansebrudd*, vil det også være viktig å integrere den sekvensielle prosessen Moltu (2011) har avdekket med annen relevant teori og forskning (jf. kriterium 7, s. 22). Arbeidet til Safran og Muran (e.g., 2000) er her av spesiell interesse. De har ved hjelp av såkalt *task analysis* kommet frem til en modell for hvordan forhandlingen av alliansebrudd foreløper. Modellen består av fire ulike tilstander klienten befinner seg i, og spesifikke terapeutiske intervensjoner som er rettet mot å hjelpe klienten fra den ene tilstanden til den neste. Deres modellen er således en spesifisering av hvordan endringsmekanismen *forhandling av alliansebrudd* kan aktiveres, og hvordan mekanismen opererer for å gi effekt i form av terapeutisk endring.

Safran og Muran (2000) omtaler to former for alliansebrudd: (1) alliansebrudd kjennetegnet ved *konfrontasjon*, og (2) alliansebrudd kjennetegnet ved *tilbaketrekning*. I den første tilstanden utspiller klienten sine maladaptive mønstre, og terapeuten er ofte fanget i disse relasjonelle mønstrene ved at han eller hun reagerer på mønstrene i henhold til klientens forventinger. Når dette så leder til et alliansebrudd, enten kjennetegnet av konfrontasjon eller tilbaketrekning, blir terapeuten seg bevisst at han eller hun er fanget i klientens relasjonelle



mønstre. Det blir da viktig at terapeuten avklarer sine motoverføringer og igangsetter metakommunikasjon for å bryte ut av den dysfunksjonelle interaksjonen med klienten (Safran & Muran, 2000). Slik gjør terapeuten det mulig for klienten og seg selv å utforske det som foregår her og nå i den terapeutiske relasjonen. Denne første fasen korresponderer grovt sett til det første leddet i den sekvensielle prosessen Moltu (2011) avdekket. Moltu omtaler dette første leddet som hvordan terapeuten opplever å bli involvert i klientens relasjonelle hindre (jf. punkt 1, s. 44).

Den andre og tredje tilstanden omhandler en *parallel utforskning* av både tanker og følelser som assosieres med alliansebruddet, og interne prosesser som blokkerer denne utforskningen (Safran & Muran, 2002). Gjennom den parallelle utforskningen lærer klienten å forhandle egne og andres behov på en konstruktiv måte, uten å inngå kompromiss med eget selv eller true terapeuten som objekt (Safran & Muran, 2006). For å hjelpe klienten med å utvikle denne evnen har Safran og Muran (2000) fremmet to forskjellige intervensjoner. Den *første* intervensjonen omhandler det å (a) erkjenne terapeutens bidrag til alliansebruddet, (b) fokusere på her og nå og (c) gjennomføre en bevisstgjøringseksperiment. Målet her er å øke klientens bevissthet rundt egne behov og følelser, og fasilitere klientens evne til selvhevdelse (Safran & Muran, 2000). I denne utforsknings- og bevisstgjøringprosessen vil det oppstå blokkeringer, der klienten inngår i maladaptive mestringsstrategier i forhold til egne behov og følelser relatert til alliansebruddet. Den *andre* intervensjonen innebærer at terapeuten inviterer klienten til å se nærmere på de interne prosessene som blokkerer utforskningen (Safran & Muran, 2000). Den parallelle utforskningen som Safran og Muran beskriver, korresponderer med det andre leddet i den sekvensielle prosessen Moltu (2011) har avdekket. Moltu (2011) har omtalt dette andre leddet som hvordan klienten jobber for å overkomme egne relasjonelle hindre (jf. punkt 2, s. 44).

De to intervensjonene Safran og Muran (2000) har fremmet i den andre og tredje fasen, bidrar til å hjelpe klienten over i den fjerde tilstanden. Den fjerde tilstanden kjennetegnes ved at klienten får tilgang til primære følelser og formidler underliggende behov og ønsker direkte til terapeuten (Safran & Muran, 2000). Klienten er i ferd med å oppnå en mer *autonom fungering* og *økt relasjonell kompetanse*. Intervensjonen i den siste fasen er å *validere* klientens forsøk på en mer autonom fungering (Safran & Muran, 2000). Den fjerde og siste fasen som her er skissert, korresponderer til ledd 3 og 4 i den sekvensielle modellen Moltu (2011) har avdekket. Moltu har omtalt denne siste fasen som hvordan klienten i større grad evner å gi uttrykk for egne følelser og behov uten å gå i forsvar (jf. punkt 3, s. 44), og at klientens økte relasjonelle kompetanse muliggjør en større gjensidighet og autentisitet i relasjonen mellom klient og terapeut (jf. punkt 4, s. 44). Hvordan kan så de to lyttemodusene Moltu (2011) har avdekket integreres i denne prosessen? Det kan eksempelvis tenkes at de to lyttemodusene vil være avgjørende for i hvilken grad terapeuten evner å iverksette de ulike intervensjonene på riktig tidspunkt i behandlingsforløpet. I Kontroll-Mestringsteori vil dette samsvare med terapeutens evne til å bestå klientens ulike tester.

Safran et al. (2011) har fremhevet at *ingen* av studiene som ble inkludert i deres meta-analyser undersøkte hvordan forhandlingsprosessen ledet til at alliansebrudd ble løst. Grunnen til det er at studier som tar for seg hvordan forhandlingsprosessen foreløper er på et kvalitativt stadium, og derfor ikke kan inngå i en meta-analytisk oppsummering. Moltu (2011) sitt arbeid er også av kvalitativ art, og vil derfor heller ikke kunne inngå i en meta-analyse.

### **Relasjonelt fokus i kognitiv teori**

Historisk sett har kognitiv atferdsterapi vært opptatt av en direkte reduksjon av symptomer ved å benytte spesifikke intervensjoner, som er rettet mot at klientene skal tilegne seg mestringstrategier som de kan ta i bruk i sin hverdagen (Castonguay, Constantino, McAleavey, & Goldfried, 2010). Tradisjonelt sett har kognitiv teori, i likhet med klassisk

psykoanalyse, konseptualisert den terapeutiske alliansen kun som en nødvendig betingelse for at spesifikke intervensjoner skal ha optimal effekt (Castonguay et al., 2010). Castonguay et al. (2010) illustrerer dette med en metafor hentet fra Raue og Goldfried (1994), der nødvendigheten av bedøvelse for å gjennomføre effektive kirurgiske inngrep sammenlignes med rollen den terapeutiske alliansen spiller i psykoterapi.

I og med at kognitiv teori tradisjonelt sett ikke har ansett den terapeutiske alliansen som en faktor med en direkte kurativ effekt, postulerer heller ikke kognitiv teori noen endringsmekanismer i alliansen. Ved å konseptualisere alliansen som en nødvendig betingelse, erkjenner kognitiv teori derimot at alliansen har en *indirekte effekt* gjennom sin innvirkning på spesifikke intervensjoners effekt. Det er derfor interessant å undersøke om kognitiv teori kan peke i retning av potensielle endringsmekanismer i alliansen. En teori som kan være av interesse i den forbindelse er sosial læringsteori (Bandura, 1977b). Sosial læringsteori er en sosial-kognitiv teori som kombinerer både det behavioristiske og det kognitive perspektivet. Teorien forklarer menneskelig atferd som ”. . . en kontinuerlig og gjensidig interaksjon mellom kognitive, atferdsmessige og miljømessige faktorer” (min oversettelse, Bandura, 1977b, s. vii). Sosial læringsteori omhandler spesielt begrepet *self-efficacy*. Bandura (1977a) har definert *self-efficacy* som i hvilken grad en person har tro på egne evner til å utføre den atferden som forutsettes for å produsere et ønsket utfall. Det fremgår av denne definisjonen at grad av *self-efficacy* vil variere i forhold til ulike områder i livet. I følge Bandura (1977a) har *self-efficacy* fire hovedkilder: (A) tidligere opplevelser av mestring, (B) vikarierende/observerende læring, (C) verbal overtalelse og (D) emosjonell aktivering.

**Self-efficacy: en endringsmekanisme.** Hvordan kan *self-efficacy* tenkes å være en endringsmekanisme i den terapeutiske alliansen? Hartzler, Witkiewitz, Villarroel og Donovan (2011) har gjennomført en studie der de undersøkte hvorvidt *endring i self-efficacy* medierte

relasjonen mellom det terapeutiske båndet og terapeutisk endring. De har altså tatt utgangspunkt i den tredje faktoren i Bordins (1979) definisjon av den terapeutiske alliansen: (3) det emosjonelle båndet mellom klient og terapeut (jf. pkt. 3, s. 14). Nevnte studie omhandlet alkohol-avhengighet. Terapeutisk endring ble definert som reduksjon i antall drikke-dager, reduksjon i alvorlige konsekvenser av drikkingen og reduksjon i symptomtrykk (Hartzler et al., 2011). Studien undersøkte altså hvorvidt et sterkt emosjonelt bånd mellom klient og terapeut har betydning for klientens tro på egne evner til å redusere antall drikke-dager og konsekvensene av drikkingen. Studien undersøkte også hvorvidt denne økte troen på egne evner faktisk ledet til en reduksjon i antall drikke-dager og konsekvenser av drikkingen. De forskjellige behandlingsformene var kognitiv atferdsterapi (KAT), KAT i kombinasjon med medisiner og kun medisiner. Hartzler et al. (2011) fant at endringer i self-efficacy gjennom behandlingsforløpet signifikant medierte samvariasjonen mellom det terapeutiske båndet og terapeutisk endring ett år etter behandlingsslutt. Dette resultatet gjaldt *kun* klientene i KAT-gruppen. I og med at Bandura (1977a) har fremmet tidligere opplevelser av mestring som en av de viktigste kildene til self-efficacy, blir det avgjørende å kontrollere for den mestring klientene opplever i løpet av behandlingen. Det signifikante funnet i studien er altså kontrollert for forutgående terapeutisk endring. Hartzler et al. (2011) har fremhevet at avdekket små effektstørrelser, og at resultatene på ingen måte kan tolkes som at endring i self-efficacy er årsak til eller et produkt av et sterk terapeutisk bånd, eller at disse to fenomenene er direkte årsak til terapeutisk endring. Det er kun snakk om en påvist statistisk sammenheng, som ikke er tilstrekkelig for å trekke konklusjoner om årsak og virkning. Hartzler et al. (2011) har foreslått at potensielle årsakssammenhenger i den påviste statistiske sammenhengen mellom disse tre fenomenene, testes ved å imøtekomme kriteriene Kazdin og Nock (2003) skisserer. Slik vil det kanskje kunne sies noe mer om hvorvidt et sterkt emosjonelt bånd virker gjennom endring i self-efficacy, for å gi effekt i form av terapeutisk endring. Dersom dette

viser seg å være tilfelle, kan det argumenteres for at endring i self-efficacy er en endringsmekanisme i alliansen.

Studien gjennomført av Hartzler et al. (2011), er et eksempel på hvordan det med utgangspunkt i en av de tre faktorene i Bordins alliansedefinisjon kan utledes hypoteser om endringsmekanismer i den terapeutiske alliansen. For deretter å gjennomføre forskning som undersøker den antatte endringsmekanismen. Ytterligere forskning trengs for å undersøke nærmere hvorvidt endring i self-efficacy er en av endringsmekanismene i den terapeutiske alliansen. Studien gjennomført av Hartzler et al. (2011) sier eksempelvis lite om hvordan et sterkt emosjonelt bånd mellom klient og terapeut leder til økt self-efficacy. I og med at Bandura (1977a) postulerte fire hovedkilder til self-efficacy, er en bedre forståelse av det emosjonelle båndets funksjon avgjørende for å avdekke hvordan det bidrar til økt self-efficacy. Studien tar riktignok utgangspunkt i forskning (Ilgen, Tiet, Finney, & Moss, 2006, referert i Hartzler et al., 2011) som peker i retning av at et sterkt emosjonelt bånd mellom klient og terapeut har en type *kompensatorisk effekt* for klienter med innledningsvis lav self-efficacy. Tanken om at et sterkt emosjonelt bånd har en kompensatorisk effekt, knytter seg til *verbal overtalelse* (jf. punkt C, s. 51) som kilde til økt self-efficacy. Verbal overtalelse henviser til at dersom terapeuten klarer å formidle en sterk tro på klientens egne evner, kan dette lede til at klienten selv får større tro på egne evner. Kan det også tenkes at et sterkt emosjonelt bånd kan lede til økt self-efficacy ved å nedregulere klienters emosjonelle aktivering (jf. punkt D, s. 51)? Spørsmålet interessant fordi en persons vurdering av self-efficacy delvis baseres på opplevd emosjonell aktivering, og en for høy aktivering assosieres gjerne med lavere forventning til egne prestasjoner (Bandura, 1977a). Hypotesen blir dermed: Dersom et sterkt terapeutisk bånd bidrar til å trygge klienten i en ellers utrygg situasjon, og at dette bidrar til å regulere ned klientens emosjonelle aktivering, vil et sterkt emosjonelt bånd lede til at klienten vurderer sin self-efficacy som høyere enn ved et svakere emosjonelt bånd.

Oppsummert kan det postuleres en hypotese om at et sterkt emosjonelt bånd potensielt bidrar til økt self-efficacy gjennom to av de hovedkildene Bandura (1977a) postulerer – verbal overtalelse og nedregulering av emosjonell aktivering.

**Modell for terapeutisk endring: self-efficacy.** Med utgangspunkt i sosial-kognitiv læringsteori og self-efficacyfenomenet, kan det trekkes paralleller til ideén om at forhandling av alliansebrudd er en potensiell endringsmekanisme i den terapeutiske alliansen. Det at vellykket forhandling av alliansebrudd bidrar til å øke pasientens *intersubjektive kapasitet, kapasitet til intimitet og evne til å inngå i autentiske relasjoner* (Safran & Muran, 2006), kan også forestås som at klienten opplever en økt grad av self-efficacy i sin interaksjon med andre. Self-efficacy kan i den sammenheng omtales som *relasjonell self-efficacy*, som et uttrykk for at det er snakk om en økning i klientens tro på egne evner til å inngå i relasjoner med andre. Det å trekke en slik parallell er et eksempel på hvordan en kan oppfylle Kazdin og Nock (2003) sitt kriterium 7 (jf. s. 22). Ved å integrere teori og forskning på forhandling om alliansebrudd med annen relevant teori og forskning, som sosial-læringsteori og self-efficacy, bygger man videre opp en sannsynlig forklaring på hvordan forhandling av alliansebrudd opererer som en endringsmekanisme i alliansen. På denne måten forsetter arbeidet med å bygge opp en spesifikk konseptuell modell for terapeutisk endring gjennom endringsmekanismer i den terapeutiske alliansen.

### Noen refleksjoner

#### **Transteoretisk operasjonalisering av den terapeutiske alliansen**

Innledningsvis ble det gjort kort rede for ulike konseptualiseringer av den terapeutiske alliansen med hovedvekt på Bordins (1979; 1994) transteoretiske definisjon, og hvordan de ulike konseptualiseringene har ledet til utviklingen av forskjellige metoder for å måle alliansen. Horvath og Bedi (2002) har påpekt at de ulike måleinstrumentene ikke måler et homogent konstrukt av alliansefenomenet. De fremmet derfor en omfattende definisjon av

alliansen, som er ment å omfatte både Bordins (1979; 1994) transteoretiske definisjon og den forståelse dagens psykoterapiforskning har av alliansefenomenet. Slik er Horvath og Bedi (2000) sin definisjonen et forsøk på å inkludere fasetter fra alle de ulike allianseskalaene. Det kan derfor argumenteres for at fremtidig psykoterapiforskning og videreutviklingen av en transteoretisk operasjonalisering av alliansefenomenet, bør ta utgangspunkt i definisjonen til Horvath og Bedi (2002) fremfor Bordins (1979; 1994) klassiske transteoretiske definisjon.

### **Endringsmekanismer: Evidensbasert Psykologisk Praksis**

Hvordan kan spesifiseringen av endringsmekanismer bidra til videreutviklingen av evidensbasert klinisk praksis? I 2005 formulerte American Psychology Association (APA) en såkalt Prinsipperklæring om Evidensbasert Psykologisk Praksis (EBPP) og Norsk Psykologforening (NPF) sluttet seg i 2007 til denne prinsipperklæringen (Norsk Psykologforening, 2007). I følge NPF (2007) omhandler EBPP tre elementer ”. . . integrering av den [1] beste tilgjengelige forskningen med [2] klinisk ekspertise, sett i sammenheng med [3] pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål” (s. 1127). Videre fremheves det at ”Hensikten med EBPP er å fremme virksom [og] effektiv psykologisk praksis . . .” (Norsk Psykologforening, 2007, s. 1127). Arbeidet med å avdekke og spesifisere endringsmekanismer er av relevans for det første punktet *beste tilgjengelige forskning*, som i prinsipperklæringen om EBPP også omtales som *beste forskningsevidens*. En del av denne beste forskningsevidensen er såkalte Empirically Supported Treatments (EST). David og Montgomery (2011) fremhever at det i ulike organisasjoner (i.e., American Psychology Association; American Psychiatric Association; National Institute for Health and Clinical Excellence Guidelines; Cochrane Reviews) er vesentlige forskjeller i kravene som stilles for at en behandlingsform skal kunne omtales som en EST. For å gjøre noe med denne problematikken har David og Montgomery (2011) fremmet en ny modell for å evaluere i hvilken grad behandlingsformer støttes av empiri. I denne modellen er spesifiseringen av

endringsmekanismer et sentralt element. David og Montgomery (2011) omtaler to nivåer av analyse for å vurdere i hvilken grad en behandlingsform er støttet av empiri: 1) det må undersøkes om terapeutisk endring faktisk kan forekomme gjennom de endringsmekanismene den aktuelle teorien postulerer, og 2) det må også vurderes om den aktuelle behandlingsformen virker gjennom de endringsmekanismene som postuleres av den aktuelle teorien som behandlingsformen bygger på. Slik kravene til EST er i dag er det altså mulig at behandlingsformer som anses for å være EST, virker gjennom andre endringsmekanismer enn de mekanismene den bakenforliggende teorien postulerer. Et eksempel på et slikt omdiskutert tilfelle er behandlingsformen Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; Shapiro, 1996, referert i Lilienfeld, 2011) for posttraumatisk stresslidelse.

David og Montgomery (2011) sin modell er i tråd med Kazdins (e.g., 2008, 2009b) tanke om et økt fokus på å avdekke endringsmekanismer, og oppbyggingen av spesifikke konseptuelle modeller for terapeutisk endring. Slike modeller for terapeutisk endring vil så være grunnlaget for hvordan et behandlingsforløp legges opp, ved å spesifisere hvordan man kan aktivere ulike endringsmekanismer og hvordan mekanismene opererer for å gi effekt i form av terapeutisk endring. Å ta til orde for en slik spesifisering av endringsmekanismer, kan misforstås som et argument for se på psykoterapi ut i fra et medisinsk perspektiv. Dette trenger ikke nødvendigvis å være tilfellet, fordi fellesfaktorer også impliserer spesifikke endringsmekanismer og intervensjoner for å aktivere endringsmekanismene. For å illustrere dette er det interessant å trekke fram en av konklusjonene til Division 29 Task Force:

Enkelte psykoterapeuter er flinkere til å bidra til terapeutisk endring. Klienter karakteriserer disse psykoterapeutene som å være mer forståelsesfulle og aksepterende, empatiske, varme, og støttende. De inngår i liten grad i negativ atferd som eksempelvis skyldpåleggelse, ignorering eller avvísning (min oversettelse, Lambert & Barley, 2002, s. 26).



Konklusjonen bør sees i sammenheng med at terapeuter kan trenes i *spesifikke intervensjoner* for å forhandle alliansebrudd, og at det kan bidra til at klienter i større grad oppnår terapeutisk endring (Safran et al., 2011). Den kontekstuelle modellen og fokuset på fellesfaktorer som eksempelvis alliansen, er altså *ikke* synonymt med fraværet av spesifikke endringsmekanismer og spesifikke intervensjoner for å aktivere disse mekanismene. Derfor blir det i etableringen av EST, som en del av EBPP, interessant å spesifisere endringsmekanismer i fellesfaktorer som den terapeutiske alliansen. På denne måten illustreres det hvor lite hensiktsmessig det er å skille mellom ulike faktorer ved å plassere de inn i to ulike modeller (i.e., den medisinske og den kontekstuelle modellen).

Det er interessant å se skillet mellom spesifikke faktorer og fellesfaktorer i sammenheng med skillet mellom direkte og indirekte effekt. Som oppgaven har gjort rede for kan eksempelvis alliansen tenkes å ha både en direkte og en indirekte effekt. I likhet med skillet mellom spesifikke faktorer og fellesfaktorer, er dette et skille som kan trekkes rent teoretisk og statistisk sett, men som blir vanskelig å trekke i klinisk praksis. Det kan dermed stilles spørsmål ved om slike skiller er hensiktsmessige. At den terapeutiske alliansen potensielt både har en direkte og en indirekte effekt, taler for at alliansen kan konseptualiseres både som en fellesfaktor og en spesifikk faktor. *Felles* i den forstand at alliansen har en indirekte effekt gjennom sin innvirkning på effekten av spesifikke intervensjoner som *ikke* er knyttet til fasilitering av den terapeutiske alliansen. *Spesifikk* i den forstand at alliansen har en direkte effekt, og at det kreves spesifikke intervensjoner for å forhandle alliansen gjennom hele behandlingsforløpet.

### **Endringsmekanismer: analysenivå**

I arbeidet med å avdekke og spesifisere endringsmekanismer kan det stilles spørsmål ved om det er tilstrekkelig med en kvalitativ beskrivelse av psykologiske prosesser. Eller må man ned på et biokjemisk nivå av analyse, slik som i Kazdin (2007) sitt eksempel med

sigarettøyking og lungekreft? Tyron (2009) har argumentert for at datamodeller for erfaringsbasert synaptisk plastisitet, såkalte Parallell Distributed Processing – Connectionist Neural Networks (PDP-CNN), kan bidra med relevant informasjon om endringsmekanismer. Med synaptisk plastisitet, refereres det til at det som følge av erfaring oppstår en restrukturering av de synaptiske forbindelsene mellom nervecellene i hjernen. Hvordan nerveceller inngår i nevralt nettverk er av betydning for hvordan informasjon prosesseres. Hjernens plastisitet er derfor av essensiell betydning for psykologisk og fysiologisk utvikling, og dermed også for terapeutisk endring (Tyron, 2009). Ved hjelp av PDP-CNN er det mulig å simulere hvordan erfaringsbasert synaptisk plastisitet foregår, ved å modifisere de synaptiske forbindelsene i nevralt nettverk. Modifiseringen endrer hvordan informasjon prosesseres og medfører dermed også endringer i kognisjon, affekt og atferd (Tyron, 2009). Kazdin (2009a) stiller seg positiv til å undersøke hvorvidt PDP-CNN kan bidra i prosessen med å utvikle en evidensbasert forklaring på effekten av psykoterapi. Det gjenstår derimot en hel del arbeid før det kan slås fast at slike modeller kan bidra til å forklare hvordan psykoterapi gir effekt (Kazdin, 2009a).

Hvordan kan det så undersøkes om det forekommer en synaptisk restrukturering ved vellykket forhandling av alliansebrudd og økning av self-efficacy? En klientgruppe der det kan tenkes å forekomme hyppige alliansebrudd og innledningsvis lav self-efficacy er hos personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Borderline Personality Disorder; BPD). I den forbindelse er det av interesse at det hos personer med BPD, ved hjelp av strukturelle (e.g., Magnetic Resonance Imaging; MRI) og funksjonelle (e.g., Functional Magnetic Resonance Imaging; fMRI) hjerneavbildningsteknikker, er påvist flere forskjeller i hjernen sammenlignet med en normal populasjon (Mauchnik & Schmahl, 2010). BPD er en psykisk lidelse som karakteriseres av omfattende dysregulering på flere områder. Linehan (1993a) har utviklet en såkalt biososial teori der emosjonell dysregulering (i.e., emosjonell ustabilitet) anses som det primære trekket ved BPD. Ulike hjerneavbildningsteknikker har

avdekket strukturelle forskjeller og avvikende aktivering i prefrontale områder (i.e., prefrontal cortex), og limbiske strukturer (i.e. amygdala, hippocampus, cingulate gyrus) hos denne klientgruppen (Mauchnik & Schmahl, 2010). Noe forenklet kan det sies at prefrontale områder er sentrale i emosjonell, kognitiv og atferdsmessig kontroll, og at limbiske strukturer (i.e., det limbiske system) er involvert i å tilegne stimuli emosjonelle kvaliteter, dannelsen av emosjonell hukommelse og emosjonelle reaksjoner.

På bakgrunn av slike strukturelle og funksjonelle funn vil det være interessant å følge personer med BPD som inngår i et behandlingsopplegg som eksempelvis Dialectic Behavioral Therapy (DBT; Linehan, 1993a; 1993b). Schnell og Herpertz (2007) gjennomførte en studie der de ved hjelp av fMRI undersøkte hvorvidt erfaringsbasert synaptisk plastisitet forekom hos BPD-klienter i DBT-behandling. Oppsummert kan det sies, om noe forenklet fremstilt, at forskjellene i aktivering som ble påvist før behandlingsstart ikke lenger var tilstede etter avsluttet behandling. Schnell og Herpertz (2007) fant at BPD-klientene etter endt behandling hadde behov for mindre prefrontal aktivering (i.e., prefrontal cortex) for å regulere emosjonelle responser. Et slikt resultat er en indikasjon på at emosjonelt krevende situasjoner krevde mindre kognitive ressurser etter DBT-behandlingen. En lavere aktivering i prefrontale områder er i tråd med at DBT i stor grad fokuserer på at klientene skal tilegne seg mestringsstrategier for å i større grad kunne dempe og tolerere negativ affekt (Linehan, 1993a; 1993b). Schnell og Herpertz (2007) fant også at DBT-behandlingen ledet til en reduksjonen i limbisk aktivering. Et slikt resultat peker i retning av at emosjonsreguleringen hos BPD-klientene var mindre automatisert etter endt DBT-behandling (Schnell & Herpertz, 2007). Studien illustrere hjernens plastisitet, og at hjernen hos selv voksne individer har evnen til synaptisk restrukturering som følge av erfaring. I relasjon til hvorvidt vellykket forhandling av alliansebrudd og økning av self-efficacy kan sies å være endringsmekanismer, kan denne type forskning potensielt lede til en ytterligere spesifisering av disse mekanismene. Det kan

derimot stilles spørsmål ved hvorvidt det er hensiktsmessig å søke et slikt biokjemisk nivå av analyse. Vil en slik spesifisering fortelle noe mer enn den kvalitative spesifiseringen av endringsmekanismer? Eller forviller man seg inn i en biologisk reduksjonisme, som egentlig ikke leder til en større forståelse for endringsmekanismer i eksempelvis den terapeutiske alliansen. Det er en kjensgjerning at det som følge av erfaring skjer biokjemiske endringer i hjernen, og at like biokjemiske endringer noe som oppstår ved terapeutisk endring. Nyten av å søke et biokjemiske nivå av analyse kan dermed diskuteres.

### **Spesifisering av endringsmekanismer: en utopi?**

Et økt fokus på spesifiseringen av ulike endringsmekanismer høres i utgangspunktet ut som naturlig videreutvikling innenfor psykoterapiforskningen. Det kan likevel stilles spørsmål ved om det er mulig å oppfylle alle kriteriene Kazdin og Nock (2003) skisserer. Som tidligere nevnt er et kompliserende element i spesifiseringen av endringsmekanismer at individuelle forskjeller eller såkalte modererende faktorer, påvirker mekanismers effekt. Spørsmålet omhandler altså i hvilken grad mennesker kan sies å fungere slik at endringsmekanismene er mer eller mindre lik for alle. Eller er de individuelle forskjellene så store at det vil være vanskelig å generalisere påviste mekanismer? Spesifiseringen av hvordan moderatorer opererer for å påvirke effekten av endringsmekanismer blir derfor en vesentlig del av et økt fokus på spesifiseringen av mekanismene. Modeller for hvordan ulike endringsmekanismer kan aktiveres og opererer for å gi effekt i form av terapeutisk endring, må si noe om hvordan modererende faktorer påvirker effekten av de ulike mekanismene. Det finnes modererende faktorer som knytter seg til både klienten, terapeuten og den valgte behandlingsformen. Dermed vil det være et relativt stort antall potensielle moderatorer i hver enkelt klients tilfelle. Det kan altså stilles spørsmål ved hvorvidt modererende faktorers potensielle effekt på endringsmekanismer er så kompliserende at det ikke vil være *nyttig* å arbeide for en spesifisering av mekanismer i den grad Kazdin og Nock (2003) skisserer.

### Sluttord

Oppgaven har med utgangspunkt i en historisk, empirisk og teoretisk referanseramme søkt å avdekke potensielle endringsmekanismer i den terapeutiske alliansen. Den kritiske gjennomgangen av allianseforskningen avdekket at det er vesentlige svakheter ved den empiri som danner grunnlaget for de konklusjoner som utledes med grunnlag i allianseforskningen. Forskningen er først og fremst mangelfull fordi majoriteten av studiene som har tatt for seg samvariasjonen mellom den terapeutiske alliansen og terapeutisk endring, ikke har avdekket tidslinjen disse to variablene inngår i. Allianseforskningen er også mangelfull fordi den i liten grad har avdekket hvordan alliansen leder til terapeutisk endring, det vil si hvilke endringsmekanismer alliansen aktiverer for å gi effekt i form av terapeutisk endring.

Med utgangspunkt i relevante teorier har jeg kommet frem til at forhandling av alliansebrudd og endring i self-efficacy er potensielle endringsmekanismer i den terapeutiske alliansen. I et forsøk på å skissere hvordan alliansen gir effekt gjennom disse to mekanismene, har jeg integrert relevante teoretiske konseptualiseringer av og empirisk evidens for forhandling av alliansebrudd og endring i self-efficacy. Denne integreringen er et eksempel på hvordan man kan starte arbeidet med å bygge spesifikke konseptuelle modeller for terapeutisk endring. Den aktuelle modellen er en spesifisering av hvordan mekanismene *forhandling av alliansebrudd og endringer av self-efficacy* kan aktiveres, og hvordan de to mekanismene opererer for å gi effekt i form av terapeutisk endring.

Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg kommet frem til at ytterligere forskning er nødvendig for å kunne si med større sikkerhet at alliansen har en direkte kurativ effekt. Ytterligere forskning er også nødvendig for å avdekke potensielle endringsmekanismer i alliansen. Fremtidig forskning på endringsmekanismer i alliansen bør etterstrebe å innfri kriteriene Kazdin og Nock (2003) skisserer for å påvise mekanismer. Å imøtekomme disse kriteriene, vil gi et bedre grunnlag for konstruksjonen av en spesifikk konseptuell modell for

hvordan endringsmekanismer i den terapeutiske alliansen gir effekt i form av terapeutisk endring. I denne prosessen er det avgjørende at det utvikles metoder for å avdekke hvordan modererende faktorer knyttet til klient, terapeut og behandlingsform påvirker de endringsmekanismene som undersøkes.

## Referanser

- Ackerman, S. J., Benjamin, L. S., Beutler, L. E., Gelso, C. J., Goldfried, M. R., Hill, C., et al. (2001). Empirically supported therapy relationships: Conclusions and recommendations of the Division 29 Task Force. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *38*, 495–497. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.495
- Alexander, F. G. (1980). The principle of corrective emotional experience. I F. G. Alexander & T. M. French (red.), *Psychoanalytic therapy: Principles and application* (s. 66–70). Lincoln: University of Nebraska Press. (Optrykk av Alexander, F. G., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. New York: Roland Press).
- Aron, A., Aron, E. N., & Coups, E. J. (2006). Making sense of statistical significance: Effect size and statistical power. I *Statistics for Psychology* (4. utg., s. 189–232). New Jersey: Pearson Education.
- Aron, L. (2000). Self-reflexivity and the therapeutic action of psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, *17*, 667–689. doi: 10.1037/0736-9735.17.4.667
- Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*, 191–215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bandura, A. (1977b). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall.
- Barber, J. P. (2009). Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, *19*, 1–12. doi: 10.1080/10503300802609680
- 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 Counseling and Clinical Psychology*, *68*, 1027–1032. doi: 10.1037//0022-006X.68.6.1027

- Barber, J. P., Khalsa, S. R., & Sharpless, B. A. (2010). The validity of the alliance as a predictor of psychotherapy outcome. I J. C. Muran & J. P. Barber (red.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (s. 29–43). New York: Guilford press.
- Barber, J. P., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Thase, M. E., Weiss, R., Frank, A., et al. (1999). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy Research, 9*, 54–73. doi: 10.1080/10503309912331332591
- Barber, J. P., Luborsky, L., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Weiss, R. D., et al. (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
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1173–1182. doi: 10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Berge, T., Repål, A., Ryum, T., & Samoilow, D. K. (2008). Behandlingsalliansen i kognitiv terapi. I T. Berge & A. Repål (red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 24–60). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Beutler, L. E. (2009). Making science matter in clinical practice: redefining psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 16*, 301–317. doi: 10.1111/j.1468-2850.2009.01168.x
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*, 252–260. doi: 10.1037/h0085885



- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. I A. O. Horvath & L. S. Greenberg (red.), *The working alliance* (s. 13–37). New York: John Wiley & Sons.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *43*, 271–279. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.271
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., McAleavey, A. A., & Goldfried, M. R. (2010). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral therapy. I J. C. Muran & J. P. Barber (red.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (s. 150–171). New York: Guilford Press.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., et al. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *Clinical Psychologist*, *51*, 3–16. Hentet fra <http://iacp.asu.edu/~horan/ced522readings/div12/chambless98.pdf>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*, 155–159. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155
- David, D., & Montgomery, G. H. (2011). The Scientific Status of Psychotherapies: A New Evaluative Framework for Evidence-Based Psychosocial Interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *18*, 89–99. doi: 10.1111/j.1468-2850.2011.01239.x
- DeRubeis, R. J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive psychotherapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, *14*, 469–482. doi: 10.1007/BF01172968
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, *16*, 319–324. doi: 10.1037/h0063633

- Feeley, M., DeRubeis, R. J., & Gelfand, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 578–582. doi: 10.1037/0022-006x.67.4.578
- Gaston, L., & Marmar, C. (1994). The California Psychotherapy Alliance Scales. I A. O. Horvath & L. S. Greenberg (red.), *The working alliance: Theory, research and practice* (s. 85–108). New York: Wiley.
- Gaston, L., Marmar, C., Gallagher, D., & Thompson, L. (1991). Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy processes. *Psychotherapy Research, 1*, 104–112. doi: 10.1080/10503309112331335531
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist, 13*, 155–243. doi: 10.1177/0011000085132001
- Hartzler, B., Witkiewitz, K., Villarroel, N., & Donovan, D. (2011). Self-efficacy change as a mediator of associations between therapeutic bond and one-year outcomes in treatments for alcohol dependence. *Psychology of Addictive Behaviors, 25*, 269–278. doi: 10.1037/a0022869
- Hatcher, R. L. (2010). Alliance theory and measurement. I J. C. Muran & J. P. Barber (red.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (s. 7–28). New York: Guilford Press.
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs, 76*, 408–420. doi: 10.1080/03637750903310360
- Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research, 19*, 13–29. doi: 10.1080/10503300802621206

- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 37–69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-Based Responsiveness* (2. utg., s. 25–69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1986). Development of the working alliance inventory. I L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (red.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (s. 529–556). New York: Guilford Press.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139–149. doi: 10.1037/0022-0167.38.2.139
- Joyce, A. S., Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & McCallum, M. (2003). The alliance as mediator of expectancy effects in short-term individual therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 672–679. doi: 10.1037/0022-006x.71.4.672
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 144–156. doi: 10.1093/clipsy.bpg016
- Kazdin, A. E. (2005). Treatment outcomes, common factors, and continued neglect of mechanisms of change. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12*, 184–188. doi: 10.1093/clipsy.bpi023
- Kazdin, A. E. (2006). Mechanisms of change in psychotherapy: Advances, breakthroughs, and cutting-edge research (do not yet exist). I R. R. Bootzin & P. E. McKnight (red.), *Strengthening research methodology: Psychological measurement and evaluation* (s.

- 77–101). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi: 10.1037/11384-005.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 1–27. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist, 63*, 146–159. doi: 10.1037/0003-066x.63.3.146
- Kazdin, A. E. (2009a). Bridging science and practice to improve patient care. *American Psychologist, 64*, 276–279. doi: 10.1037/a0015600
- Kazdin, A. E. (2009b). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research, 19*, 418–428. doi: 10.1080/10503300802448899
- Kazdin, A. E., & Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*, 1116–1129. doi: 10.1111/1469-7610.00195
- Klein, D. N., Schwartz, J. E., Santiago, N. J., Vivian, D., Vocisano, C., Castonguay, L. G., et al. (2003). Therapeutic alliance in depression treatment: Controlling for prior change and patient characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 997–1006. doi: 10.1037/0022-006x.71.6.997
- Kraemer, H. C., Wilson, G. T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (2002). Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Arch Gen Psychiatry, 59*, 877–883. doi: 10.1001/archpsyc.59.10.877
- Lambert, M. J. (2010). "Yes, it is time for clinicians to routinely monitor treatment outcome". I B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (red.), *The heart and*

- soul of change: Delivering what works in therapy* (2. utg. s. 239–266). Washington, DC: American Psychology Association.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 17–32). New York: Oxford University Press.
- Lilienfeld, S. O. (2011). Distinguishing scientific from pseudoscientific psychotherapies: Evaluating the role of theoretical plausibility, with a little help from reverend Bayes. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, 105–112. doi: 10.1111/j.1468-2850.2011.01241.x
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Alexander, L., Margolis, M., & Cohen, M. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs vs. a global rating method. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 480-491.
- 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
- Mathieu, J. E., & Taylor, S. R. (2006). Clarifying conditions and decision points for mediational type inferences in Organizational Behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 27, 1031–1056. doi: 10.1002/job.406

- Mauchnik, J., & Schmahl, C. (2010). The Latest Neuroimaging Findings in Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports*, *12*, 46–55. doi: 10.1007/s11920-009-0089-7
- Messer, S. B., & Wolitzky, D. L. (2010). A psychodynamic perspective on the therapeutic alliance: Theory, research, and practice. I J. C. Muran & J. P. Barber (red.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (s. 97–122). New York: Guilford Press.
- Mitchell, S. A., & Black, M. J. (1995). *Freud and beyond*. New York: Basic Books.
- Moltu, C. (2011). *Being a therapist in difficult therapeutic impasses: a hermeneutic-phenomenological analysis of skilled psychotherapists' experiences, needs, and strategies in difficult therapies ending well*. (Doktorgrad, Universitetet i Bergen, Bergen). Hentet fra <http://hdl.handle.net/1956/4607>
- Nielsen, G. H., & von der Lippe, A. L. (1993). Dynamisk psykoterapi. I G. H. Nielsen & A. L. von der Lippe (red.), *Psykoterapi med voksne: Fem perspektiver på teori og praksis* (s. 21–48). Oslo: TANO.
- 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. (red.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (red.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2. utg.). New York: Oxford University Press.

- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2. utg., s. 423–440). New York: Oxford University Press.
- Norsk Psykologforening, (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 1127–1128.
- Ringdal, K. (2001). *Enhet og mangfold: Samfunnskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103. doi: 10.1037/h0045357
- Rosenzweig, S. (2002). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12, 5-9. doi: 10.1037/1053-0479.12.1.5  
(Opptrykk av Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412–415).
- Ryum, T., Stiles, T. C., & Vogel, P. A. (2009). Kvaliteten på tidlig terapeutisk allianse som prediktor for behandlingseffekt ved depresjon og angst. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 651–657.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 447–458. doi: 10.1037/0022-006x.64.3.447
- 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. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *43*, 286–291. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.286
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2. utg., s. 224–238). New York: Oxford University Press.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2002). Repairing alliance ruptures. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 235–254). New York: Oxford University Press.
- Snell, K., & Herpertz, S. C. (2007). Effects of dialectic-behavioral-therapy on the neural correlates of affective hyperarousal in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, *41*, 837–847. doi: 10.1016/j.jpsychires.2006.08.011
- Silberschatz, G. (red.). (2005). *Transformative relationships: The Control-mastery theory of psychotherapy*. New York: Routledge.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, *32*, 752–760. doi: 10.1037/0003-066x.32.9.752
- Stanovich, K. E. (2004). *How to think straight about psychology* (7. utg.). Boston: Allyn & Bacon, Person Education.
- Stiles, W. B., & Goldsmith, J. Z. (2010). The alliance over time. I J. C. Muran & J. P. Barber (red.), *The therapeutic alliance* (s. 44–62). New York: Guilford Press.
- Strunk, D. R., Brotman, M. A., & DeRubeis, R. J. (2010). The process of change in cognitive therapy for depression: Predictors of early inter-session symptom gains. *Behaviour Research and Therapy*, *48*, 599–606. doi: 10.1016/j.brat.2010.03.011



- Suh, C. S., O'Malley, S. S., & Strupp, H. H. (1986). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS) and Negative Indication Scale (VNIS). I L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (red.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guildford Press.
- Tryon, W. W. (2009). Missing mechanism information. *American Psychologist*, *64*, 273–274. doi: 10.1037/a0015348
- Wampold, B. E. (2010). The research evidence for common factors models: A historically situated perspective. I B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (red.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2. utg., s. 49–82). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B. E., Ahn, H., & Coleman, H. L. K. (2001). Medical model as metaphor: Old habits die hard. *Journal of Counseling Psychology*, *48*, 268–273. doi: 10.1037/0022-0167.48.3.268
- Weiss, J. (1990). The nature of the patient's problems and how in psychoanalysis the individual works to solve them. *Psychoanalytic Psychology*, *7*, 105–113. doi: 10.1037/h0079148
- Weiss, J. (1997). The role of pathogenic beliefs in psychic reality. *Psychoanalytic Psychology*, *14*, 427–434. doi: 10.1037/h0079734
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.