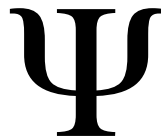




**DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**



*Unnvikende tilknytningsstil og terapeutisk allianse*

HOVEDOPPGAVE

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Maria Sand Hukkelås  
Silje Riseth**

Vår 2014

Veileder: Kjersti Arefjord

### **Forord**

Vi har igjennom studiet fått økt interesse for tilknytning og betydningen av denne også i voksen alder. Vi ønsket å se nærmere på hvilken betydning tilknytning har i relasjonen mellom terapeut og klient. Det har vært en interessant læringsprosess hvor vi har lært mye om teamet som vi vil dra nytte av i videre klinisk arbeid. Vi vil takke bibliotekar Kjersti Aksnes-Hopland for mye god hjelp underveis i prosessen. Vi vil også takke vår veileder Kjersti Arefjord for god og nyttig veiledning. Avslutningsvis ønsker vi å takke de som har gitt oss gode råd og innspill på oppgaven vår.

### **Abstract**

Attachment theory adds to the understanding of therapeutic processes and their outcome. Attachment style affects the therapeutic alliance, which is an important factor in therapeutic change. The relationship between dismissing attachment style and the therapeutic alliance will be discussed in this paper. Dismissing attachment style is associated with inner working models that cause challenges in entering close relationships. The association between dismissing attachment and the alliance components *goals*, *tasks* and *emotional bond* will be discussed, based on the current literature and recent studies. According to this literature, clients with a dismissing attachment style in particular will have challenges regarding establishing a emotional bond, but are more able to engage in a therapeutic collaboration regarding goals and tasks as they are appraised as less emotionally threatening. A less emotional focus in the initial therapy phases can help this group achieve greater security, which strengthens the emotional bond to the therapist.

### Sammendrag

Tilknytningsteori representerer et bidrag til forståelsen av terapeutiske prosesser og behandlingsutfall i psykoterapi. Tilknytningsstil har innvirkning på terapeutisk allianse som er en viktig faktor for terapeutisk endring. I denne oppgaven belyser vi sammenhengen mellom unnvikende tilknytningsstil og den terapeutiske allianse. Unnvikende tilknytningsstil har etablerte arbeidsmodeller som innebærer utfordringer med å inngå i nære relasjoner. Sammenhengen mellom unnvikende tilknytning og alliansekomponentene *mål, oppgaver* og *emosjonelt bånd* diskuteres basert på foreliggende litteratur og empiriske studier. Litteraturen indikerer at denne klientgruppen har særlige utfordringer knyttet til etablering av det emosjonelle båndet, men mestrer bedre å inngå i et terapeutisk samarbeid om komponentene mål og oppgaver da disse oppleves mindre emosjonelt truende. Et mindre emosjonelt fokus i de innledende terapifasene kan bidra til at denne gruppen oppnår økt trygghet, som styrker det emosjonelle båndet til terapeuten.

## **Innholdsfortegnelse**

Forord	i
Abstract	ii
Sammendrag	iii
Innholdsfortegnelse	vi
<b>Innledning</b>	<b>1</b>
Unnvikende tilknytningsstil	3
Terapeutisk allianse	4
Terapeutisk allianse og tilknytning	5
Oppgavens formål og problemstilling	6
<b>Metode</b>	<b>8</b>
<b>Tilknytningsteori</b>	<b>8</b>
Tilknytningssystemet	9
Klassifisering av tilknytningsstiler hos barn	10
Primære og sekundære tilknytningsstrategier	11
Indre arbeidsmodeller	12
Tilknytningsstil hos voksne	13
Utvikling av unnvikende tilknytning hos voksne	14
<b>Terapeutisk allianse</b>	<b>15</b>
<b>Unnvikende tilknytning og terapi</b>	<b>18</b>
Terapeuten som tilknytningsperson	18
Unnvikende tilknytning og terapeutisk allianse	20
Empiriske undersøkelser	22
Unnvikende tilknytning og reaksjoner på stress	23

Unnvikende tilknytningsstil og terapeutisk allianse	v
Terapeutisk avstand og unngåelse	24
Terapeuten i terapi med unnvikende klienter	25
Behandlingsutfall	27
<b>Diskusjon</b>	<b>28</b>
Mål	29
Oppgaver	31
Det emosjonelle båndet	32
Kliniske implikasjoner	37
Begrensninger	38
<b>Konklusjon</b>	<b>39</b>
<b>Referanser</b>	<b>41</b>

## Innledning

Tilknytningsteori (Bowlby, 1970, 1973, 1980) beskriver aspekter ved interpersonlige relasjoner, og representerer et rammeverk for å forstå emosjonell utvikling fra barndom til voksen alder. Tilknytningsteori antar at omsorgspersonens responsivitet og sensitivitet ovenfor barnets behov påvirker barnets kognitive utvikling og organisering av relasjonelle skjema, kalt indre arbeidsmodeller (Bowlby, 1969, 1973). Arbeidsmodeller anses som stabile og relativt motstandsdyktige mot endring, men kan utforskes, testes og rekonstrueres i terapi (Bowlby, 1988). Arbeidsmodellene inneholder generaliserte forventninger om selvet, andre og verden for øvrig, og kan enten representere trygg eller utrygg tilknytning. Trygge arbeidsmodeller innebærer positive forventninger om at andre vil møte ens behov med hjelpsom atferd, mens utrygge modeller innebærer forventninger om at ens behov vil bli møtt med avvisning, aggressive eller skremmende responser (Liotti, 2007). Arbeidsmodellene påvirker hvordan man forholder seg i relasjonene man inngår i. Flere har pekt på sammenhengen mellom utrygg tilknytning, relasjonelle vansker og psykiske problemer i voksen alder (Bernecker, Levy, & Ellison, 2014; Dozier & Bates, 2004; Harris, 2004; Kietaibl, 2012; Levy, Ellison, Scott, & Bernecker, 2011; Obegi & Berant, 2009b). Økende empiri innen tilknytningsfeltet viser betydningen av et tilknytningsfokus både i forhold til terapeutiske prosesser og behandlingsutfall (Daniel, 2006).

Kartlegging av arbeidsmodeller hos voksne gjennom Adult Attachment Interview (AAI; George, Kaplan, & Main, 1996) medførte at ulike arbeidsmodeller ble kategorisert som *tilknytningsstiler*. En tilknytningsstil er en kategorisering av relasjonell atferd, og beskriver grad av opplevd trygghet i nære relasjoner, grad av frykt for intimitet og avvisning, samt i hvilken grad man er komfortabel med å være



avhengig av andre (Meyer & Pilkonis, 2001). Tilknytningsstiler klassifisert hos barn (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978) har vist seg å være stabile til voksen alder (Waters, Hamilton, & Weinfield, 2000). Overordnet kan en skille mellom trygg og utrygg tilknytningsstil, og forskning viser at en *utrygg* tilknytningsstil som barn har sammenheng med psykopatologi i voksen alder (Shorey & Snyder, 2006).

Basert på Ainsworth sin forskning på tilknytning hos barn, ble tre tilknytningskategorier klassifisert hos voksne: trygg, engstelig-ambivalent og unnvikende tilknytningsstil (Hazan & Shaver, 1987). Senere ble fire tilknytningsstiler definert ut fra AAI: trygg, avvisende-unnvikende, overopptatt og uløst (George et al., 1996). De unnvikende tilknytningsstilene beskrevet i de to ulike modellene ovenfor var kvalitativt forskjellige, hvorav Hazan og Shaver (1987) sin beskrivelse inkluderer to typer av unnvikende tilknytningsstil; engstelig-unnvikende og avvisende-unnvikende. George et al. (1996) sin kategori omfatter kun avvisende-unnvikende tilknytningsstil. Basert på dette utviklet Bartholomew og Horowitz (1991) en fire-kategori modell med fire ulike tilknytningsstiler, hvorav begge typer unnvikende: trygg (*secure*), engstelig-overopptatt (*preoccupied*), avvisende-unnvikende (*dismissing-avoidant*) og engstelig-unnvikende (*fearful-avoidant*). En avvisende-unnvikende tilknytningsstil innebærer benekting av behov for intimitet og relasjoner. En engstelig-unnvikende tilknytningsstil innebærer lengsel etter intimitet, parallelt med en aktiv unngåelse av intimitet på grunn av engstelse for avvisning. Innenfor en dimensjonal tenkning klassifiseres en avvisende-unnvikende tilknytningsstil ved høy skåre på unngåelse og en lav skåre på angst, mens en engstelig-unnvikende stil innebærer høy skåre på både angst og unngåelse. I følge Slade (2008) kan alle klassifiseringssystemer innenfor tilknytning forklares ved hjelp av to dimensjoner, deaktivierende og hyperaktiverende strategier, som representerer ulike tilnærminger til

affektregulering og forsvarsmekanismer. Den deaktivierende dimensjonen refererer til et forsvar som minimerer bruk av affekter, kjennetegnet ved unnvikende tilknytning. Den hyperaktive dimensjonen refererer til et forsvar som maksimerer og intensiverer affekter kjennetegnet ved overopptatt tilknytning. I denne oppgaven har vi valgt å fokusere på avvissende-unnvikende tilknytning, og vi vil videre i oppgaven referere til disse som klienter med unnvikende tilknytning.

### **Unnvikende tilknytningsstil**

En metaanalyse viste at unnvikende tilknytningsstil hadde en forekomst på 26% i en klinisk gruppe med ulike diagnoser, og 15% i ikke-klinisk gruppe (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996). Det er usikkert hvor stor andel klienter med unnvikende tilknytningsstil som finnes i populasjonen, og det antas at flere av disse klientene aldri vil oppsøke terapi. Unnvikende tilknytningsstil som fenomen representerer en dimensjon med bred variasjon når det gjelder grad av psykopatologi. Dette innebærer at unnvikende tilknytningsstil ikke kan likestilles med utvikling av psykopatologi eller et bestemt symptombilde.

Til tross for at det finnes stor variasjon innad i den unnvikende klientgruppen, har litteraturen pekt på visse fellestrekk. Personer med unnvikende tilknytningsstil fremstår som selvstendige og lite sårbare. De er ukomfortable med å være for nær og avhengig av andre, og har vansker med å stole på andre mennesker. De rapporterer om nervøsitet dersom andre kommer for nær, og føler at andre ønsker mer nærhet enn hva de ønsker (Hazan & Shaver, 1987). De er også karakterisert ved høy grad av fiendtlighet og har en tendens til å være uenig med andre (Pearlman & Courtois, 2005). Silverman (2011) hevder at denne klientgruppen opplever kronisk stress, som de selv ikke erkjenner. Empiriske funn tyder på at en slik undertrykkelse begynner i tidlig alder, hvor de har lært å fornekte og minimere sine følelser. I tråd med dette fant

Ainsworth et al. (1978) at barn med unnvikende tilknytningsstil ikke uttrykte negative emosjoner i stressende situasjoner.

Unnvikende klienter verdsetter i mindre grad relasjoner og har tilsynelatende mindre behov for å opprettholde emosjonell nærhet til andre. Som en forlengelse av dette kan de fremstå som likegyldige overfor hva andre mener om dem (Bartholomew, 1990; Bartholomew & Horowitz, 1991; Connors, 1997). Imidlertid viser andre funn at disse klientene opplever økt grad av positive emosjoner som følge av positiv bekreftelse fra andre, noe som kan indikere et behov for tilhørighet (Carvallo & Gabriel, 2006).

### **Terapeutisk allianse**

Den terapeutiske allianse er en del av den interaktive prosessen som oppstår mellom terapeut og klient. Den ble først omtalt innenfor den psykodynamiske tradisjonen (Greenson, 1967; Safran & Muran, 2000; Zetzel & Meissner, 1973), men er senere blitt benyttet på tvers av psykoterapifeltet. Den terapeutiske allianse er definert som en prosess med felles bidrag fra terapeut og klient (Bordin, 1979). Prosessen består av tre komponenter der terapeut og klient forhandler seg frem til enighet om terapiens *målsetting* og *oppgaver* samt utvikling av et *emosjonelt bånd* mellom partene. En god terapeutisk allianse er relatert til positive terapeutiske utfall uavhengig av hvilken type terapi som blir utført (Martin, Buchheim, Berger, & Strauss, 2007). Prosessen med å utvikle en god terapeutisk allianse vil derfor være et grunnlag for endring i terapi.

Både egenskaper ved terapeut, klient og behandlingen som helhet bidrar til utvikling av en god allianse (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Horvath & Luborsky, 1993). Terapeutens personlige egenskaper som ærlighet, respektfullhet, varme og tillitsfullhet bidrar positivt til alliansebyggingen. Klientens relasjonserfaringer bidrar

mer til alliansen enn klientens symptombylde (Horvath & Luborsky, 1993). I tillegg er intervensjoner som refleksjon, utforskning, riktig bruk av tolkning og oppmerksomhet på klientens opplevelse, relatert til en god allianse (Ackerman & Hilsenroth, 2003).

Alliansebrudd kan forekomme dersom det oppstår problemer i utvikling av alliansen, eller en negativ endring i kvaliteten på alliansen (Eames & Roth, 2000). Brudd kan oppstå dersom terapeut og klient ikke oppnår enighet om de ulike komponentene i alliansen (Safran & Muran, 2000). Brudd i den terapeutiske alliansen skaper utfordringer, men kan samtidig være en mulighet for personlig vekst og utvikling hos både klient og terapeut (Safran, Crocker, McMair, & Murray, 1990).

### **Terapeutisk allianse og tilknytning**

Innenfor tilknytningsforskningen ble det tidlig trukket paralleller mellom tilknytningsperson og terapeut (Bowlby, 1988). Terapeuten kan få rollen som en sikker base som klienten kan bruke for å føle seg trygg, utforske fritt og utvikle en større forståelse av seg selv og andre. Den terapeutiske alliansen gir rom for at klienten kan utforske, teste og rekonstruere sine indre arbeidsmodeller. Overordnet hevder Slade (2008) at klientens tilknytningsstil vil ha betydning for behandlingsforløpet, og Bernecker et al. (2014) fant at utrygg tilknytning predikerte en dårligere allianse. Levy et al. (2011) fant at klientens tilknytningsstil synes å bidra like mye til variasjonen i behandlingsutfall som alliansen. I tillegg hevder enkelte at ethvert brudd i allianseutviklingen kan spores tilbake til klientenes tilknytningserfaringer (Liotti, 2007). Tilknytningsstil kan predikere pasientens villighet til å delta i behandling samt evne til å forme en terapeutisk allianse. Informasjon om klientens tilknytningsstil kan være nyttig i oppstarten av en terapi, slik at terapeuten kan tilpasse terapien for å øke sjansen til å utvikle en god terapeutisk allianse (Kietabl, 2012). I tillegg kan tilknytningsstil gi informasjon om

hvilken type overføring og motoverføring en vil kunne forvente i møte med klienten (Levy et al., 2011).

Det har blitt funnet at klienter med unnvikende tilknytningsstil i mindre grad oppsøker terapi, bruker terapisisituasjonen dårlig og delvis unngår terapisamarbeid med terapeuten (Dozier, Lomax, Tyrell, & Lee, 2001). På grunn av tidligere erfaringer med lite tilgjengelige og avvisende omsorgspersoner kan unnvikende klienter ha vansker med å bygge opp tillit til terapeuten. Det skaper utfordringer i forhold til etablering av *det emosjonelle båndet* i alliansen som i stor grad baserer seg på tillit og utforskning av følelser. Silverman (2011) hevder at disse klientene konstant unngår affekter og relasjoner, to elementer sentrale i utvikling av det emosjonelle båndet til terapeuten.

Den andre komponenten, *enighet om terapeutiske mål*, vektlegger å utvikle mål som er nødvendig for å oppnå terapeutisk endring. Undersøkelser tyder på at klienter med unnvikende tilknytningsstil er mindre åpne ovenfor terapeuten (Silverman, 2011). De har et ønske om å fremstå usårbare, og gir inntrykk av å være perfekte og feilfrie. Videre får dette implikasjoner for den siste komponenten *enighet om terapiens arbeidsoppgaver*. Denne komponenten innebærer krav til åpenhet, utforskning av følelser og villighet til å bryte destruktive mønstre. Dette er terapeutiske oppgaver som unnvikende klienter kan ha vansker med å utføre. I Bordins allianseteori påpekes det at komponentene gjensidig påvirker hverandre, slik at vansker knyttet til en komponent vil forstyrre allianseutviklingen (Bordin, 1979).

### **Oppgavens formål og problemstilling**

Formålet med denne oppgaven er å utforske sammenhengen mellom unnvikende tilknytning og den terapeutiske alliansen. En unnvikende tilknytningsstil er funnet å korrelere negativt med allianse i de innledende fasene av terapi (Levy,

Meehan, Temes, & Yeomans, 2012), og klienter med unnvikende tilknytningsstil rapporterte moderat bedring i terapi sammenlignet med klienter med andre tilknytningsstiler (Connors, 1997). Forskningen på klienter med unnvikende tilknytning viser at dette er en klientgruppe som det kan være utfordrende å etablere en allianse med, og å holde på i terapi (Dozier et al., 2001; Safran & Muran, 2000; Waller, et al., 2004). Funnene er ikke entydige, og andre studier viser at denne klientgruppen rapporterer en økning i allianse over tid, hadde færre brudd i allianseutviklingen (Eames & Roth, 2000), og større effekt av behandling over tid sammenlignet med andre tilknytningsstiler (Fonagy et al., 1996).

Generelt kan denne gruppen representere en utfordring for terapeuter når det gjelder utviklingen av en terapeutisk allianse, som er en avgjørende faktor for å oppnå ønsket behandlingsutfall. Klienter med unnvikende tilknytningsstil kan ta i bruk mestringsstrategier som vil ha innvirkning på den terapeutiske alliansen. Det er sannsynlig at unnvikende klienter gir uttrykk for motstand på grunn av tidlige negative relasjonelle erfaringer. Å adressere tilknytningsrelaterte erfaringer er en viktig del av terapiprosessen for å øke evnen til å reflektere over egne erfaringer, og i beste fall oppnå kognitiv restrukturering av indre arbeidsmodeller. I tillegg vil denne type klienter kunne vekke en rekke følelser hos terapeuten som utilstrekkelighet, utmattelse, fiendtlighet og en følelse av å bli avvist (Connors, 1997; Martin et al., 2007; Slade, 2004). Dette kan i verste fall utløse en atferd hos terapeuten som kan resultere i at klientens internaliserte arbeidsmodeller blir forsterket.

Med utgangspunkt i Bordins (1979) alliansekomponenter vil vi i oppgaven drøfte

- 1) Hvilken innvirkning har unnvikende tilknytning på den terapeutiske alliansen?
- 2) Hvilke faktorer har betydning for positiv utvikling i terapi for denne gruppen?

I diskusjonsdelen vil kliniske implikasjoner for klienter med unnvikende tilknytningsstil bli drøftet.

### **Metode**

Det ble utført et systematisk litteratursøk i databasene Web of Science, PsychINFO og Google Scholar. Vi har brukt samme søkeord, noe tilpasset de ulike databasene vi har søkt i. Allianse omtales på mange ulike måter i faglitteraturen, og vi valgte ut de mest brukte. Disse var ”alliance”, ”therapeutic alliance”, ”therapeutic relationship” og ”working alliance”. For å finne artikler på unnvikende tilknytningsstil valgte vi søkeordet ”dismiss\* attachment”. Dette søket gav få treff hvorav flertallet av artiklene ikke var relevante for vår problemstilling. Vi gjorde derfor et bredere søk som favnet tilknytning generelt (”attachment”), og valgte ut artikler som omhandlet både allianse og unnvikende tilknytningsstil og som hadde relevans for problemstillingene som blir drøftet i oppgaven. I tillegg til de nevnte databasene har vi benyttet relevante fagbøker.

### **Tilknytningsteori**

Tilknytning dreier seg om båndet mellom et barn og dets nære omsorgspersoner, og tilknytningsteori omhandler utviklingen av og kvaliteten på nære relasjoner igjennom livsløpet. Begrepet ble introdusert av John Bowlby (1958), og har hatt stor innflytelse på forståelsen av utvikling og opprettholdelse av psykopatologi hos barn og voksne (Silverman, 2011). Tilknytningsteori blir i individuell psykoterapi brukt for å forstå klientens mellommenneskelige fungering, som blant annet inkluderer atferd i behandling, terapeutisk allianse og terapeutisk utfall (Daniel, 2006). Tilknytningsteori gir informasjon om klientens utviklingshistorie, psykopatologi, personlighet og interpersonlig fungering, og kan ikke forstås som en egen terapitilnærming (Obegi & Berant, 2009b).

Tilknytning kan beskrives som et spesifikt emosjonelt bånd til andre personer. Klienter kan ha ulik tilknytningsstil ovenfor ulike mennesker, og tilknytning kan dermed ikke forstås som et konstrukt som kan generaliseres til alle relasjoner (Ivan, 2009). Tilknytningsbåndet blir vanligvis formet i 6-7 måneders alder, samtidig med fremmedfrykten. Hos barn er tilknytningen karakterisert ved et behov for å opprettholde nærhet til personen de er knyttet til, stress under atskillelse samt glede ved gjenforening. Tilknytningssystemet aktiveres lettere i situasjoner når behovet for tilknytningspersonen blir ekstra stort, som når barnet er truet av sykdom eller fare (Bowlby, 1969). Ainsworth beskrev barnets omsorgsperson som en "sikker base" som gir barnet trygghet til å utforske ukjente situasjoner og skape egne erfaringer i miljøet (Ainsworth et al., 1978). Når barnets omsorgsperson er tilgjengelig for støtte og trygghet, vil barnet føle at det fritt kan utforske i omgivelsene, og søke trygghet hos omsorgspersonen ved behov.

### **Tilknytningssystemet**

Den første og mest innflytelsesrike tilknytningsteorien ble skrevet av Bowlby (1969, 1973, 1980) i verkene "*Attachment and loss*". Her vektlegger Bowlby at tilknytning er et biologisk basert og evolusjonært behov, utviklet for å sikre barnets overlevelse og reproduksjon (Bowlby, 1969). Bowlby hevder at tilknytningssystemet består av tre typer medfødte instinkter: 1) Søke, monitorere og forsøke å opprettholde nærhet til omsorgsgiver, 2) bruke omsorgsgiver som en sikker base for utforskning, 3) flykte til omsorgsperson for trygghet i situasjoner som er preget av stress eller fare (Bowlby, 1969). Tilknytningssystemet har som formål å opprettholde fysisk nærhet til omsorgsgiver. Dette skjer ved at tilknytningssystemet aktiveres når omsorgspersonen ikke er tilstede, og deaktiveres når omsorgspersonen er tilstede. I tillegg er formålet å



gi barnet anledning til å utforske omgivelsene når omsorgspersonen er innen rekkevidde og systemet er deaktivert.

### **Klassifisering av tilknytningsstiler hos barn**

Ainsworth og Bell (1970) var de første som empirisk testet Bowlbys tilknytningsteori i det velkjente eksperimentet ”fremmedsituasjonen”. I denne studien observerte de atferdsmønstrene hos barn i 1-årsalderen i en fremmedsituasjon med ulike betingelser. Hensikten var å aktivere barnas tilknytningssystem og observere barnets bruk av mor som sikker base for utforskning. Ainsworth fant i denne studien støtte for Bowlbys tilknytningsteori; barnet bruker mor som sikker base for utforskning, forsøker å opprettholde nærhet til henne i nye/utrygge situasjoner, og søker til mor og hemmer utforskningsatferd når det opplever fare. I den samme studien, utført på et senere tidspunkt, ble tre ulike tilknytningsstiler klassifisert hos barna ved gjenforening med mor. Disse var trygg, ambivalent og unnvikende (Ainsworth et al., 1978). Det ble senere tillagt en ytterligere kategori, disorganisert tilknytning (Main & Salomon, 1986). Barn klassifisert som trygge utforsker fritt med mor tilstede, blir stresset når mor er fraværende, blir raskt trøstet av henne ved tilbakekomst, og vender raskt tilbake til utforskning etter å ha blitt trøstet. Barn med et ambivalent tilknytningsmønster kjennetegnes ved at de er mer opptatt av mor enn å utforske i omgivelsene. De blir svært stresset ved mors fravær, og viser stor lettelse, men blir ikke beroliget ved gjenforening (Ainsworth et al., 1978, s. 59-63).

Disorganisert tilknytning er karakterisert av påfallende atferd og uvanlige skifter mellom engstelse og unnvikelse. Barn med et unnvikende tilknytningsmønster utforsker i omgivelsene uten å henvende seg til mor. Deres atferd er karakterisert av aktiv unngåelse og ignorering av mor ved gjenforening, selv om hun søker barnets oppmerksomhet. Barnet ønsker ikke å bli holdt, distraherer mors oppmerksomhet ved

å peke på objekt, og er mer vennlig mot den fremmede enn med mor. De blir tilsynelatende ikke påvirket når mor går eller kommer tilbake, men fysiologiske mål tilsier at barna opplever indre stress (Sroufe, Waters, & Matas, 1974).

### **Primære og sekundære tilknytningsstrategier**

Et barn som opplever omsorgspersonen som responsiv og sensitiv ovenfor sine behov vil sannsynligvis utvikle trygg tilknytning. Atferden relatert til en trygg tilknytning kalles en *primær* tilknytningsstrategi (Main, 1990). Denne strategien innebærer å søke til omsorgsperson for trygghet i truende situasjoner, samt å utforske fritt når trygghet er oppnådd. Enkelte barn opplever at den primære tilknytningsstrategien ikke er virkningsfull for å oppnå nærhet og trygghet overfor omsorgsgiver. Disse barna vil som følge av negative erfaringer utvikle alternative *sekundære tilknytningsstrategier*, som innebærer enten deaktivering eller hyperaktivering av tilknytningssystemet. På denne måten tilpasser og optimaliserer barnet sin atferd til omsorgsgivers responser. Sekundære tilknytningsstrategier kan dermed anses som en beskyttelsesmekanisme eller mestringsstrategi. De ulike strategiene oppstår i relasjoner der omsorgspersonen ikke møter barnets behov for nærhet, omsorg eller uttrykk for sårbarhet. Hyperaktiverende strategier innebærer en intensivering av tilknytningsbehov for å fange omsorgsgivers oppmerksomhet, kjærlighet og støtte, med det primære mål å gjøre den utilgjengelige omsorgsperson tilgjengelig for å gi barnet den ønskede støtte og trygghet (Obegi & Berant, 2009a). Deaktiverende strategier innebærer å holde tilknytningssystemet avslått og nedregulert for å unngå frustrasjoner og stress som følge av interaksjoner med kalde eller straffende tilknytningspersoner (Main & Salomon, 1990). Barnet har erfart at uttrykk for stress eller sårbarhet etter vonde interaksjoner med avvisende omsorgspersoner, fører til at de blir avvist eller straffet (Cassidy, 1994). Barnet lærer

dermed at tilknytningssystemet må deaktiveres og behov for nærhet undertrykkes for å utvikle en bedre relasjon til omsorgsgiver. Videre vil barnet forsøke å mestre vanskelige situasjoner på egen hånd. Deaktiveringen medfører at barnet forneker egne tilknytningsbehov og unngår nærhet og avhengighet i relasjoner. Det kan i tillegg resultere i at de distanserer seg fra trusler som aktiverer tilknytningsrelaterte behov, tanker og følelser. Selv om dette er adaptive reaksjoner i relasjon til omsorgsgiver, vil reaksjonene på sikt være maladaptive i andre relasjoner (Cassidy, 1994).

### **Indre arbeidsmodeller**

På bakgrunn av erfaringene et barn har med sine tilknytningspersoner, vil det utvikle relasjonelle skjema kalt ”indre arbeidsmodeller” (Bowlby, 1973).

Arbeidsmodeller er internaliserte representasjoner av lærte forventinger om hvordan andre vil reagere på ens behov for trøst og hjelp. De formes i relasjoner til andre i barndommen og kan betraktes som et kognitivt skjema som påvirker hvordan man oppfatter seg selv, sin egen verdi, og andre mennesker. Indre arbeidsmodeller kan være bevisste og ubevisste, og påvirker hvordan relasjoner til andre utformes i voksen alder. Bowlby (1973) mente at individuelle ulikheter i personlighet og fungering stammer fra forskjeller i indre arbeidsmodeller, som kan utvikles til trygge eller utrygge modeller. Tilgjengeligheten av omsorgsgiver, og omsorgsgivers responsivitet/sensitivitet overfor barnets uttrykte behov er viktige faktorer som avgjør om arbeidsmodellene blir trygge eller utrygge. Bowlby (1973) mente at et barn som har vokst opp med uforutsigbare omsorgsgivere med tanke på tilgjengelighet og responsivitet, i større grad vil respondere med frykt og alarmreaksjon i møte med stressende situasjoner senere i livet. Dette er et eksempel på en utrygg indre arbeidsmodell med negative forventninger om at ens behov vil bli møtt med

skremmende responser fra den andre. Trygge indre arbeidsmodeller medfører positive forventninger om at andre vil være hjelpsomme og sympatiske i møte med ens behov for hjelp og trøst.

Bowlby (1988) mente at indre arbeidsmodeller kan endres i relasjonen til en terapeut. Dette kan skje ved at terapeuten tilbyr klienten en *korrigerende emosjonell erfaring*, hvor terapeuten velger å handle på hensiktsmessige måter som vil avkrefte klientens dysfunksjonelle væremåte. Gjennom flere korrigerende emosjonelle erfaringer kan klienten på sikt utvikle nye indre arbeidsmodeller (Levenson & Strupp, 2007).

### **Tilknytningsstil hos voksne**

Som en videreføring av Bowlby's teoretisering om indre arbeidsmodeller, ble det utviklet et semistrukturert intervju, Adult Attachment Interview (AAI), for å kartlegge voksnes barndomserfaringer med omsorgspersoner (George et al., 1996). Intervjuet var i utgangpunktet konstruert for å predikere atferden til deres barn i fremmedsituasjonen (Daniel, 2006). Basert på svarene om tidlige tilknytningserfaringer hos mødre, ble det dannet et klassifiseringssystem (Main, Goldwyn & Hesse, 2002, sitert i Daniel, 2006) med fire kategorier tilsvarende tilknytningsstilene klassifisert av Ainsworth i fremmedsituasjonen: trygg, avvisende-unnvikende, overopptatt og uløst (Hesse, 1999).

Tilknytningsstil hos voksne kan kartlegges både ved bruk av klinisk intervju (George et al., 1996) og selvrapporteringsskjema (Bartholomew & Horowitz, 1991; Brennan, Clark, & Shaver, 1998; Collins & Read, 1990; Griffin & Bartholomew, 1994; Hazan & Shaver, 1987; Simpson, 1990; Simpson, Rholes, & Nelligan, 1992). Metodene klassifiserer tilknytning hos voksne ulikt, hvorav enkelte måler tilknytningsstil (Collins & Read, 1990; Hazan & Shaver, 1987), andre måler

tilknytning på to dimensjoner; angst og unngåelse (Brennan et al., 1998; Simpson, 1990; Simpson et al., 1992), mens noen måler både tilknytningsstil og dimensjoner (Bartholomew & Horowitz, 1991; Griffin & Bartholomew, 1994). Bartholomew og Horowitz (1991) sin fire-kategori modell er basert på to faktorer: modell av selvet og modell av verden. Begge modellene kan være enten positive eller negative, og gir fire ulike kombinasjoner av tilknytningsstiler. Bartholomew og Horowitz (1991, s. 244) beskriver tilknytningstilene *trygg*, *engstelig-unnvikende*, *overopptatt* og *avvisende-unnvikende tilknytningsstil* basert på beskrivelser i selvrapporteringsskjemaer. En *trygg* tilknytningsstil er karakterisert ved opplevd trygghet i nære relasjoner. En person med trygg tilknytning er komfortabel med emosjonell nærhet og avhengighet av andre, i tillegg til å la andre være avhengig av seg. En *overopptatt* tilknytningsstil er karakterisert av et ønske om å være emosjonelt nær en annen, men med frykt for at den andre ikke ønsker den samme nærheten. Disse klientene er ukomfortable uten nære relasjoner, og bekymrer seg for at andre ikke setter pris på dem. En *engstelig-unnvikende* tilknytningsstil er karakterisert av utilpasshet når de kommer for nær en annen. Denne klientgruppen har et ønske om nære relasjoner, men finner det vanskelig å stole på andre og være avhengig av dem. De frykter å bli såret dersom de lar noen komme innpå seg. En *avvisende-unnvikende* tilknytningsstil karakteriseres ved å være komfortabel uten nære relasjoner. De ønsker å være uavhengig av andre og har ikke et ønske om at andre skal være avhengig av dem. Som følge av dette holder de å holde en emosjonell avstand til andre.

### **Utvikling av unnvikende tilknytning hos voksne**

Klienter med unnvikende tilknytningsstil kan ha blitt utsatt for truende atferd av sin omsorgsperson. En slik atferd kan ha vært aggressivitet, stirrende blikk, begrenset bruk av emosjonelle uttrykk, samt avvisning av fysisk kontakt med barnet

(Main & Stadtman, 1981; Main & Wetson, 1982). Dette indikerer at omsorgspersonen kan ha representert både barnets trussel og base på samme tid. Barn utsatt for denne typen atferd løser en slik konflikt ved å rette oppmerksomheten bort fra omsorgspersonen. Vedvarende avvisning og nedvurdering av tilknytningsrelaterte behov fra omsorgsperson fører på sikt til deaktivering av tilknytningssystemet. Unnvikende tilknytningsstil hos barn har sammenheng med sinne, lite bruk av emosjoner, samt avvisning av fysisk kontakt fra omsorgspersonen (Main & Wetson, 1982). Disse barna viser ingen tegn til stress, frykt, eller sinne, noe som klart skiller dem fra andre barns atferd i fremmedsituasjonen (Ainsworth & Bell, 1970).

Klienter med slike erfaringer, og som utvikler en unnvikende tilknytningsstil, vil oppleve vansker med å føle og vise omsorg for andre i voksen alder (Connors, 1997). Slade (2004) hevder at de ubevisst unngår følelser, minner eller ønsker som potensielt kan svekke inntrykket av omsorgspersonen. Denne klientgruppen har liten tilgang til minner av vonde barndomsopplevelser, og de idealiserer ofte sin barndom og sine foreldre til tross for at de rapporterer vanskelige omsorgsforhold (George et al., 1996). De minimerer betydningen av relasjoner, prioriterer jobb og er suksessfulle i arbeidslivet. De ser seg selv som uavhengige av andre og kan som en konsekvens av dette nedvurdere andre (Silverman, 2011). Klienter med unnvikende tilknytningsstil kan uttrykke følelser av sinne og fiendtlighet, en strategi som holder andre mennesker på avstand (Wallin, 2007).

### **Den terapeutiske alliansen**

En studie av Lambert og Barley (2001) undersøkte hvilke faktorer i psykoterapi som påvirket behandlingsutfall. På tvers av ulike behandlingsmetoder fant de at fellesfaktorer forklarte 30% av variansen i behandlingsutfall. Fellesfaktorer omfatter blant annet faktorer som empati, varme og terapeutisk allianse. Flere studier

har dokumentert at fellesfaktorer forklarer mer av utfall i terapi enn mer spesialiserte behandlingsmetoder, og fellesfaktorers betydning er anerkjent innenfor ulike teoretiske retninger (Lambert & Barley, 2001).

Den terapeutiske allianse er en av fellesfaktorene som har blitt mest studert, og en metaanalyse viser at terapeutisk suksess i stor grad kan tilskrives kvaliteten av den terapeutiske alliansen (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011). Den terapeutiske alliansen kan defineres som en interaktiv og samarbeidende prosess mellom terapeut og klient der bidrag fra begge parter ansees som nødvendig for å etablere en allianse (Horvath & Greenberg, 1994).

Alliansebegrepet har sin opprinnelse i den psykoanalytiske tradisjonen, og Sterba var den første som introduserte begrepet i 1934 (Safran & Muran, 2000). Han brukte alliansebegrepet som betegnelse for det *rasjonelle* forholdet som oppstår mellom terapeut og klient og la vekt på at klienten kunne identifisere seg positivt med terapeuten, og lære å observere seg selv gjennom terapeutenes tolkninger.

Zetzel (Zetzel & Meissner, 1973) utvidet alliansebegrepet med større vekt på terapeutenes bidrag. Hun mente at terapeuten måtte innta en mer aktiv holdning i terapien, særlig i de tilfeller der klienter har mangelfulle tilknytningsevner. Zetzel anerkjente betydningen av å utvikle et stabilt og tillitsfullt forhold til terapeuten, som hun knyttet opp mot klientens tilknytningshistorie. Greenson (1967) integrerte de tidligere synspunktene på allianse, og mente at alliansen består av overføring og *det sanne forhold* mellom terapeut og klient, en gjensidig kontakt mellom to personer kjennetegnet ved autenticitet, tillit og respekt.

Bordin (1979) utviklet en forståelse av allianse på tvers av ulike psykoterapiretninger. Arbeidsalliansen ble definert som å inneholde tre komponenter: enighet om terapiens målsetting, arbeidsoppgaver, og utviklingen av et emosjonelt

bånd mellom terapeut og klient. Enighet om de ulike komponentene styrker det terapeutiske forholdet, og styrken på alliansen fører til endring i terapi. Ulike teoretiske ståsted kan vektlegge komponentene på ulike måter. Ulikt tidligere definisjoner la Bordin (1994) vekt på forhandling og samarbeid i utviklingen av en terapeutisk allianse.

Komponenten *enighet om terapiens målsetting* oppnås gjennom ansvarliggjøring av klienten for å oppnå endring (Bordin, 1979). Når en gjensidig forståelse er oppnådd, vil målet med behandlingen bli å utforske og modifisere klientens tanker og atferd (Bordin, 1979). Videre kan ulike behandlingstradisjoner ha ulike mål. Mens en psykodynamisk forståelse innebærer endring av flere sider ved klienten, vil en atferdsanalytisk tilnærming vektlegge endring av spesifikke sider ved klienten som et mål. Enighet om terapiens målsetting er avgjørende for utvikling av alliansen, særlig fordi målkomponenten utvikles i begynnelsen av allianseutviklingen. Denne komponenten kan være utfordrende for klienter med manglende selvinnsikt, da de kan ha vansker med å forstå eget bidrag til sine problemer.

Den andre komponenten *enighet om terapiens oppgaver* innebærer en åpenlys eller skjult aktivitet som klienten skal engasjere seg i. I terapien vil terapeuten være den som velger ut oppgavene, men klienten må forstå oppgavenes relevans for at endring kan skje. Slik kan klienten motiveres til å være en aktiv deltaker i egen endringsprosess. Klientens oppgaver i terapien kan blant annet innebære selvrefleksjon, selvavsløring og utforskning av affekter. Denne komponenten henger tett sammen med komponenten *enighet om terapiens målsetting*, da terapiens målsetting legger føringer for hvilke oppgaver som vil bli sentrale i terapien.

Den siste komponenten, *utvikling av et emosjonelt bånd* mellom terapeut og klient, forutsetter at det bygges opp gjensidig tillit, aksept og evne til å være fortrolig.



Båndet uttrykkes ved at pasient og terapeut liker og stoler på hverandre. Ved å utvikle en felles forståelse for mål og oppgaver kan det gi en følelse av forpliktelse i det man jobber med, som videre styrker det emosjonelle båndet. Motivasjon og deltakelse er derfor sentralt i denne komponenten. Det emosjonelle båndet har vært gjenstand for diskusjon når det gjelder prosesser som påvirker, for eksempel overføring (Bordin, 1994). Dette kan innebære en utrygghet overfor både nærhet og separasjon i en relasjon, noe som igjen vil påvirke det emosjonelle båndet. Alliansekomponentene påvirker hverandre gjensidig, og utvikling av et emosjonelt bånd anses som nødvendig for utvikling av de andre komponentene. Samtidig påvirker utvikling av mål og oppgaver kvaliteten på det emosjonelle båndet.

Med utgangspunkt i Bordins alliansebegrep utviklet Safran og Muran (2000) en definisjon på det som kan *forstyrre* eller lage *brudd* i alliansen. Alliansebrudd representerer en negativ endring eller forstyrrelse i samarbeidsprosessen, og kan utløses av terapeut eller klient. Safran og Muran (2000) anerkjenner også komponentenes gjensidige påvirkning, slik at uenigheter omkring en av komponentene kan påvirke de andre komponentene. Forstyrrelse i alliansen kan skje direkte eller indirekte. En direkte forstyrrelse på alliansen kan være at klienten stiller spørsmål ved relevansen av å utforske sine følelser. En indirekte måte å forstyrre alliansen på kan være at klienten ubevisst unngår å snakke om tema som er relatert til de terapeutiske oppgavene. I et slikt tilfelle kan mekanismer som motstand eller tilbaketrekning komme til uttrykk (Bordin, 1994).

## **Unnvikende tilknytning og terapi**

### **Terapeuten som tilknytningsperson**

I terapi kan terapeuten betraktes som en sikker base som klienten kan bruke for å utforske sine indre arbeidsmodeller (Bowlby, 1988). Forholdet mellom terapeut

og klient har mange likhetstrekk sammenlignet med forholdet mellom barn og omsorgsperson (Farber, Lippert, & Nevas, 1995), men sammenlignet med en omsorgsperson vil en terapeut være mindre emosjonelt involvert i klienten, som kan påvirke klientens villighet til å investere i relasjonen.

I tillegg til å betrakte terapeuten som en sikker base for klienten, beskrev Bowlby (1988) flere komponenter som viktige i forholdet mellom klient og terapeut. Disse komponentene innebærer å gi klienten tilstrekkelig støtte til å kunne utforske egne og andres følelser og atferd, samt å oppmuntre klienten til å vurdere sin egen rolle i relasjoner. Videre oppmuntres klienten til å vurdere hvordan egen atferd er påvirket av erfaringer med omsorgspersoner, som kan hjelpe klienten til å se sitt atferdsmønster som maladaptivt i nåværende relasjoner. Den sikre basen som klienten tilbys av terapeuten gir klienten mulighet til å utforske forskjeller mellom gamle og nye arbeidsmodeller, og bruke disse til å fremme innsikt og endring. Ideelt sett vil klienter, innenfor tryggheten av det terapeutiske forholdet, oppleve nye måter å relatere seg til andre på. Basert på dette kan klienter utfordre sine arbeidsmodeller utenfor terapirommet samtidig som de kan benytte terapeuten som støtte i denne prosessen (Farber et al., 1995).

Parish og Eagle (2003) har undersøkt hvilke tilknytningskomponenter som var aktive i forholdet mellom klient og terapeut. Søken etter nærhet hos terapeut, bruk av terapeut som sikker base for utforskning og som trygghet ved opplevd stress, å anse terapeuten som sterkere og klokere enn en selv, å anse terapeuten som tilgjengelig, samt å bruke mental representasjon av terapeut i hverdagen, var alle aktive komponenter i relasjonen mellom terapeut og klient.

Parish og Eagle (2003) studerte ulike tilknytningsstiler i sammenheng med bruk av tilknytningskomponenter i alliansen. Unnvikende klienter hadde en lavere

skåre på bruk av terapeuten som sikker base. Denne komponenten korrelerer positivt med allianse, og klienter vil vanligvis føle seg tryggere på terapeuten i takt med terapiens varighet. Klienter med unnvikende tilknytningsstil hadde kortere terapiforløp i motsetning til klienter med trygg tilknytningsstil. De hadde en mindre trygg tilknytning både til sin primære omsorgsperson og terapeuten sammenlignet med de andre tilknytningsstilene som ble undersøkt (Parish & Eagle, 2003).

Komponenten å anse terapeuten som klokere og sterkere enn en selv, blir som regel støttet opp av terapeutens utdannelse og rolle, og videre bekreftet ettersom klienten opplever at behandlingen er nyttig (Farber et al., 1995). Parish og Eagle (2003) fant en negativ, men ikke signifikant, korrelasjon mellom unnvikende klienter og denne tilknytningskomponenten. Dette er i tråd unnvikende klienters arbeidsmodeller, som innebærer en negativ modell av andre og en positiv modell av seg selv. I følge Farber et al. (1995) kan det være utfordrende for enkelte klienter å anse terapeuten som sterkere og klokere, som igjen kan resultere i forsvarsstrategier som fremmer devaluering av terapeuten eller terapien, og hindrer klientens deltakelse og engasjement.

### **Unnvikende tilknytning og terapeutisk allianse**

I følge Dozier (1990) er det mindre sannsynlig at klienter med unnvikende tilknytning oppsøker behandlingsapparatet enn klienter med andre tilknytningsstiler. De kan ha vansker med å be andre om hjelp og er mindre selvavslørende i en terapisisituasjon (Dozier, 1990; Saypol & Farber, 2010). Unnvikende klienter har en positiv modell av selvet, og en negativ modell av andre, som kan medføre at de ikke ønsker å være avhengig av andre for å motta hjelp eller behandling (Levy et al., 2012). I følge Main (1990) har de utviklet deaktiverende tilknytningsstrategier som følge av at omsorgspersonen har vært utilgjengelig i vanskelige situasjoner. Det å

oppsøke hjelp eller behandling i en stressende situasjon strider imot unnvikende klienters atferd da de har utviklet strategier som innebærer liten tro på at andre kan hjelpe dem (Dozier & Bates, 2004). Dersom klienter som benytter deaktiverende strategier oppsøker behandlingsapparatet, er det sannsynlig at de oppnår mindre enighet med terapeuten om alliansekomponentene sammenlignet med klienter med trygg tilknytning (Bachelor, Meunier, Laverdiere, & Gamache, 2010). Terapeuten kan oppleve å måtte forsvare terapiprosessen på grunn av at klienten ikke virker tilstrekkelig involvert i prosessen og mangler motivasjon (Levy et al., 2012). En studie utført av Gibbons et al. (2003) viser at motivasjon og forventning om bedring målt før behandling predikerte en god terapeutisk allianse tidlig i terapiforløpet. Lite motivasjon og engasjement vil nødvendigvis påvirke de første fasene i allianseutviklingen, og dårlig kvalitet på tidlig allianse predikerer frafall i terapi (Constantino, Castonguay, & Schut, 2002).

Klienter med unnvikende tilknytningsstil er kjennetegnet ved en negativ holdning til andre mennesker, samtidig som de har vanskeligheter med å føle hengivenhet ovenfor andre. De kan beskytte seg selv mot skuffelse ved å unngå nære relasjoner, og ved å opprettholde en følelse av uavhengighet og usårbarhet. En studie av sammenhengen mellom tilknytningsstil og interpersonlige problemer i et studentutvalg, fant at studenter med unnvikende tilknytningsstil rapporterte fiendtlighet og lite forståelse overfor andre, egenskaper som kan skape utfordringer i allianseutviklingen (Horowitz, Rosenberg & Bartholomew, 1993). Andre har funnet at klienter karakterisert ved en fraværende eller kald holdning til terapien hadde en negativ utvikling på tidlig allianse, men at alliansen ble forbedret underveis i terapiforløpet (Hersoug, Høglend, Havik, von der Lippe, & Monsen, 2009). En mulig tolkning er at klienter som var karakterisert ved interpersonlig distanse utviklet en

bedre terapeutisk allianse etter hvert som følge av en bedre relasjon til terapeuten. Samtidig viser forskning at unnvikende klienter kan ha behov for tilhørighet som ikke kommer til uttrykk. Carvallo og Gabriel (2006) fant at klienter med unnvikende tilknytning viste positive emosjoner etter bekreftelse fra andre, og Waldinger et al. (2003) fant at unnvikende klienter ytret ønske om nærhet like ofte som klienter med trygg og overopptatt tilknytningsstil.

I følge Muller (2009) vil unnvikende klienter presentere sin barndom som normal og problemfri til tross for at de har hatt vonde erfaringer med primære omsorgspersoner. I forlengelse av dette kan klienter med unnvikende tilknytning også ha vansker med å huske vanskelige hendelser fra barndommen, og erfaringene som huskes vil bli forsøkt normalisert (Obegi & Berant, 2009a). De presenterer et perfeksjonistisk bilde av seg selv i frykt for at andre vil oppleve deres sårbare sider og i verste fall avvise dem (Connors, 1997). I følge Wallin (2007) har unnvikende klienter ubevisste sider ved selvet som er mer sårbare, mindre integrerte og i større grad hjelpeløst. Unnvikende klienter bruker deaktiverende strategier for å forhindre at det sårbare selvet blir avslørt, som gir klienten økt kontroll og avstand. En konsekvens av dette er at klienter med unnvikende tilknytningsstil oppfattes mer overflatisk i sine rapporteringer, og at terapeuten kan oppfatte alliansen mer negativt.

### **Empiriske undersøkelser**

Forskningen på klienter med unnvikende tilknytningsstil viser at de har utfordringer i starten av allianseutviklingen når det gjelder villighet til å delta, behov for følelsesmessig avstand og håndtering av stress i vanskelige situasjoner (Daly & Mallinckrodt, 2009; Dozier, 1990; Dozier & Kobak, 1992; Dozier & Lee, 1995). Hietanen og Punamäki (2006) fant at klienter med unnvikende tilknytningsstil dannet svakere emosjonelle bånd til terapeuten sammenlignet med klienter med trygg

tilknytning. Imidlertid fant Satterfield og Lydodon (1998) ingen signifikant korrelasjon mellom unnvikende tilknytning og komponentene i den terapeutiske alliansen, og Sauer, Lopez, og Gormley (2003) dokumenterte ingen sammenheng mellom unngåelse og kvalitet på tidlig allianse. Parish og Eagle (2003) fant derimot at unnvikende tilknytningsstil var negativt korrelert med den terapeutiske alliansen, sammenlignet med klienter med trygg tilknytning. Til tross for at mye av forskningen viser ingen eller en negativ sammenheng mellom unnvikende tilknytning og den terapeutiske alliansen, har enkelte funnet at klienter med unnvikende tilknytning rapporterer positive utfall som følge av en god allianse underveis i terapiforløpet, og at terapeuter rapporterer mindre alliansebrudd med denne gruppen (Eames & Roth, 2000). Eames og Roth (2000) fant at klienter med unnvikende tilknytning rapporterte negative vurderinger av alliansekomponentene i starten av terapien, men disse ble mer positive underveis. Andre studier som peker på positive utfall er Fonagy et al. (1996) i sin undersøkelse av tilknytningsstil og behandlingsutfall i terapi. Hele 93% av den unnvikende klientgruppen viste forbedring i terapi målt ut fra GAF-verdier, sammenlignet med 41% i den overopptatte, og 33% i den sikre klientgruppen. Sibrava (2009) argumenterer for at terapeutens atferd er avgjørende for å etablere en positiv relasjon til klienten. De første fasene av allianseutviklingen vil derfor være knyttet til terapeutens evne til å skape et trygt terapimiljø.

### **Unnvikende tilknytning og reaksjoner på stress**

Dozier og Kobak (1992) målte fysiologisk aktivering i situasjoner som skulle aktivere tilknytningssystemet, blant annet i samtaler om erfaringer med separasjon eller avvisning fra nære omsorgspersoner. Klienter med deaktivierende strategier rapporterte ikke stress, men fysiologiske målinger viste en høy aktivering under disse samtalene (Dozier & Kobak, 1992). I en senere studie ble det funnet

uoverensstemmelse mellom deaktiverende klienters rapportering av symptomer og terapeutens vurdering av klientens symptomer, hvor terapeuten rapporterte at klienten fremstod med høyere symptomtrykk enn klienten gav uttrykk for (Dozier & Lee, 1995). Andre studier har funnet at somatisering er fremtredende hos klienter med unnvikende tilknytning sammenlignet med andre tilknytningsstiler (Waller et al., 2004). Imidlertid fant Kemp og Neimeyer (1999) at klienter med unnvikende tilknytning rapporterte et lavt nivå av unngåelse av stress i likhet med klienter med sikker tilknytning.

### **Terapeutisk avstand og unngåelse**

Et terapisamarbeid innebærer selvavsløring og utforskning av affekter og selvrefleksjoner; prosesser som kan oppleves vanskelige for klienter. Klienter med unnvikende tilknytningsstil kan bruke deaktiverende strategier som kan føre til økt avstand i møte med terapeuten. Eksempelvis innebærer det at klienten forsøker å unngå vanskelige tema og holde et distansert forhold til terapeuten, særlig i de begynnende fasene av allianseutviklingen. Unnvikende klienter rapporterte at de ble mer stresset og forvirret når de måtte snakke om emosjonelle tema i terapi (Dozier et al., 2001). Klienten kan ta i bruk indirekte metoder som å forsøke å endre tema i samtalen eller begrense sin deltakelse i samtaler om vanskelige tema.

Studier tyder på at unnvikende klienter har behov for å holde en viss avstand i relasjoner. En undersøkelse utforsket hvordan klienter med ulike tilknytningsstiler håndterte hvordan de skulle løse interpersonlige problem, og fant at klienter med deaktiverende strategier var mer avvisende og fiendtlig i problemløsningssituasjonen sammenlignet med klienter som brukte hyperaktiverende strategier (Dozier, et al., 2001). Klienter med deaktiverende strategier reagerte med sarkastiske kommentarer og korte svar som reaksjon på andres behov for støtte. Klientene rapporterte at de var

mer forvirret etter undersøkelsen, som kan reflektere at det ble vanskelig for klientene å forholde seg til denne interaksjonen. Problemløsning i en relasjonell situasjon skapte ubehag for klienter med deaktiverende strategier, og det kan tenkes at de benyttet tilegnede forsvarsstrategier som reaksjon på dette ubehaget.

Dersom terapeuten forsøker å engasjere klienten i emosjonelle tema for tidlig, kan det resultere i at klienten avslutter terapiforholdet. Daly og Mallinckrodt (2009) undersøkte hvilke erfaringer terapeuter gjorde seg i møte med klienter som benytter hyperaktiverende eller deaktiverende strategier. De fant at terapeuten i starten av allianseutviklingen tilpasset klientens behov for emosjonell avstand eller nærhet, og de respekterte den avstanden som klienter med deaktiverende strategier ønsket. På den måten kunne terapeuten gi klienten en følelse av økt kontroll gjennom å holde samtalen på et nivå som var passende for klientgruppen, og som førte til at klienten deltok i terapien.

### **Terapeuten i terapi med unnvikende klienter**

Terapeutens egen tilknytningsstil påvirker terapien (Bowlby, 1988; Dozier & Bates, 2004; Dozier, Cue, & Barnett, 1994; Mohr, Gelso, & Hill, 2005; Tyrrell, Dozier, Teague, & Fallot, 1999), i tillegg til at unnvikende klienter kan ha innvirkning på hvordan terapeuten velger å handle og respondere i terapi (Dozier et al., 2001; Dozier & Tyrrell, 1998; Hardy et al., 1999; Hardy, Stiles, Barkham, & Startup, 1998; Martin et al., 2007; Rubino, Barker, Roth, & Fearon, 2000; Slade, 2004).

I følge Bowlby (1988) er en viktig terapeutisk oppgave å utfordre klientens forventninger ved å innta et ståsted som står i kontrast til disse. Terapeutens egen tilknytningsstil medvirker til hvordan terapeuten responderer på klienten. Dozier et al. (1994) fant at terapeuter med trygg tilknytning klarte gav klienten en korrigerende emosjonell erfaring som representerte en motsetning til klientens etablerte



arbeidsmodeller. Dersom klienten opplever flere korrigerende emosjonelle erfaringer over tid, kan det resultere i endring av klientens arbeidsmodeller. I motsetning vil terapeuter med utrygg tilknytning ha større tilbøyelighet til å handle i tråd med klientens arbeidsmodeller, slik at arbeidsmodellene ikke blir utfordret. I verste fall kan dette føre til at klientens antagelser om seg selv og verden blir ytterligere forsterket. Dozier og Tyrell (1998) viser resultater som indikerer et overengasjement hos terapeuter med overopptatt tilknytningsstil, og mindre intense intervensjoner blant unnvikende terapeuter. Mohr et al. (2005) fant at terapeuter med unnvikende tilknytningsstil med større sannsynlighet hadde negativ atferd som fiendtlighet og avvisning sammenlignet med andre terapeuter.

Forskning viser at kombinasjonen av tilknytningsstil ved terapeut og klient har større betydning for utfall enn karakteristikker ved klient eller terapeut (Bernier & Dozier, 2002). Tyrell, et al. (1999) fant at unnvikende klienter, som benytter deaktivierende strategier, fungerer bedre med en terapeut som benytter mindre deaktivierende strategier. I motsetning til dette fant Mohr et al. (2005) at unnvikende terapeuter var fiendtlig, kritiske og avvisende ovenfor overopptatte klienter, og at overopptatte terapeuter hadde denne atferden ovenfor unnvikende klienter.

Videre kan klientens tilknytningsstil ha innvirkning på terapeutens motoverføringsreaksjoner. Slade (2004) beskriver sine reaksjoner i et terapiforløp med en klient med unnvikende tilknytningsstil. Hun beskriver at hun kunne føle seg avvist i relasjonen, og opplevde at hun distanserte seg fra vonde tema som tap og sorg, til å innta en mer ”kald” og rasjonell behandlingsform. En slik ”gjensidig unngåelse” beskrives også av Alexander og Anderson (1994) som en vanlig motoverføringsreaksjon i arbeid med unnvikende klienter. I likhet beskriver Muller (2009) at terapeuter kan bli fristet til å ”redde” klienten fra angsten som oppstår av å

prate om tilknytningsrelaterte tema. Dette har blitt bekreftet av Dozier et al. (2001), som fant at terapeuten hyppig endret tema i samtale med unnvikende klienter, som et forsøk på å lette klientens ubehag. Martin et al. (2007) undersøkte hvilke reaksjoner som ble vekket hos terapeuten når de ble presentert for transkriberte AAI-intervjuer. De fant at klienter med unnvikende tilknytningsstil vekket de mest fiendtlige og minst vennlige responsene sammenlignet med klientene med trygg tilknytningsstil, som vekket de mest vennlige og minst fiendtlige responsene.

I tillegg til at unnvikende klienter vekker ulike motoverføringsreaksjoner har man sett på sammenhengen mellom unnvikende tilknytningsstil og respons fra terapeuten. Binder og Strupp (1997) hevder at det er nødvendig å kunne håndtere fiendtlighet og negativitet i møte med unnvikende klienter i terapi. For disse klientene kan utfallet av behandlingen avhenge av en slik fleksibilitet hos terapeuten. Hardy et al. (1999) fant at terapeuter i større grad responderer med tolkning heller enn refleksjoner ovenfor unnvikende klienter. Tolkninger innebærer å bringe ny ukjent informasjon, som medfører mer press på klienten, mens refleksjoner baserer seg på klientens egne uttalelser. I samsvar med dette, målte Rubino et al. (2000) graden av empati i intervensjoner med simulerte alliansebrudd. Terapeuter responderte med mer empati ovenfor overopptatte klienter, og med mindre empati overfor klienter med trygg og unnvikende tilknytning.

### **Behandlingsutfall**

Forskning tyder på at utviklingen av en god terapeutisk allianse er avgjørende for positive utfall i terapi (Horvath & Symonds, 1991). Ved sammenligning av de ulike tilknytningsstilene ser det ut til at klienter med unnvikende tilknytning er den gruppen som i størst grad har vanskeligheter med å engasjere seg i terapisisituasjonen (Dozier et al., 2001; Parish & Eagle, 2003), noe som påvirker etableringen av

terapeutisk allianse. Klientens tilknytningsstil virker å være en avgjørende faktor for behandlingsutfall gjennom dens innvirkning på allianseforholdet. Det er utført undersøkelser som ser på hvorvidt det er mulig å endre tilknytningsstil gjennom et terapiforløp. I følge Daniel (2006) er forskning på utfall av terapi og tilknytning mangelfull, og har hovedsakelig fokusert på å predikere utfall med utgangspunkt i klientens tilknytningsstil. Reduksjon i psykiske symptomer ved fullført terapiforløp er assosiert med selvrappotering av trygg tilknytning (Travis, Bliwise, Binder, & Horne-Moyer, 2001). Travis et al. (2001) utforsket om utrygg tilknytningsstil kan utvikles til trygg tilknytningsstil gjennom terapiforløpet, og hvordan ulike tilknytningsstiler hadde innvirkning på alliansebrudd. De fant en liten nedgang fra unnvikende til trygg tilknytning, som gir indikasjoner på at tilknytningsstil kan endres gjennom terapi. Janzen, Fitzpatrick, og Drapeau (2008) fant at unnvikende klienter ble signifikant mer trygg i sin tilknytning til terapeuten etter en prosess med relasjonsbygging. Faktorer som var av betydning var trygghet overfor terapeuten, utforskning og opplevelse av støtte. Muligens hadde gruppen med unnvikende tilknytning utviklet en god terapeutisk allianse til terapeuten gjennom relasjonsbygging. Etter en slik prosess kunne klienter med unnvikende tilknytningsstil utvikle en tryggere tilknytning til terapeuten.

### **Diskusjon**

Innenfor tilknytningsteori antas det at klienter med utrygg tilknytning bruker strategier som har vært adaptive overfor omsorgspersonen, men som er maladaptive i nåværende relasjoner. På bakgrunn av tilknytningserfaringer har klienter med unnvikende tilknytningsstil utviklet liten tillit til andre. Deres etablerte indre arbeidsmodeller innebærer utfordringer med å inngå i nære relasjoner, og dette kan ha innvirkning på utviklingen av terapeutisk allianse. Litteraturen peker på flere faktorer

ved unnvikende tilknytningsstil som kan ha negativ innvirkning på alliansen.

Klientens negative holdning ovenfor andre, unngåelse i relasjoner, vansker med å be om og vedkjenne seg et behov for hjelp, samt et uttrykk av usårbarhet og uavhengighet er alle slike faktorer (Connors, 1997; Dozier, 1990; Muller, 2009).

Klienter med unnvikende tilknytning er negativt assosiert med varighet på alliansen og alliansen i sin helhet (Parish & Eagle, 2003). Samtidig foreligger det motstridende forskningsresultat som gir grunn til å stille spørsmålsteget ved denne gruppens vanskeligheter med å etablere en terapeutisk allianse. Eames og Roth (2000) fant at unnvikende tilknytningsstil var positivt korrelert med allianse, samt at alliansen bedret seg over tid. Det kan virke som at unnvikende tilknytningsstil har innvirkning på terapeutisk allianse, men at sammenhengen er noe uklar. I det følgende vil vi diskutere hvilken innvirkning unnvikende tilknytningsstil har på den terapeutiske alliansen med utgangspunkt i Bordins (1979) allianseteori.

### **Mål**

Den første komponenten beskrevet av Bordin (1979) er felles enighet om terapiens målsetting. Det kan være ulike årsaker som ligger til grunn for at klienten oppsøker terapi. Bordin antar at enkelte klienter er overbevist om at deres problemer stammer fra andre enn dem selv. Målet for startfasen av terapien er derfor viet til å utforske hvordan klienten selv bidrar til å opprettholde sine problemer. I følge Connors (1997) vil unnvikende klienter presentere seg selv som perfekte og feilfrie, og de ønsker å fremstå som suksessfulle i andres øyne. De har en underliggende frykt for at andre mennesker vil legge merke til deres sårbare sider, og i verste fall avvise dem på grunn av disse. Denne antagelsen er begripelig og berettiget da de har hatt tidlige erfaringer med avvisende og følelsesmessig kalde omsorgspersoner (Main & Stadtman, 1981; Main & Wetson, 1982). Dersom de ønsker å presentere et feilfritt

bilde av seg selv, kan det tenkes at de attribuerer sine problemer til ytre faktorer. Dette kompliserer etablering av målkomponenten fordi klienten ikke erkjenner eget bidrag. En forutsetning for terapi er anerkjennelse av behov for hjelp, som kan være utfordrende for klienter med unnvikende tilknytningsstil. Det er vist at klientgruppen har høy intern kontroll-lokus, som indikerer at de kan ta ansvar for egne handlinger for å oppnå mål som er utviklet (Jellema, 2002). Studier har imidlertid funnet at unnvikende klienter er mindre selvavslørende, er mer avvisende og de husket mindre fra barndommen sammenlignet med andre klientgrupper i terapi (Dozier et al., 2001; George et al., 1996; Saypol & Farber, 2010). Mindre selvavsløring eller utelatelse av informasjon fra klienten hindrer hvor mye informasjon som blir tilgjengelig for å etablere målkomponenten.

Terapeut og klient kan ha ulike mål for behandlingen. Unnvikende klienter oppsøker ofte behandling på grunn av symptomer fremfor et ønske om selvutvikling (Dozier & Bates, 2004). Dette indikerer at et mål for klientgruppen er å oppnå symptomlette. For å oppnå symptomlette kan det utvikles smale, spesifikke mål for å tjene et bestemt formål. I en klinisk forståelse er dette i overenstemmelse med en kognitiv tilnærming til terapi. Bruk av kognitive strategier kan oppfattes mindre skremmende for denne klientgruppen fordi det fokuseres mer på tanker og opprettholdende faktorer fremfor følelser og klientens utviklingshistorie. Fra et tilknytningsteoretisk perspektiv antas det at individets tidlige erfaringer med omsorgspersoner kan påvirke senere relasjonell fungering. På bakgrunn av dette kan terapeuten ha målsettinger utover symptomreduksjon. Mål utviklet av terapeuten kan innebære økt evne til å prosessere affekter, samt at klienten kan diskutere vonde hendelser uten å benytte forsvarsstrategier (Connors, 1997). Videre kan mål ved behandlingen være å utfordre etablerte arbeidsmodeller og i mindre grad benytte

sekundære tilknytningsstrategier. Når terapeut og klient har ulike oppfatninger om hva terapien skal inneholde bør dette diskuteres for å oppnå felles enighet om målkomponenten. Målkomponenten bør være konkret og mindre emosjonelt ladet for å øke klientens trygghet, som videre styrker det emosjonelle båndet. Videre kan målkomponenten justeres underveis ettersom klienten utvikler mer trygghet i relasjonen.

### **Oppgaver**

Bordin (1979) beskriver både klientens og terapeutens oppgaver i terapi. Oppgavene varierer med terapitilnærming og er avhengig av at målkomponenten er etablert, da denne danner grunnlaget for hvilke oppgaver som skal utvikles. Oppgaver som innebærer emosjonell utforskning kan aktivere tilknytningssystemet og føre til at unnvikende klienter ønsker å flytte fokus vekk fra oppgavene. Dette kan gjøres ved å begrense sin deltakelse i samtale om vanskelige tema, eller ved å endre tema i samtalen. Flere funn viser at det er utfordringer knyttet til samarbeid med unnvikende klienter i terapi (Dozier et al., 2001). De kan være mindre engasjerte og motiverte for terapien, som kan føre til at de terapeutiske oppgavene blir forsømt eller aktivt unngått. For eksempel kan klientene bryte interaksjonen med terapeuten gjennom korte svar, eller hevde at de ikke husker tidligere minner (Connors, 1997). Fiendtlige trekk kan komme til uttrykk gjennom avvisning av terapeutens forslag til oppgaver, eller ved at klienten unngår å gjennomføre de terapeutiske oppgavene.

Klientens tilknytningsstil kan ha innvirkning på hvilke oppgaver terapeuten velger, og hvordan terapeuten responderer i terapi. I tråd med dette viste Dozier et al. (2001) at terapeuten endret tema i terapien for å redusere klientens ubehag. Dette kan indikere at terapeuten kan introdusere oppgaver som er mindre utfordrende å gjennomføre. Terapeuter bruker imidlertid oftere tolkning fremfor refleksjoner

overfor klienter med unnvikende tilknytningsstil (Hardy et al., 1999). Bruk av tolkning kan vekke ubehag hos klienten fordi det bringer klienten ny informasjon. Emosjonelt utfordrende oppgaver tidlig i terapiforløpet kan bidra til at klienten trekker seg tilbake. Det kan være nyttig å benytte refleksjoner fremfor tolkning i begynnelsen av terapien, da refleksjoner i større grad baserer seg på klientens egne utsagn. Dersom terapeuten gir konkrete og mindre emosjonelt utfordrende oppgaver kan det føre til økt trygghet hos klienten.

Terapeutens tilknytningsstil ser ut til å ha innvirkning på etablering av terapeutiske oppgaver. Dersom terapeuten har en trygg tilknytningsstil er det mer sannsynlig at terapeuten vil tåle klientens ubehag, og svare med å gi passende oppgaver (Dozier et al., 1994). Dersom terapeuten møter klientens fiendtlighet med vennlighet, kan dette bidra til å fremme enighet om oppgaver (Safran et al., 1990). Selvavsløring hos terapeuten er en viktig terapeutisk oppgave som kan hindre klientens tilbøyelighet til avvisning, og øke klientenes evne til å tolerere sårbarhet. Terapeuten kan, via selvavsløring, representere en kontrast til erfaringer klienten har med sine primære omsorgspersoner. Det utfordrer klientens etablerte arbeidsmodeller og kan medvirke til endring.

### **Det emosjonelle båndet**

Bordin (1979) beskriver den tredje målkomponenten, et emosjonelt bånd, som en prosess med utvikling av tillit og utforskning av følelser, samt deltakelse og engasjement fra terapeut og klient. Evnen til å etablere et emosjonelt bånd er en sentral komponent for utviklingen av en god terapeutisk allianse. Som tidligere nevnt var Bowlby (1988) den første som så på terapeuten som en form for ”sikker base” der klienten trygt kunne utforske seg selv og verden. Forskningen som er presentert bekrefter terapeutens rolle som sikker base (Farber et al., 1995; Parish & Eagle,

2003), og at kvaliteten på den terapeutiske alliansen har sammenheng med en god relasjon til terapeuten (Bachelor et al., 2010; Janzen et al., 2008; Parish & Eagle, 2003; Satterfield & Lydodon, 1998). Forskningen viser at unnvikende klienter har utfordringer knyttet til etablering av det emosjonelle båndet (Hietanen & Punamäki, 2006).

Sentralt ved det emosjonelle båndet er utvikling av tillit til terapeuten og utforskning av egne følelser. Klientens indre arbeidsmodeller kan komme til uttrykk i terapien gjennom negative forventninger om andres støtte og tilgjengelighet. Det kan oppstå utfordringer med å bygge opp tillit til terapeuten som følge av klientens erfaringer med utilgjengelige omsorgspersoner. De anser ikke terapeuten som en sikker base, en av de mest grunnleggende tilknytningskomponentene i terapi (Parish & Eagle, 2003). Særlig har denne gruppen blitt assosiert med å avskrive betydningen av relasjoner, og dette kan gjenspeile seg i møte med terapeuten. Det er imidlertid vist at klienter med unnvikende tilknytningsstil kan profitere på relasjonsbygging med sin terapeut over tid. I tillegg har enkelte studier vist at unnvikende klienter har behov for tilhørighet og bekreftelse fra andre, selv om dette ikke uttrykkes av dem selv. Klienter med unnvikende tilknytningsstil rapporterte en plutselig nedgang av allianse ved terapiens slutfase (Kanninen, Salo, & Punamaki, 2000). Det er usikkert om klientene rapporterer lavere kvalitet på relasjonen enn det som er reelt, eller om de legger mindre vekt på relasjoner generelt. Det kan tenkes at unnvikende klienter nedvurderte betydningen av terapeuten og alliansen for å beskytte seg selv fra følelsene knyttet til separasjon. Det kunne også være uttrykk for klientens underliggende vansker med å avslutte terapiprosessen. Dette indikerer at relasjonen til terapeuten hadde større betydning enn hva klienten gav uttrykk for. I tråd med dette viser funn at klienter med



unnvikende tilknytningsstil har samme ønske om nærhet som klienter med andre tilknytningsstiler (Waldinger et al., 2003).

Unnvikende klienter rapporterer økt stress når de må snakke om emosjonelle tema, og fysiologiske målinger har vist høyere aktivering enn hva de selv rapporterer (Dozier & Kobak, 1992; Dozier et al., 2001). Klientgruppen utgjorde den største andelen i en gruppe med somatiseringslidelser (Waller et al., 2004). Fysiologisk aktivering og somatisering i situasjoner som aktiverer tilknytningssystemet kan representere underliggende psykiske symptomer som ikke uttrykkes. Klientgruppen avskriver følelsenes betydning og er mindre selvavslørende i terapi (Saypol & Farber, 2010). Klienter med unnvikende tilknytningsstil kan ha negative erfaringer med å uttrykke sine følelser og er derfor mindre villige til å utforske følelser i terapien. Det kan resultere i en følelsesmessig avstand til terapeuten for å hindre mulig avvisning. Den markante distansen til nærhet og følelser er en særlig utfordring for etablering av det emosjonelle båndet, og motvirker utbytte av terapi fordi alliansen aldri blir tilstrekkelig etablert. Det kan forklare noe av årsaken til at klienter med unnvikende tilknytning rapporterer moderat bedring i terapi sammenlignet med andre tilknytningsstiler (Connors, 1997).

Tilknytningsstil kan predikere terapeutens evne til å være en sikker base for klienten. En terapeut som selv benytter unnvikende tilknytningsstrategier vil sannsynligvis holde en viss avstand til emosjonelle tema. Det kan i verste fall resultere i alliansebrudd som følge av at klientens arbeidsmodeller blir bekreftet. Ulikhet i tilknytningsstil hos klient og terapeut er den optimale kombinasjonen fordi terapeuten kan tilby klienten en korrigerende emosjonell erfaring, som legger videre grunnlag for å avkrefte klientens arbeidsmodeller. En terapeut med overopptatt tilknytning representerer en kontrast til unnvikende klienters arbeidsmodeller, men

kan oppfattes som følelsesmessig overinvolvert. En terapeut med trygg tilknytning er mer følelsesmessig tilgjengelig og fleksibel, og kan i større grad utfordre klientens arbeidsmodeller. Terapeutens tilknytningsstil er derfor et viktig element i den terapeutiske alliansen.

Etablering av det emosjonelle båndet innebærer også motivasjon og engasjement fra terapeut og klient. Unnvikende klienter er kjennetegnet ved å distansere seg fra terapeuten og vil i enkelte tilfeller forsøke å unngå terapisamarbeidet (Daly & Mallinckrodt, 2009; Dozier et al., 2001). Gjennom å holde terapeuten på avstand kan unnvikende klienter oppnå økt kontroll. Klientene er assosiert med uttrykk av fiendtlighet i terapisisuasjonen, og en negativ holdning til terapeuten. Nedvurdering av terapien kan resultere i mindre motivasjon og lav forventning om bedring hos klienten. Kombinert med reaksjoner som vekkes hos terapeuten kompliserer dette utviklingen av det emosjonelle båndet.

Mekanismer som motoverføring har innvirkning på den terapeutiske alliansen (Alexander & Anderson, 1994; Dozier et al., 2001; Martin et al., 2007; Slade, 2008) og terapeuten kan som følge av klientens fiendtlighet respondere med mindre vennlige reaksjoner, og miste sin motivasjon til å hjelpe. Blant annet viser studier at terapeuter er mindre empatiske overfor klienter med unnvikende tilknytningsstil sammenlignet med klienter med overopptatt tilknytningsstil (Rubino et al., 2000). Klientens frykt for avvisning kan dermed bli selvoppfyllende gjennom terapeutens responser, fordi klientens arbeidsmodeller blir bekreftet. Det er imidlertid funnet at klienter med negativ og distansert holdning til terapien forbedret alliansen underveis i terapiforløpet (Hersoug et al., 2009), og at klienter med unnvikende tilknytningsstil rapporterte størst forbedring i terapi målt ut fra globalt funksjonsnivå (Fonagy et al., 1996). Samtidig er det funnet at klienter med unnvikende tilknytningsstil utviklet en

mer trygg tilknytning etter fullført terapiforløp (Travis, 2001). Samtidig er det funnet en positiv korrelasjon mellom unnvikende tilknytningsstil og det emosjonelle båndet fra midten og ut terapiforløpet (Eames & Roth, 2000). Dette kan indikere at det emosjonelle båndet til terapeuten er av betydning for denne klientgruppen. Det kan tenkes at utfordringer knyttet til etablering av det emosjonelle båndet kommer sterkest til uttrykk i starten av allianseutviklingen på grunn av manglende tillit til terapeuten, og at det emosjonelle båndet kan utvikles i de senere fasene som følge av økt tillit og trygghet i relasjonen. For eksempel kan enighet om mål og oppgaver bidra til å utvikle tillit, og videre styrke det emosjonelle båndet.

Alliansebrudd kan oppstå som følge av problemer i utvikling av alliansen, eller en negativ endring i kvaliteten på alliansen. Uenighet om etablering av alliansekomponentene kan medføre alliansebrudd. Den terapeutiske alliansen er derfor avhengig av at terapeut og klient oppnår enighet om alliansekomponentene (Safran et al., 1990). Det kan tenkes at klienter med unnvikende tilknytningsstil er mer utsatt for alliansebrudd på bakgrunn av utfordringer med å etablere det emosjonelle båndet. I tilfeller hvor slike utfordringer oppstår, påvirker det hele allianseutviklingen. Det er imidlertid ikke funnet en sammenheng mellom unnvikende tilknytningsstil og alliansebrudd (Eames & Roth, 2000). Det kan tenkes å reflektere at terapeut og klient lykkes i å etablere alliansekomponentene underveis i terapiforløpet.

Positive funn knyttet til sammenhengen mellom unnvikende tilknytningsstil og allianse er blitt tolket som uttrykk for forsvarsstrategier, eller at unnvikende klienter har større forbedringspotensial sammenlignet med andre tilknytningsstiler (Eames & Roth, 2000; Fonagy et al., 1996). Dette kan gjenspeile reelle forhold ved klientgruppen, men det kan også skyldes faktiske endringer i klientenes symptomer. Klienter med unnvikende tilknytningsstil må forstås som en heterogen klientgruppe,

og enkelte kan derfor tenkes å nyttiggjøre seg terapi bedre enn andre.

### **Kliniske implikasjoner**

Tilknytningsstil har innvirkning på den terapeutiske alliansen og utfallet av terapi. Det innebærer at kartlegging av tilknytning kan anses som viktig i utredning av klienter i terapi. Informasjon om tilknytningsstil kan gi terapeuten økt forståelse for klienten og dens atferd. Videre kan dette påvirke terapeutens valg av intervensjon. Unnvikende klienters atferd kan forstås som en tilpasning til vedvarende avvisning i barndommen. Klientgruppen har størst utfordringer knyttet til etablering av det emosjonelle båndet, som kan hindre allianseutviklingen. Likevel vet vi at enkelte klienter utvikler et emosjonelt bånd, og får utbytte av terapien.

Et viktig terapeutisk mål for denne klientgruppen er å øke evnen til å utforske følelser uten å benytte forsvarsstrategier. Forskningen tyder på at klienter med unnvikende tilknytningsstil har større utfordringer med terapiprosessen sammenlignet med andre klienter fordi de aktivt unngår tilknytningsrelatert informasjon (Connors, 1997). Som tidligere nevnt vil denne gruppen presentere seg selv som sterke og usårbare. Ved å opprettholde et syn på seg selv som sterke og selvstendige, beskytter de seg selv fra å vise sårbarhet. Samtidig kan selvet være mindre integrert enn det klientene gir uttrykk for (Muller, 2009). På bakgrunn av klientens vonde tilknytningserfaringer, bør klinikere utforske uoverensstemmelsen mellom klientens presenterte selvbilde og sårbare sider ved selvet. Et mål ved terapien er dermed å utvikle en større aksept for de ulike sidene ved selvet.

I arbeid med klienter med unnvikende tilknytningsstil bør en fokusere på å etablere trygghet og stabilitet i alliansen, og videre utforske klientens etablerte arbeidsmodeller. Daly og Mallinckrodt (2009) vektlegger at terapeuten må identifisere hva som er nødvendig for å oppnå en korrigerende emosjonell erfaring, da

dette kan utfordre klientens arbeidsmodeller. Endring av arbeidsmodeller kan resultere i utvikling av en trygg tilknytning. Den beste måten å tilnærme seg unnvikende klienter på er å benytte kognitive strategier før man introduserer emosjonelle tema (Ivan, 2009). Hardy et al. (1998) fant at terapeuten brukte flere kognitive intervensjoner med klienter som hadde unnvikende interpersonlig stil. En kognitiv tilnærming i starten av terapi kan bidra til økt trygghet hos klienten fordi den fokuserer på tanker fremfor følelser. Intervensjoner som innebærer relasjonell og emosjonell utforskning bør introduseres når klienten har oppnådd trygghet i relasjonen.

I en undersøkelse utført av Daly og Mallinckrodt (2009) ble nærhet og avstand gradvis justert til et optimalt nivå for den enkelte klient. Med økt nærhet kan klienter med deaktiverende strategier kjenne på økt angst, men mindre avstand til terapeuten. Over tid kan angsten reduseres og erstattes med mindre ubehag. Vurdering av tilknytning kan påvirke hvordan terapeuten tilnærmer seg klienten, gjennom å justere den terapeutiske avstanden.

### **Begrensninger**

Litteraturen vi har brukt har noen begrensninger. De fleste studiene som er presentert har hatt små utvalg. Det er brukt ulike diagnosegrupper i studiene, og unnvikende tilknytningsstil har vært felles for disse. Unnvikende tilknytning er blitt målt med ulike målemetoder, og enkelte studier har benyttet personlighetsmål som uttrykk for unnvikelse fremfor mål på tilknytning.

Dimensjonen unnvikende tilknytning inkluderer både klienter med engstelig-unnvikende og avvisende-unnvikende tilknytningsstil. Flere studier har målt hele dimensjonen av unnvikende tilknytningsstil og dette er omtalt som avvisende-

unnvikende tilknytningsstil. Det gjør at vi kan stille spørsmålstegn ved validiteten og reliabiliteten til resultatene av disse studiene.

Det foreligger lite forskning på forholdet mellom unnvikende tilknytning og den terapeutiske alliansen. Få har sett på sammenhengen mellom tilknytningsstil og delkomponentene innad i alliansen, stort sett er alliansen blitt målt som et helhetlig fenomen. Vi har derfor knyttet relevant litteratur opp mot alliansekomponentene.

Bordins (1979) allianseteori er blitt kritisert for å være bred og lite spesifikk (Safran & Muran, 2006). På bakgrunn av at alliansen er blitt tillagt stor betydning har flere har stilt spørsmålstegn ved hvor mye alliansen faktisk betyr for behandlingsutfall (Crits-Christoph, Gibbons, & Hearon, 2006; Safran & Muran, 2006).

### **Konklusjon**

Vi har undersøkt sammenhengen mellom unnvikende tilknytningsstil og terapeutisk allianse med utgangspunkt i alliansekomponentene mål, oppgaver og emosjonelt bånd. Resultatene viser ingen entydig sammenheng. Tilknytningsteori har betydning for utviklingen av og kvaliteten på den terapeutiske alliansen. Klienter med unnvikende tilknytningsstil har flere utfordringer knyttet til etablering av komponenten emosjonelt bånd. Det kan skyldes at klienten har erfaringer med avvisende og truende omsorgspersoner som kommer til uttrykk i møte med terapeuten. Det kan være lettere å etablere komponentene mål og oppgaver fordi de krever mindre emosjonell involvering. Samtidig er alliansen avhengig av at alle komponentene etableres. Studier indikerer at unnvikende klienter kan dra nytte av terapien dersom det emosjonelle båndet er etablert. Justering av emosjonell nærhet og avstand er en viktig forutsetning for å sikre muligheten for positive utfall i terapi.

Bidrag fra både terapeut og klient kan ha innvirkning på hvordan komponentene i alliansen etableres, og kombinasjonen av tilknytningsstil er av

betydning. Terapeuter med en tilknytningsstil som står i motsetning til den unnvikende er den mest optimale kombinasjonen. Kjennskap til klientens tilknytningsstil kan gi indikasjoner på hvordan klienten vil respondere i terapi. Terapeuten bør kjenne til betydningen av egen tilknytningsstil og negative motoverføringer som kan oppstå som respons på klientens tilknytningsstil. Måling av tilknytning bør integreres som en del av kartleggingen. Det kan gi et bedre utgangspunkt for allianseutvikling fordi terapeuten kan tilpasse terapien til klientens egenskaper.

**Referanser:**

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*(1), 1-33.
- Ainsworth, M. D., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation - illustrated by behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development, 41*(1), 49-67. doi:10.1111/j.1467-8624.1970.tb00975.x
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Alexander, P. C., & Anderson, C. L. (1994). An attachment approach to psychotherapy with the incest survivor. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 31*(4), 665-675.
- Bachelor, A., Meunier, G., Laverdiere, O., & Gamache, D. (2010). Client attachment to therapist: Relation to client personality and symptomatology, and their contributions to the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*(4), 454-468. doi:http://dx.doi.org/10.1037/a0022079
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal relationships, 7*(2), 147-178.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*(2), 226-244.
- Bernecker, S. L., Levy, K. N., & Ellison, W. D. (2014). A meta-analysis of the relation between patient adult attachment style and the working alliance. *Psychotherapy Research, 24*(1), 12-24.



- Bernier, A., & Dozier, M. (2002). The client-counselor match and the corrective emotional experience: Evidence from interpersonal and attachment research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(1), 32-43.
- Binder, J. L., & Strupp, H. H. (1997). "Negative process": A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(2), 121-139.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance. Theory, research, and practice* (pp. 13-37). New York: John Wiley & Sons.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39(5), 350-373.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* (Second ed.). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. England: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes

- (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 89-111). New York, NY, US: Guilford Press.
- Carvalho, M., & Gabriel, S. (2006). No man is an island: The need to belong and dismissing avoidant attachment style. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *32*(5), 697-709. doi:10.1177/0146167205285451
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *59*(2-3), 228-249.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*(4), 644-663.
- Connors, M. E. (1997). The renunciation of love: Dismissive attachment and its treatment. *Psychoanalytic Psychology*, *14*(4), 475-493. doi:10.1037//0736-9735.14.4.475
- Constantino, M., Castonguay, L., & Schut, A. (2002). The working alliance: A flagship for the “scientist-practitioner” model in psychotherapy. In G. S. Tryon (Ed.), *Counseling based on process research: Applying what we know* (pp. 81-131). Boston: Allyn & Bacon.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., & Hearon, B. (2006). Does the alliance cause good outcome? Recommendations for future research on the alliance. *Psychotherapy*, *43*(3), 280-285. doi:10.1037/0033-3204.43.3.280
- Daly, K. D., & Mallinckrodt, B. (2009). Experienced Therapists' Approach to Psychotherapy for Adults With Attachment Avoidance or Attachment Anxiety. *Journal of Counseling Psychology*, *56*(4), 549-563. doi:10.1037/a0016695

- Daniel, S. I. F. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Clinical Psychology Review, 26*(8), 968-984.  
doi:10.1016/j.cpr.2006.02.001
- Dozier, M. (1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology, 2*(1), 47-60.
- Dozier, M., & Bates, B. C. (2004). Attachment state of mind and the treatment relationship. In L. Atkinson & S. Goldberg (Eds.), *Attachment issues in psychopathology and intervention* (pp. 167-180). New Jersey: Lawrence Erlbaum associates.
- Dozier, M., Cue, K. L., & Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers: Role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(4), 793-800.
- Dozier, M., & Kobak, R. R. (1992). Psychophysiology in attachment interviews: Converging evidence for deactivating strategies. *Child development, 63*(6), 1473-1480.
- Dozier, M., & Lee, S. W. (1995). Discrepancies between self-and other-report of psychiatric symptomatology: Effects of dismissing attachment strategies. *Development and Psychopathology, 7*(1), 217-226.
- Dozier, M., Lomax, L., Tyrell, C. L., & Lee, S. W. (2001). The challenge of treatment for clients with dismissing states of mind. *Attachment & Human Development, 3*(1), 62-76. doi:http://dx.doi.org/10.1080/14616730010000858
- Dozier, M., & Tyrell, C. (1998). The role of attachment in therapeutic relationships. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 221-248). New York: Guilford Press.

- Eames, V., & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance - A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research, 10*(4), 421-434. doi:10.1093/ptr/10.4.421
- Farber, B. A., Lippert, R. A., & Nevas, D. B. (1995). The therapist as attachment figure. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 32*(2), 204-212.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., . . . Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(1), 22-31. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.1.22
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *Adult Attachment Interview*. Unpublished protocol, Department of Psychology, University of California. Berkeley.
- Gibbons, M. B. C., Crits-Christoph, P., de la Cruz, C., Barber, J. P., Siqueland, L., & Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research, 13*(1), 59-76. doi:10.1093/ptr/kpg007
- Greenson, R. R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Griffin, D., & Bartholomew, K. (1994). Models of self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*(3), 430-445.
- Hardy, G. E., Aldridge, J., Davidson, C., Rowe, C., Reilly, S., & Shapiro, D. A. (1999). Therapist responsiveness to client attachment styles and issues observed in client-identified significant events in psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Psychotherapy Research, 9*(1), 36-53.

- Hardy, G. E., Stiles, W. B., Barkham, M., & Startup, M. (1998). Therapist responsiveness to client interpersonal styles during time-limited treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(2), 304-312. doi:10.1037/0022-006X.66.2.304
- Harris, T. (2004). Implications of attachment theory for working in psychoanalytic psychotherapy. *International Forum of Psychoanalysis, 13*(3), 147-156.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(3), 511-524.
- Hersoug, A. G., Hoglend, P., Havik, O. E., von der Lippe, A., & Monsen, J. T. (2009). Pretreatment patient characteristics related to the level and development of working alliance in long-term psychotherapy. *Psychotherapy Research, 19*(2), 172-180. doi:10.1080/10503300802657374
- Hesse, E. (1999). The adult attachment interview. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 395-433). New York, NY: The Guilford Press.
- Hietanen, O. M., & Punamäki, R. L. (2006). Attachment and early working alliance in adult psychiatric inpatients. *Journal of mental health, 15*(4), 423-435.
- Horvath, A. O., Del Re, A., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 9-16.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1994). *The Working alliance: theory, research and practice*. New York: Wiley.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology, 61*(4), 561-573.

- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of counseling psychology, 38*(2), 139-149.
- Ivan, M. (2009). *Attachment and therapeutic alliance: A systematic review of theoretical and empirical literature* (Doktoravhandling). Hentet fra ProQuest Dissertations and Theses database. (AAT 3358663).
- Janzen, J., Fitzpatrick, M., & Drapeau, M. (2008). Processes involved in client-nominated relationship building incidents: Client attachment, attachment to therapist, and session impact. *Psychotherapy, 45*(3), 377-390.  
doi:10.1037/a0013310
- Jellema, A. (2002). Dismissing and preoccupied insecure attachment and procedures in CAT: Some implications for CAT practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 9*(4), 225-241.
- Kanninen, K., Salo, J., & Punamaki, R. L. (2000). Attachment patterns and working alliance in trauma therapy for victims of political violence. *Psychotherapy Research, 10*(4), 435-449. doi:10.1093/ptr/10.4.435
- Kemp, M. A., & Neimeyer, G. J. (1999). Interpersonal attachment: Experiencing, expressing, and coping with stress. *Journal of Counseling Psychology, 46*(3), 388-394. doi:10.1037/0022-0167.46.3.388
- Kietaibl, C. M. (2012). A review of attachment and its relationship to the working alliance. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy, 46*(2), 122-140.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 357-361.

- Levenson, H., & Strupp, H. H. (2007). Cyclical maladaptive patterns: Case formulation in time-limited dynamic psychotherapy. In T. D. Eels (Ed.), *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (pp. 164-197). New York: Guilford.
- Levy, K. N., Ellison, W. D., Scott, L. N., & Bernecker, S. L. (2011). Attachment style. *Journal of clinical psychology*, *67*(2), 193-203.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Temes, C. M., & Yeomans, F. E. (2012). Attachment Theory and Research: Implications for Psychodynamic Psychotherapy *Psychodynamic Psychotherapy Research* (pp. 401-416): Springer.
- Liotti, G. (2007). Internal working models of attachment in the therapeutic relationship. In P. Gilbert & R. L. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 143-161). New York, NY: Psychology Press.
- Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies and the concept of conditioned strategies. *Human Development*, *33*(1), 48-61.
- Main, M., & Salomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In M. Yogman & T. B. Brazelton (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Norwood, N.J.: Ablex.
- Main, M., & Salomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In D. Cicchetti, M. T. Greenberg, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.

- Main, M., & Stadtman, J. (1981). Infant response to rejection of physical contact by the mother. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20(2), 292-307.
- Main, M., & Wetson, D. R. (1982). Avoidance of the attachment figure in infancy. In C. M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behavior* (pp. 31-59). New York: Basic Books.
- Martin, A., Buchheim, A., Berger, U., & Strauss, B. (2007). The impact of attachment organization on potential countertransference reactions. *Psychotherapy Research*, 17(1), 46-58. doi:10.1080/10503300500485565
- Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (2001). Attachment style. *Psychotherapy*, 38(4), 466-472. doi:10.1037//0033-3204.38.4.466
- Mohr, J. J., Gelso, C. J., & Hill, C. E. (2005). Client and Counselor Trainee Attachment as Predictors of Session Evaluation and Countertransference Behavior in First Counseling Sessions. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 298-309.
- Muller, R. T. (2009). Trauma and dismissing (avoidant) attachment: Intervention strategies in individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(1), 68-81.
- Obegi, J. H., & Berant, E. (2009a). *Attachment theory and research in clinical work with adults*. New York: The Guilford Press.
- Obegi, J. H., & Berant, E. (2009b). Introduction. In J. H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 1-11). New York: The Guilford Press.
- Parish, M., & Eagle, M. N. (2003). Attachment to the therapist. *Psychoanalytic Psychology*, 20(2), 271-286. doi:10.1037/0736-9735.20.2.271



- Pearlman, L. A., & Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 449-459.
- Rubino, G., Barker, C., Roth, T., & Fearon, P. (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: The role of therapist and patient attachment styles. *Psychotherapy Research, 10*(4), 408-420.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1093/ptr/10.4.408>
- Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 27*(2), 154-165.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(3), 286-291.
- Satterfield, W. A., & Lydodon, W. J. (1998). Client attachment and the working alliance. *Counselling Psychology Quarterly, 11*(4), 407-415.
- Sauer, E. M., Lopez, F. G., & Gormley, B. (2003). Respective contributions of therapist and client adult attachment orientations to the development of the early working alliance: A preliminary growth modeling study. *Psychotherapy Research, 13*(3), 371-382. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/ptr/kpg027>
- Saypol, E., & Farber, B. A. (2010). Attachment style and patient disclosure in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 20*(4), 462-471.

- Shorey, H. S., & Snyder, C. (2006). The role of adult attachment styles in psychopathology and psychotherapy outcomes. *Review of General Psychology, 10*(1), 1-20. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/1089-2680.10.1.1>
- Sibrava, N. J. (2009). *Therapist and client attachment and the therapeutic alliance*. (Doktoravhandling, The Pennsylvania State University). Hentet fra [etda.libraries.psu.edu](http://etda.libraries.psu.edu).
- Silverman, D. K. (2011). A clinical case of an avoidant attachment. *Psychoanalytic Psychology, 28*(2), 293-310. doi:10.1037/a0022342
- Simpson, J. A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of personality and social psychology, 59*(5), 971-980.
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Nelligan, J. S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of personality and social psychology, 62*(3), 434-446.
- Slade, A. (2004). Two therapies: Attachment organization and the clinical process. In L. Atkinson & S. Goldberg (Eds.), *Attachment issues in psychopathology and intervention* (pp. 181-206). London: Erlbaum.
- Slade, A. (2008). The implications of attachment theory and research for adult psychotherapy. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (Second ed., pp. 762-782). New York, NY: Guilford Press.
- Sroufe, L. A., Waters, E., & Matas, L. (1974). Contextual determinants of infant affective response. In M. Lewis & L. Rosenblum (Eds.), *Origins of fear* (pp. 49-72). New York: Wiley.

- Travis, L. A., Bliwise, N. G., Binder, J. L., & Horne-Moyer, H. L. (2001). Changes in clients' attachment styles over the course of time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(2), 149-159.
- Tyrrell, C. L., Dozier, M., Teague, G. B., & FalLOT, R. D. (1999). Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: The importance of attachment states of mind. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(5), 725-733.
- van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of consulting and clinical psychology, 64*(1), 8-21.
- Waldinger, R. J., Seidman, E. L., Gerber, A. J., Liem, J. H., Allen, J. P., & Hauser, S. T. (2003). Attachment and core relationship themes: Wishes for autonomy and closeness in the narratives of securely and insecurely attached adults. *Psychotherapy Research, 13*(1), 77-98.
- Waller, E., Scheidt, C. E., & Hartmann, A. (2004). Attachment representation and illness behavior in somatoform disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 192*(3), 200-209.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Waters, E., Hamilton, C. E., & Weinfield, N. S. (2000). The stability of attachment security from infancy to adolescence and early childhood: General introduction. *Child Development, 71*(3), 678-683.
- Zetzel, E. R., & Meissner, W. W. (1973). *Basic concepts of psychoanalytic psychiatry*. New York: Basic books.