

DEN TERAPEUTISKE ALLIANCE

Carsten René Jørgensen

I artiklen redegøres for den historiske udvikling af det psykoanalytiske begreb om den terapeutiske alliance med inddragelse af den væsentligste kritik af begrebet. Den terapeutiske alliance afgrænses fra beslægtede fænomener som den terapeutiske overføring og den reale relation, ligesom der gives et overblik over de mest udbredte forsøg på at operationalisere alliancen med henblik på empirisk udforskning. Endelig redegøres for de vigtigste empiriske resultater omkring alliancen og det skitseres, hvorledes den opnåede viden på området kan finde anvendelse i kliniken.

»Behandlingens første mål er og bliver at knytte ham (patienten) til behandlingsprocessen og til lægens person. Hertil behøver man ikke andet end at give ham tid. Hvis man viser ham ægte interesse, omhyggeligt fjerner de modstande, der dukker op i begyndelsen, og undgår visse fejlgreb, frembringer patienten af sig selv en sådan tilknytning og placerer lægen blandt billederne af de personer, som han var vant til behandlede ham kærligt. Man kan ganske vist forpasse denne første succes, hvis man fra begyndelsen indtager et andet standpunkt end indfølgens, f.eks. et moraliserende ..« (Freud 1913:199)

»Det er som i en borgerkrig, der skal afgøres ved bistand fra ydre forbundsfæller. Den analytiske læge og patientens svækkede jeg skal, støttet til den reale ydre verden, danne parti imod fjenden (sygdommen) (.). Vi slutter en gensidig kontrakt. Det syge jeg lover os fuld oprigtighed, dvs. rådighed over alt det stof, som dets selvgigttagelse giver det, vi tilsikrer det fuld diskretion og stiller vores erfaring i tydning af materiale, der er påvirket af det ubevidste, til dets rådighed. Vores viden skal opveje jeg'ets uvidenhed og på ny give det kontrol over tabte områder af sjælelivet. Denne kontrakt er den analytiske situation. (..) Skal patientens jeg være en værdifuld forbundsfælle i vores samarbejde, så må det til trods for de trængsler som de fjendtlige magter bereder det, have bevaret en vis grad af konsistens og et mindstemål af indsigt i virkelighedens krav. Men det kan man ikke vente af psykotikerens jeg, det kan ikke overholde en sådan kontrakt, ja knap nok indgå den« (Freud 1940:412)

I de senere års psykoterapeutiske litteratur og fremlagte empiriske forskningsresultater ses en stadig opprioritering af effektstudier og ikke mindst undersøgelser af de psykoterapeutiske virkningsfaktorer, hvor

samspillet imellem patient og terapeut tillægges væsentlig betydning. I den psykodynamiske litteratur ses en bevægelse fra den klassiske én-person psykologi i retning af en to-person psykologi og interessen har i stigende grad samlet sig omkring et forsøg på at afgrænse og definere den frugtbare behandlingsrelation, herunder bestræbelser på at kortlægge, hvilke elementer i interaktionen imellem patient og terapeut der bidrager til terapeutisk forandring.

De fremlagte empiriske undersøgelser af (i første omgang primært statistiske) sammenhænge imellem forskellige dele af den terapeutiske proces og terapeutisk udbytte tildeler samstemmende den terapeutiske alliance en central placering. Den terapeutiske alliance er således blandt de ganske få enkeltfaktorer i den terapeutiske proces, det har været muligt at afgrænse og operationalisere rimeligt tilfredsstillende, samtidig med at det er fundet, at alliancen korrelerer stabilt (omend moderat) med det terapeutiske udbytte. Der synes altså at være en sammenhæng imellem etableringen af den terapeutiske alliance og patientens udbytte af det terapeutiske forløb – uagtet at de nærmere kausale sammenhænge endnu ikke er tilfredsstillende kortlagt.

Det vi idag kalder den terapeutiske alliance er siden Freuds omtale af den »positive uanstødelige overføring«, bl.a. blevet kaldt »egoalliancen« (Sterba 1934), »nyt-objekt-relationen« (Bibring 1937), den »rationelle« eller »fornuftige overføring« (Fenichel 1941), den »modne overføring« (Stone 1961), »arbejdsalliancen« (Greenson 1965) og »hjælperalliancen« (Luborsky et.al.1983). Begrebet den terapeutiske alliance, der vil blive anvendt i det følgende, blev introduceret af Zetzel i 1956.

Den terapeutiske alliance har en lang og til tider kontroversiel historie indenfor psykoanalysen, og det er først i de senere år begrebet har fundet sin nuværende brede anerkendelse også langt udenfor psykoanalysen (jf.bl.a. Gaston et.al.1995). Selvom der kan findes tidlige rødder til alliancebegrebet hos Freud, er begrebet altovervejende udviklet indenfor egopsykologien, hvor det også idag har sin væsentligste udbredelse. Det er således primært den amerikanske gren af psykoanalysen og den empiriske psykoterapiforskning¹, der ligeledes har sine dybeste rødder i USA, som har tillagt den terapeutiske alliance central betydning for den psykoterapeutiske proces og effekt. Den skarpeste kritik af begrebet kommer fra den britiske skole (Klein, Winnicott osv.) og fra mere klassisk orienterede analytikere – generelt må man dog sige, at kritikken primært er rettet imod en idag forældet opfattelse af begrebet. Blandt andet i Tyskland er begrebets udbredelse stadig yderst begrænset (primært Rudolf et.al.1988, Rudolf 1991), ligesom det endnu kun tillægges sekundær betydning indenfor objektrelationsteorien. I Danmark synes begrebet ganske langsomt at vinde fodfæste – i høj grad inspireret af den amerikanske empiriske psykoterapiforskning (jf.Rosenbaum et.al.1997, Hougaard 1994, 1996).

I det følgende redegøres for centrale bidrag til udviklingen af forståelsen af den terapeutiske alliance, ligesom begrebet forsøges afgrænset i forhold til tilstødende fænomener som den terapeutiske overføring og den reale relation. Herefter skitseres de mest udbredte operationaliseringer af fænomenet og der redegøres for centrale empiriske resultater omkring den terapeutiske alliance. Endelig fremlægges en kritik af alliancebegrebet, ligesom der afslutningsvis vil blive tegnet et omrids af, hvorledes den opbyggede viden om alliancen kan berige arbejdet i kliniken.

Historisk vue

Allerede i hysteriestudierne fra 1895 taler Freud om nødvendigheden af, at patienten samarbejder med terapeuten, og at arbejdet med at overvinde patientens eventuelle modstand imod behandlingen er forudsætning for effekten af enhver terapeutisk intervention (Freud 1895:307-11). Senere knyttes patientens samarbejde med terapeuten til den såkaldt positive uanstødelige overføring. Denne positive, ikke-erotiserede overføring, der i vid udstrækning er tilgængelig for bevidstheden, betragtes som patientens stærkeste motiv for at samarbejde med terapeuten, ligesom den anses for at være den afgørende drivkraft bag den terapeutiske succes (Freud 1937:373, Freud 1912:165). Behandlingens første mål bliver således at knytte patienten til terapeuten og den terapeutiske proces, hvor der trækkes på patientens tidligere positive erfaringer i mellem menneskelige relationer (Freud 1913).

Med fremlæggelsen af den strukturelle personlighedsmodel (Freud 1923) åbnes nye muligheder for at videreudvikle synet på den terapeutiske relation. I bestræbelserne på at realisere de terapeutiske mål – at integrere og bringe det et under jeg'ets kontrol – taler Freud om, at terapeuten må alliere sig med patientens »normale« og realitetstilpassede ego. Efter indførelsen af den strukturelle personlighedsmodel, der samtidig lægger de afgørende grundsten til egopsykologien, udskiller Freud altså en rationel og realitetstilpasset del af den terapeutiske relation, der samtidig placeres som en mere eller mindre eksplicit forudsætning for det terapeutiske arbejde (Freud 1937:375, Freud 1940:412).

I forlængelse af Freuds fokus på terapeutens alliance med patientens rationelle ego, og som et yderligere tilløb til egopsykologiens fødsel, taler Sterba (1934) om den terapeutiske spaltning af patientens ego (det der senere bl.a. omtales som opdelingen af patientens ego i en oplevende og en observerende del), hvor den realitetsorienterede del gør det muligt for patienten at identificere sig med terapiens mål og med terapeutens person og metode.

Den sene Freuds tekniske anbefalinger gælder primært arbejdet med lettere forstyrrelser, hvor der i patientens tidlige objektrelationer er opbygget en basal tillid til andre mennesker og et vist niveau af egofunkti-

oner. I flere tilfælde afviser Freud eksplicit at den psykoanalytiske metode kan anvendes ved sværere forstyrrelser; blandt andet med henvisning til, at disse patienter ikke er istand til at indgå i det, man idag kalder en terapeutisk alliance. Freud mener ikke der kan etableres en brugbar overføring hos den svært forstyrrede patient, ligesom patienten ikke er istand til at indgå i en tilstrækkelig libidinøs besættelse af terapeuten (jf. Gittelsohn 1962). Denne opfattelse af den psykotiske patient som principielt utilgængelig for psykoterapi, er senere blevet revideret væsentligt. Herunder har det vist sig muligt gradvist at udvikle en terapeutisk alliance med visse selv svært forstyrrede patienter.

Freuds tilløb til begrebsliggørelsen af den terapeutiske alliance er præget af en utilstrækkelig adskillelse af, på den ene side overføringen og den terapeutiske relations irrationelle elementer og, på den anden side relationens rationelle og realitetstilpassede elementer og, det som senere bliver kaldt den terapeutiske alliance. Mener Freud, at den terapeutiske relation indeholder både elementer af overføring og ikke-overføring – og hvorledes trækkes i givet fald grænsen imellem de to? Eller skulle det alternativt være muligt at udskille overførings-elementer som er entydigt frugtbare (»uanstødelige«) for behandlingen, og således skal holdes fri for terapeutisk udforskning og fortolkning? Problemet er grundlæggende, hvorledes man på det mere teoretiske niveau skal drage grænsen imellem overføringen og den terapeutiske alliance – et problem som stadig ikke har fundet en tilfredsstillende og alment accepteret løsning.

Som det bl.a. fremgår af Elizabeth Zetzel's forbilligede analyse fra 1956 og Wallersteins mere aktuelle fra 1995 udvikles efterhånden en række uafhængige traditioner indenfor psykoanalysen, hvor den terapeutiske alliance tillægges væsensforskellige betydninger, samtidig med at den af visse mere klassisk orienterede forfattere afvises som en teoretisk konstruktion, der ikke bør tilskrives selvstændig betydning men snarere må betragtes som en del af overføringen.

Med afsæt i den tidlige egopsykologi skelner Zetzel imellem overføringen som terapeutisk alliance (i behandlingens tjeneste) og overføringen som overføringsneurose (i modstandens tjeneste), hvor det altovervejende er sidstnævnte der tematiseres og søges opløst i det terapeutiske arbejde. Alliancen betragtes her fortsat som en del af overføringen. Samtidig fremhæver egopsykologien patientens veludviklede og intakte egofunktioner som forudsætning for alliancedannelsen. Dette tillægges ingen betydning i bl.a. de kleinianske og lacanianske dele af psykoanalysen, hvor enhver patient i princippet er tilgængelig for analyse, ligesom der ikke skelnes imellem overføring og terapeutisk alliance. Det, der hos andre betragtes som udtryk for den terapeutiske alliance, ses her som manifestationer af overføringer, der som alle andre overføringsmanifestationer har rødder i irrationelle dele af patienten og følgelig skal gøres til genstand for analyse.

Hvor egopsykologien på basis af en vurdering af patientens ego-funktioner udskiller forskellige patientkategorier, der tilbydes væsensforskellige interventionsformer (bl.a. mere støttende arbejde med mere forstyrrede patienter for at opbygge de egofunktioner der er forudsætning for mere indsigtsgivende interventioner), ligesom der i varierende udstrækning forudsættes en fælles forankring i realiteten og rationaliteten, da vil bl.a. den kleinianske tradition i princippet anvende samme interventionsformer overfor alle patientkategorier. Uanset hvilken patientkategori der arbejdes med, mener de kleinianske analytikere ikke det er muligt endsige formålstjeneligt at udskille et fast, stabilt og realitetsforankret holdepunkt i den terapeutiske relation; alt udspringer i princippet af overføringen og har således rødder i ubevidste gentagelser og irrationelle kræfter, der undgåeligt vil manifestere sig som modstand imod behandlingen. Alt må analyseres med afsæt i overføringen.

I 1960'erne fremlægger Ralph Greenson en række nye synspunkter på samarbejdet imellem patient og terapeut, som efterfølgende har haft væsentlig indflydelse på forståelsen af samspillet og samarbejdet imellem patient og terapeut. Han taler om den terapeutiske arbejdsalliance. Hvor de tidligere alliancebegreber primært fokuserede på de mere emotionelle elementer af den terapeutiske relation, retter Greenson primært blikket imod patientens evne til at arbejde målrettet og arbejde sammen med terapeuten i terapien (Greenson 1965, 1967, Greenson & Wexler 1969). Kernen i arbejdsalliancen er patientens motivation for ændring, patientens bevidste og rationelle ønske om at samarbejde med terapeuten og patientens evne til at følge og forstå terapeutens instruktioner og interventioner. På basis af en alliance eller »pagt« imellem patientens fornuftige ego (den konfliktfrie sfære af patientens ego, jf. Hartmann 1939:8ff) og terapeutens analyserende ego identificerer patienten sig med terapeutens person og metode. Også hos Greenson tager forståelsen af den terapeutiske alliance altså udgangspunkt i egopsykologien – blot med større opmærksomhed på de mere kognitive og bevidste elementer.

Igennem Greensons forfatterskab flyttes arbejdsalliancen fra primært at være forbundet med overføringen til primært at blive knyttet sammen med det, han kalder den reale (overføringsfrie) relation. Dette synes bl.a. at hænge sammen med en erkendelse af, at den meget brede vifte af fænomener, han tidligt i sit forfatterskab betragter som manifestationer af arbejdsalliancen, i en del tilfælde viser sig at have dybe rødder i mere primitive overføringer. Det, der umiddelbart fremtræder som udtryk for patientens målrettede samarbejde med terapeuten, kan i væsentlig grad være motiveret af patientens ønske om at få tilfredsstillet en række mere primitive behov hos terapeuten, ligesom en tilsyneladende realitetsbaseret relation kan indgå i patientens forsvar imod underliggende mere regressive overføringer.

Når det skal vurderes, hvorvidt der er etableret en arbejdsalliance, må den samlede terapeutiske relation således tages i betragtning (inklusive

patientens dominerende overføringsberedskab), ligesom der bør medreflekteres en vurdering af patientens forsvarskonstellationer, samt hvorledes disse eventuelt udspiller sig i relationen til terapeuten. I princippet kan man aldrig foretage en helt sikker vurdering af, hvorvidt der er opbygget en behandlingsalliance (da det vi betragter som udtryk for en veltableret alliance kan vise sig at være intimt forbundet med primitive overføringer), ligesom en etableret alliance naturligvis af forskellige grunde kan nedbrydes. I praksis er det dog i de fleste tilfælde umiddelbart muligt at foretage en overordnet vurdering af, hvorvidt der er opbygget en alliance og af alliancens kvalitet.

Ved enhver vurdering af alliancen må man være opmærksom på, at relationen der umiddelbart og på overfladen fremtræder som udtryk for en god alliance kan være en manifestation af, hvad Robert Langs har kaldt en terapeutisk misalliance (Langs 1976). Den terapeutiske misalliance henviser til det fænomen, at en relation som umiddelbart synes at tjene terapeutiske mål har dybe rødder i parternes uforløste konflikter og således tjener til enten direkte at undergrave de terapeutiske mål eller at opnå en midlertidig symptomlættelse og behovstilfredsstillelse. Langs mener, at enhver patient i større eller mindre grad ubevidst vil søge at få terapeuten til at agere med i gentagelser af gamle relationsmønstre og få terapeuten til at tilfredsstille infantile og patologiske behov – og i den forstand altid vil søge at etablere misalliancer. Langs' væsentligste bidrag i denne sammenhæng er, at han også gør opmærksom på terapeutens mulige udbytte af misalliancen; at den »optimale« misalliance opstår ved en bevidst »enighed« om at relationen er god og terapeutisk samtidig med en ubevidst »enighed« om, at patienten får tilfredsstillet en række behov og/eller kan udagere en række forsvarsstrategier (»jeg har behov for lang tids omsorg og støtte fra en stor autoritet«) samtidig med at terapeuten får tilfredsstillet en række andre behov og i den terapeutiske relation kan udagere en række forsvarsstrategier som »passer til« patientens forsvarskonstitution (»jeg er en stor terapeutisk autoritet med speciale i langvarige forløb«)(jf. også R.D.Laings (1961:98ff) begreb om ubevidst kollusion).

Hos Greenson er det ikke alene et spørgsmål om, hvorvidt arbejdsalliancen kan adskilles entydigt fra overføringen (hvilket primært er en teoretisk diskussion), men i lige så høj grad, i hvilken udstrækning arbejdsalliancen er forbundet med og henter sin drivkraft i primitive/regressive overføringer eller i mere modne, stabile og tilregnelige overføringer (jf. at f.eks. også patientens basale tillid i den terapeutiske relation i princippet er baseret på overføringer fra tidlige relationer til forældre osv.). Den stabile alliance vil typisk trække på mere modne overføringer, imens en for kraftig dominans af mere primitive overføringer uundgåeligt vil belastte alliancen. Samtidig anerkender den sene Greenson muligheden for en real (overføringsfri) relation, der i væsentlig grad kan bidrage til den terapeutiske alliance.

Som et første afgørende skridt til en operationalisering af alliancebegrebet udskiller Bordin (1979) tre elementer i arbejdsalliancen; (1) enighed om terapiens mål, (2) enighed om, hvorledes der skal arbejdes for at nå disse mål/enighed om valg af terapeutisk metode (herunder en vis grad af enighed om forståelsen af patientens vanskeligheder), og (3) udviklingen af et positivt følelsesmæssigt bånd imellem patient og terapeut. Det afgørende ved Bordins opdeling af alliancen i forskellige komponenter er dels, at den ikke knytter sig entydigt til nogen af de mere teoretiske forståelser af alliancen (hans bidrag er primært deskriptivt), og dels at den er tættere på det direkte observerbare (opererer på et lavere tolkningsniveau) – og således åbner nye muligheder for den empiriske udforskning af fænomenet. Samtidig undgår han at tage stilling til arbejdsalliancens motivationelle baggrund, ligesom han ikke går ind i en nærmere diskussion af eventuelle forbindelser til overføringen osv.

Blandt andet inspireret af Bordin og den efterfølgende udvikling af strukturerede instrumenter til kortlægning af alliancen udkrystaliserer Gaston (1990,1991a) fire elementer i den terapeutiske alliance; (1) patientens involvering i terapien, herunder tillid til terapeuten/den terapeutiske metode og patientens parathed til at investere sig selv i det terapeutiske arbejde, (2) patientens arbejdskapacitet med fokus på patientens evne til introspektion, afbalanceret impuls kontrol og evne til at berette om intime og pinefulde oplevelser i samværet med terapeuten (til dels svarende til patientens egofunktioner), (3) terapeutens evne til at forstå og leve sig ind i patientens vanskeligheder, herunder terapeutens tekniske færdigheder og kontaktevne, og endelig (4) enighed om terapiens mål og metode. Yderligere taler Gaston om parternes negative »bidrag« til alliancen; så som patientens aggressive og afstandtagende modstand og terapeutens udagering af modoverføringer, herunder moraliseringen og gentagne tekniske fejltrin.

Med Gaston kan udskilles både indrepsykiske (arbejdskapacitet, evne til at indgå i objektrelation) og interpersonelle (enighed om mål og metode og en overvejende reelt funderet matching af patient og terapeut) faktorer i den terapeutiske alliance. Endvidere ses hos Gaston, som i de fleste nyere udlægnings af den terapeutiske alliance, en erkendelse af, at både patient og terapeut bidrager til opbygningen af alliancen, og tilsvarende, at en eventuelt manglende opbygning af alliancen ikke alene og ureflekteret kan tilskrives »mangler« hos patienten. Omvendt vil dog ikke alle patienter til enhver tid være istand til at indgå i en terapeutisk alliance. Alliancedannelsen må ses som et produkt af et komplekst samspil imellem faktorer hos patienten, hos terapeuten og i samspillet imellem patient og terapeut, ligesom faktorer i den terapeutiske ramme (stabilitet i tid og rum, klare regler, eksplicit terapeutisk kontrakt osv.) har betydning for alliancedannelsen.

Som det er blevet fremhævet af bl.a. Henry et.al. (1994b), er alliancen i vid udstrækning det akkumulerede resultat af samspillet imellem patient

og terapeut – samtidig med, at det selvsamme samspil udtrykker alliancen, og det således er muligt at vurdere alliancens kvalitet ved analyser af den terapeutiske interaktion (jf. Jørgensen 1996).

Begrebsafgrænsning

Den erfarne kliniker vil typisk have en intuitiv fornemmelse af alliancens kvalitet. Det er imidlertid betydeligt vanskeligere at give en tilfredsstillende beskrivelse af og begrundelse for denne fornemmelse, ligesom en del tyder på, at patienten og eventuelle uafhængige observatører langt fra altid deler terapeutens oplevelse af alliancens kvalitet. En nærmere definition af den terapeutiske alliance kan med fordel tage afsæt i Bordins tidligere omtalte opdeling af alliancen i tre selvstændige og indbyrdes forbundne elementer; det emotionelle bånd, enighed om den terapeutiske metode og enighed om målet for det terapeutiske arbejde.

Den terapeutiske alliance består således af (1) en grundlæggende positiv og tillidsfuld relation, præget af gensidig respekt og et vist niveau af gensidig empati. Selvom kontakten tidvist kan være præget af primitive overføringer og projektioner fra patienten, opretholdes til stadighed en genuin kontakt præget af en fælles forankring i rationaliteten og realiteten, der gør det muligt at fastholde et samarbejde om (2) det fælles projekt; at udforske patientens vanskeligheder og bringe patienten til at fungere bedre i sit daglige liv. Denne enighed om terapiens mere langsigtede mål (der bør være eksplicit forhandlet og formuleret) må være ledsaget af en vis grad af enighed om også terapiens mere kortsigtede mål². Hertil vil patienten, når der er opbygget en terapeutisk alliance, (3) acceptere og i større eller mindre grad identificere sig med terapeutens arbejdsmetode, ligesom patient og terapeut er blevet enige om, hvorledes de skal forstå patientens vanskeligheder. Dette betyder bl.a., at patienten efterhånden begynder at stille spørgsmål og søge svar på samme måde som terapeut (jf. Greenson 1967:170), samtidig med at terapeuten naturligvis i en vis udstrækning afstemmer sine interventioner efter den enkelte patients unike personlighed og patologi. Samlet oplever patienten, at terapeutens interventioner er velmenende, hjælpsomme og grundlæggende er udtryk for terapeutens ønske om at hjælpe.

Den terapeutiske alliance kan i kortere eller længere perioder hente en del af sin drivkraft i mere primitive overføringer (f.eks. intens idealisering), men det er en forudsætning for alliancens udvikling og opretholdelse, at også mere modne overføringer og i bedst fald den reale (relativt overføringsfrie) relation har en væsentlig plads i den terapeutiske relation. I de tilfælde, hvor relationen i længere perioder domineres af mere primitive overføringer, må de terapeutiske interventioner, som det senere vil blive uddybet, dels have en mere støttende karakter, dels må der vedvarende fokuseres på den terapeutiske relation og på arbejdet med at op-

bygge den terapeutiske alliance. Specielt de mere socio-emotionelle (de personrettede emotioner) dele af alliancen er intimt forbundet med Bowlbys begreb om den sikre tilknytning (Mallinckrodt 1995:312) og med patientens oplevelse af terapeuten som en sikker base i det terapeutiske arbejde (Bowlby 1994:154,168)³. I opbygningen af alliancen trækkes bl.a. på patientens basale tillid til sin omverden og til andre mennesker, grundlagt i de tidlige objektrelationer (jf. etableringen af et godt indre objekt osv.).

Til forskel fra alliancen, der også kan indeholde og trække på overførelselementer og således være determineret af historiske faktorer, er den reale relation kendetegnet ved, at den altovervejende er bestemt af faktorer i nuet og det aktuelle samspil. Den reale relation henviser til terapeutens og patientens realistiske oplevelser af og reageren på hinanden i den aktuelle relation; der er altså tale om oplevelser og reaktionsformer, som er adækvate og realistiske i situationen og ikke domineres af overføringer, projektioner eller andre former for gentagelsestvang hos nogen af parterne. Vi kan også betragte den reale relation som den modne og realitetstilpassede del af relationen, kendetegnet ved en klar selv-objekt differentiering og en gensidig anerkendelse af den anden som et selvstændigt subjekt (jf. Freud 1937:363, Greenson 1967:217, Jørgensen 1992:66, Gelso & Carter 1985:183ff, 1994:297).

Med mindre man bekender sig til en strengt analytisk referenceramme, hvor alt i princippet er udtryk for gentagelser af elementer fra fortiden, er begrebet om den reale relation umiddelbart meningsfyldt og det udtrykker, hvad man ofte rent intuitivt kan opleve, også i terapeutiske relationer. Ved nærmere analyser af en konkret oplevelse eller adfærd kan det imidlertid være vanskeligt at vurdere, hvad der er »adækvat i situationen«, ligesom der i mange tilfælde kan argumenteres for, at en given adfærd har rødder i overføringen osv. Dette ændrer dog intet ved, at den reale (overførfrie) relation må tænkes med ind i en analyse af den terapeutiske relation. Endelig rummer den kategoriske afvisning af den reale relations eksistens en fare for, at terapeuten gør sig selv blind for egne modoverføringer, utilstrækkeligheder og fejltrin, som vil kunne opfanges ved at lytte til og tage patientens ytringer for pålydende, fremfor at se alt, hvad der sker i den terapeutiske relation, som udtryk for aktualiseringer af patientens historie, indrepsykiske dynamik osv.. En sådan manglende anerkendelse af, at patientens oplevelser og reaktioner kan være realistiske reaktioner på terapeutens objektive karakteristika og adfærd i samspillet med patienten, betyder, at terapeuten mister en vigtig kilde til oplysninger om sin egen ageren i den terapeutiske relation – samtidig med at dette synspunkt er udtryk for en forældet énperson psykologi, hvor det i princippet betragtes som umuligt at opnå en egentlig autentisk kontakt imellem to subjekter i den terapeutiske relation.

Den terapeutiske overføring eller overførfrelserelationen knytter sig til patientens mere eller mindre fordrejede oplevelse af terapeuten og en

delvis ophævelse af patientens selv-objekt differentiering. Patientens oplevelse af og reageren på terapeuten determineres af patientens ubevidste overføring af fantasier, impulser, følelsesmæssige reaktioner osv. fra en fortidig person/relation til terapeuten og den terapeutiske relation. Patientens oplevelse og reageren har mere eller mindre løsrevet sig fra terapeutens faktiske adfærd og karakteristika og bliver i større eller mindre grad inadækvat i den aktuelle situation (Freud 1912, Gelso & Carter 1985:170ff, Adler 1980). I modsætning til den reale relation og i nogen grad den terapeutiske alliance befinder vi os ikke længere på realitetens og rationalitetens grund – men i en ustabil og utilregnelig del af relationen, som både er en væsentlig komplikation og et af de vigtigste redskaber i det psykoterapeutiske arbejde (jf. Jørgensen 1992).

Som det er blevet fremhævet af bl.a. Masterson (1978) forudsætter den stabile terapeutiske alliance, at patienten gennemgående oplever terapeuten som et adskilt og helt objekt (et selvstændigt subjekt), der kan tjene som baggrund og fælles referenceramme i arbejdet med patientens overføringer, projektioner, fantasier osv. Tilsvarende har bl.a. Epstein (1979: 400f) gjort opmærksom på, at en stabil terapeutisk alliance forudsætter patientens stabile oplevelse af terapeuten som »god nok«, hvilket igen bygger på patientens stabile indre objektrelationer til hele og gode objekter. I arbejdet med den mere forstyrrede patient præget af splitting, delobjektrelationer og hastige skift i oplevelsen af terapeuten som hhv. god og ond, må man således forvente en betydelig ustabilitet i alliancen og at patienten i bedste fald kun tidvist er istand til at samarbejde med terapeuten. Som det senere vil blive uddybet, må udviklingen af en alliance derfor være et mål snarere end en forudsætning i arbejdet med den mere forstyrrede patient (jf. også Jørgensen 1997a).

Den terapeutiske alliance, den terapeutiske overføring og den reale relation er tæt indbyrdes forbundne fænomener som i praksis gensidigt overlapper hinanden på en lang række punkter. Når det er ganske kompliceret at foretage en tilfredsstillende og praktisk anvendelig adskillelse er dette både udtryk for, at der i praksis altså ikke er sådanne klare grænser, og at de tre begreber har rødder i forskellige grene af psykoanalysen; den terapeutiske overføring har således dybe rødder i den klassiske énperson psykologi med fokus på indrepsykiske processer (Freud, Klein osv.), imens alliancen og den reale relation primært knytter sig til den mere moderne toperson psykologi med sit fokus på interpersonelle processer (Thomä & Kächele 1989:64). Endvidere er begrebet om den reale relation nært forbundet med de humanistiske terapier, hvor bl.a. Rogers lægger afgørende vægt på den reale relation som terapeutisk virkningsfaktor (Rogers 1957).

Kritiken af alliancebegrebet

Den væsentligste kritik af alliancebegrebet kommer fra tre fronter; (1) de tyske analytikere, (2) en række mere klassisk orienterede analytikere i USA og (3) enkelte klinikere, der i deres arbejde har fokuseret på psykoterapi med sværere forstyrrelser.

Med afsæt i en karakteristik af det psykoterapeutiske rum som en vidtrækkende suspendering af »normale« sociale konventioner mener den tyske analytiker Desserno (1990:128ff), at egopsykologien og kanoniseringen af alliancebegrebet, med dets fokus på det terapeutiske »arbejde«, rationalitet, målrettethed og tilpasning til den moderne vestlige kulturs im- og eksplicite normer, fører til en uønsket konventionalisering af psykoanalysen og en undergravelse af psykoanalysens kulturkritiske potentialer. Den klassiske psykoanalyse med sine tidvist meget lange terapeutiske forløb er blevet svært umoderne og svarer ikke til samtidens krav om hurtighed, effektivitet og rationalitet. Som et delvist svar på dette er blevet udviklet en række korttidsterapeutiske koncepter på psykodynamisk grundlag. Parallelt med denne udvikling af den kliniske praksis har den terapeutiske alliance vundet terrain, dels som en implicit formulering af forudsætningerne for de korttidsterapeutiske koncepters resultater, dels i psykoanalysens teoretiske fundament, hvor det er Dessernos bekymring, at begrebet, som den trojanske hest, kan anrette uoprettelige skader med sin iboende konventionalisering og undergravningen af psykoanalysens kulturkritiske stemme.

Egopsykologien og alliancebegrebet tager afsæt i ego'et, der traditionelt beskrives som sædet for det konventionelle og forankringen i den ydre realitet. Det hermed forbundne behov for at adskille alliancen og overføringen betyder, at der indføres et begreb om den »objektive« realitet i det terapeutiske rum, hvor terapeuten tillægges magten og evnen til at skelne imellem (objektiv eller historisk) realitet og ikke-realitet (eller psykisk realitet) i patientens interageren med terapeuten. I forlængelse af dette mener den tyske analytiker Gekle (1992), at terapeuten så at sige får patent på at drage grænsen imellem, hvornår patientens adfærd er begrundet i realiteten her-og-nu og, hvornår den udspringer af overføringen og er »urealistisk«. Alliancebegrebet kan da bidrage til, at terapeuten definerer vanskeligheder i det terapeutiske arbejde som udtryk for mangler hos patienten (manglende egofunktioner) eller som tegn på, at patienten ikke »ønsker« at samarbejde, og man kan miste blikket for, at »upassende« reaktioner eller »manglende samarbejde« lige så vel kan være udtryk for, at patienten ikke har tilstrækkeligt kendskab til, hvad der forventes af ham/hende i psykoterapien, eller at der kan være tale om »passende« reaktioner på terapeutens fejltrin. Endelig bør det i forlængelse af dette nævnes, at en række analytikere (Abend 1996) betragter den terapeutiske alliance som udtryk for patientens evne og parathed til at tilpasse/underkaste sig terapeuten og dennes mål og metode.

En række amerikanske analytikere afviser kategorisk alliancebegrebet som en ubrugelig teoretisk konstruktion uden selvstændig substans (Brenner 1979, Stein 1981 og tildels Adler 1979, Curtis 1979). De henviser dels til, at alt i den terapeutiske relation må forstås med afsæt i overføringen, og at det som umiddelbart fremtræder »uanstødeligt« kan indeholde eller dække over væsentligt konfliktmateriale. Dels opfattes alliancebegrebet som en løftestang for brud på den analytiske ramme i den forstand, at en del af alliancebegrebets tilhængerne betragter den terapeutiske relation og udviklingen af alliancen som selvstændige kurative faktorer og således anbefaler, at terapeuten i kortere eller længere perioder tilfredstiller visse også mere regressive behov hos patienten for at fremskynde udviklingen af alliancen (jf. Jørgensen 1997a). Her bliver alliancebegrebet altså forbundet med en lemfældig omgang med de klassiske analytiske dyder; tolkningens primat, undgåelse af behovstilsfredsstillelse osv., og alliancebegrebets hårdeste kritikere kan alene anerkende den positive behandlingsrelation som et sekundært redskab til at gøre patienten maksimalt modtagelig for de analytiske interventioner.

Endelig har enkelte borderline og skizofrenibehandlere peget på, at alliancebegrebet, specielt i arbejdet med svært forstyrrede patienter, kan give terapeuten en tro på, at der trods alt er sunde og bæredygtige elementer i den iøvrigt patologiske relation til patienten, og på at patienten rummer nogle kapaciteter og muligheder for bedring. I den forstand kan alliancebegrebet og terapeuten »evne til at se tegn på at en alliance er under opbygning« give terapeuten et illusorisk/fantaseret holdepunkt i dét terapeutiske rum, som i øvrigt er præget af kaos, ensomhed, tomhed, ubærelige følelser osv. (Adler 1979, 1980, 1992)⁴. Her bliver alliancebegrebet altså primært set som et udtryk for, at terapeuten i arbejdet med den svært forstyrrede patient har behov for et fundament på realitetens grund. Det er naturligvis legitimt at sige, at dette eller hint er nødvendigt for at terapeuten kan gøre sin del af arbejdet bedst muligt (og i den forstand tildels er udtryk for terapeuten's behov). Det er derimod ikke legitimt, hvis man samtidig forsøger at begrunde disse behov med henvisning til faktorer hos patienten eller med teoretiske konstruktioner, hvor terapeuten's personlige andel mere eller mindre »forsvinder«.

Samlet må man sige, at kritikken af alliancebegrebet primært er rettet imod en mere klassisk analytisk opfattelse af alliancen – og kritikken er således mindre relevant i forhold til det moderne alliancebegreb. Samtidig er en del af kritikken udtryk for den klassiske énperson psykologisk kritik af den moderne topersonpsykologi. Endelig er hovedparten af kritikken ude af trit med velunderbyggede empiriske forskningsresultater, som jeg senere skal vende tilbage til.

Operationaliseringer

Hvor alliancebegrebet oprindeligt udsprang af psykoanalysen, har de mest udbredte operationaliseringer en væsentligt bredere teoretisk referenceramme – dog fortsat med en vis forkærlighed for den psykodynamiske psykologi.

De første alliancemål blev primært udviklet til uafhængige bedømmers strukturerede vurdering af alliancen i individuel psykoterapi med lettere forstyrrelser (Luborsky et al. 1983, Allen et al. 1984, Marziali et al. 1984, Hartley & Strupp 1986). Hovedparten af disse instrumenter (bl.a.: Hacs; Helping Alliance Counting Sign method, TARS; Treatment Alliance Rating Scale, VTAS; Vanderbilt Treatment Alliance Scale) har dog kun vundet begrænset udbredelse og må idag betragtes som utidssvarende.

Der er i de senere år udviklet en lang række spørgeskemaer og rating-scales til kortlægning af alliancen. En væsentlig del af disse operationaliseringsforsøg foreligger i flere forskellige udgaver og er primært udviklet i tilknytning til specifikke projekter, ligesom de for en dels vedkommende endnu er utilstrækkeligt efterprøvet med henblik på reliabilitet og validitet. I dette efterhånden noget uoverskuelige felt er der dog to alliancemål som skiller sig ud ved deres solide teoretiske fundering og brede anerkendelse indenfor den empiriske psykoterapiforskning; nemlig Horvath & Greenbergs WAI (Working Alliance Inventory) og Marmar & Gastons CALPAS-instrument (California Psychotherapy Alliance Scale).

WAI (Horvath & Greenberg 1989) og CALPAS (Marmar & Gaston 1989, Gaston 1991) er begge baseret på velafprøvede spørgeskemaer, der foreligger i tre forskellige udgaver til hhv. patientens, terapeutens og uafhængige bedømmers rapportering af deres oplevelse af alliancen. Der er for begge instrumenter omfattende empirisk dokumentation for en yderst tilfredsstillende interbedømmer reliabilitet ved uafhængige bedømmers alliancevurderinger på basis af videooptagede terapisaftaler (Gaston et al. 1994). Begge instrumenter er enkle at administrere og foreligger i dansk oversættelse. WAI fokuserer primært på terapeutens og de fælles (enighed om mål og metode) bidrag til alliancen, imens CALPAS både indrager de fælles, terapeutens og patientens positive (arbejdskapacitet) og negative bidrag til alliancen (Jf. Houggaard 1994:79f). WAI må betragtes som et mere globalt alliancemål (større tidsperspektiv), imens CALPAS i højere grad åbner mulighed for at kortlægge den øjeblikkelige oplevelse af alliancen (i den enkelte session).

WAI består af 3 × 12 udsagn om patient-terapeut relationen og tilhørende oplevelser og emotionelle tilstande; tolv udsagn med reference til hver af Bordins tre alliancedimensioner (emotionelle bånd, enighed om mål og metode); eksempelvis »Min terapeut og jeg er enige om, hvad jeg skal arbejde med i terapien for at få det bedre« og »Jeg føler mig utilpas sammen med min terapeut« (negativt item). På en syvpunkt likert-

scale skal tages stilling til, hvor ofte disse beskrivelser passer på den terapeutiske relation. Alliances kvaliteten udtrykkes ved en simpel opsummering af disse kvantitative mål. WAI foreligger endvidere i forskellige forkortede udgaver (3×2 & 3×4 spørgsmål) som også er oversat til dansk.

CALPAS er tilsvarende opbygget af 4 × 6 spørgsmål til elementer i terapeutiske relation; seks for hver af Gastons fire alliancedimensioner (patientens arbejdskapacitet og involvering i terapien, enighed om terapeutiske strategi og terapeutens positive bidrag til alliancen); eksempelvis »Følte du dig accepteret og respekteret af din terapeut som den, du er?« og »Følte du, at der var uoverensstemmelser mellem dig og din terapeut om arten af ændringer, som du ønsker at foretage i terapien« (negativt item). På en syvpunkt likertscale skal tages stilling til i hvor høj grad disse beskrivelser passer på patientens oplevelse i aktuel session og alliancens kvalitet opsummeres til et simpelt kvantitativt mål. Ved terapeutens og de uafhængige bedømmers vurdering af alliancen tilføjes dels en række mål for patientens vanskeligheder med at arbejde i terapien (også kaldt negative patientbidrag), dels én global rating for hver af de fire alliancedimensioner. Endelig foreligger en udgave for uafhængige bedømmers vurdering af alliancen i terapeutiske grupper.

Udover disse to dominerende instrumenter bør nævnes Mallinckrodt's CATS-system (Client Attachment Scale), der er interessant ved sin udskillelse og operationalisering af forskellige alliancetyper på basis af Bowlbys tilknytningsteori; sikker, ængsteligt undgående og sammen-smeltende tilknytning (Mallinckrodt 1995). Instrumentet er dog stadig på et tidligt udviklingsstadium og utilstrækkeligt afprøvet.

Endelig har Luborskys HaQ (Helping Alliance Questionnaire) vundet en vis udbredelse og dets originale bidrag består i en skelnen imellem to væsensforskellige alliancetyper; type 1, der er baseret på patientens oplevelse af terapeuten som støttende og hjælpsom, og type 2 baseret på en oplevelse af et fælles ansvar for det terapeutiske arbejde og et samarbejde om at bekæmpe det, der plager patienten. De to alliancedimensioner korrelerer imidlertid meget højt, hvilket peger på, at spørgeskemaet i praksis ikke er istand til at udskille de to elementer af alliancen. Hertil kommer, at Luborskys instrument foreligger i talrige udgaver, ligesom det fortsat rummer problemer med at skelne tilstrækkeligt imellem egentlige alliancemål og tidlige mål for den terapeutiske effekt. Et problem Luborsky selv er opmærksom på og forsøger at løse i en ny udgave af instrumentet (Luborsky 1996a,b,c).

Det er et generelt problem for de mange metoder til kortlægning af alliancen, at de primært er udviklet, afprøvet og anvendt på rimeligt vel-fungerende patienter i kortere terapeutiske forløb. Der er således kun ganske få erfaringer med at anvende de relativt komplicerede spørgeskemaer på mere forstyrrede patientgrupper (sværere borderline og skizofrene tilstande). Man kan bl.a. forestille sig, at den mere forstyrrede patients besvarelser i visse kan være mere impulsive, og patienten således

opererer med et betydeligt kortere tidsperspektiv i sin oplevelse af relationen til terapeuten end den mere velintegrerede patient (eksempelvis borderlinepatienten som besvarer allianceskemaet ud fra sit sidste indtryk/sin øjeblikkelige oplevelse af terapeuten, der kort efter kan være betydeligt forandret).

Hertil kommer, at det ved terapeutens og de uafhængige bedømmers alliancevurderinger er vanskeligt at tage tilstrækkelig højde for eventuelle vikarierende modoverføringer og projektioners indflydelse på de foretagne vurderinger (Allen et.al.1984). I forlængelse af dette er det bl.a. rapporteret, at de uafhængige bedømmers teoretiske præferencer (psykodynamisk vs. kognitiv-adfærdsterapeutisk) influerer på oplevelsen/vurderingen af alliancen i selvsamme terapeutiske forløb (Raue et.al. 1995). Oplevelsen og vurderingen af en given patient- og terapeutadfærd som bidrag til og/eller udtryk for en god eller dårlig alliance synes altså blandt andet at være bestemt af bedømmerens teoretiske og kliniske orientering, hvilket umiddelbart svækker begrebets reliabilitet. Hertil har Mallinckrodt (1991) peget på faren for, at specielt mindre erfarne bedømmere forveksler patientens (neurotiske) afhængighed (og urealistiske idealisering) af terapeuten med en god alliance.

Endelig er der i en række undersøgelser (specielt for WAI) blevet påpeget en overordenlig høj korrelation imellem de forskellige alliancedimensioner, som naturligt har givet anledning til at stille spørgsmålstejn ved det hensigtsmæssige i at opretholde denne skelen imellem forskellige alliancedimensioner (Salvio et.al.1992, Henry et.al.1994a, Hatcher et. al.1995, Hatcher & Barends 1996); en opdeling der er både teoretisk og klinisk meningsfuld⁵ men muligvis ikke er empirisk anvendelig. Hertil er der blevet argumenteret for, at begrebet om det emotionelle bånd i alliancen bør udvides, således at det også kan indfange patientens oplevelse af frihed i relationen, patientens oplevelse af, at kunne udtrykke både positive og negative følelser overfor terapeuten og af at terapeuten er istand til at modtage, rumme og besvare disse (Hatcher & Barends 1996). En sådan udvidelse vil bl.a. også kunne tage højde for, at en aggressiv og angribende adfærd fra patienten i visse tilfælde er udtryk for en god alliance; alliancen betyder så at sige, at patienten føler sig så tryk i den terapeutiske relation, at han/hun kan give udtryk for (og efterfølgende tematisere) sin vrede på terapeuten. Der er således fortsat behov for at udvikle og afprøve nye og mere præcise alliancemål, også i et forsøg på at håndtere det uundgåelige problem ved enhver operationalisering; at man på den ene side vinder ganske meget i konkret præcision og reliabilitet med henblik på empirisk udforskning, men samtidig mister nuancer og dele af kompleksiteten i mellem menneskelige samspil.

Alliancebegrebets empiriske status

Alliance og terapeutisk effekt

Der er efterhånden et solidt empirisk grundlag for en stabil (omend moderat) korrelation imellem kvaliteten af den terapeutiske alliance og det terapeutiske udbytte på tværs af forskellige terapeutiske metoder. Der iagttages gennemgående en korrelation på 0.2-0.3 afhængig af bl.a., hvem der vurderer alliancen, hvem der vurderer udbytte (og med hvilke instrumenter) og hvornår i det terapeutiske forløb alliancen vurderes (Horvath & Luborsky 1993:565ff, Horvath 1994:272). Den største korrelation kan iagttages imellem (1) patientens vurdering af alliancen tidligt og sent i forløbet og (2) patientens egen vurdering af det terapeutiske udbytte på (3) skalaer der søger at forbinde den opnåede forandring med patientens specifikke vanskeligheder ved terapiens start (altså idiografiske effektmål fremfor nomotetiske symptomskalaer).

Disse korrelationer er primært fundet ved undersøgelser af lettere til middelsvært forstyrrede patienter i kortere terapeutiske forløb, hvor bl.a. en dårlig alliance tidligt i forløbet altså korrelerer med et dårligere terapeutisk udbytte. Enkelte undersøgelser af mere forstyrrede patienter i langvarig psykoterapi (Frank & Gunderson 1990, Piper et.al. 1995) har imidlertid fundet, at det i arbejdet med disse patienter tager væsentligt længere tid at opbygge en bæredygtig alliance – og at en gradvis forbedring af alliancen i terapiens første del korrelerer med senere mål for udbytte. Frank og Gunderson konkluderer således, at det i arbejdet med ikke-kroniske skizofrene patienter kan tage helt op til et halvt år at opbygge en alliance – og samtidig finder de, at intet tyder på, at det i de forløb, hvor der ikke er etableret en alliance efter seks måneders intensiv terapi, vil være muligt at gøre dette ved at forlænge behandlingen. Den centrale pointe i denne forbindelse er, at man nok i nogen grad kan forudsige effekten af et korttidsterapeutisk forløb ved at se på alliancen i de første sessioner, men at en dårlig alliance tidligt i et forløb ikke i sig selv fortæller noget éntydigt om vore muligheder for at opnå et godt terapeutisk resultat i et længere terapeutisk forløb (Luborsky 1996d:257). Da der kun foreligger ganske få undersøgelser af sammenhænge imellem allianceudvikling og terapeutisk udbytte for sværere forstyrrede patienter i længere terapeutiske forløb, er det imidlertid vanskeligt at sige noget mere præcist om disse sammenhænge. En del tyder dog på, at der også i længere forløb er en sammenhæng imellem alliance og udbytte, men at alliancen udvikles over længere tid (jf. Horvath & Luborsky 1993:566, Horvath & Symonds 1991:142f). Når man sammenholder allianceudvikling og behandlingsudbytte er det således centralt, hvornår i forløbet alliancen vurderes, ligesom behandlingskonteksten (kort- eller langtids-terapi) har væsentlig betydning.

Endnu engang nærmer vi os diskussionen af, hvornår det er en forudsætning for det terapeutiske forløb, at der hurtigt opbygges en alliance

og, hvornår det snarere er et (første) mål for det terapeutiske forløb, at sætte patienten istand til at indgå i en terapeutisk alliance. Groft sagt er en hurtig alliancedannelse forudsætning for effekten af et korttidsterapeutisk forløb (der generelt primært egner sig til lettere forstyrrede patienter), imens det i længerevarende forløb med sværere forstyrrede patienter er et vigtigt og i en række tilfælde dét vigtigste mål, at gøre det muligt for patienten at indgå i en tillidsfuld relation til terapeuten.

Den efterhånden ganske velunderbyggede statistiske sammenhæng imellem den terapeutiske alliance og det terapeutiske udbytte giver naturligt anledning til refleksioner over, hvorvidt der også er tale om en kausal sammenhæng. Der er imidlertid visse uafklarede spørgsmål i forbindelse med de observerede korrelationer; dels er det fortsat uafklaret, hvorvidt de statistiske sammenhænge imellem alliance og udbytte skyldes alliancens forbindelse med en række andre gode prognostiske faktorer og patientkarakteristika, som er tilstede fra behandlingens start, og alliancen i sig selv således i bedste fald kun har begrænset forklaringsværdi (utilstrækkelig kontrol over tredje ordens variable). Dels har der specielt i de tidlige alliancemål været problemer med at foretage en tilfredsstillende adskillelse af mål for alliancen og tidlige effektmål (det er så at sige prædestineret i de anvendte mål, at vi vil opnå en høj korrelation, da de i en vis udstrækning måler »det samme«). De nyere og mere velafprøvede alliancemål (specielt CALPAS & WAI) synes dog at have overvundet dette problem, og der er et hastigt voksende empirisk grundlag for at betragte alliancen som en selvstændig faktor adskilt fra tidlig terapeutisk effekt (Horvath & Luborsky 1993:566, Gaston et.al.1991)⁶.

Traditionelt opereres med to alternative hypoteser om de mulige kausale sammenhænge imellem alliance og udbytte – hypoteser som nok er teoretisk valide og umiddelbart meningsfulde, men endnu ikke er tilstrækkeligt empirisk funderede (Gaston 1990:148, Henry et.al. 1994a: 484). Med afsæt i bl.a. den klassiske psykoanalyse kan man (1) betragte den stabile terapeutiske alliance som en nødvendig forudsætning for de forskellige tekniske interventioners effekt – alliancen er da ikke i sig selv tilstrækkelig til at udløse væsentlige og blivende forandringer hos patienten. Alternativt kan man (2) betragte opbygningen og vedligeholdelsen af den terapeutiske alliance som terapeutisk virksomt i sig selv, hvilket i visse terapeutiske traditioner endog har betydet, at arbejdet med at opbygge og hele de uundgåelige brud på alliancen bliver det væsentligste fokus for det terapeutiske arbejde (se f.eks. Safran 1993a, Safran & Muran 1996). Sidstnævnte hypotese knytter sig mere generelt til de mange terapeutiske koncepter (udgående fra Kohut, Alexander m.fl.), der på forskellig vis fokuserer på den terapeutiske relation og patientens nye korrektive erfaringer i mødet med terapeuten, som terapeutiske virkningsfaktorer (jf.Jørgensen 1997a). De to hypoteser indeholder antageligt begge et mål af »sandhed« – blot for forskellige terapeutiske koncepters arbejde med forskellige patientkategorier (Jørgensen 1997b).

Samlet må vi imidlertid sige (jf. bl.a. Hentschel et.al.1992), at de mange observerede korrelationer imellem alliance og udbytte ikke siger noget præcist om karakteren af eventuelle kausale sammenhænge, og der er brug empiriske undersøgelser som mere specifikt går ind i det enkelte terapeutiske forløb og ved mikroanalyser ser på sammenhænge imellem bevægelser i alliancen, den terapeutiske proces og terapeutisk udbytte (på såvel sessionsniveau som over det samlede forløb). Med udviklingen af en række instrumenter til næranalyse af den terapeutiske proces (jf. Jørgensen 1996) er allerede taget tilløb til sådanne analyser.

Alliancens fluktuationer

Det er en gennemgående pointe i den nyeste allianceforskning, at det i de fleste tilfælde er utilstrækkeligt at vurdere alliancen én eller ganske få gange i det terapeutiske forløb. Endvidere er der blevet peget på gennemgående kritiske faser i allianceopbygningen; dels de første tre til fire sessioner, hvor patient og terapeut lærer hinanden at kende og »forhandler« om, hvordan de skal forstå og arbejde med patientens problemer. Dels når terapeuten begynder at udforske patientens gamle samspilsmønstre (fastholder fokus, bliver mere konfronterende osv.), der af patienten kan opleves som udtryk for, at terapeutens støtte og sympati reduceres (Jf. Horvath & Luborsky 1993:567f). Når blot de oplevede kriser eller brud på alliancen ikke er så alvorlige, at patienten forlader terapien eller trækker sig ud af kontakten i længere tid og afviser at se på de negative elementer i den terapeutiske relation, kan disse »fald« i allianceniveauet på længere sigt blive yderst frugtbare som udgangspunkt for udforskning af patientens interpersonelle vanskeligheder.

De observerede sammenhænge imellem alliance og udbytte er, som tidligere nævnt, mest markante når patientens oplevelse af alliancen tidligt i et korttidsterapeutisk forløb sammenholdes med udbytte. Dette kunne tyde på, at alliancen grundlægges (og tildels dannes) meget tidligt i det korttidsterapeutiske forløb med lettere forstyrrede patienter. Enkelte undersøgelser har således også fundet en ganske høj korrelation (op til 0.88) imellem alliancen efter første session og alliancen på forskellige tidspunkter senere i korttidsterapeutiske forløb med lettere forstyrrelser (Sexton et.al.1996:474). Man må imidlertid være varsom med at generalisere disse resultater til eksempelvis længere forløb med mere forstyrrede patienter, dels fordi der i sådanne korte terapeutiske forløb sjældent vil være mulighed for at arbejde mere indgående med alliancedannelsen i de tilfælde, hvor den ikke udvikles hurtigt og mere eller mindre »af sig selv«. Dels fordi en række undersøgelser peger på, at alliancens styrke og kvalitet varierer i de forskellige faser af det terapeutiske forløb.

Golden & Robbins (1990) har i to enkeltcase studier fundet, at patientens og uafhængige bedømmers oplevelse af specielt det emotionelle bånd er positivt fra terapiens start (første 4 sess.), hvorefter det falder i terapiens midterfase (sess. 5-8) for atter at stige til samme høje niveau i

terapiens afslutningsfase (sess. 9-12). Tilsvarende har Tracey & Bay (1984) fundet, at i succesfulde korttidsterapeutiske forløb (op til 20 sess.) med lettere forstyrrelser er den terapeutiske relation præget af en høj grad af komplementaritet i starten og slutningen af forløbet, imens komplementariteten gennemgående er betydeligt lavere i terapiens store midterfase.

I de tilfælde hvor man finder en relativt dårlig alliance på et givent tidspunkt i terapiens midterfase, betyder dette altså ikke nødvendigvis at det samlede udbytte af terapien bliver tilsvarende dårligt, ligesom vi heller ikke kan konkludere, at der er tale om en generelt dårlig alliance. I forlængelse af dette er det en central pointe i Safrans terapeutiske koncept, at den terapeutiske alliance er det akkumulerede resultat af en længerevarende proces, hvor alliancen frem for at blive opbygget én gang for alle gennemløber og udvikles af successive cirkler med brud og heling af alliancen (Safran 1993a, Safran & Muran 1996).

Endelig kan man forestille sig, at de forskellige alliancedimensioner har forskellige udviklingsforløb (hvor f.eks. emotionel afstemthed kan forekomme sammen med manglende enighed om mål og metode) bestemt af bl.a. patientkategori og terapeutisk metode, ligesom de forskellige dimensioner antageligt ikke har samme betydning for effekten af eksempelvis psykodynamisk og kognitiv terapi⁷. Dette er imidlertid vanskeligt at udforske med eksisterende alliancemål, der som tidligere nævnt ikke er istand til at skelne tilfredsstillende imellem det følelsesmæssige bånd, enighed om mål og enighed om metode.

Patientbidrag

Flere teoretiske og empiriske bidrag har peget på en række patientkarakteristika som på forskellig vis synes at have betydning for allianceudviklingen. Udover de tidligere nævnte egofunktioner og patientens parathed til at investere i terapien og tilpasse sig den terapeutiske metode er der mere specifikt bl.a. fundet en signifikant statistisk sammenhæng imellem patientens sociale kompetence og allianceudvikling i korttidsterapi (Mallinckrodt et.al.1995a:82), ligesom der er fundet sammenhænge imellem patientens tidlige objektrelationer og allianceudviklingen (Mallinckrodt et.al.1995a) og imellem kvaliteten af patientens aktuelle relationer til andre og udviklingen af alliancen (Moras & Strupp 1982, Ryan et.al.1985). Der er således et ganske godt empirisk belæg for, at patienter med gode fortidige og nutidige objektrelationer (der typisk er generelt mindre forstyrrede) i de fleste tilfælde vil kunne indgå i en terapeutisk alliance. Sammenhængen er mindre éntydig for de patienter, der før terapien primært har dårlige erfaringer i mellem menneskelige relationer; det er således i en del tilfælde muligt at opbygge en bæredygtig alliance med disse patienter (jf.Moras & Strupp 1982) – specielt i længere terapeutiske forløb. Det må endvidere antages, at terapeutens bidrag til alliancen (evne til at opfange og tematisere negative overføringer/brud på alliancen og

evne til at kommunikere empati for patienten osv.) har større betydning i disse tilfælde, hvor patienten ud fra en vurdering af dennes objektrelationer har en dårlig prognose for opbygningen af en alliance.

Der er i en række undersøgelser fundet tilsyneladende modstridende sammenhænge imellem patientens grad af symptomatologi og allianceudvikling. De tilsyneladende modstridende resultater synes imidlertid i væsentlig grad at hænge sammen med, at de forskellige undersøgelser dels er foretaget på forskellige terapeutiske metoder, som ikke umiddelbart kan sammenlignes (f.eks. korttidsterapi vs. længere forløb), dels at de indgående patienter er væsensforskellige på det personlighedsstrukturelle niveau. Op til et vist punkt synes patientens grad af symptomatologi ikke at influere væsentligt på alliancedannelsen. Generelt er der dog fundet en moderat negativ sammenhæng imellem symptomatologi og allianceudvikling – jo mere forstyrret patienten er des vanskeligere er det at opbygge alliancen (Horvath & Luborsky 1993:567); en sammenhæng som er mere udtalt i korttidsterapeutiske forløb og, hvilket er værd at bemærke, tilsyneladende også er mere udtalt ved psykodynamisk end ved kognitiv psykoterapi (Raue et.al.1993).

I deres refleksioner over denne sammenhæng imellem symptomatologi, terapeutisk metode og alliancedannelse antager forfatterne (Raue et.al.1993:204f), at de kognitive terapeuters mere eksplicite forventninger til deres patienter, den fastere struktur og den generelt mere styrende terapeut bidrager til en (hurtigere) opbygning af alliancen. Imens de psykodynamiske terapeuter med deres vedvarende fokus på interpersonelle konflikter kan bidrage til at konflikter i den terapeutiske relation (for en periode) forstærkes og således hæmmer visse dele af alliancedannelsen – i nogle tilfælde i en sådan grad, at patienten afbryder behandlingen, i andre tilfælde med frugtbare resultater på længere sigt. Denne pointe underbygges af, at i de psykodynamiske sessioner, hvor alliancen er lav, har der været fokuseret på relationen her-og-nu og på patientens negative overføringer (Raue 1993:205), imens de kognitive behandlere generelt ikke beskæftiger sig med den terapeutiske relation her-og-nu.

Hertil kan de psykodynamiske behandleres mindre tilbøjelighed til at fokusere på patientens symptomer betyde, at visse patienter oplever, at terapeuten »ikke leverer varen«; der er ikke enighed om mål endsige metode i arbejdet med de patienter som ønsker et vedvarende fokus på og en hurtig befrielse for symptomer, uden interesse for symptomernes eventuelle dybereliggende og historiske rødder. Samlet synes de forskellige terapeutiske koncepter at indeholde forskellige trusler imod den terapeutiske alliance; den aktive, dirigerende kognitive terapeut kan f.eks. blive oplevet som invaderende, kritiserende og overfladisk, imens den mere »neutrale« og tilbagetrukne psykodynamiske terapeut kan blive oplevet utilnærmelig, frustrerende, uengageret osv.

Eaton (1988:540) har fundet, at den mere forstyrrede patient yder færre positive og flere negative bidrag til alliancen. Fra andre undersøgelser

(Klee et.al.1990) ved vi, at dette i visse tilfælde kan fremkalde negative reaktioner hos terapeuten (negative modoverføringer, terapeuten indfanges i patologiserende samspil) med risiko for et malignt samspil som hindrer både alliancedannelse og terapeutiske resultater. Generelt synes den mere forstyrrede patient altså at stille større krav til terapeutens kompetence og mere »personlige« evne til at håndtere den terapeutiske relation.

Endelig er det i en række undersøgelser (f.eks. Rudolf et.al.1988, Allen et.al.1985, Horvath & Luborsky 1993) fundet, at patientens manglende motivation for ændring, manglende sygdomserkendelse, tendens til acting-out og undgåelsesadfærd, somatisering, manglende psykologisk tankegang, forsvarspræget adfærd og generelle kontaktvanskeligheder korrelerer negativt med allianceudviklingen. Der er her tale om en række patientkarakteristika, som alle mere eller mindre peger i retning af dels sværere forstyrrelse, dels generelt mindre egnethed for psykoterapi. Samlet synes de omtalte karakteristika nok at have nogen betydning for alliancedannelsen, men de nærmere sammenhænge er ikke tilstrækkeligt afklaret. Hertil kommer at en del af de omtalte undersøgelser på forskellig vis er belastet af metodeproblemer.

Terapeutbidrag

Før terapistart og tidligt i det terapeutiske forløb er det gennemgående vanskeligt at vurdere mulighederne for at opbygge en alliance. Og det er slet ikke muligt endsige meningsfuldt at foretage en sådan vurdering uden også at inddrage terapeutvariable og den unike matching af patient og terapeut⁸. Med det nyere alliancebegrebs forskning på at udskille alliancen som en selvstændig del af den terapeutiske relation (relativt uafhængig af overføringen), der er et udtryk for og et resultat af samspillet imellem patient og terapeut, må lægges betydeligt større vægt på terapeutens bidrag til alliancen og på terapeutens evne til at realisere patientens potentialer for alliancedannelse.

Terapeutens personlige bidrag til alliancen, herunder terapeutkarakteristika der eventuelt kan hæmme allianceudviklingen, er kun sparsomt udforsket. Teoretisk og empirisk er terapeutens engagement, kontaktevne, varme, faglige kompetence, empati, autencitet og ubetingede accept af patienten på forskellig vis blevet forbundet med udsigten til alliancedannelse og terapeutisk udbytte (jf. Rogers 1957, Mitchell et. al.1977, Hougaard 1994:71, Luborsky 1985); karakteristika som overordnet kendetegner »den gode terapeuts« generelle holdning og kun indirekte fortæller os noget om, hvilke mere specifikke terapeutkarakteristika og former for terapeutadfærd der bidrager til allianceopbygningen.

Der er dog i enkelte undersøgelser fundet empirisk belæg for en sammenhæng imellem terapeutens erfaring og allianceudviklingen. Malinckrodt & Nelson (1991) har således fundet, at erfarne terapeuter efter tredje session har opnået en markant bedre alliance, hvad angår enighed

om mål og enighed om metode, imens de kun fandt en ubetydelig forskel imellem novicer og erfarne terapeuter på alliancens emotionelle bånd efter tredje session. Når der, som i denne undersøgelse, er tale om lettere forstyrrede patienter, må man således formode, at den velfungerende terapeut er istand til hurtigt at opnå en god emotionel kontakt med de fleste patienter, imens det kræver nogen erfaring og faglig kompetence at formidle og opnå patientens accept af den terapeutiske metode og forhandle til en enighed om de terapeutiske mål indenfor de første sessioner⁹. Ved lettere forstyrrelser synes dele af alliancen således at blive udviklet relativt uafhængig af terapeutens mere tekniske kvaliteter, når blot denne undgår gentagne og graverende fejltrin (jf. også indledningscitater fra Freud 1913), imens det må forventes, at allianceudviklingen i højere grad er afhængig af terapeutbidrag ved sværere forstyrrede patienter; terapeuten må yde flere positive bidrag til alliancen og være istand til at håndtere patientens negative bidrag (negative overføringer, projektive identifikationer osv.) uden at »spille med« i gentagelser af maligne objektrelationer (jf. Klee et.al.1990). Der er således bl.a. et vist empirisk belæg for, at der trods et meget negativt og aggressivt indhold i patientens ytringer fra behandlingens start kan udvikles en god alliance, når blot terapeuten er god til at rumme patientens irritation og vrede (jf. Sexton 1996).

Bachelor (1995) har ved undersøgelse af 34 patienters alliancebeskrivelser fundet, at patienter har meget forskellige oplevelser af, hvad der kendetegner en god alliance og, hvorledes terapeuten kan bidrage til en sådan. Hun udkrystaliserer tre alliancetyper; (1) omsorgsalliancen, hvor patienten primært forbinder en god alliance med, at terapeuten er venlig og omsorgsfuld. Hertil ønsker patienten, at terapeuten er respektfuld, empatisk, en venlig og god lytter, der giver gode råd og forklarer sammenhænge, og endelig, at terapeuten er aktiv og tager styringen i det terapeutiske arbejde. Den (2) indsigtsorienterede alliance, hvor terapeuten skal optræde som en rummelig og kompetent autoritet, der både giver patienten plads til at tale om sine vanskeligheder og konfronterer patienten med sin modstand og fastholder fokus på patientens problemer. Endelig (3) samarbejdsalliancen, hvor patienten forventer at terapien er et samarbejde med fælles ansvar. Patienter ønsker at diskutere sine problemer med terapeuten og forventer at terapeuten er parat til at erkende egne fejltrin, ligesom der lægges vægt på tillid og følelsen af at blive forstået i en generelt egalitær relation. Her bidrager terapeuten bedst til alliancen ved at acceptere en tilnærmelsesvis symmetrisk relation med fælles ansvar for og kontrol over den terapeutiske proces.

Som det ses i Bachelors undersøgelse, er det vanskeligt at sige noget generelt om, hvilke terapeutkarakteristika og former for terapeutadfærd der bidrager til en frugtbar alliance – udover en række meget overordnede og umiddelbart indlysende faktorer, som må være tilstede og er forudsætning for enhver hjælperelation. Det bør dog nævnes, at Henry

et.al. (1986,1990) har fundet, at terapeuter i forløb med godt udbytte generelt er mere venlige, hjælpsomme, beskyttende og bekræftende overfor patienten, ligesom de er mere rummelige og selvkritiske (parat til at se egen andel i malige samspil) i deres samspil med patienten. Hertil er terapeuter i forløb med ringere udbytte fundet mindre empatiske og mere aggressive og diskret anklagende og moraliserende i samspillet med patienten. Selvom disse undersøgelser ikke direkte fokuserer på terapeutens bidrag til alliancen, peger de fremlagte resultater på kvaliteter ved den terapeutiske relation og terapeutens adfærd som er intimt forbundet med (udtrykker) alliancen.

Hvilke mere specifikke faktorer hos terapeuten der bidrager til alliancen er afgørende bestemt af forventninger og tidligere erfaringer hos den enkelte patient; eksempelvis kan en indledningsvist meget styrende og aktiv terapeutadfærd bidrage positivt til alliancen i arbejdet med patienten som har vanskeligt ved selv at håndtere mellem menneskelige samspil og eventuelt er tilbøjelig til at underkaste sig autoriteter, imens samme terapeutadfærd kan blokere alliancedannelsen hos patienter med konflikter omkring dominerende autoriteter osv. I denne forbindelse har Muran et. al.(1994) fundet, at patienter med vanskeligheder omkring (overdreven) underkastelse i mellem menneskelige relationer ganske hurtigt kan indgå i en terapeutisk alliance ved kognitiv korttidsterapi, imens patienter med vanskeligheder relateret til fjendtlig og dominerende adfærd i samvær med andre synes at have betydeligt vanskeligere ved hurtigt at indgå i en sådan terapeutisk alliance. Den fremtidige udforskning af mere specifikke terapeutbidrag til alliancen bør tage afsæt i individuelle caseformuleringer. Der foretages da en struktureret kortlægning af den enkelte patients konflikter og behov i mellem menneskelige relationer som efterfølgende kan danne afsæt for del (1) hypoteser om, hvorledes terapeuten bør agere for at understøtte allianceudviklingen hos patienter med netop denne type problemstilling, dels (2) valide vurderinger af konkrete terapeutadfærd/interventioner i lyset af specifikke problemstillinger hos patienten (se evt. Ells 1997).

Terapeutiske interventioner & den terapeutiske proces

Groft sagt opereres med tre forskellige metoder til udforskning af sammenhænge imellem terapeutens interventioner og udviklingen af alliancen; (1) korrelationsanalyser af overordnede sammenhænge imellem givne interventionstyper (antal) og alliancen på forskellige tidspunkter i det terapeutiske forløb, (2) sekvensanalyser, hvor der fokuseres på sammenhænge imellem forskellige interventionskategorier og umiddelbart efterfølgende bevægelser i alliancen (indenfor samme session), og (3) næranalyser af, hvorledes terapeutens interventioner adskiller sig i de forløb, hvor alliancen indledningsvis er dårlig og efterfølgende bedres hhv. de forløb, hvor alliancen forbliver dårlig. Endnu engang må man sige, at der ikke kan uddrages almene konklusioner af de forskellige un-

dersøgelser, da sammenhængen imellem interventioners antal, kvalitet, timing osv. og alliancen bl.a. er afhængig af den terapeutiske kontekst (korttidsterapi vs. længere forløb osv.) og, hvilken patientgruppe der arbejdes med. Der er således en stigende erkendelse af, at behandlingen må tilpasses den enkelte patient og at rent statistiske analyser af sammenhænge imellem meget globale mål er utilstrækkelige.

Ved sværere forstyrrede (borderline) patienter i længere behandlingsforløb er det fundet, at analytiske tolkninger typisk efterfølges af en bedring i patientens samarbejde med terapeuten¹⁰, imens »gode råd« og ros synes at hæmme samarbejdet (Allen et.al.1996). Samtidig er i flere tilfælde iagttaget en negativ korrelation imellem antal overføringstolkninger og allianceudvikling i korttidsterapeutiske forløb med lettere forstyrrede patienter (Piper et.al.1991), og imellem på den ene side antal og nøjagtighed/dybde af tolkninger og på den anden side udviklingen af alliancen hos dårligere fungerende patienter i korttidsterapi (Piper et.al. 1993). Samlet synes et moderat antal (2-3 pr.sess.) præcise tolkninger dog at have en gavnlige effekt på alliancen, imens for mange og for upræcise tolkninger belaster allianceudviklingen – antageligt bl.a. fordi patienten da vil opleve, at terapeuten er uempatisk og inkompetent (Crits-Christoph 1993). Som jeg vil tilbage til, bør brugen af tolkninger (antal, dybde osv.) altid afstemmes til den enkelte patientens grad af forstyrrelse og øjeblikkelige tilstand.

I en række enkeltcasesstudier af længere behandlingsforløb er fundet belæg for, at interventioner som fokuserer på den terapeutiske relation her-og-nu forbedrer patientens samarbejde med terapeuten (Gabbard et.al.1988, Allen et.al.1996), ligesom terapeutens konfrontering og tematisering af patientens modstand og følelser og reaktioner overfor terapeuten, og terapeutens tolkning af baggrunden for disse reaktioner, i nogle tilfælde bidrager til opbygningen af alliancen (Foreman & Marmar 1985, Kivlighan & Schmitz 1992, Safran & Muran 1996). Under alle omstændigheder synes brugen af specielt overføringstolkninger at være en »high risk, high gain« intervention, som ofte har forbindelse med skift i patientens samarbejde med terapeuten – i både positiv og negativ¹¹ retning (jf. bl.a. Allen et.al.1996).

Samlet peger en lang række empiriske resultater på, at terapeutens interventioner har betydning for alliancedannelsen og, i forlængelse af dette, at det i arbejdet med patienter, der umiddelbart vurderes at have en dårlig prognose for alliancedannelse, i en del tilfælde vil være muligt at udvikle en bæredygtig terapeutisk alliance – forudsat at terapeuten er rimeligt kompetent og der er afsat tilstrækkelig tid. Det bør her bemærkes, at moderat medicinering i visse tilfælde bedrer borderlinepatienters evne til at indgå i en alliance (Frank 1992)¹², ligesom den stabile alliance omvendt synes at medføre en bedre medikamentel compliance (Frank & Gunderson 1990) og endog kan have betydning for effekten af farmakologisk behandling (Krupnick et.al.1996).

Som bekendt er timing overordentlig væsentlig for enhver interventions effekt. Indenfor psykoanalysens forskellige traditioner er der nogen uenighed om, hvorvidt tolkninger skal anvendes fra behandlingens start og således bidrager til alliancedannelsen (f.eks. Kernberg) eller tolkninger primært først bør anvendes, når der er opbygget en alliance (f.eks. Masterson, Kohut). Der er dog empirisk belæg for, at i de tilfælde, hvor terapeuten interventioner fremkalder emotioner som er for kraftige og overvælder patienten på det givne tidspunkt, vil dette belaste alliancen, ligesom terapeuten der giver for mange og for dybtgående tolkninger uden tilstrækkelig fornemmelse for patientens tilstand, vil fremprovokere forsvarsreaktioner hos patienten – herunder tilbagetrækning fra den emotionelle kontakt (Frieswyk et.al.1994). Hertil er det fundet, at for lange, for direkte og for konfronterende tolkninger, som ikke udtrykker en tilstrækkelig empati med patienten, medfører en umiddelbart fald i patientens samarbejde med terapeuten (Horwitz et.al.1996:154).

Ved at sammenholde uafhængige bedømmers vurderinger af terapeuten på en række dimensioner med allianceudvikling i korttidsterapi har Sexton et.al. (1998) fundet, at terapeuten aktive og fokuserede lytten, terapeuten afslappede og varme kontakt og terapeuten evne til at undgå at introducere temaer som ikke er relevante for patienten, synes at hænge sammen med en positiv allianceudvikling.

En række undersøgelser har peget på, at terapeuten i sin adfærd må være overvejende komplementær til patienten og mindre konfronterende i behandlingens indledende fase, indtil patienten er blevet involveret i terapien og der er opbygget en alliance. Herefter vil den mindre komplementære og mere konfronterende terapeutadfærd, som udfordrer patientens fastlåste samspilmønstre og forsvarsmekanismer, medføre væsentligt bedre resultater end den konsekvent »venlige« og ikke-konfronterende terapeut (Andrews 1990, Tracey & Bay 1984, Kiesler & Watkins 1989); den konsekvent »venlige« og overdrevent forsigtige (antiaggressive) terapeut kan nok umiddelbart opbygge en alliance men opnår ingen eller kun ringe terapeutiske resultater. Det er endvidere fundet, at i forløb med en gennemgående god alliance efterfølges terapeuten intervention typisk af øget involvering fra patienten, ligesom samspillet imellem patient og terapeut i terapiens store midterfase er præget af komplementaritet, hvad angår kontrol i den terapeutiske relation; patienten anerkender at terapeuten har den overordnede kontrol i det terapeutiske arbejde (Reandeanu & Wampold 1991).

Endelig er terapeuten mindre neutral og mere engageret i patienten fra behandlingens start i forløb med gennemgående god alliance, samtidig med, at terapeuten på en række punkter er mere støttende og strukturerende når patienten arbejder med vanskeligt materiale (Sexton et.al. 1996). Hertil er fundet, at i forløb med en god alliance er terapeuten mere aktiv og styrende i terapiens midterfase, ligesom samtalens fokus fra terapiens start holdes i længere tid (Sexton et.al.1996).

Klinisk anvendelse

I arbejdet med lettere forstyrrelser (neurotiske og lettere borderlinetilstande) er alliancedannelsen i de fleste tilfælde relativt uproblematisk. Dette betyder dog ikke, at man kan være enig med Freud, når han siger, at »Hertil behøver man ikke andet end at give ham (patienten) tid« (Freud 1913:199). De ovenfor fremlagte undersøgelser peger på en række faktorer som kan bidrage til en hurtigere og mere stabil udvikling af alliancen.

Når man, som i hovedparten af allianceforskningen, arbejder med lettere forstyrrede patienter i korttidsterapeutiske forløb, er det afgørende at udvælge patienter med en god prognose for alliancedannelse; patienter med relativt veludviklede egofunktioner, god kontaktevne og forholdsvis gode fortidige og nutidige objektrelationer. Hertil må det efterhånden være fastslået, at allianceudviklingen har væsentlig betydning for det terapeutiske udbytte. I korttidsterapeutiske forløb betyder dette typisk, at der i de første 2-3 sessioner må arbejdes på at få opbygget en bæredygtig alliance, og at terapeuten iøvrigt må have løbende opmærksomhed på patientens oplevelse af terapeuten og det terapeutiske arbejde, således at der hurtigt kan gribes fat i eventuelle negative overføringer og brud på alliancen.

Med Safran (1990) kan opregnes mindst syv forskellige typer af tegn på brud på alliancen; at (1) patienten direkte udtrykker utilfredshed med og vrede på terapeuten (uden umiddelbart at være parat til at tematisere baggrunden for denne), (2) patienten giver indirekte udtryk for utilfredshed og vrede (sarkasme, ironi, passiv-aggressiv adfærd osv.), (3) patienten udtrykker uenighed eller utilfredshed omkring terapiens mål og metode, (4) patienten underkaster sig terapeuten uden at yde egne bidrag til det terapeutiske arbejde (for at undgå konflikter og afvisning), (5) undvigelssadfærd, hvor patienten ignorerer dele af terapeuten ytringer, foregiver forvirring eller skifter emne eller fokus for samtalen, (6) patienten retfærdiggør eller forsvaret sig, som om han/hun oplever et angreb fra terapeuten, og endelig (7) at patienten ikke reagerer på terapeuten/trækker sig helt ud af kontakten.

Det er en vigtig opgave for terapeuten at opfange sådanne tegn på alliancebrud og efterfølgende tematisere baggrunden for, at patienten trækker sig ud af den terapeutiske kontakt, alternativt går til angreb på terapeuten. I denne forbindelse bør terapeuten generelt undgå for mange og for dybtgående analytiske tolkninger, der kan mystificere patienten og belaste alliancen unødigt og i et omfang som ikke kan rummes indenfor et korttidsterapeutisk forløb. Terapeuten må anvende ganske få og præcise tolkninger uden at gå ind i dybtgående historiske tolkninger af baggrunden for patientens adfærd i samspillet med terapeuten.

I behandlingens indledende fase (første 1-3 sessioner) må terapeuten være mindre konfronterende og i højere grad følge patienten (positiv

komplementaritet), hvorefter terapeuten må blive mere konfronterende, mere aktiv og mere styrende med henblik på at tilbyde en fast struktur i det terapeutiske arbejde. Det er herunder væsentligt, at der indenfor de første sessioner udpeges og opnåes enighed om et fast fokus for det terapeutiske arbejde (patientens kernekonflikter, centrale symptomer), ligesom der må foregå en eksplicit forhandling om målet for terapien og, hvorledes der skal arbejdes for at nå disse (enighed om metode).

Som en mere pædagogisk og kognitiv forberedelse til behandlingen anbefaler Beutler & Clarkin (1990), at patienten før behandlingens start instrueres i, hvad der forventes af ham/hende i terapien (eksplicitering af rolleforventninger – jf. også Hartley & Strupp 1986), ligesom der bør gives eksplicite (eventuelt skriftlige) informationer om behandlingens kontekst og metode; hvor, hvornår, i cirka hvor lang tid terapien skal løbe og hvilken metode der anvendes. Hertil lægges vægt på, at der i behandlingens indledende fase indgås en (skriftlig) behandlingskontrakt med eksplicitering af behandlingens mål, eventuelt suppleret med aftale om et tidspunkt for fælles evaluering af behandlingen og mulighed for indgåelse af ny behandlingskontrakt. De opstillede mål skal være konkrete (»målelige«), tage udgangspunkt i patienten selv og knytte sig til faktorer som patienten har erkendt hun selv har ansvar for og indflydelse på (Yeomans et.al.1992), ligesom det bør drøftes med patienten, hvilke vanskeligheder der, ud fra patientens hidtidige erfaringer i mellem menneskelige relationer, kan forventes i den terapeutiske relation og hvad der i givet fald skal gøres. Teoretisk er indgåelsen af en sådan behandlingskontrakt blevet forbundet med en »holding environment« som kan rumme eventuelle overføringer, impulser osv. i allianceudviklingsfasen, ligesom der efterfølgende kan henvises til den fælles kontrakt ved eventuelle brud på behandlingens rammer. Der er et vist empirisk belæg for en sammenhæng imellem en sådan eksplicit indgåelse af behandlingskontrakt og mindre risiko for drop-out (Yeomans et.al.1994).

Selvom disse anbefalinger nok har et noget teknisk præg, peges på en række vigtige elementer i forberedelsen af patienten til psykoterapi, som alt for ofte forsømmes – hvilket antageligt både belaster alliancen og medfører unødige dropouts. Der bør således altid lyttes nøje til, hvorfor patienten søger hjælp, og eventuelt bør patienten hjælpes med at formulere sine mål og forventninger til terapien. Herunder bør det altid drøftes, hvad det indebærer at gå i psykoterapi, og hvad der forventes af patienten (patientens rolle og ansvar)¹³, ligesom terapeuten må være parat til at tilpasse sin behandlingsmetode til den enkelte patient. Alt sammen elementer som forbereder patienten til en hurtigere udvikling af visse dele af den terapeutiske alliance. Forsøger terapeuten vedholdende at presse patienten ind i et bestemt terapeutisk koncept – eksempelvis den psykoanalytiske terapeut, der insisterer på at udforske den tidlige barndom for at kurere en simpel fobi, imens patienten blot ønsker at blive befriet for sine symptomer hurtigst muligt og uden for megen snak om

barndommens oplevelser – ødelægges enhver mulighed for udviklingen af en frugtbar alliance.

I en mere filosofisk behandling af kommunikationen imellem patient og terapeut har Wackerhausen (1997:18) gjort opmærksom på, at patient og terapeut i visse situationer opererer med afgørende forskellige kriterier for, hvad der er relevant for at forstå patientens vanskeligheder, og at det som terapeuten oplever er sagen uvedkommende måske netop er sagen yderst vedkommende for patienten og vice versa¹⁴ – en problemstilling der også knytter sig til forskellige sygdomsbegreber og fremvæksten af de såkaldt alternative behandlingsformer, hvor visse patienter i højere grad end i det etablerede system føler sig mødt og forstået (jf. Launsø 1995); de har lettere ved at nå til enighed med den alternative terapeut om behandlingens mål og metode og således indgå i en behandlingsalliance, der i visse tilfælde kan være kurativ i sig selv for patienten.

I relationen til den svært forstyrrede (skizofrene) patient må tages højde for en række problemstillinger (sprogets sammenbrud, svære kontaktforstyrrelser mv.), som falder udenfor denne artikels rammer. Retter vi derimod opmærksomheden imod de sværere borderline tilstande (ad modum Kernberg), kan man også hér drage nytte af de opnåede erkendelser omkring den terapeutiske alliance – omend der da må tages højde for, at hovedparten af det empiriske materiale stammer fra arbejdet med lettere forstyrrelser.

Man kan naturligvis kun give meget overordnede og generelle anvisninger på, hvorledes man bør arbejde med borderlinepatienten. Behandlingsforløbet og håndteringen af den terapeutiske relation må altid afstemmes efter den enkelte patients unike problemstillinger, ligesom man må være opmærksom på, at patienten i princippet vil opleve og fortolke enhver intervention og enhver terapeutadfærd i lyset af sin historie, tidligere erfaringer med andre mennesker, gennemgående mønstre i patientens interageren med andre osv. En given adfærd fra terapeuten og en given intervention kan således udløse væsensforskellige reaktioner hos to forskellige patienter.

Hvor den lettere forstyrrede patient i sine tidlige objektrelationer har haft mulighed for at opbygge den grundlæggende tillid og de centrale egofunktioner, som er forudsætninger for, at patienten umiddelbart kan indgå i en terapeutisk alliance, da er borderlinepatientens vanskeligheder netop centreret omkring en forstyrrelse af evnen til at indgå tillidsfuldt og stabilt i mellem menneskelige relationer. Borderlinepatienten mangler den basale tillid og de indre strukturer som er grundlaget for opbygningen af en stabil alliance, og hvor arbejdet med alliancedannelsen primært ligger i de første sessioner ved lettere forstyrrede patienter, bliver dette en gennemgående opgave i arbejdet med den mere forstyrrede borderlinepatient. I den første lange periode af behandlingen, indtil patienten har etableret en basal tillid og visse indre strukturer ved internalisering af terapeuten som et godt objekt, vil det ikke være muligt at opbygge en

stabil terapeutisk alliance i traditionel forstand (Adler 1979, 1992) og den terapeutiske relation må i nogen udtrækning baseres på den positive overføring, selvobjektoverføringer og idealiserende overføringer. Hertil må man være opmærksom på, at en tilsyneladende god alliance i de første sessioner kan være udtryk for patientens idealisering og urealistisk positive forventninger til terapeuten og terapien som typisk kollapser efter ganske få sessioner.

Borderlinepatientens relateren sig til terapeuten vil i kortere eller længere tid være afgørende og vedvarende præget af hypersensitivitet for svigt, krænkelser og oplevelser af, at terapeuten ikke i tilstrækkelig grad tilfredsstillende patientens behov – hvilket bl.a. manifesterer sig ved angreb på terapeuten, trusler om at afbryde relationen vekslede med svær afhængighed, såret tilbagesøgning fra relationen, hastig vekslen imellem idealisering og devaluering osv. Patienten »kræver« umiddelbar behovstilfredsstillende og er tilbøjelig til at udagere sine impulser (bl.a. i retning af at afbryde behandlingen), ligesom grænsedragningen imellem selvet og terapeuten tidvist er uklar (oplevelsen af terapeuten domineres af primitive overføringer og projektioner). Hertil ses ofte en utilstrækkelig adskillelse af patientens oplevende og observerende ego, som er forudsætning for den stabile alliancedannelse og for, at patienten bliver i terapien og er parat til at udforske baggrunden for sine oplevelser af svigt, krænkelser osv. i den terapeutiske relation (forudsætning for, at patienten ikke overvældes af- og handler impulsivt på sin øjeblikkelige oplevelse).

Det må således betragtes som et mål i sig selv – og i en række tilfælde som målet – at patienten bliver istand til at indgå tillidsfuldt i en terapeutisk alliance. Den dårligere fungerende borderlinepatient har ofte en historie uden eller med kun ganske få tilfredsstillende interpersonelle relationer – oplevede skuffelser, krænkelser og svigt er fremherskende – og patienten har ikke haft mulighed for at internalisere et godt »holding« objekt. Patienten har behov for en »ny begyndelse« (Ferenczi, Ballint) eller en »korrektiv emotionel erfaring« (Alexander) i den terapeutiske relation, hvor terapeuten i kortere eller længere perioder varetager nogle af de psykologiske funktioner patienten endnu ikke selv er istand til at varetage (kompensere for mangler i patientens psykologiske struktur), ligesom terapeuten i perioder må tilfredsstillende visse af patientens også mere regressive behov (Doroff 1976). Med opbygningen af alliancen kan patienten efterhånden dels internalisere terapeuten som et godt objekt og identificere sig med terapeuten, dels internalisere den terapeutiske relation/den terapeutiske alliance som en ny positiv erfaring i en interpersonel relation med mulighed for at ændre sit billede af sig selv og andre (ændring af de indre objektrelationer).

Der er så at sige tale om en dialektisk proces, hvor hver lille forøgelse af patientens tillid til terapeuten bidrager til udviklingen af patientens indrepsykiske grundlag for at indgå tillidsfuldt i mellem menneskelige relationer generelt – herunder til patientens evne til at indgå tillidsfuldt i den

terapeutiske alliance. Den terapeutiske relation og samspillet imellem patient og terapeut, herunder udvikling og vedligeholdelse af den terapeutiske alliance, rummer således centrale terapeutiske virkningsfaktorer i arbejdet med borderlinepatienten (jf. Jørgensen 1997a, 1997b); både som en kurativ faktor i sig selv og på længere sigt som understøttelse af terapeuten's øvrige mere tekniske interventioner.

I forlængelse af dette er der i de senere år opbygget et vist empirisk grundlag for, at mere støttende interventionsformer med fokus på opbygningen af en tillidsfuld »holding« relation har væsentlig effekt i arbejdet med borderlinepatienten. Det er en central pointe i resultaterne fra det klassiske Menninger projekt, at en mere støttende terapiform med fokus på brugen af den terapeutiske relation (herunder den positive/idealiserede overføring) er mindst lige så effektiv som psykoanalytisk og psykodynamisk psykoterapi, også når det gælder at udløse varige og personlighedsstrukturelle forandringer hos dårligere fungerende borderlinepatienter i længerevarende psykoterapi (Wallerstein 1989). Hertil er fundet, at en gradvis bedring af den terapeutiske alliance igennem det terapeutiske forløb korrelerer markant med bedring på en række symptommål (SCL-90) for mere forstyrrede patienter (med dårligere objektkonstruktioner) i korttidsterapi (Piper et al. 1995:643f).

I arbejdet med borderlinepatienten kan vi, som tidligere nævnt, ikke forvente at alliancen opbygges indenfor de første sessioner, ligesom alliancen heller ikke umiddelbart opbygges én gang for alle. Som det bl.a. er blevet fremhævet af Safran, må vi snarere betragte alliancedannelsen som en proces med serier af brud på og heling af alliancen, hvortil det i arbejdet med den mere forstyrrede borderlinepatient er betydeligt vanskeligere at »hele« de brud, som typisk også forekommer betydeligt oftere i relationen til den mere forstyrrede patient. Den terapeutiske relation står konstant til diskussion (med fare for afbrydelse), og der må derfor vedvarende fokuseres på opbygningen af alliancen og håndteringen af den terapeutiske relation; herunder en stadig opmærksomhed på og tematisering af, brud på alliancen, manifestationer af patientens modstand, negative overføringer og patientens tilbagetrækning fra den terapeutiske kontakt¹⁴.

Det terapeutisk virksomme i arbejdet med brud på alliancen er de akkumulerede gennearbejdninger af talrige mikroepisoder i den terapeutiske relation. I forlængelse af dette har Safran & Muran (1996) fremlagt empirisk materiale, som tyder på, at de tilfælde, hvor brud på alliancen repareres, adskiller sig fra de tilfælde, hvor alliancen bliver mere permanent belastet, ved, at terapeuten fokuserer på patientens reaktioner her-og-nu og på, hvad der kan være baggrunden for disse reaktioner (samtidig med, at patienten viser sig parat til dette). Det har altså væsentlig betydning for opretholdelsen af alliancen, og for udnyttelsen allianceudviklingens kurative elementer, at terapeuten formår at opfange, tematisere og fortolke de uundgåelige brud på alliancen. Samtidig forudsætter et

sådant arbejde naturligvis et vist minimum af tillidsfuld kontakt og enighed om terapeutisk metode for overhovedt at kunne finde sted; Safran taler også om »metaalliancen« – den overordnede relationelle kontekst for de oplevede alliancebrud, som gør det muligt at tematisere og udforske baggrunden for disse (Safran 1993b:43f, Muran 1997:417).

Som tidligere nævnt er der empirisk grundlag for, at fokus på og tolkning af patientens modstand, negative overføringer og brud i den terapeutiske relation har positiv effekt på alliancen og det terapeutiske udbytte, sålænge terapeuten undgår for mange, for konfronterende og for dybtgående tolkninger, der overvælder patienten emotionelt og fremprovokerer forsvarsreaktioner (Frieswyk et.al. 1994, Allen et.al.1996, Crits-Christoph et.al. 1993, Safran & Muran 1996, Horwitz et.al.1996). Ved brugen af tolkninger er det således væsentligt, dels at deres dybde afpasses til den enkelte patient, dels at tolkningerne afgives i en »holding environment« suppleret med støttende interventioner (jf. Pine 1984) og endelig at tolkningernes antal begrænses – i perioder bør genetiske tolkninger helt undgås i arbejdet med den mere forstyrrede patient (jf. Piper et.al.1991).

Specielt indenfor selvpsykologien forbindes brud på alliancen og negative udviklinger i den terapeutiske relation med patientens oplevelse af, at terapeuten på forskellig vis svigter, krænker eller frustrerer centrale behov hos patienten. Der tales også om de uundgåelige brud på terapeuten empati og den uundgåelige (og for enhver udvikling nødvendige) frustration af visse af patientens behov. Ved brud på terapeuten empati er det afgørende for den terapeutiske proces, at terapeuten er istand til at opfange og afstemme sig med patientens sekundære emotion – typisk vrede eller ked af, at føle sig svigtet, ikke-forstået osv. (jf. Safran 1993a). Terapeuten må anerkende og validere patientens oplevelse af, at føle sig svigtet (Wolf 1993, Horwitz et.al. 1996:156) og ved empatisk spejling af patientens sekundære emotioner igangsætte en udforskning af, hvad der udløste den aktuelle oplevelse af svigt (Meissner 1996). Efterhånden vil dette så give naturlig anledning til også at udforske patientens tidligere oplevelser af svigt, krænkelser og frustration af fundamentale følelsesmæssige behov. I denne proces kan terapeuten med fordel inddrage sine egne følelsesmæssige reaktioner (modoverføringer) i samværet med patienten, ligesom terapeuten må anerkende sin egen eventuelle andel i patientens oplevelse af svigt.

Udover ovenstående retningslinier for håndteringen af den terapeutiske relation, med henblik på udviklingen af specielt alliancens mere emotionelle aspekter, kan kortere eller længerevarende ordineret angstdæmpende og antipsykotisk medicin bidrage til den ro og indre samling, som er forudsætning for allianceudviklingen, ligesom også korterevarende indlæggelse i visse tilfælde kan være gavnlige for den terapeutiske proces.

Alliancebegrebet med sine rødder i psykoanalysen har vist sig at være et både empirisk og klinisk anvendeligt begreb, der i de senere år har vundet stadig større indpas i den psykoterapeutiske forskning og litteratur. Groft sagt er alliancen en teoretisk konstruktion, der bl.a. manifesterer sig ved patientens samarbejde med terapeuten omkring et fælles mål og ved en tillidsfuld relation præget af gensidig anerkendelse og respekt. Alliancen er kun i begrænset omfang en »objektiv« realitet i den forstand, at det er muligt for forskellige personer (patient, terapeut og uafhængige bedømmere) at nå til enighed om dens eksistens og kvalitet. Talrige undersøgelser peger på, at alliancen primært bør henføres til patientens mere subjektive oplevelse af terapeuten og den terapeutiske relation; det er således overvejende patientens oplevelse af alliancen som er fundet at korrelere med det terapeutiske udbytte (Horvath 1994:272), ligesom det også i højere grad er patientens oplevelse af terapeuten, snarere end terapeuten faktiske »objektive« adfærd, som er fundet at korrelere med det terapeutiske udbytte (Horvath & Luborsky 1993:562). Blandt forudsætningerne for alliancen peges typisk på patientens basale tillid og rimeligt veludviklede egofunktioner og på terapeuten evne til at håndtere den terapeutiske relation. Enhver seriøs diskussion af mulighederne for at opbygge en alliance bør dog altid tage højde for, hvilke patientkategorier der tales om (personlighedsstruktur mv.), hvilken terapeutisk metode der tænkes anvendt og, hvilket tidsperspektiv der opereres med.

Der er forsat brug for udvikling af nye instrumenter til kortlægning af alliancen og dens eventuelle underliggende dimensioner, ligesom der er behov for empirisk udforskning af, hvilke karakteristika og adfærdsformer hos patient og terapeut der bidrager til hhv. hæmmer allianceudviklingen på kort og på lang sigt. Hertil må foretages yderligere undersøgelser af, hvorledes alliancen udvikles over det samlede terapeutiske forløb, og hvorledes man kan forstå eventuelle kausale sammenhænge imellem allianceudvikling og terapeutisk udbytte. Metodisk synes bl.a. mikroanalyser af enkelte terapeutiske forløb, hvor der ses på sammenhænge imellem terapeutadfærd, terapeutinterventioner og udvikling i patientens samarbejde med terapeuten på moment to moment niveau, at være vejen frem. I denne forbindelse kan man betragte hver lille bevægelse i udviklingen af alliancen som et mikromål for det terapeutiske udbytte.

ANVENDT LITTERATUR

Den følgende – ganske omfattende – litteraturliste har til hensigt at opregne hovedparten af den tilgængelige kvalificerede litteratur om den terapeutiske alliance.

- ABEND, S.M. (1996): The Problem of Therapeutic Alliance. *J.Clin.Psychol.* 5:213-40.
- ADLER, G. (1979): The Myth of the Alliance with Borderline Patients. *Am.J. Psychiatry*; 136:642-45.
- ADLER, G. (1980): Transference, Real Relationship and Alliance. *Int.J.Psychoanal.* 61:547-58.
- ADLER, G. (1992): The Myth of the Alliance with Borderline Patients Revisited. In: ROSENBLUTH S. *Handbook of Borderline Disorders*. Madison: Int. Univ. Press: 251-66.
- ALLEN, J.G., NEWSON, G.E., GABBARD, G.O. & COYNE, L. (1984): Scales to Assess the Therapeutic Alliance from a Psychoanalytic Perspective. *Bull. Menn. Clin.* 48:383-400.
- ALLEN, J.G., TARNOFF, G. & COYNE, L. (1985): Therapeutic Alliance and Long-Term Hospital Treatment Outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 26:187-94
- ALLEN, J.G., DEERING, D., BUSKIRK, J.R. & COYNE, L. (1988): Assessment of Therapeutic Alliances in the Psychiatric Hospital Milieu. *Psychiatry*, 51:291-99.
- ALLEN, J.G., COYNE, L., COLSON, D.B., HORWITZ, L., GABBARD, G.O., FRIESWYK, S.H. & NEWSON, G. (1996): Pattern of Therapist Interventions Associated with Patient Collaboration. *Psychotherapy*; 33:254-61.
- ANDREWS, J.D.W. (1990): Interpersonal Self-Confirmation and Challenge in Psychotherapy. *Psychotherapy*; 27:485-504.
- BACHELOR, A. (1991): Comparison and Relationship to Outcome of Diverse Dimensions of the Helping Alliance as Seen by Client and Therapist. *Psychotherapy*; 28:534-49.
- BACHELOR, A. (1995): Clients Perception of the Therapeutic Alliance: A Qualitative Analysis. *J.Counseling Psychol.*; 42:323-37.
- BEUTLER, L.E. & CLARKIN, J.F. (1990): *Systematic Treatment Selection*. New York; Brunner/Mazel. Spec. pp.186-210.
- BIBRING, E. (1937): Versuch einer allgemeinen Theorie der Heilung. *Int.Zeitschr. Psychoanal.*; 23:18-37.
- BORDIN, E.S. (1979): The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*; 16:252-60
- BORDIN, E.S. (1994): Theory and Research on the Working Alliance: New Directions. In: HORVATH, A.O. & GREENBERG, L.S. *The Working Alliance*. New York; Wiley: 13-37.
- BOWLBY, J. (1996): At knytte og bryde nære bånd (1976). In: BOWLBY, J: *At knytte og bryde nære bånd*. København; Reitzel: 134-68.
- BOWLBY, J. (1994): Tilknytningens rolle i personlighedsudviklingen. In: BOWLBY, J. *En sikker base*. København: Det lille forlag: 133-52.
- BOWLBY, J. (1994): Tilknytning, kommunikation og den terapeutiske proces. In: BOWLBY, J. *En sikker base*. København: Det lille forlag: 153-74.
- BRENNER, C. (1990): Working Alliance, Therapeutic Alliance and Transference (1979). In: ESMAN, A.H. *Essential Papers on Transference*. New York; New York University Press: 172-87.
- CAROLL, K.M., NICH, C. & ROUNSAVILLE B.J. (1997): Contribution of the Therapeutic Alliance to Outcome in Active Versus Control Psychotherapies. *J.Cons. & Clin.Psychol.*; 65:510-14.
- CONNORS, G.J., CAROLL, K.M., DICLEMENTE, C.C., LONGABAUGH, R., DONOVAN, D.M. (1997): The Therapeutic Alliance and it's Relationship to

- Alcoholism Treatment Participation and Outcome. *J.Cons.& Clin.Psychol.*; 65: 588-98.
- CRITS-CHRISTOPH, P., BARBER, J.P. & KURCIAS, J.S. (1993): The Accuracy of Therapist' Interpretations and the Development of the Therapeutic Alliance. *Psychotherapy Res.*;3:25-35.
- CURTIS, H.C. (1979): The Concept of Therapeutic Alliance:Implications for the Widening Scope. *J.Am.Psychoanal.Assn.(suppl.)*;27:159-92.
- DERUBEIS, R.J. & FEELEY, M. (1990): Determinants of Change in Cognitive Therapy for Depression. *Cognitive Therapy and Research*;14:469-82.
- DESERNO, H. (1990): *Die Analyse und das Arbeitsbündnis*. München:Verlag Internationale Psychoanalyse.
- DOROFF, D.R. (1979): Developing and Maintaining the Therapeutic Alliance with the Narcissistic Personality. *J.Am.Acad.Psychoanal.*;4:137-60.
- EATON, T.T., ABELES, N. & GUTFREUND, N.J. (1988): Therapeutic Alliance and Outcome:Impact of Treatment Length and Pretreatment Symptomatology. *Psychotherapy*; 25:536-42.
- ELLS, T.D. (1997): *Handbook of Psychotherapy Caseformulation*. New York: Guildord.
- EPSTEIN, L. (1979): Countertransference with Borderline Patients. In: EPSTEIN L. FEINER, A.H.: *Countertransference. The Therapist's Contribution to the Therapeutic Situation*. Northvale: Jason Aronson:367-405.
- ETCHEGOYEN, H. (1991): *Fundamental of Psychoanalytic Technique*. London: Karnac – spec.pp.232-59.
- FOREMAN, S.A. & MARMAR, C.R. (1985): Therapist Actions that Adress Initially Poor Therapeutic Alliances in Psychotherapy. *Am.J.Psychiatry*;142:922-26.
- FRANK, A.F. & GUNDERSON, J.G. (1990): The Role of the Therapeutic Alliance in the Treatment of Schizophrenia. *Arch.Gen.Psychiatry*;47:228-36.
- FRANK, A.F. (1992): The Therapeutic Alliances of Borderline Patients. In: CLARKIN, J.F., MARZIALI, E. & MUNROE-BLUM, H. *Borderline Personality Disorder*. New York:Guilford:220-47.
- FREUD, S. (1952): *Studien Über Hysterie* (1895). G.W.bd.1. Frankfurt am Main: 81-312.
- FREUD, S. (1912): Zur Dynamik der Übertragung. In: FREUD S. (1982): *Schriften Zur Behandlungstechnik*. Frankfurt am Main: Fischer:157-68.
- FREUD, S. (1913): Zur Einleitung der Behandlung. In: FREUD S. (1982): *Schriften Zur Behandlungstechnik*. Frankfurt am Main: Fischer:181-205.
- FREUD, S. (1923): Das Ich und das Es. In: FREUD, S. (1992): *Das Ich und das Es; Metapsychologische Schriften*. Frankfurt am Main:251-97.
- FREUD, S. (1937): Die Endliche und die Unendliche Analyse. In: FREUD, S. (1982): *Schriften zur Behandlungstechnik*. Frankfurt am Main: Fischer:351-92.
- FREUD, S. (1940): Abriss der Psychoanalyse. In: FREUD, S. (1982): *Schriften Zur Behandlungstechnik*. Frankfurt am Main: Fischer:409-25.
- FRIEDMAN, L. (1969): The Therapeutic Alliance. *Int.J.Psychoanal.*;50:139-53.
- FRIEDMAN, L. (1988): *The Anatomy of Psychotherapy*. Hillsdale:Analytic Press.
- FRIESWYK, S.H., ALLEN, J.G., COLSON, D.B., COYNE, L., GABBARD, G.O., HORWITZ L. & NEWSON, G. (1986): Therapeutic Alliance: It's Place as a Process and Outcome Variable in Dynamic Psychotherapy Research. *J.Cons.& Clin.Psychol.*;54:32-38.
- FRIESWYK, S.H., GABBARD, G.O., HORWITZ, L., ALLEN, J.G., COLSON, D.B., NEWSON, G.& COYNE, L. (1994): The Role of the Therapeutic Alliance in Psychoanalytic Psychotherapy with Borderline Patients. In: HORVATH A.O., GREENBERG, L.S. *The Working Alliance*. New York;Wiley:199-225.
- GABBARD, G.O., HORWITZ, L., FRIESWYK, S., ALLEN, J.G., COLSON, D.B., NEWSON, G. & COYNE, L. (1988): The Effect of Therapist Interventions on the

- Therapeutic Alliance with Borderline Patients. *J.Am.Psychoanal.Assn.*;36:697-727.
- GASTON, L., MARMAR, C.R., THOMPSON, L.W. & GALLAGHER, D. (1988): Relation of Patient Pretreatment Characteristics to Therapeutic Alliance in Diverse Psychotherapies. *J.Cons. & Clin.Psychol.*;56:483-89.
- GASTON, L. (1990): The Concept of the Alliance and it's Role in Psychotherapy:- Theoretical and Empirical Considerations. *Psychotherapy*;27:143-53.
- GASTON, L. (1991a): Reliability and Criterion Related Validity of the California Psychotherapy Alliance Scale-Patient Version. *Psychological Assessment*;3:68-74.
- GASTON, L., MARMAR, C.R., GALLAGHER, D. & THOMPSON, L.W. (1991b): Alliance Prediction of Outcome Beyond In-treatment Symptomatic Change as Psychotherapy Processes. *Psychotherapy Res.*;1:104-13.
- GASTON, L., PIPER, W.E., DEBBANE, E.G., BIENVENU, J.P., GARANT J. (1994): Alliance and Technique for Predicting Outcome in Short- and Long-term Analytic Psychotherapy. *Psychoth.Res.*;4:121-35.
- GASTON, L., GOLDFRIED, M.R., GREENBERG, L.S., HORVATH, A.O., RAUE P.J. & WATSON, J. (1995): The Therapeutic Alliance in Psychodynamic, Cognitive-Behavioral and Experiential Therapies. *J.Psychotherapy Integration*;5: 1-26.
- GEKLE, H. (1992): Das Arbeitsbündnis ist der Stephansdom. Erkenntnistheoretische Überlegungen bei der Lektüre von Heinrich Desernos »Die Analyse und das Arbeitsbündnis«. *Psyche*;46:499-533.
- GELSO, C.J. & CARTER, J.A. (1985): The Relationship in Counseling and Psychotherapy:Components, Consequences, and Theoretical Antecedents. *The Counseling Psychologist*;13:155-243.
- GELSO, C.J. & CARTER, J.A. (1994): Components of the Psychotherapy Relationship:Their Interaction and Unfolding During Treatment. *J.Counseling Psychol.*;41:296-306.
- GITTELSON, M. (1962): The Curative Factors in Psychoanalysis. I. The First Phase of Psychoanalysis. *Int.J.Psychoanal.*;43:194-205.
- GOLDBERG, C. (1994): The Uninterpreted Rage. Protecting the Therapeutic Alliance in the Treatment of Borderline Patients. *Clin.Soc.Work*;22:291-302.
- GOLDEN, B.R. & ROBBINS, S.B. (1990): The Working Alliance within Time-Limited Therapy:A Case Analysis. *Professional Psychol.:Research and Practice*; 21: 476-81.
- GOMES-SCHWARTZ, B. (1978): Effective Ingredients in Psychotherapy:- Prediction of Outcome from Process Variables. *J.Cons. & Clin.Psychol.*;46:1023-35.
- GURMAN, A.S. (1977): The Patients Perception of the Therapeutic Relationship. In: GURMAN, A.S. & RAZIN, A.M. *Effective Psychotherapy*. Oxford:Pergamon Press:503-43.
- GREENSON, R.R. (1965): The Working Alliance and the Transference Neurosis. *Psychoanal.Q.*;34:155-81.
- GREENSON, R.R. (1967): *The Technique and Practice of Psycho-analysis*. London; Hogarth Press – spec. s.190-214.
- GREENSON, R.R. & WEXLER, M. (1969): The Non-Transference Relationship in the Psychoanalytic Situation. *Int.J.Psychoanal.*;50:27-39.
- GUNDERSON, J.G., NAJAVITS, L.M., LEONHARD, C., SULLIVAN, C.N. & SABO, A.N. (1997): Ontogeny of the Therapeutic Alliance in Borderline Patients. *J.Psychotherapy Res.*;7:301-09.
- HANLY, C. (1994): Reflections on the Place of the Therapeutic Alliance in Psychoanalysis. *Int.J.Psychoanal.*;75:457-67.
- HARTLEY, D.E. & STRUPP, H.H. (1986): The Therapeutic Alliance:It's Relationship to Outcome in Brief Psychotherapy. In: MASLING, J. (ed.). *Empirical Studies of Psychoanalytic Theories*, Vol.1. New Jersey; Analytic Press:1-37

- HARTMANN, H. (1958): *Ego Psychology and the Problem of Adaptation* (1939). New York: Int. Univ. Press.
- HATCHER, R.L., BARENDT, A., HANSELL, J. & GUTFREUND, M.J. (1995): Patients and Therapists Shared and Unique Views of the Therapeutic Alliance: An Investigation Using Confirmatory Factor Analysis in a Nested Design. *J.Cons. & Clin.Psychol.*;63:636-43.
- HATCHER, R.L. & BARENDT, A.W. (1996): Patient's View of the Alliance in Psychotherapy: Exploratory Factor Analysis of Three Alliance Measures. *J.Cons. & Clin.Psychol.*;64:1326-36.
- HENRY, W.P., SCHACHT, T.E. & STRUPP, H.H. (1986): Structural Analysis of Social Behavior: Application to a Study of Interpersonal Process in Differential Psychotherapy Outcome. *J.Cons. & Clin.Psychol.*;54:27-31.
- HENRY W.P. (1990): Patient and Therapist Introject, Interpersonal Process and Differential Psychotherapy Outcome. *J.Cons. & Clin.Psychol.*;58:768-74.
- HENRY, W.P., STRUPP, H.H., SCHACHT, T.E. & GASTON, L. (1994a): Psychodynamic Approaches. In: BERGIN, A.E. & GARFIELD, S.L. *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4.ed.). New York; Wiley:467-509.
- HENRY, W.P. & STRUPP, H.H. (1994b): The Therapeutic Alliance as Interpersonal Process. In: HORVATH, A.O. & GREENBERG, L.S. *The Working Alliance*. New York; Wiley:51-85.
- HENTSCHEL, U., KIESSLING, M., HECK, M. & WILLOWEIT, I. (1992): Therapeutic Alliance: What can be Learned from Case Studies. *Psychotherapy Res.*;2:204-23..
- HENTSCHEL, U. & BIJLEVELD, C.J.H. (1995): It Takes two to do Therapy: On Differential Aspects in the Formation of Therapeutic Alliance. *Psychotherapy Res.*;5:22-32.
- HOROWITZ, M.J., MARMAR, C., WEISS, D.S., DEWITT, K.N. & ROSENBAUM R. (1984): Brief Psychotherapy of Bereavement Reactions. *Arch.Gen. Psychiatry*;41:438-48.
- HORWITZ, L., GABBARD, G.O., ALLEN, J.G., FRIESWYK, S., COLSON, D.B., NEWSOM, G.E. & COYNE, L. (1996): *Borderline Personality Disorder; Tailoring the Psychotherapy to the Patient*. Washington: Am.Psychiatric Press.
- HORVATH, A.O. & GREENBERG, L. (1986): The Development of the Working Alliance Inventory. In: GREENBERG, L.S. & PINSOFF, W.M. *The Psychotherapeutic Process. A Research Handbook*. New York: Guilford :529-56.
- HORVATH, A.O. & GREENBERG, L.S. (1989): Development and Validation of the Working Alliance Inventory. *J.Counseling Psychol.*;36:223-33.
- HORVATH, A.O. & SYMONDS, B.D. (1991): Relation Between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: A Meta Analysis. *J.Cons. & Clin.Psychol.*; 38: 139-49.
- HORVATH, A.O. & LUBORSKY, L. (1993): The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy. *J.Cons. & Clin.Psychol.*;61:561-73.
- HORVATH, A.O., GASTON, L. & LUBORSKY, L. (1993): The Therapeutic Alliance and it's Measures. In: MILLER, N., LUBORSKY, L., BARBER, J. & DOCHERTY, J.P. *Psychodynamic Treatment Research*. New York; Basic Books: 247-73.
- HORVATH, A.O. (1994): Research on the Alliance. In: HORVATH A.O. & GREENBERG L.S. *The Working Alliance*. New York: Wiley:259-86.
- HOUGAARD, E. (1994): The Therapeutic Alliance: A Conceptual Analysis. *Scan.J.Psychol.*;35:67-85.
- HOUGAARD, E. (1996): *Psykoterapi; teori og forskning*. København: Dansk psykolog. Forlag – spec. s.137-64.
- JØRGENSEN, C.R. (1992): *Den psykoterapeutiske interaktion*. Aarhus Universitet; unpubl. manus.

- JØRGENSEN, C.R. (1993): Den psykoterapeutiske interaktion. *Agrippa*;14:75-91
- JØRGENSEN, C.R. (1994): Interaktionel behandling af borderlineforstyrrelser. *Agrippa*;15:196-215.
- JØRGENSEN, C.R. (1996): Struktureret analyse af social adfærd (SASB). *Agrippa*;17:126-58.
- JØRGENSEN, C.R. (1997a): Hvorfor virker psykoterapi? – en diskussion af psykoanalysens behandlingsteori (1); teoretiske perspektiver. *Matrix*, Nordisk tidsskrift for psykoterapi;14:5-45.
- JØRGENSEN, C.R. (1997b): Individualisering af den psykoterapeutiske metode. Psykoanalysens behandlingsteori (2); empiriske perspektiver. *Matrix*, Nordisk tidsskrift for psykoterapi;14:112-52.
- JØRGENSEN, C.R. (1998): En empirisk indgang til den analytiske tolkning. In press.
- KIELSER, D. & WATKINS, L.M. (1989): Interpersonal Complementarity and the Therapeutic Alliance:A Study of Relationships in Psychotherapy. *Psychotherapy*; 26:183-94.
- KIVLIGHAN, D.M. (1990): Relation Between Counselors Use of Intentions and Clients Perception of Working Alliance. *J.Counseling Psychol.*;37:27-32.
- KIVLIGHAN, D.M. & SCHMITZ, P.J. (1992): Counselor Technical Activity in Cases with Improving Working Alliances and Continuing Poor Working Alliances. *J.Counseling Psychol.*;39:32-38.
- KLEE, M.R., ABELES, N. & MULLER, R.T. (1990): Therapeutic Alliance:Early Indicators, Course and Outcome. *Psychotherapy*;27:166-74.
- KOHUT, H. (1971): The Analysis of the Self. Madison:Int.Univ.Press.
- KOKOTOVIC, A.M. & TRACEY T.J. (1990): Working Alliance in the Early Phase of Counseling. *J.Counseling Psychol.*;37:16-21.
- KRAUSE, R. (1992): Die Zweierbeziehung als Grundlage der Psychoanalytischen Therapie. *Psyche*;46:588-612.
- KRUPNICK, J.L., SOTSKY, S.M., ELKIN, I., WATKINS, J. & PILKONIS, P.A. (1996): The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy and Pharmacotherapy Outcome. *J.Cons.& Clin.Psychol.*;64:532-39.
- LAING, R.D. (1989): *Das Selbst und die Anderen* (1961). Köln:DTV.
- LANGS, R.J. (1975): Therapeutic Misalliances. *Int.J.Psychoanal.Psychotherapy*;4: 77-105.
- LAUNSØ, L. (1995): *Det alternative behandlingsområde*. København:Akademisk forlag.
- LUBORSKY, L., CRITS-CHRISTOPH, P., ALEXANDER, L., MARGOLIS, M. & COHEN, M. (1983): Two Helping Alliance Methods for Predicting Outcomes of Psychotherapy. *J.Nerv.& Mental Disease*;171:480-91.
- LUBORSKY, L., MCLELLAN, A.T., WOODY, G.E., O'BRIEN, C.P. & AUERBACH, A. (1985): Therapist Success and it's Determinants. *Arch.Gen.Psychiatry*;42:602-11.
- LUBORSKY, L. (1994): Therapeutic Alliances as Predictors of Psychotherapy Outcomes:Factors Explaining the Predictive Success. In: HORVATH, A.O. & GREENBERG, L.S. *The Working Alliance*. New York;Wiley:38-51.
- LUBORSKY, L. (1996a): The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II). *J.Psychotherapy Practice and Research* (in press).
- LUBORSKY, L. (1996b): *The Helping Alliance Questionnaire (HaQ-II): Psychometric Properties*. Unpubl. manus.
- LUBORSKY, L. (1996c): *The Penn Helping Alliance Questionnaire (HaQ-I)*. Unpubl. manus.
- LUBORSKY, L. (1996d): Theories of Cure in Psychoanalytic Psychotherapies and the Evidence for Them. *Psychoanal.Ing.*;16:257-64.

- MALLINCKRODT, B. & NELSON, M.L. (1991a): Counselor Training Level and the Formation of the Psychotherapeutic Working Alliance. *J.Counseling Psychol.*;38:133-38.
- MALLINCKRODT, B. (1991b): Clients Representations of Childhood Emotional Bonds with Parents, Social Support, and the Formation of the Working Alliance. *J.Counseling Psychol.*;38:401-09.
- MALLINCKRODT, B. (1993): Session Impact, Working Alliance, and Treatment Outcome in Brief Counseling. *J.Counseling Psychol.*;40:25-32.
- MALLINCKRODT, B., COBLE, H.M. & GANTT, D.L. (1995a): Working Alliance, Attachment Memories and Social Competencies of Women in Brief Therapy. *J.Counseling Psychol.*;42:79-84.
- MALLINCKRODT, B., GANTT, D.L. & COBLE, H.M. (1995b): Attachment Patterns in the Psychotherapy Relationship: Development of the Client Attachment to Therapist Scale. *J.Counseling Psychol.*;42:307-17.
- MALLINCKRODT, B., MCCREARY, B.A. & ROBERTSON, A.K. (1995c): Co-Occurrence of Eating Disorders and Incest: The Role of Attachment, Family Environment, and Social Competencies. *J.Counseling Psychol.*;42:178-86.
- MARMAR, C.R. & GASTON, L. (1989): *Manual of CALPAS*. San Francisco: Univ.of California – upubl. manus.
- MARMAR, C.R., WEISS, D.S. & GASTON, L. (1989): Toward the Validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Psychol.Assessment: A J.Cons. & Clin.Psychol.*;1:46-52.
- MARZIALI E. (1984): Three Viewpoints on the Therapeutic Alliance. *J.Nervous & Mental Disease*;172:417-23.
- MASTERSON, J.F. (1978): The Borderline Adult: Therapeutic Alliance and Transference. *Am.J.Psychiatry*;135:437-41.
- MEISSNER, W.W. (1992): The Concept of the Therapeutic Alliance. *J.Am. Psychoanal.Assn.*;40:1059-87.
- MEISSNER, W.W. (1996a): Empathy in the Therapeutic Alliance. *Psychoanal. Inq.*16:39-53.
- MEISSNER, W.W. (1996b): *The Therapeutic Alliance*. New Haven: Yale University Press.
- MITCHELL, K.M., BOZARTH, J.D. & KRAUFT, C.C. (1977): A Reappraisal of the Therapeutic Effectiveness of Accurate Empathy, Nonpossessive Warmth, and Genuineness. In: GURMAN, A.S. & RAZIN, A.M. *Effective Psychotherapy*. Oxford: Pergamon Press:482-502.
- MORAS, K. & STRUPP, H.H. (1982): Pretherapy Interpersonal Relations, Patients Alliance and Outcome in Brief Psychotherapy. *Arch.Gen.Psychiatry* ;39:405-09.
- MORGAN, R., LUBORSKY, L., CRITS-CHRISTOPH, P., CURTIS, H. & SOLOMON, J. (1982): Predicting the Outcomes of Psychotherapy by the Penn Helping Alliance Rating Method. *Arch.Gen.Psychiatry*;39:397-402.
- PATTON, M.J., KIVLIGHAN, D.M., & MULTON, K.D. (1997): The Missouri Psychoanalytic Counseling Research Project: Relation of Changes in Counseling Process to Client Outcomes. *J.Counseling Psychol.*;44:189-208.
- MURAN, J.C., SEGAL, Z.V., SAMSTAG, L.W. & CRAWFORD, C.E. (1994): Patient Pretreatment Interpersonal Problems and Therapeutic Alliance in Short-Term Cognitive Therapy. *J.Cons. & Clin.Psychol.*;62:185-90.
- MURAN, J.C., GORMAN, B.S., SAFRAN, J.D., TWINING, L., SAMSTAG, L.W. & WINSTON, A. (1995): Linking In-session Change to Overall Outcome in Short-Term Cognitive Therapy. *J.Cons. & Clin.Psychol.*;63:651-57.
- MURAN, J.C., SAMSTAG, L.W., JILTON, R., BATCHELDER, S. & WINSTON, A. (1997): Development of a Suboutcome Strategy to Measure Interpersonal Process in Psychotherapy from an Observer Perspective. *J.Clin.Psychol.*;53:405-20.

- PINE, F. (1984): The Interpretive Moment. Variations on Classical Themes. *Bull. Menn. Clin.*;48:54-71.
- PIPER, W.E., AZIM, H.F.A., JOYCE, A.S. & MCCALLUM, M. (1991): Transference Interpretations, Therapeutic Alliance, and Outcome in Short-term Individual Psychotherapy. *Arch.Gen.Psychiatry*;48:946-53.
- PIPER, W.E., JOYCE, A.S., MCCALLUM, M. & AZIM, H.F.A. (1993): Concentration and Correspondence of Transference Interpretations in Short-term Psychotherapy. *J.Cons. & Clin.Psychol.*;61:586-95.
- PIPER, W.E., BOROTO, D.R., JOYCE, A.S., MCCALLUM, M. & AZIM, H.F.A. (1995): Pattern of Alliance and Outcome in Short-term Individual Psychotherapy. *Psychotherapy*;32:639-47.
- RAUE, P.J., CASTONGUAY, L.G. & GOLDFRIED, M.R. (1993): The Working Alliance:A Comparison of Two Therapies. *Psychoth.Res.*;3:197-207.
- RAUE, P.J.& GOLDFRIED, M.R. (1994): The Therapeutic Alliance in Cognitive-Behavior Therapy. In: HORVATH, A.O. & GREENBERG, L.S. *The Working Alliance*. New York:Wiley:131-152.
- RAUE,P.J., PUTTERMAN, J.T., GOLDFRIED, M.R. & WOLITZSKY, D.L. (1995): Effect of Rater Orientation on the Evaluation of the Therapeutic Alliance. *Psychoth.Res.*;5:337-42.
- RAUE, P.J., GOLDFRIED, M.R. & BARKHAM, M. (1997): The Therapeutic Alliance in Psychodynamic-Interpersonal and Cognitive-Behavioral Therapy. *J.Cons. & Clin.Psychol.*;65:582-87.
- REANDEAU, S.G. & WAMPOLD, B.E. (1991): Relationship of Power and Involvement to Working alliance:A Multiple-Case Sequential Analysis of Brief Therapy. *J.Cons. & Clin.Psychol.*;38:104-14.
- ROGERS, C. (1990): The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change (1957). In: KIRSCHENBAUM H. & HENDERSON V.L. (eds.) *The Carl Rogers Reader*. London:Constable:219-36.
- ROSENBAUM, B., SELZER, M., VALBAK, K., HOUGAARD, E. & SOMMERLUND, B. (1997): The Dynamic Assessment Interview:Testing the Psychodynamic Assessment Variables. *Acta Psychiatria Scand.*;94:xx in press.
- RUDOLF, G., GRANDE, T. & PORSCH, U. (1988): Die Initiale Patient-Therapeut-Beziehung als Prädiktor des Behandlungsverlaufs. *Zschr.Psychosom.Med.*;34:32-49.
- RUDOLF, G. (1991): *Die Therapeutische Arbeitsbeziehung*. Heidelberg:Springer.
- RYAN, E.R. & CICCETTI, D.V. (1985): Predicting Quality of Alliance in the Initial Psychotherapy Interview. *J.Nervous & Mental Disease*;173:717-25.
- SAFRAN, J.D., CROCKER, P., MCMAN, S. & MURRAY, P. (1990): Therapeutic Alliance Rupture as a Therapy Event for Empirical Investigation. *Psychotherapy*; 27:154-65.
- SAFRAN, J.D. & WALLNER, L.K. (1991): The Relative Validity of Two Therapeutic Alliance Measures in Cognitive Therapy. *Psychol.Assessment:A Journal of Cons.& Clin.Psychol.*;3:188-95.
- SAFRAN, J. (1993a) Breaches in the Therapeutic Alliance: An Arena for Negotiating Authentic Relatedness. *Psychotherapy*;30:11-24.
- SAFRAN, J. (1993b): The Therapeutic Alliance Rupture as a Transtheoretical Phenomenon: Definitional and Conceptual Issues. *J.Psychotherapy Integration*; 3:33-49.
- SAFRAN, J.D., MURAN, J.C. & SAMATAG, L.W. (1994): Resolving Therapeutic Alliance Ruptures:A Task Analytic Investigation. In: HORVATH, A.O. & GREENBERG, L.S. *The Working Alliance*. New York;Wiley:225-59.
- SAFRAN, J.D. & MURAN, J.C. (1996): The Resolution of Ruptures in the Therapeutic Alliance. *J.Cons. & Clin.Psychol.*;64:447-58.

- SAFRAN, J.D. & MURAN, J.C. (1999): Therapeutic Metacommunication. In: SAFRAN, J.D. & MURAN, J.C. *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Approach*. New York: Guilford (in press).
- SANDLER, J., DARE, C. & HOLDER, A. (1994): *Patienten og analytikeren* (2.ed.1992). København: Reitzel – spec.pp.36-51.
- SALTZMAN, C., LUETGERT, M.J., ROTH, C.H., CREASER, J. & HOWARD, L. (1976): Formation of a Therapeutic Relationship: Experiences During the Initial Phase of Psychotherapy as Predictors of Treatment Duration and Outcome. *J.Cons. & Clin.Psychol.*;44:546-55.
- SALVIO, M.-A., BEUTLER, L.E., WOOD, J.M. & ENGLE, D. (1992): The Strength of the Therapeutic Alliance in Three Treatments for Depression. *Psychotherapy Res.*;2:31-36.
- SEXTON, H.C., HEMBRE, K. & KVARME, G. (1996): The Interaction of the Alliance and Therapy Microprocess:A Sequential Analysis. *J.Cons.&Clin.Psychol.*; 64:471-80.
- SEXTON, H., LITTAUER, H., SEXTON, A. & TØMMERÅS, E. (1998): Client-therapist interactions and the developing therapeutic alliance. In press.
- STEIN, M.H. (1981): The Unobjectional Part of the Transference. *J.Am.Psychoanal.Assn.*;29:869-92.
- STERBA, R. (1934): The Fate of the Ego in Analytic Therapy. *Int.J.Psychoanal*;15:115-26.
- STONE, L. (1954): The Widening Scope of Indications for Psychoanalysis. *J.Am. Psychoanal.Assn.*;2:567-94.
- STONE, L. (1973): *Die Psychoanalytische Situation* (1961). Frankfurt am Main: Fischer.
- THOMÄ, H. & KÄCHELE, H. (1989): *Lehrbuch der Psychoanalytischen Therapie*. Berlin; Springer Verlag – spec s.64-74.
- TRACEY, T.J. & RAY, P.B. (1984): Stages of Successful Time-Limited Counseling: An Interactional Examination. *J.Counseling Psychol.*;31:13-27.
- TRACEY, T.J. (1986): Interactional Correlates of Premature Termination. *J.Counseling & Clin.Psychol.*;54:784-88.
- TRACEY, T.J. (1993): An Interpersonal Stage Model of the Therapeutic Process. *J.Counseling Psychol.*;40:396-409.
- TRYON G.S. & KANE, A.S. (1993): Relationship of Working Alliance to Mutual and Unilateral Termination. *J.Counseling Psychol.*;40:33-36.
- WACKERHAUSEN, S. (1997): Kommunikation, forståelse og handling. In: ELSASS, P., OLESEN, F. & HENRIKSEN, S. *Kommunikation og forståelse. Kvalitative studier af formidling i sundhedssektoren*. Aarhus:Philosophia:15-37.
- WALDINGER, R.J. & FRANK, A.F. (1989): Clinicians Experiences in Combining Medication and Psychotherapy in the Treatment of Borderline Patients. *Hospital and Community Psychiatry*;40:712-18.
- WALLERSTEIN, R.S. (1989): The Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation: An Overview. *J.Cons. & Clin.Psychol.*;57:195-205.
- WALLERSTEIN, R.S. (1995): *The Talking Cures*. New Haven:Yale Univ.Press. Spec.pp. 267-91.
- WEISS, J. & SAMPSON, H. (1985): Testing Alternative Psychoanalytic Explanations of the Therapeutic Process. In: MASLING, J. (ed.) *Empirical Studies of Psychoanalytic Theories Vol.2*. New Jersey; The Analytic Press:1-25.
- WESTREICH, L.M., ROSENTHAL, R.N. & MURAN, J.C. (1996): A Preliminary Study of Therapeutic Alliance and Dually Diagnosed Inpatients. *Am.J.Addictions*;5:81-86.
- WOLF, E. (1993): Disruptions of the Therapeutic Relationship in Psychoanalysis:A View from Self Psychology. *Int.J.Psychoanal.*;74:675-87.
- YEOMANS, F.E., SELZER, M.A. & CLARKIN, J.F. (1992): *Treating the Borderline Patient. A Contract Based Approach*. New York:Basic Books.

- YEOMANS, F.E., GUTFREUND, J., SELZER, M.A., CLARKIN, J.F., HULL, J.W. & SMITH, T.E. (1994): Factors Related to Drop-outs by Borderline Patients. *J.Psychotherapy Practice and Research*;3:16-24.
- ZETZEL, E.R. (1956): Current Concepts of Transference. *Int.J.Psychoanal.*;37: 369-76.
- ZETZEL, E.R. (1965): The Theory of Therapy in Relation to a Developmental Model og the Psychic Apparatus. *Int.J.Psychoanal.*;46:39-52.

NOTER

- 1 Empirisk psykoterapiforskning henviser her til undersøgelser med forskellig grad af fokus på kvantitative/statistiske analyser af sammenhænge på tværs af personer/terapeutiske forløb (herunder bestræbelser på at kategorisere & kvantificere kvalitative faktorer) – modsat de kvalitative casestudier, der fokuserer på en enkelt eller ganske få personer og deres individuelle forløb.
- 2 Ofte er en rimelig enighed om terapiens langsigtede mål ledsaget af meget forskellige opfattelser af terapiens kortsigtede mål – uden at dette er eksplicit formuleret; patienten ønsker typisk hurtigst muligt at blive befriet for smerte, og forventer at terapeuten er støttende og (som autoritet) tager ansvaret for behandlingen, imens terapeuten oplever terapien som en proces, hvor det kan være nødvendigt at patienten endog får det dårligere i en periode, ligesom det forventes at patienten yder et stykke arbejde og tager en høj grad af medansvar for behandlingen. I de tilfælde hvor uenigheden er for stor og den ikke tematiseres, vil dette kunne blokere udviklingen af behandlingsalliancen og medvirke til en afbrydelse af behandlingen.
- 3 Bowlbys sikre tilknytning står i modsætning til den ængsteligt klæbende (dependente) og den ængsteligt undgående (skizoide) tilknytning.
- 4 Desserno går så vidt, at han betragter den terapeutiske alliance som en alliance terapeuten indgår med sig selv og med en fantasi om patienten, snarere end med patienten selv (Desserno 1990).
- 5 Fra et klinisk synspunkt er det væsentligt at skelne imellem på den ene side patientens involvering i terapien og patientens positive bånd til terapeuten og på den anden side patientens arbejdskapacitet og accept af den terapeutiske strategi. Visse patienter vil således være istand til at arbejde i f.eks. en psykodynamisk terapi (har nødvendige egofunktioner, abstraktionsevne osv.), men er ikke interesseret i denne metode, imens andre patienter ønsker en psykodynamisk terapi og hurtigt knytter sig til terapeuten, men mangler de nødvendige forudsætninger for at profitere maksimalt af et psykodynamisk terapiforløb.
- 6 Dette betyder samtidig, at de mange undersøgelser der har fundet en stabil korrelation imellem alliance og effekt kan betragtes som bidrag til valideringen af alliancebegrebet og de anvendte alliancemål.
- 7 Man kunne f.eks. forestille sig, at den psykodynamiske terapi i en vis udstrækning forudsætter en enighed om behandlingens mål og metode (der mere eller mindre må udvikle sig »af sig selv«) og primært fokuserer sit arbejde omkring udviklingen af det emotionelle bånd, imens den kognitive og ikke mindst den systemiske terapi forudsætter det emotionelle bånd (tillid i relationen) og koncentrerer sit arbejde omkring bl.a. at opnå enighed om behandlingens mål og metode.

- 8 Patient-terapeut matchingsens betydning for alliancedannelse og terapeutisk udbytte er kun ganske sparsomt udforsket, hvilket bl.a. hænger sammen med store metodiske vanskeligheder. Det er dog påpeget, at demografiske ligheder (Luborsky et al. 1983) og en vis grad af fælles livssyn (Gelso & Carter 1985) antageligt har betydning for det terapeutiske forløb
- 9 Med henblik på uddannelsen af psykoterapeuter peger undersøgelsen i retning af, at der i højere grad bør fokuseres på terapeuternes tekniske færdigheder omkring eksplicit forhandling om terapeutiske mål og formidling af den terapeutiske metode, således at patienten hurtigt bliver klar over sin rolle i det terapeutiske arbejde.
- 10 Det må i denne forbindelse bemærkes, at der knytter sig en række komplicerede vanskeligheder til udforskningen af den analytiske tolkning og dens forbindelse til bl.a. allianceudviklingen. Eksempelvis bør vanskeligt håndterbare faktorer som den enkelte tolknings kvalitet, timing og kommunikation inddrages i den empiriske udforskning af den analytiske tolknings indflydelse på alliancen (jf. Jørgensen 1998).
- 11 Faren ved brugen af overførselstolkninger er bl.a. knyttet til, at patienten kan opleve tolkningen som invaderende, emotionelt provokerende (og således udløse forsvarsreaktioner), som udtryk for, at terapeuten lægger afstand til patienten (ikke tilfredsstillende patientens behov) og som en narcissistisk krænkelse (med angreb på og devaluering af patienten); oplevelser af den afgivne tolkning der for patienten bliver forbundet med gentagelser af fortidige traumatiske oplevelser og samspilsmønstre.
- 12 Udover at medicinen ad mere kemisk vej letter patientens symptomer og således bidrager til, at patienten kan relatere sig til terapeuten og samle sig om det psykoterapeutiske arbejde, har Waldinger et al. (1989) reflekteret over, hvorledes den observerede bedring af alliancen efter medicinering kan knyttes til medicinens mere symbolske funktioner; de peger bl.a. på, at patienten kan opleve medicinen som udtryk for terapeuten's ønske om at hjælpe, at medicinen tilfredsstillende mere regressive behov, at medicinen fungerer som overgangsobjekt og at medicinen kan blive oplevet som udtryk for terapeuten's omnipotente evne til at hjælpe.
- 13 Arbejdet med at forberede patienten på, hvad det indebærer at gå i psykoterapi har stor betydning i alle behandlingsforløb. Det må dog antages at være ekstraordinært vigtigt, når man arbejder med patienter fra en anden kultur og andre sociale lag/subkulturer end den vestlige middelklasse, som har vanskeligere ved at forstå og tilpasse sig den psykoterapeutiske kultur med verbalisering, emotionel eksponering og generel reference til den vestlige kulturs middelklassenormer. I en del tilfælde kan det naturligvis diskuteres, om det overhovedt er meningsfuldt og etisk forsvarligt at tilbyde disse mennesker psykoterapi, da de ofte beder om og forventer noget ganske andet.
- 14 Wackerhausen (1997:32) taler også om et mennesket iboende »forståelsesberedskab« som bliver »mættet« (antager bestemte former, retninger og indhold) igennem kulturen og det enkelte menneskes eksistens og livsform. For at forstå den enkelte patient må terapeuten i en vis udstrækning være istand til at suspendere sit mættede beredskab og møde patienten med en åbenhed og en bevidsthed om relativiteten af sine egne antagelser, værdier osv.
- 14 Det vil føre for vidt at gå ind i en nærmere teoretisk diskussion af de afgørende forskelle på den psykodynamiske terapeuts arbejde med patientens negative overføringer osv. og den kognitive terapeuts arbejde med brud på den terapeutiske alliance. Det bør dog nævnes, at den kognitive terapeut primært fokuserer på den terapeutiske interaktion her-og-nu uden nævneværdige referencer til pa-

tientens historie endsige indrepsykiske dynamik, ligesom både patientens og terapeutens andel i de oplevede alliancebrud inddrages i arbejdet med disse. I modsætning til dette vil den psykodynamiske terapeut typisk altovervejende fokusere på patienten, ligesom han/hun vil formidle analytiske tolkninger som mere eller mindre direkte signalerer at patienten er »ansvarlig« for vanskelighederne i den terapeutiske relation (på grund af sin historie der gentages, eller sine indrepsykiske dynamiker der udageres) – herunder tillægges terapeuten ikke nogen væsentlig andel i de oplevede vanskeligheder i den terapeutiske relation, ligesom terapeuten tillægges en autoritet som gør det muligt at definere realiteten og, hvad der er en »passende« reaktion her-og-nu hhv. bestemt af patientens historie og indrepsykiske dynamik.