

Tusen takk til min veileder, Truls Ryum for inspirasjon, tålmodighet og gode råd på veien. Og takk til min kjære Synne.

Sammendrag

Den ekte relasjonen antas å bidra til bedre utfall i terapi (Coco, Gullo, Prestano, & Gelso, 2011; Fuertes et al., 2007; Gelso et al., 2012), men det er en mangel på empiriske studier som bruker validerte utfallsmål. Denne studien ser på sammenhengen mellom den ekte relasjonen, som målt med Real Relationship Inventory, og endringer på to utfallsmål; symptombelastning målt med SCL-90 og interpersonlig fungering målt med IIP-64. Det er den første undersøkelsen av ”den ekte relasjonen” i norsk sammenheng. Følgende forskningsspørsmål la grunnlag for studien: a) *Den ekte relasjonen og arbeidsallianse vil være distinkte konstrukter og ikke mer enn moderat positivt korrelerte med hverandre*, b) *En sterkere ekte relasjon, målt tidlig i behandling, predikerer større reduksjon i generelle symptomer (SCL-90-R) og interpersonlige problemer (IIP-64) fra pre til post*, og c) *Den ekte relasjonen predikerer bedring i generelle symptomer og interpersonlige problemer, også etter at man kontrollerer for mål på arbeidsallianse*.

Utvalget i studien bestod av 62 pasienter som mottok individualterapi fra viderekomne studenter under veiledning. Bivariate korrelasjoner mellom målene ble utført for å svar på om den ekte relasjonen og allianse fremsto som distinkte konstrukter. For å få svar på spørsmålene knyttet til sammenhengen mellom den ekte relasjonen og behandlingseffekt ble det utført tre ulike stegvise regresjoner, med henholdsvis symptomtrykk (SCL-90) og interpersonlige vansker (IIP-64) som utfallsmål. Resultatene viser at gruppen som helhet har signifikant færre symptomer og interpersonlige vansker ved endt behandling. Studien finner ingen signifikante sammenhenger mellom den ekte relasjonen i terapi og henholdsvis symptommessig og interpersonlig utfall. Resultatene drøftes med utgangspunkt i teori og tidligere empiriske funn angående den ekte relasjonen i terapi. Manglende sammenhenger mellom den ekte relasjonen og utfall i denne studien kan skyldes karakteristikk ved utvalget som grenseeffekter og lavt standardavvik. Likevel sår resultatene tvil rundt antagelsen om at den ekte relasjonen er en vesentlig faktor for bedring i psykoterapeutisk behandling. Videre forskning ta sikte på å bruke godt validerte måleverktøy og prospektive mål på behandlingseffekt, samt undersøke relaterte fenomener som tilknytning, interpersonlig fungering og hvordan den ekte relasjonen virker inn ved ulike lidelser og behandlingsmetoder

Teori

Individualterapi har bestandig vært kjennetegnet av et spesielt dyadisk forhold mellom en fagperson og en hjelpesøkende. Helt siden Freud har en rekke psykologer fra forskjellige retninger interessert seg for hvordan denne relasjonen påvirker psykoterapi. Det er bred enighet om at den terapeutiske relasjon er viktig for utfall i psykoterapi (Norcross & Lambert, 2011; Norcross & Wampold, 2011). Det er derimot mindre klart hvilke deler av relasjonen som påvirker utfall, og på hvilke måter denne påvirkningen skjer. Denne oppgaven ser nærmere på en spesifikk fasett av det vi kaller den terapeutiske relasjonen, nærmere bestemt *den ekte relasjonen*, og ser på hvordan klientenes vurderinger av den ekte relasjonen predikerer to ulike mål for bedring i terapi; symptombelastning og interpersonlige vansker. Dette er den første norske studien som ser på den ekte relasjonen i terapi, og den første studien internasjonalt som ser på sammenhenger mellom den ekte relasjonen og interpersonlige vansker.

Terapeutisk relasjon

Gelso og Carter (1985) foreslo i 1985 en definisjon av den terapeutiske relasjon som: «følelsene og holdningene deltagerene i terapi har til hverandre, og måten disse uttrykkes» (Gelso, 2011). Denne definisjonen ble også benyttet av American Psychological Association (APA) Division 29 Task Force som undersøkte empirisk støttede effekter av terapirelasjonen (Ackerman et al., 2001; Lambert & Barley, 2001). Gelso og Carter videreførte sin teoretiske forståelse av den terapeutiske relasjonen i sin tredelte modell, der de hevder at alle terapeutiske relasjoner består av tre komponenter; en arbeidsallianse, en overføringskonfigurasjon og den ekte relasjonen. Disse komponentene dannes gjennom bidrag fra både terapeut og klient, og kan sies å være interaktive kvaliteter ved relasjonen (Gelso & Carter, 1994). Deres tredelte modell bygget videre på Greenson (1967) sine betraktninger rundt den terapeutiske relasjon. Han anses som å være en av

de første som deler opp relasjonen i distinkte komponenter, og hans inndeling av relasjonen i allianse, overføring og ekte relasjon er utgangspunkt for Gelso og Carters konseptualisering av relasjonen. I følge modellen er disse komponentene tilstede i alle interaksjoner mellom terapeut og klient. Hvilke aspekter av relasjonen som er fremtredende ved et gitt tidspunkt vil avhenge av mange faktorer, som terapeuts teoretiske tilnærming, pasientkarakteristikker, måletidspunkt, lengde på behandlingen etc. Modellen antar at alle former for terapi har en terapeutisk relasjon, også former som ikke vektlegger en eller flere av komponentene (Gelso, 2011).

Arbeidsallianse har blitt gjort til gjenstand for mest forskning, og antas å være den viktigste komponenten ved relasjonen. Arbeidsallianse kan i Gelsos teori forstås som relasjonen mellom den rasjonelle og objektive delen av pasientens ego kombinert med det analyserende selvet til terapeuten. Dette viser til et skille mellom de rasjonelle og tenkende delene av personer i kontrast til den opplevelsesbaserte, her-og-nå-delen av relasjonen (Gelso, 2011). Den mest brukte definisjonen av arbeidsallianse i terapi er utviklet av Edward Bordin. Han deler opp allianse i tre deler; enighet om hvilke oppgaver partene har ansvar for, enighet om hvilke mål terapien skal oppnå, samt et emosjonelt bånd mellom terapeut og klient (Bordin, 1979).

Overføringskonfigurasjonen inneholder overføring og motoverføring, og antas å være tilstede i alle terapeutiske relasjoner. Dette er begreper som er tett knyttet opp til forventninger til hva andre skal være, og det varierer i hvor stor grad dette brukes aktivt i terapi. Man legger i den tredelte modellen særlig vekt på at overføring er en forvrengning av den realistiske «relasjon og situasjon», og lager på denne måten et skille mellom det som er overføring og det som beskrives som «den ekte relasjonen» (Gelso & Carter, 1994).

Forskning på terapi og spesifikt hvilke faktorer som bidrar til gode og dårlige utfall har ofte risikert å være «terapeutsentriske». Dette gjelder også forskning på relasjonen. Gelso og Carter er derfor opptatt av understreke den dyadiske karakteren ved relasjonen. Relasjonen består

etter deres syn både av pasientens og terapeutens bidrag, og blir således også noe mer enn bare summen av pasientens og terapeutens opplevelser. De går fra to «jeg» til ett «vi» (Gelso, 2011)

For å avgrense begrepet terapeutisk relasjon, setter Gelso opp ett skille mellom relasjonelle og tekniske aspekter ved psykoterapi. Det er i praksis et kunstig skille, da disse vil gå inn i hverandre, og påvirke hverandre (Norcross & Lambert, 2011). Likevel er en slik inndeling i avgrensede komponenter mye brukt i forskningssammenheng, da det setter oss i bedre stand til å vise hvilke roller ulike aspekter av terapi spiller i behandling og bedring. Det tekniske aspektet omhandler teknikker og metoder som er brukt av terapeuten, samt de rollene som terapeutmetoden setter partene i. Det finnes et mangfold av teknikker og metoder, og disse er ofte tett knyttet til terapeutens teoretiske orientering (Gelso, 2011).

Den ekte relasjonen

Den ekte relasjonen i terapi har vært gjenstand for mindre empirisk og teoretisk interesse enn de andre to komponentene ved relasjonen. Den ekte relasjonen har blitt definert som: *“the personal relationship existing between two or more persons as reflected in the degree to which each is genuine with the other and perceives the other in ways that befit the other”* (Gelso, 2011, s. 12–13) Gelso og Carter finner det nødvendig å understreke at alle aspekter ved relasjoner er filtrert gjennom individets persepsjon og det vil derfor være vanskelig å si at noe er «ekte» og uberørt av forventninger, følelser eller overføringer. Likevel hevder de at det alltid finnes en realitet som deltagerne forholder seg til. Dette er også en forutsetning for at vi skal kunne snakke om overføringer som forvrengninger av «det ekte». Dermed står vi igjen med en avgrensning av «den ekte relasjonen» som det som i hovedsak er uberørt av overføringer (Gelso & Carter, 1994).

Den ekte relasjonen er definert av to egenskaper; genuinitet og realistiske oppfatninger av den andre. Genuinitet handler om å være i stand til å være autentisk, åpen og ærlig. Realistiske

oppfatninger handler om å se den andre slik vedkommende faktisk er, mest mulig uberørt av egne overføringer eller forutinntatte meninger. Gelso introduserer ytterligere to komponenter som for å beskrive den ekte relasjonen; styrke og valens. Styrken refererer til den graden av realisme og genuinitet som finnes i relasjonen, mens valensen beskriver i hvilken grad persepsjonene til deltagerne er positive eller negative (Gelso & Carter, 1994). Gelso skiller mellom styrke og synlighet. En sterk relasjon trenger ikke være synlig i arbeidet eller fokus i terapien. Modellen hevder at alle terapier vil inneholde en ekte relasjon, selv der terapeuten av teoretiske grunner ønsker å være nøytral eller skjule seg selv. Selv om det vil variere i hvor stor grad den ekte relasjonen påvirker utfall av terapi, vil den alltid være knyttet til forløpet av terapi i positiv eller negativ forstand (Gelso, 2011).

Ekte relasjon – avgrensninger og overlapp

I den tredelte modellen for relasjonen forsøker man teoretisk å skissere hvordan man tenker at de tre komponentene er avgrenset i forhold til hverandre, og hvordan de overlapper. Den ekte relasjonen beskrives som en del av terapirelasjonen som har lite med selve arbeidet å gjøre, og også lite med overføringer å gjøre (Gelso, 2002). Man ser på arbeidsalliansen som mer enn bare et amalgam av overføringer og den ekte relasjoner. Arbeidsalliansen er knyttet til rimelige og realistiske rolleforventninger til selve arbeidet, og oppstår i forbindelse med de oppgavene man skal utføre i terapi. Den ekte relasjonen og overføringskonfigurasjonen kan sees på som komponenter som eksisterer side ved side i terapi, men også som ikke-overlappende dimensjoner. På mikronivået, i en spesifikk behandlingssekvens kan ikke klienten både oppleve terapeuten på en realistisk måte og samtidig ha overføringer, men det kan eksistere høy grad av både den ekte relasjonen og overføring i samme terapitime/forløp (Gelso, 2011). Relasjonen i sin helhet vil altså bestå av både overføring og realistiske oppfattelser av den andre, og de to komponentene påvirker

hverandre på flere måter. Vellykkede overføringsfortolkninger kan føre til at overføringene erstattes av en mer realistisk oppfatning av terapeuten og hennes intensjoner. Dette er derimot ikke en nødvendig konsekvens. I noen tilfeller finner man at overføringsfortolkninger kan føre til at klientene i første rekke blir flinkere til å kjenne igjen egne overføringer når de skjer (Gelso, 2011).

Teoretiske prediksjoner om den ekte relasjonen i terapi

Gelso kommer med en hypotese om ulike mønstre for utvikling av komponentene i behandling; lav-høy-lav for overføring, høy-lav-høy for allianse. For den ekte relasjonen fremsetter han to mulige mønstre; konsistent sterk ekte relasjon eller en start rundt middels med gradvis økning frem til avslutning. Man tenker seg at den ekte relasjonen blir dypere og sterkere over tid. Den ekte relasjonen er også per definisjon asymmetrisk i den forstand at terapeuten lærer mer om hvem klienten er og tenker, siden det er klientens liv som er i fokus. Mot slutten av behandling vil den ekte relasjonen komme frem i forgrunnen, mens overføringene vil være mer avgrensede og tydelige for begge. I motsetning til et komponentsyn har vi et alt-i-ett-syn på prosessen i terapi som mener at alle interaksjoner i terapi er preget av alle tre komponentene. Gelso mener at disse synene på relasjonen ikke er gjensidig utelukkende, men at de kan kombineres (Gelso, 2011).

Teorien fremmer en hypotese om at den ekte relasjonen bidrar til å fasilitere prosess og utfall både i lengre og kortere behandlinger, men særlig i kortvarige (Gelso, 2011). Hypotesen om at styrken til den ekte relasjonen har en positiv sammenheng med bedre utfall i terapi, var en av de første forskningsspørsmålene som ble forsøkt besvart angående den ekte relasjonen i terapi, og denne oppgaven er en del av dette arbeidet.

Tidligere forskning

Den første kjente kvantitative undersøkelsen av den ekte relasjonen i terapi så på hvilke faktorer som i størst grad bidrar til positive evalueringer av terapitimer blant pasienter og terapeuter (Eugster & Wampold, 1996). Artikkelen har senere blitt kritisert for å ha brukt et lite validert måleverktøy. De fant at terapeuter og pasienter har motsatte oppfatninger av bidraget til terapeutens ekte relasjon som uttrykt i terapi. Mens den ekte relasjonen for pasientene hadde en positiv innvirkning på deres evalueringer av timene, hadde den for terapeutene en negativ innvirkning.

Gelso og kolleger utviklet i løpet av 2000-tallet *Real Relationship Inventory* (RRI), for å måle den ekte relasjon i terapi (Gelso et al., 2005; Kelley, Gelso, Fuertes, Marmarosh, & Lanier, 2010). Siden RRI ble utviklet for å måle den ekte relasjonen i terapi, er det gjort flere undersøkelser som ser på hvordan dette konstruktet virker sammen med og påvirker andre fenomener i terapi. Variablene av særlig interesse har vært utfallsmål, alliansemål og mål på tilknytning (Gelso, 2014; Gelso, 2011). Andre studier har sett på hvordan den ekte relasjonen utvikler seg gjennom terapiforløpet, eller hvordan den ekte relasjonen korrelerer med timekvalitet (*session quality*). (Fuertes, Gelso, Owen, & Cheng, 2013; Gelso et al., 2012; Kivlighan Jr, Gelso, Ain, Hummel, & Markin, 2015).

Tidligere undersøkelser som ser på sammenhengen mellom klientvurdert ekte relasjon og forandring i generell symptombelastning har gitt blandede resultater. Gullo og kolleger (2011) finner en signifikant sammenheng mellom den ekte relasjonen og utfall, og subskalaen *genuinitet* er den viktigste prediktoren for bedre utfall (Coco et al., 2011). I en senere undersøkelse finner de samme forfatterne sammenhenger mellom den ekte relasjonen og utfall i korttidsterapi, men ikke i korttidsterapi der pasientene slutter før åttende time, som her døpes «svært kort terapi» (Gullo, Lo Coco, & Gelso, 2012). Disse to undersøkelsene varierer i måletidspunkt og

pasientpopulasjoner, men tegner et bilde der en god ekte relasjon, som opplevd av klientene, fører til bedre utfall og forklarer varians i utfall utover det som er forklart utelukkende av andre variabler. I studien til Marmarosh og kolleger (2009) predikerer derimot ikke den ekte relasjonen bedre utfall av terapi, som målt med SCL-90-R. De finner en positiv, men ikke signifikant sammenheng mellom styrken til den ekte relasjonen og reduksjon i generell symptombelastning.

Flere av studiene som undersøker sammenhengen mellom klientvurdert ekte relasjon og utfall har brukt Counseling Outcome Measure (COM) (Gelso, 1983) som utfallsmål. Studier som bruker COM har funnet en konsistent sammenheng mellom en sterk ekte relasjon og mer positive utfall (Ain, 2011; Fuertes et al., 2007; Gelso et al., 2012; Kivlighan Jr et al., 2015). Denne forskningen danner store deler av den empiriske støtten til påstanden om at den ekte relasjonen predikerer bedre utfall av terapi. Fuertes og kolleger (2007) finner at den ekte relasjonen, men ikke allianse predikerer bedring. I deres undersøkelse forklares 14 % av variasjonen i utfall av målt RR. De finner også at den ekte relasjonen forklarer bedring utover det som er forklart av allianse (Fuertes et al., 2007). COM er et svært kort spørreskjema (4 spørsmål), som kun deles ut i etterkant av behandling. Spørsmålene fokuserer på hvordan pasienten har det nå, til forskjell fra oppstart av behandling. Det skiller seg altså fra andre utfallsmål ved at det fokuserer på pasientens egenopplevelse av behandlingseffekt og nytte av behandling. Det har blitt gjort lite forskning for å validere dette skjemaet opp mot andre typiske utfallsmål som SCL-90-R eller Outcome Questionnaire. Undersøkelser med COM som utfallsmål mangler i tillegg pre-test, da skjemaet kun leveres ut ved avslutning av behandling. Bruken av COM kan derfor sies å være en begrensning ved disse studiene. Dette gjelder særlig dersom man bruker mål på COM som mål på reduksjon i symptombelastning. Denne studien ser derfor på den ekte relasjonens påvirkning på generelle symptomer.

COM har også blitt brukt i design som søker å måle relasjon som et actor-partner-

konstrukt. I sin undersøkelse fra 2012 ser Gelso og kolleger på hvordan utvikling av den ekte relasjonen over tid, påvirker utfall målt med COM. De finner at den ekte relasjonen som oftest vurderes sterk fra starten av terapi. En god ekte relasjon som vurdert av klient, er robust assosiert med bedre utfall. I tillegg er god relasjon som målt etter første time også relatert til gode utfall. Oppsummert virker det som om det viktige er at klienten opplever å ha en sterk relasjon fra starten av behandling, og at relasjonen forblir sterk gjennom behandling (Gelso et al., 2012)

Den ekte relasjonen som konstrukt, forsøker å fange et mer grunnleggende bånd mellom mennesker. Det handler om den måten mennesker er sammen på, og hva vi syns om hverandre som mennesker. Da er det også nærliggende å tenke seg at den ekte relasjonen vil korrelere med tilknytningsstil. En artikkel som ser nærmere på dette forholdet, tester ulike spørsmål om sammenhengene mellom tilknytningstrygghet hos pasienten, trygg tilknytning til terapeuten, og den ekte relasjonen (Moore & Gelso, 2011). De finner ingen statistisk signifikant sammenheng mellom tilknytningstrygghet og trygg tilknytning til terapeut. Dette er uventet, fordi det vil si at personer med en sikker tilknytningsstil i denne oppgaven ikke er forskjellige fra personer med usikker tilknytningsstil i sin evne til å danne trygge tilknytninger til nye mennesker. Derimot finner undersøkelsen statistisk signifikante korrelasjoner mellom den ekte relasjonen og trygg tilknytning til terapeut, og også mellom den ekte relasjonen og tilknytningsstil. Det er særlig unnvikende tilknytning (*attachment avoidance*) som virker negativt inn på graden av/dannelsen av en ekte relasjon. Metodisk er det viktig å understreke at data er hentet inn opp til tre år etter at terapien er fullført. Derfor omtaler forfatterne data fra pasientene som «gjenkalte opplevelser».

Greenson (1967) mente at arbeidsalliansen springer ut av den ekte relasjonen. Man tenker seg at den ekte relasjonen er til stede i alle relasjoner, mens arbeidsalliansen oppstår når partene inngår i et felles arbeid. I dette ligger det at den ekte relasjonen ikke har et eksplisitt formål slik som arbeidsalliansen. Alliansens formål er å bidra til at samarbeidet blir best mulig og å føre

til best mulig kvalitet på arbeidet mellom partene. Allianse og den ekte relasjonen er som nevnt relaterte konstrukter, og man forventer å finne igjen denne sammenhengen empirisk. Forskningen har ikke overrasket oss i dette tilfellet, og flere studier finner sterke sammenhenger mellom arbeidsallianse og den ekte relasjonen i terapi (Gelso, 2011; Kelley et al., 2010; Marmarosh et al., 2009). Korrelasjonene mellom arbeidsallianse og den ekte relasjonen er i noen tilfeller så store at det er grunnlag for å stille spørsmål om pasientene opplever den ekte relasjonen og arbeidsallianse som adskilte konstrukter.

Denne oppgaven tar utgangspunkt i Gelso og Carters tredeling av relasjonen, og mer spesifikt rollen til den ekte relasjonen i psykoterapi. En grunnleggende antagelse innen teorien, er at den ekte relasjonen påvirker utfall av psykoterapi. Empirien som har blitt brukt for å underbygge denne hypotesen har klare metodiske begrensninger. Man har i hovedsak basert seg på retrospektive mål på behandlingseffekt, og svært få av studiene har brukt godt validerte utfallsmål. Det finnes få studier som har sett direkte på den ekte relasjonens påvirkning på generelle symptomer, og resultatene fra disse studiene er blandede. På bakgrunn av dette søker denne studien å se på sammenhengene mellom klientvurdert ekte relasjon og mål på generell symptombelastning.

En annen grunnleggende antagelse i den tredelte modellen for relasjonen er at allianse, overføring og den ekte relasjonen er separate konstrukter. Studier har vist svært høye korrelasjoner mellom arbeidsallianse og den ekte relasjonen. Denne studien undersøker derfor dette spørsmålet. Det har til nå ikke blitt gjort forskning som ser på hvordan den ekte relasjonen predikerer mål på interpersonlige problemer. Interpersonlige problemer henger teoretisk sammen med tilknytning, som har blitt foreslått som en bakenforliggende årsak til eventuelle positive effekter av den ekte relasjonen i terapi. Interpersonlige problemer kan også sies å være et utfallsmål i seg selv. Denne studien er den første studien som ser nærmere på effekten av

klientvurdert ekte relasjon på forandringer i interpersonlige problemer. Disse tre forskningsspørsmålene har lagt grunnlaget for tre hypoteser om den ekte relasjonens rolle i terapi:

H1: Den ekte relasjonen og arbeidsallianse vil være distinkte konstrukter og ikke mer enn moderat positivt korrelerte med hverandre.

H2: En sterkere ekte relasjon, målt tidlig i behandling, predikerer større reduksjon i generelle symptomer (SCL-90-R) og interpersonlige problemer (IIP-64) fra pre til post.

H3: Den ekte relasjonen predikerer bedring i generelle symptomer og interpersonlige problemer, også etter at man kontrollerer for mål på arbeidsallianse

Metode

Psykologisk poliklinikk for voksne og eldre ved NTNU ble opprettet i 1997, og pasientene blir henvist fra fastleger i Trondheim og omegn. Det er ingen spesifikke inklusjonskriterer for typer pasienter som blir henvist, men det er en forutsetning for behandling at pasientene sier seg villig til å bli observert gjennom enveispeil, delta i utfylling av spørreskjema som denne undersøkelsen er basert på, samt bli filmet. Man forutsetter at problemene er mulig å håndtere innen klinikkens rammer. Det vil si at problemene må være av en slik art at behandlingen kan være kortvarig, intensiv og innenfor kompetansegrensene til studentterapeuter under veiledning. Et hovedformål med behandlingen er at forløpet også skal bidra til læring og mestring for studentene. Psykose, alvorlig rusmisbruk, voldsutagering, samt suicidalitet er eksklusjonskriterier.

Internklinikken er organisert slik at hver student har ansvar for en enkel pasient. Av praktiske årsaker som prematur avslutning av behandling, kan studenter i særtilfeller behandle

flere pasienter i løpet av et halvår, men dette er ikke tilfelle med noen av de inkluderte sakene i vår undersøkelse. I våre data er det altså 62 terapeuter, med en pasient per terapeut (N=62). Internkliniksemesteret er en obligatorisk del av profesjonsutdanningen ved NTNU, og i vårt utvalg gjennomfører terapeutene sitt 6 eller 7 semester av profesjonsutdanningen. Studentene er organisert i team på 3-4 studenter under veiledning av en psykolog eller psykologspesialist med vesentlig erfaring. Veileder står faglig ansvarlig for behandlingen og har også veiledningsansvar for gruppen og den enkelte student.

Utvalget er klientene som mottok behandling i klinikken mellom vår 2013 inntil vår 2015. Opprinnelig besto utvalget av 150 registrerte pasienter. Store deler av utvalget måtte ekskluderes på grunn av manglende data, så det endelige utvalget består av 62 pasienter av det opprinnelige utvalget. Opplysninger som ikke er inkludert i dataene er: ICD-10-diagnose, antall timer og drop-out.

Det stilles ikke krav til at terapien skal være standardisert eller manualisert i tråd med spesifikke terapimodeller. Klinikken legger vekt på at den behandlingen som gis skal være basert på god klinisk forskning og praksis. Veilederne har en bred bakgrunn innen humanistiske, kognitive og psykodynamiske retninger, mens studentterapeutene har lite eller ingen erfaring med tidligere terapi. På bakgrunn av dette er det rimelig å definere behandlingsformen som eklektisk, selv om det er mulig at enkelte pasientforløp i større grad enn andre følger spesifikke teknikker. Behandlingen består av individualterapi en gang i uken med en ramme på 45 minutter opptil 1 time. Varigheten på pasientforløpene er et semester, noe som tilsvarer 15 timer. Det er et visst rom for å forlenge forløpet utover dette i noen tilfeller, men dette hører med til sjeldenheten. Man setter ikke noe krav til seponering av medisiner, og man sjekker ikke om medikamenter har blitt brukt eller eventuell effekt av medisin.

Spørreskjema

Real Relationship Inventory (RRI) (Gelso et al., 2005) brukes for å måle styrken i den ekte relasjonen som oppfattet av klienter og terapeuter. RRI er et selvrapportskjema som består av 24 utsagn, og er videre delt i to subskalaer som måler genuinitet og realisme. Utsagn/items fra skalaen omhandler klientens selv, klientens terapeut og deres relasjon, og skåres fra 1 (sterkt uenig) til 5 (svært enig). Et eksempel på utsagn fra skalaen genuinitet er «Min terapeut og jeg klarte å være oppriktige i relasjonen vår, og et eksempel på utsagn fra realisme er «Min terapeut likte mitt sanne jeg». Høyere skårer på RRI-C betyr at klienten opplever relasjonen som mer realistisk og genuin, samt at den har mer styrke og mer positiv valens. (Kelley et al., 2010). Man har funnet at RRI-C korrelerer på teoretisk forventede måter med mål på arbeidsallianse, ego-styrke, terapeutmål på den ekte relasjonen, samt Wampold og Eugster (1996) sitt mål på den ekte relasjonen. Kelley et al. (2010) fant god intern validitet (.90). Denne undersøkelsen bruker totalskåren for målt ekte relasjon i terapi. Skjemaene ble delt ut etter tredje behandlingstime. Norsk oversettelse ved Ryum og Vogel (Ryum & Vogel, 2012).

Working Alliance Inventory (WAI) måler deltagerenes emosjonelle bånd og enighet rundt mål og oppgaver i terapi, og ble utviklet av Adam Horvath og Leslie Greenberg (Horvath & Greenberg, 1989). Denne undersøkelsen bruker kortversjonen av WAI for klienter, utviklet av Tracy og Kokotovic som er basert på den originale WAI (Tracey & Kokotovic, 1989). Skjemaet inneholder 12 utsagn som skåres langs en 7-punkts Likertskala, der 1 tilsvarer «aldri» og 7 tilsvarer «alltid» (Tracey & Kokotovic, 1989). Totalskårer befinner seg i området 12-84, og høyere skårer indikerer sterkere allianse. WAI-S har demonstrert gode psykometriske mål på ulike former for validitet (Busseri & Tyler, 2003; Fenton, Cecero, Nich, Frankforter, & Carroll, 2001). Kortversjonen av WAI har en tilsvarende faktorstruktur som den fulle versjonen (Tracey & Kokotovic, 1989). Denne undersøkelsen bruker de globale scorene for allianse. Skjemaene ble

delt ut etter tredje behandlingstid, samt ved avsluttet behandling. I vår undersøkelse brukes kun klientenes besvarelser av WAI, målt etter tredje behandlingstid.

Inventory of Interpersonal Problems-64 (IIP-64) er en kortversjon av Inventory of Interpersonal Problems (Alden, Wiggins, & Pincus, 1990). IIP-64 er et spørreskjema som gir informasjon om klientens interpersonlige fungering. Skjemaet inneholder 64 spørsmål om hvordan klienten har hatt den siste uken, inkludert i dag. Spørsmålene besvares med en verdi mellom 0 («ikke i det hele tatt») til 4 («veldig mye»), og skårene representeres gjennom 8 subskalaer og en global skåre for generell belastning. Subskalaene kan representeres i en sirkumpleks modell langs dimensjonene kald/varm og dominerende/underkastende. Her brukes den globale skåren for generell belastning.

Undersøkelser har påvist gode psykometriske egenskaper ved IIP-64 (Alden et al., 1990; Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno, & Villasenor, 1988). Den norske versjonen er oversatt ved Stiles og Høglend (1994). IIP-64 ble delt ut før påbegynt behandling, samt etter avsluttet behandling.

Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R) (Derogatis, 1983) er et selvrapportskjema som er ment å måle klienters opplevde symptomer (SCL-90-R Derogatis, 1983). Klienten svarer på 90 spørsmål om hvor mye innvirkning psykopatologiske symptomer har hatt i deres liv den siste uken. Disse spørsmålene rangeres på en likertskala der 0 tilsvarer «ikke i det hele tatt» til 4 som tilsvarer «veldig mye». SCL-90-R gir 3 indekser for generell symptombelastning, samt mål på 10 ulike symptomområder. Vi bruker i denne undersøkelsen indeksen for generell symptombelastning (GSI). SCL-90-R har demonstrert gode psykometriske egenskaper (Bech et al., 1992; Derogatis, 1983; Derogatis & Cleary, 1977). Den norske versjonen av SCL-90-R, oversatt av Nielsen og Vassend (1994), ble brukt i denne undersøkelsen. Skjemaene ble delt ut før oppstart og etter avsluttet behandling.

Analyse

Studiens design tar utgangspunkt i fire forskningsspørsmål. SCL-90-R og IIP-64 ble brukt for å måle behandlingseffekt i denne studien. Det ble utført en avhengig t-test for å måle behandlingseffekt over gruppen som helhet. Deretter ble det foretatt en preliminær analyse for å kartlegge bivariante korrelasjoner mellom målene. For å få svar på forskningsspørsmålene knyttet til den ekte relasjonen og utfall ble det utført tre ulike stegvise regresjoner, med henholdsvis symptomtrykk og interpersonlige vansker som utfallsmål.

Resultater

Tabell I: Oversikt over minimumsverdier, maksimumsverdier, gjennomsnitt, standardavvik for alle variabler

| | Gjennomsnitt | Standardavvik | Minimum | Maximum |
|-----------------------|--------------|---------------|---------|---------|
| IIP64- pre (n=71) | 1,23 | 0,48 | ,27 | 2,70 |
| IIP64 -post (n=72) | 1,12 | 0,59 | ,19 | 2,56 |
| SCL-90-R-pre (n= 71) | 1,01 | 0,51 | ,02 | 2,40 |
| SCL-90-R-post (n= 73) | 0,72 | 0,54 | ,01 | 2,27 |
| WAI (n= 69) | 5,61 | 0,8 | 3,33 | 7,00 |
| RRI (n= 71) | 4,07 | 0,38 | 3,29 | 4,91 |

Note: IIP= Inventory of interpersonal problems; SCL-90-R = Symptom checklist-90- revidert; WAI= Working alliance inventory; RRI= Real relationship inventory

Tabell I gir en oversikt over gjennomsnitt og standardavvik for RRI, IIP-64, WAI og SCL-90-R. Skårene på WAI og RRI er konsistent høye med et gjennomsnitt på henholdsvis 5,61 for WAI og 4,07 for RRI. Målene på ekte relasjon har liten spredning med et standardavvik på

0,38. SCL-90-R og IIP-64 ble brukt for å måle behandlingseffekt i denne studien. Studien bruker den globale skåren for generell belastning av interpersonlige problemer i IIP-64, og indeksen for generell symptombelastning (GSI) fra SCL-90-R. Verdiene for SCL-90-R viser en signifikant nedgang i symptomer i utvalget før og etter behandling ($t(61) = 5,55, p < .001$). Da dette er en avhengig t-test, må man korrigere for dette i utregningen av effektstørrelse. Her brukes Morris og DeSchon (2002) sin ligning for å regne ut Cohens d, og vi finner en moderat sterk effekt av behandling hva angår SCL-90-R ($d=.71$). Verdiene for IIP-64 indikerer en signifikant nedgang i interpersonlige vansker for det samlede utvalget etter ferdig behandling ($t(59) = 2,38, p < .05$). Cohens d indikerer en svak effekt ($d = .026$).

Deretter ble det utført en preliminær analyse av variablene for å kartlegge bivariate korrelasjoner mellom de ulike målene. Resultatene fra korrelasjonene er fremstilt i tabell III.

Tabell III: Korrelasjoner mellom klient-vurderinger av IIP-64, SCL-90-R, RRI og WAI.

| Variabel | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------|--------|---------|--------|--------|-------|
| 1.IIP64-Pre | 0,000 | | | | |
| 2.IIP64-Post | ,697** | | | | |
| 3.SCL-90-R Pre | ,526** | ,439** | | | |
| 4.SCL-90-R Post | ,551** | ,707** | ,714** | | |
| 5.WAI | -0,233 | -,377** | -0,192 | -0,284 | |
| 6.RRI | -0,214 | -0,195 | -0,003 | -0,081 | 0,491 |

Note: IIP-64= Inventory of interpersonal problems; SCL-90-R= Symptom checklist-90- revidert; WAI= Working alliance inventory; RRI= Real relationship inventory
* $p < .05$; ** $p < 0,001$

Et forskningsspørsmål var «*Allianse og den ekte relasjonen vil være relaterte, men distinkte konstrukter*». Korrelasjonene viser forventede sammenhenger mellom klientenes oppfatning av WAI og RRI. Disse er i en størrelsesorden på $r = .491$ som tilsvarer en moderat sammenheng. En slik sammenheng er til støtte for vår hypotese om at den ekte relasjonen og alliansen er relaterte, men distinkte konstrukter.

Det er også signifikante sammenhenger mellom IIP-64 og henholdsvis WAI og SCL-90-R-post. Vi finner ingen signifikante korrelasjoner mellom RRI og utfallsmålene.

For å få svar på forskningsspørsmålene ble det utført en hierarkisk regresjon. Vårt andre forskningsspørsmål er «*Den ekte relasjonen har en signifikant sammenheng med bedre utfall av terapi som målt med SCL-90-R*». Vi kjørte her en regresjon med postskåren av SCL-90-R som avhengig variabel, RRI som uavhengig variabel, og preskåren av SCL-90-R som kovariant.

Tabell IV: Regresjon av effekten til klient-vurderinger av Real Relationship på symptomtrykk (SCL-90-R) ved endt behandling, kontrollert for symptomtrykk (SCL-90-R) målt før behandling.

| | β | t | p | R ² | F | p | ΔR^2 |
|---------------|---------|------|-----|----------------|-------|-----|--------------|
| Steg 1 | -,04 | -,37 | ,71 | | | | |
| SCL-90-R-pre | ,77 | 7,80 | ,00 | ,51 | 60,84 | ,00 | |
| Steg 2 | ,32 | ,58 | ,56 | | | | |
| SCL-90-R-pre | ,77 | 7,76 | ,00 | | | | |
| RRI | -,09 | -,67 | ,50 | ,52 | 30,36 | ,00 | |

Note: SCL= Symptom checklist-90- revidert; RRI= Real relationship inventory

Resultatene viser en R-square forandring på .004, noe som tilsier at det ikke er noen signifikant sammenheng mellom endringer i sympomer som målt ved SCL-90-R og RRI.

Den neste spørsmålet er «*Den ekte relasjonen har en signifikant sammenheng med bedret interpersonlig fungering som målt ved IIP-64*». Vi bruker her den samme prosedyren som over, men med IIP-64 som utfallsmål og avhengig variabel.

Tabell V: Regresjon av effekten til klient-vurderinger av Real Relationship på interpersonlige vansker (IIP-64) ved endt behandling, kontrollert for interpersonlige vansker (IIP-64) målt før behandling.

| | β | t | p | R ² | F | p | ΔR^2 |
|----------------|---------|-------|------|----------------|-------|-------|--------------|
| Steg 1 | -0,01 | -0,06 | 0,95 | | | | |
| IIP-64- pre | 0,91 | 7,34 | 0,00 | 0,49 | 53,91 | ,000b | |
| Steg 2 | 0,42 | 0,66 | 0,51 | | | | |
| IIP-64- pre | 0,89 | 6,99 | 0,00 | | | | |
| RRI | -0,10 | -0,69 | 0,49 | 0,49 | 26,95 | ,000c | 0,00 |

Note: IIP-64 = Inventory of interpersonal problems; RRI= Real relationship inventory

Resultatene viser R-square endring på .004. Ut fra dette resultatet er det ingen signifikant sammenheng mellom bedring i interpersonlig fungering målt ved hjelp av IIP-64 og RRI.

Opgaven ønsket å gi svar på om den ekte relasjonen kan forklare varians i behandlingsutfall utover det som er forklart av allianse, formulert på følgende måte:

«*Sammenhengen mellom utfall og relasjon forklarer en større del av variansen enn allianse*»

alene» For å få svar på dette ble det utført en stegvis hierarkisk regresjon. Post-målet av SCL-90-R er den avhengige variabelen. I modell I er pre-målet av SCL-90-R den eneste faktoren. I modell II er premålinger av WAI også inkludert. I modell III inkluderes også RR. Resultatene vises i tabell VI.

Tabell VI: Regresjon av effekten til klient-vurderinger av Real Relationship på symptomtrykk (SCL-90-R) ved endt behandling, kontrollert for symptomtrykk (SCL-90) målt før behandling og allianse (WAI) etter behandling.

| Kriterievariabel | β | t | p | R ² | F | p | ΔR^2 |
|------------------|---------|-------|------|----------------|-------|------|--------------|
| Steg 1 | | | | | | | |
| SCL-90-R-pre | 0,77 | 7,80 | 0,00 | 0,50 | 60,84 | 0,00 | |
| Steg 2 | | 1,24 | | | | | |
| SCL-90-R-pre | 0,73 | 7,60 | 0,00 | | | | |
| WAI | -0,09 | -1,40 | 0,17 | 0,53 | 31,90 | 0,00 | 0,00 |
| Steg 3 | | 0,87 | | | | | |
| SCL-90-R-pre | 0,74 | 7,35 | 0,00 | | | | |
| WAI | -0,09 | -1,21 | 0,23 | | | | |
| RRI | 0,00 | 0,01 | 0,53 | 0,53 | 20,89 | 0,00 | 0,00 |

Note: SCL-90-R= Symptom checklist-90- revidert; WAI= Working alliance inventory; RRI= Real relationship inventory

Kun en prediktor har signifikant innvirkning på variansen i SCL-90-R; symptomnivå før behandlingsstart. Som vist i modellen gir SCL-90-R-pre en R-square-endring på .51. En slik

sammenheng er signifikant, og viser at symptomtrykk før behandling er en sterk prediktor for symptomtrykk etter behandling. WAI har en positiv, men ikke signifikant sammenheng med lavere symptombelastning. Med en R-square-endring på .003 har RR har ingen signifikant påvirkning på variansen i behandlingsutfall i denne modellen.

Diskusjon

Denne studien søker å svare på tre hypoteser med utgangspunkt i Gelso og Carters tredelte teori om relasjonen i psykoterapi. Et grunnleggende poeng i denne teorien er at den ekte relasjonen er et distinkt konstrukt som kan separeres fra de to andre elementene i modellen. Arbeidsallianse har i tidligere forskning vist sterke korrelasjoner med den ekte relasjonen. Vår hypotese er at arbeidsallianse og den ekte relasjonen vil vise moderate, positive korrelasjoner, og fremstå som relaterte men distinkte konstrukter. Tidligere forskning har ikke gitt uforbeholdne svar på spørsmålet om det er en positiv korrelasjon mellom en sterk, klientvurdert ekte relasjon og reduksjon i generell symptombelastning. Denne studien bruker et kjent mål på symptombelastning, SCL-90-R, og undersøker om den ekte relasjonen predikerer bedre utfall, og om den ekte relasjonen også forklarer bedre utfall når man kontrollerer for arbeidsallianse. Dersom den ekte relasjonen har betydning for utfall målt som symptomlette, er det nærliggende å tenke seg at også andre utfallsmål lar seg påvirke av den ekte relasjonen. I denne studien undersøker vi sammenhenger mellom styrken til den ekte relasjonen og forandringer i interpersonlige problemer, et utfallsmål som er vist å henge sammen med både tilknytning og symptommål.

Utviklingen av et godt mål på den ekte relasjonen har flere utfordringer. Likheten med andre, tidligere definerte konstrukter som allianse er en av disse, og det er derfor viktig å

klargjøre dette spørsmålet. Vår studie finner moderate korrelasjoner mellom RRI-mål og WAI-mål. Dermed virker det som om klientene har vært i stand til å skille mellom de to ulike konstruktene i denne undersøkelsen. Det er til støtte for vår hypotese om at den ekte relasjonen og allianse er relaterte, men distinkte konstrukter.

En sterk ekte relasjon er i denne studien positivt korrelert med færre symptomer og interpersonlige vansker, men resultatene er ikke signifikante. Regresjonsanalysene viser en ikke-signifikant sammenheng mellom styrken til den ekte relasjonen og reduksjoner i generell symptombelastning og interpersonlige vansker. Resultatene er altså ikke til støtte for våre hypoteser om den ekte relasjonen med henhold til studiens utfallsmål, og i henhold til vår siste hypotese, forklarer arbeidsallianse en større del av variansen i utfall enn den ekte relasjonen.

Når man ser nærmere på dataene ser vi at pasientene som helhet skårer den ekte relasjonen svært høyt. Gjennomsnittet for RR er på 4,07, og ingen pasienter skårer RR lavere enn 3,29. Dette er påfallende, også sammenlignet med tidligere studier som har sett på den ekte relasjonen i terapi. På bakgrunn av tidligere studier er det forventet at den ekte relasjonen er høy, men om man sammenligner med de tidligere studiene som har sett på sammenhenger mellom den ekte relasjonen og symptomsmål, finner vi et gjennomsnitt på 3,71 i Lo Coco et al. (2011) og 3,76 i Gullo et al. (2012). Det kan altså virke som om utvalget vårt består av spesielt gode relasjoner. Vi vet relativt lite om hvilke faktorer som bidrar til at terapeuter og pasienter skaper en sterkere ekte relasjon. En mulig forklaring i denne studien er at utvalget har høyere fungering og er mer selekterte sammenlignet med andre kliniske pasientpopulasjoner. En annen mulighet er at studenter under opplæring legger mer vekt på relasjonsbygging. I tillegg til å vise sterk relasjon, har vårt utvalg et svært lavt standardavvik for mål på den ekte relasjonen. Den ekte relasjonen har et standardavvik på 0,38 av en variasjonsbredde på 5. Når vi sammenligner med standardavvik for de andre målene, som WAI, ser vi at dette er klart mindre. Mangel på

spredning innad i utvalget kan gjøre det vanskeligere å finne statistisk signifikante sammenhenger.

Lav indre variasjon og konsistent sterk relasjon er trekk ved utvalget som kan gi ulike tolkninger av våre funn. Forskjellene mellom sterke og svake relasjoner i vårt utvalg er relativt små. Derimot er det større variasjon i utfallsmålene. Vi kan altså ha en situasjon der den lave variasjonen i skårer på den ekte relasjonen, maskerer eller demper effekten den ekte relasjonen har på våre avhengige variabler; utfallsmålene. Dersom man ser nærmere på tidligere studier som undersøker den ekte relasjonen og utfall, ser vi at de konsekvent har mer variasjon og svakere ekte relasjon enn i vår studie.

En annen alternativ forklaring på våre resultater er at vi har funnet en grenseeffekt for den ekte relasjonens påvirkning på utfall av terapi. Den statistiske analysen som vi foretar i denne studien, opererer ut fra en uutalt antagelse om at hver økning i relasjonsstyrke vil ha en viss effekt på utfall. Teoretisk er det rom for å se på den ekte relasjonens påvirkning på utfall av terapi på en annen måte. Innen alliansenforskningen kan man skille mellom to hovedretninger i synet på hvordan allianse påvirker utfall av terapi; fasiliterende faktor eller aktiv ingrediens (Horvath, 2006). De forskerne som tenker at allianse er en fasiliterende faktor forklarer tenker seg at alliansen er nødvendig, men også til hjelp for, teknikk og metodespesifikke intervensjoner. Den ekte relasjonen kan teoretisk oppfattes som en grunnleggende forutsetning for terapeutisk arbeid, og vil i så fall i større grad være en fasiliterende faktor for dannelse av allianse og bruk av teknikk. En mulighet er altså at vi kan snakke om en tilstrekkelig sterk ekte relasjon, og at vi dersom denne relasjonen er på plass ikke vil finne ytterligere effekter av den ekte relasjonen på utfallsmål.

Empiriske studier på den ekte relasjonen har i liten grad sett på forskjeller mellom korttids- og langtidsterapi med tanke på effekten av den ekte relasjonen på utfallsmål.

Terapiforløpene i denne studien kan sies å være korttidsterapi, men vi mangler mål på den ekte relasjonen ved endt behandling. Dette gjør at vi ikke ser effekten av en eventuell utvikling av den ekte relasjonen, og vi er heller ikke i stand til å analysere sammenhengen mellom den ekte relasjonen og utfallsmål målt ved endt behandling. I en studie som ser på effekten av tid i behandling, finner Gullo og kolleger (2012) ikke-signifikante sammenhenger mellom den ekte relasjonen og utfall hos pasienter som gjennomfører svært kort terapi (gjennomsnitt av 5,66 timer), men oppgavefaktoren i WAI er signifikant knyttet til utfall. I korttidsterapi finner studien en sammenheng mellom relasjon målt med RRI og utfall, mens WAI ikke lenger har signifikans for utfall. Resultatene peker altså i en annen retning enn Gelsos teoretiske prediksjoner om at relasjonen er mer viktig i korttidsterapi enn i langtidsterapi (Gelso, 2011; Gelso & Carter, 1994). Om derimot svært korttidsterapi og korttidsterapi har forskjellige karakteristika, og Gelso har rett i sine teoretiske antagelser om den ekte relasjonen og påvirkning av utfall i langtidsterapi, kan dette bety at sammenhengen mellom ekte relasjon og tid er kurvelineær.

I vår oppgave blir det gjort korttidsterapi med en standard av 14 timer, noe som er mer i tråd med Gullo og kolleger (2012) sin korttidsterapi. Derfor kan vårt resultat anses som i strid med deres resultater. Det er uklart om våre 14 timer med terapi kan sies å være ekvivalent med deres 11 timer, da vår terapi utføres av studentterapeuter og deler av tiden blir brukt til utredning. Det er også mulig at effekten av tid på behandling modereres av hvor fokusert behandlingen er. Med tanke på effekten av allianse i svært korttidsterapi hos Gullo et al., er det mulig å tenke seg at et fokus på klart definerte oppgaver fremfor relasjon kan føre til mindre effekt av relasjonen på utfall.

Den ekte relasjonen kan være viktigere for visse lidelser enn andre. Terapeutiske tilnærminger som har fokus på opplevelse og utforskning av affekt som blant annet EFT og STDP finner det klinisk meningsfullt å legge vekt på en genuin og ekte relasjon (Greenberg,

2004; McCullough, 2009). Det finnes ingen forskning på hvorvidt den ekte relasjonen har ulik betydning ved ulike lidelser. Forskning på effekten av allianse ved ulike lidelser er også mangelfull. Det er likevel grunn til å tro at den ekte relasjonen har større betydning når man behandler pasienter med vansker tett knyttet til skam eller unngåelse av følelser. Det samme gjelder lidelser preget av liten evne til selvomsorg og mye selvangrep som for eksempel kronisk depresjon. Villigheten til å åpne seg og dele sine innerste tanker og følelser eller bruke terapeuten som modell for selvomsorg kan være vanskelig dersom man opplever relasjonen som inautentisk og at man ikke blir sett som den man er. Til motsetning har man andre behandlinger, slik som fobibehandling, der den ekte relasjonen kan spille en mindre rolle. Det er også her nødvendig å ha en god arbeidsallianse, og enighet om mål og oppgaver er helt vesentlig, men det emosjonelle båndet mellom terapeut og klient kan tenkes å ha mindre betydning.

Coco og kolleger (2011) finner at nettopp genuiniteten i den ekte relasjonen opplevd av pasienter, bedre forklarer utfall i terapi. Deres terapeuter utøver relasjonell psykodynamisk korttidsterapi. I relasjonell psykodynamisk korttidsterapi er man mindre opptatt av mål og oppgaver enn relasjon og overføringer. Dette kan kanskje forklare hvorfor den ekte relasjonen som målt hos klienter, men ikke allianse, korrelerer med utfall i deres studie. Vår studie skiller seg fra Coco et al. (2011) på flere punkter. Undersøkelsen er utført i Italia, noe som kan gi kulturelle forskjeller. Terapeutene er studenter og følger ikke en spesifikk metodikk som gruppe. I vårt utvalg kan man se for seg at vektleggingen av relasjon som aktiv komponent i behandling vil kunne variere mye. Som studentterapeuter kan man også anta at evnene til å fange opp og bruke relasjonelle komponenter som overføringer og motoverføringer aktivt, vil være mindre avanserte. En mulig sammenheng mellom metodisk tilnærming og positive effekter av god ekte relasjon vil i så fall være mindre sannsynlig i vår studie

Den ekte relasjonen kan også være særlig viktig i behandlingen av personer med

personlighetsforstyrrelser. Forskning har vist at særlig pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse profitterer på en mindre teknisk tilnærming med mer fokus på relasjonen og samspillet mellom klient og terapeut (Bender, 2005). Begrepet korrektiv emosjonell erfaring kan være relevant for å forklare hvordan en sterk og god ekte relasjon kan gi nye relasjonelle erfaringer som kan hjelpe klienter med å endre innarbeidede mønstre eller skjema. Marmarosh (2009) finner sammenhenger mellom terapeutenes vurderinger av den ekte relasjonen og utfall. De foreslår at en mulig forklaring på dette resultatet kan være at terapeuter identifiserer pasienter med dårligere evne til å danne en ekte relasjon, og knytter dette opp mot tilknytning, mentalisering og personlighetsforstyrrelser. Dersom dette stemmer, kan det være at terapeuter bør være særlig oppmerksom på den ekte relasjonen i møte med denne pasientgruppen.

Kvaliteter ved interaksjonen som «positive regard» og empati er relasjonelle aspekter ved psykoterapi som er funnet å være effektive på tvers av behandlinger (Elliott, Bohart, Watson, & Greenberg, 2011; Farber & Doolin, 2011). "Positive regard" og empati defineres som kvaliteter ved terapeuten, gjerne uttrykt gjennom terapeutiske handlinger, som virker gjennom den ekte relasjonen i følge tripartite-modellen for fellesfaktorer i terapi. Mange av pasientene som oppsøker hjelp for psykiske vansker har problemer i relasjoner, med tilknytning, eller utilstrekkelig sosial støtte. Det er indikasjoner på at pasienter med usikre tilknytninger, har særlig nytte av terapeuter som fostrer en god relasjon gjennom empati, forståelse og genuinitet (Wampold & Budge, 2012).

Man har funnet sterke sammenhenger mellom den ekte relasjonen og komponenten "emosjonelt bånd" i WAI, spesielt som rapportert av pasientene (Kelley et al., 2010; Marmarosh et al., 2009). I våre data er alliansen kun moderat relatert til den ekte relasjonen, men i andre undersøkelser har korrelasjonene nærmet seg grensen for det som regnes som separate konstrukt. Det er derfor på sin plass å vurdere om funn som gjelder for det emosjonelle båndet

også kan være aktuelle for den ekte relasjonen.

Ulvenes og kolleger (2012) finner at det emosjonelle båndet i alliansen har ulik betydning i kognitiv terapi og korttids psykodynamisk terapi. De ser på sammenhengen mellom unngåelse eller fokus på affekt, det emosjonelle båndet og utfall. De finner at fokus på affekter har en generell negativ effekt på det emosjonelle båndet, og at det emosjonelle båndet har en generell positiv effekt på utfall. Men når de ser på den samlede effekten av fokus på affekter og det emosjonelle båndet i de to ulike terapiretningene kommer tydelige forskjeller frem. I korttids psykodynamisk terapi har fokus på affekt en positiv effekt på utfall, og effekten av båndet på utfall forsvinner. I kognitiv terapi er derimot båndet fortsatt signifikant knyttet til utfall når man tar hensyn til fokus på affekter. Det virker altså som om det emosjonelle båndet i alliansen virker på ulike måter i de to ulike terapiformene. Dette er til støtte for et syn på allianse som en fasiliterende faktor i terapi. Disse resultatene kan tolkes til støtte for et syn som mener at allianse er en fellesfaktor i den forstand at allianse eksisterer og har betydning for alle terapier, men at virkemåten til alliansen i ulike behandlinger, intervensjoner eller behandlingskomponenter er spesifikke. Et annet poeng fra artikkelen er at de ser en mulig flerdeling av det emosjonelle båndet i terapi, der den eller de delene som ikke inneholder fokus på affekt, fortsatt har betydning for utfall i korttids psykodynamisk terapi. Som nevnt over, er det stor grad av overlapp mellom det emosjonelle båndet i alliansen og den ekte relasjonen. Det er derfor mulig at disse funnene også har betydning for hvordan den ekte relasjonen virker i terapi. Dersom den ekte relasjonen også virker sammen med intervensjoner og fokus i terapi på lignende måter, kan det hende at mer spesifikke forskningsspørsmål vil kunne gi andre resultater enn det denne oppgaven finner.

Tidligere forskning på ekte relasjon og utfall virker å finne at den ekte relasjonen forklarer en større del av variansen i utfall enn andre variabler som allianse. Dersom man ser nærmere på disse studiene ser man at kun tre av studiene bruker utfallsmål som ser direkte på symptomtrykk.

Av disse er Marmarosh et al. (2009) den eneste studien før denne som bruker SCL-90 som utfallsmål, og den er også den eneste empiriske undersøkelsen av sammenheng mellom utfall og den ekte relasjonen som ikke finner en sammenheng mellom klientvurdert RR og bedre utfall. Som i vår studie finner de positive, men ikke signifikante sammenhenger mellom sterk ekte relasjon og nedgang i symptomer ved endt behandling. I deres studie er det kun terapeutenes vurdering av den ekte relasjonen som har sammenheng med utfall, og da først og fremst terapeutens vurderinger av realisme i relasjonen (Marmarosh et al., 2009).

Det finnes forskjellige måleverktøy som ser på pasienters interpersonlige fungering, og interpersonlig fungering er knyttet opp mot både tilknytningstrygghet og utfall i terapi (Haggerty, Hilsenroth, & Vala-Stewart, 2009; Maxwell, Tasca, Ritchie, Balfour, & Bissada, 2014). Vi ser i denne oppgaven på effekten av den ekte relasjonen på interpersonlig fungering målt med IIP-64. Våre resultater viser ingen sammenhenger mellom det globale målet på IIP og den ekte relasjonen. Interpersonlig fungering er et utfallsmål i seg selv, og kan fortelle oss noe om klientens liv som går utover rene symptommål. Man har i tidligere forskning funnet at mål på symptomer og interpersonlig fungering har moderate korrelasjoner (Horowitz et al., 1988), noe som er naturlig, da man kan tenke seg at symptomer vil påvirke interpersonlige prosesser og omvendt. Dette finner vi også i vår studie.

Tidligere forskning har pekt i retning av at tilknytning og den ekte relasjonen henger sammen i terapi. Resultatene viser at en sterk ekte relasjon predikerer mer sikker tilknytning til terapeuten (Coco et al., 2011). Den kan altså virke som om den terapeutiske relasjonen kan fungere som en modell for en sikker relasjon for pasienter som mangler slike erfaringer. Om det er en sammenheng mellom interpersonlig fungering og den ekte relasjonen, er det naturlig å spørre seg om hvilke mekanismer som fører til slike sammenhenger. En mulighet er at den ekte relasjonen påvirker interpersonlig fungering gjennom tilknytning. Flere teoretikere har trukket

frem effekten av en god relasjon til terapeut som en arena der pasienten kan få nye relasjonelle erfaringer, det være seg gjennom en trygg tilknytning, gjennom sosial støtte, gjennom et fortrolig eller gjennom et varig forhold til et empatisk medmenneske (Gelso, 2009a; Wampold & Budge, 2012). På den andre siden kan det tenkes at pasientens tilknytningsstil påvirker styrken til den ekte relasjonen, eventuelt står i veien for dannelsen av en sterk, ekte relasjon (Marmarosh et al., 2009; Moore & Gelso, 2011).

Forskning som har sett på sammenhengene mellom tilknytningsstil og ekte relasjon finner en sammenheng mellom usikker tilknytning hos pasienter og en mer negativ ekte relasjon (Marmarosh et al., 2009). Dette resultatet sier altså noe om hvordan en kvalitet ved pasienten, tilknytningsstil, påvirker den ekte relasjonen. Det andre perspektivet vil være at den ekte relasjonen påvirker pasienten, og på denne måten gjør det mulig for pasienter med ulike tilknytningsstiler å danne en tryggere relasjon. Moore et al. (2011) sine funn om at en sterk ekte relasjon bidrar til tryggere tilknytning til terapeut bygger på korrelasjonsdata og gir oss derfor ikke informasjon om retning, men det er interessant å påpeke at de i denne undersøkelsen ikke finner noen forskjeller på sikre og usikre tilknyttede pasienter med tanke på evne til å danne en trygg tilknytning til terapeut. Det peker i retning av at den ekte relasjonen er særskilt viktig i dannelsen av en trygg tilknytning til terapeuten.

Vi finner altså ikke noen sammenheng mellom interpersonlig fungering og den ekte relasjonen i våre resultater. Dette resultatet gir ikke grunnlag for utvetydige svar om hvilken betydning den ekte relasjonen har for klientenes interpersonlige fungering, og om eventuelle mulige sammenhenger mellom tilknytning, den ekte relasjonen og interpersonlig fungering. Vi mangler direkte mål på tilknytning i denne oppgaven, men dette kunne vært et interessant forskningsspørsmål for videre forskning.

Den ekte relasjonen i seg selv har blitt utsatt for en god del kritikk, både knyttet til Gelsos

definisjon av konstruktet, og for måten man søker å måle det gjennom RR (Greenberg, 1994; Hatcher, 2009; Horvath, 2009). Hatcher (2009) kritiserer RR som skjema. Han mener at det kan være vanskelig å knytte RR sammen med Gelsos teori og at det er vanskelig å si hva skjemaet egentlig måler. Det er legitimt å spørre seg om den ekte relasjonen best lar seg fange gjennom et selvrapportskjema. Det har vært vanskelig, selv for erfarne klinikere og forskere, å definere den delen av relasjonen som den ekte relasjonen forsøker å måle. Andre mål, eller mer upartiske observatører, er kanskje bedre egnet til å vurdere den ekte relasjonen. Måten den ekte relasjonen er definert på, som et allmenngyldig og universelt bånd mellom mennesker, kan gjøre det mer sårbart for overrapportering av god relasjon og for sosial ønskelighet.

Gelso sin definisjon av den terapeutiske relasjon bygger på Greenson (1967), og hevder at relasjonen er en forutsetning for allianse, og derfor også en forutsetning for effektiv terapi. I vår undersøkelse finner vi at den ekte relasjonen ikke kan predikere utfall, men en mulig konsekvens av et slikt syn på sammenhengen mellom den ekte relasjonen og allianse kan være at den ekte relasjonen påvirker utfall gjennom alliansen. Vi finner derimot at alliansemål og relasjonsmål er moderat korrelerte, og våre modeller gir ikke indikasjoner på at den ekte relasjonen virker gjennom allianse for å skape bedre utfall. Om dette hadde vært tilfelle ville vi sannsynligvis ha sett tydelige interaksjoner mellom allianse, ekte relasjon og utfall. Det finner vi ikke her.

Begrensninger ved studien

Vi ser i denne oppgaven på sammenhengen mellom relasjon og utfall i lys av to aspekter ved Gelsos tredelte modell, som sett fra pasientenes side. Det er en del implisitte avgrensninger i dette. Den ekte relasjonen, men også andre sider ved relasjonen kan sies å være dyadiske konstrukter. Det vil si at de er konstruerte i felleskap, og dermed ikke kan sies å være egenskaper ved de enkelte individene. Metodisk betyr dette også at man ikke kan se på terapeutens og

klientens skåringer som uavhengige av hverandre. De er nøstet inn i hverandre. I denne oppgaven ser vi kun på en side av relasjonen, og bruker heller ikke en modell som ser på aktør-partner-interaksjoner. Vårt design er likevel hjulpet av at vi kun har en pasient per terapeut, noe som gjør det mindre nødvendig å skille terapeuteffekter fra klienteffekter.

Det er også en del andre begrensninger i denne oppgaven. Det opprinnelige klientutvalget var på 150, mens det endelige utvalget er over halvert på grunn av manglende data. Når frafallet er så stort, er det grunn til å sette spørsmålsteget ved om det resterende utvalget er representativt, eller om dette er en selektert gruppe. Særlig er dette aktuelt med tanke på problemstillingen som tar for seg relasjon, og betydningen av relasjon for utfall. Om klienter som opplever dårligere eller svakere relasjon til terapeuten er ekskludert fra denne undersøkelsen kan det gi et uklart avbilde av relasjonens betydning i terapi.

I empiriske undersøkelser er det regnet som god praksis å inkludere pre og post-mål for målene man bruker (Langdridge, 2006). Dette er tilfelle for utfalls- og alliansemål i denne oppgaven, men for den ekte relasjonen har vi kun et målepunkt midt i terapiforløpet. Vår undersøkelse baserer seg derfor på en antagelse av at dette målet er representativt for den ekte relasjonen i behandling. Vi kan ikke si med sikkerhet om dette stemmer for klienten ved avslutning, som er tidspunktet man måler utfall. Dette er ytterligere problematisk da det begrenser muligheten for å utforske prediksjoner rundt forventende sammenhenger mellom utfall og relasjon over tid, og fører frem til en naturlig avgrensning av oppgavens omfang. En fordel for oss er at sammenlignet med et mål som for eksempel symptomer, kan vi si at en ekte relasjon er noe som oppstår i og gjennom behandling. Derfor er det ikke like nødvendig å ha en pre-mål i dette tilfellet.

Opgaven mangler mål på timeantall, og derfor er det ikke mulig å anslå drop-out. Det gjør det også vanskeligere å anslå om relasjonen har forskjellig betydning for terapier av ulik

lengde. På den andre siden er utvalget såpass lite at det sannsynligvis ville vært vanskelig å anslå uansett.

Til sist, denne oppgaven er gjort på behandlinger foretatt av studentterapeuter under opplæring. Undersøkelser fra denne klinikken tidligere, har vist komparativt like resultater som undersøkelser gjort med bruk av erfarne terapeuter (Ryum, Stiles, & Vogel, 2007) . Det er derimot vanskeligere å slå fast om det er de samme virksomme komponentene i terapi for studentterapeuter. Undersøkelser gjort i USA viser forskjeller i evner til ulike former for relasjonsbygging mellom uerfarne og mer erfarne terapeuter (Williams, Judge, Hill, & Hoffman, 1997). Vi vet ikke om dette også gjelder for studentterapeutene.

Konklusjon

Denne studien finner ikke-signifikante sammenhenger mellom den ekte relasjonen slik den er målt med RRI, reduksjon i klinisk relevante utfallsmål for henholdsvis generell symptombelastning og interpersonlige vansker. Deltagerne i studien virker derimot å være i stand til å skille mellom allianse og den ekte relasjonen som konstrukter, og heller ikke allianse predikerer bedring i utfall. Den ekte relasjonen søker å fange en klinisk meningsfull del av terapirelasjonen som er vanskelig å avgrense. Store deler av forskningen på området er dessverre preget av metodiske svakheter, og videre forskning bør ta sikte på å bruke godt validerte måleverktøy og prospektive mål på behandlingseffekt, samt undersøke relaterte fenomener som tilknytning, interpersonlig fungering og hvordan den ekte relasjonen virker inn ved ulike lidelser og behandlingsmetoder.

Litteraturliste

- Ackerman, S. J., Benjamin, L. S., Beutler, L. E., Gelso, C. J., Goldfried, M. R., Hill, C., . . . Rainer, J. (2001). Empirically supported therapy relationships: Conclusions and recommendations fo the Division 29 Task Force. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 495-497. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.495
- Ain, S. C. (2011). The real relationship, therapist self-disclosure, and treatment progress: A study of psychotherapy dyads.
- Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1990). Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *J Pers Assess*, 55(3-4), 521-536. doi: 10.1080/00223891.1990.9674088
- Bech, P., Allerup, P., Maier, W., Albus, M., Lavori, P., & Ayuso, J. L. (1992). The Hamilton scales and the Hopkins Symptom Checklist (SCL-90). A cross-national validity study in patients with panic disorders. *Br J Psychiatry*, 160, 206-211.
- Bender, D. S. (2005). The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders. *Journal of Psychiatric Practice*®, 11(2), 73-87.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. doi: 10.1037/h0085885
- Busseri, M. A., & Tyler, J. D. (2003). Interchangeability of the working alliance inventory and working alliance inventory, short form. *Psychological assessment*, 15(2), 193.
- Coco, G. L., Gullo, S., Prestano, C., & Gelso, C. J. (2011). Relation of the real relationship and the working alliance to the outcome of brief psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*, 48(4), 359-367. doi: 10.1037/a0022426

- Derogatis, L. R. (1983). *The Symptom Checklist -90 Revised: Administration, scoring and procedures manual II.* . Baltimore: Clinical Psychometric Research. .
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the scl-90: A study in construct validation. *Journal of clinical psychology, 33*(4), 981-989. doi: 10.1002/1097-4679(197710)33:4<981::AID-JCLP2270330412>3.0.CO;2-0
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy, 48*(1), 43-49. doi: 10.1037/a0022187
- Eugster, S. L., & Wampold, B. E. (1996). Systematic effects of participant role on evaluation of the psychotherapy session. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(5), 1020.
- Farber, B. A., & Doolin, E. M. (2011). Positive regard. *Psychotherapy, 48*(1), 58-64. doi: 10.1037/a0022141
- Fenton, L. R., Cecero, J. J., Nich, C., Frankforter, T. L., & Carroll, K. M. (2001). Perspective is everything: The predictive validity of six working alliance instruments. *The Journal of psychotherapy practice and research, 10*(4), 262.
- Fuertes, J. N., Gelso, C. J., Owen, J. J., & Cheng, D. (2013). Real relationship, working alliance, transference/countertransference and outcome in time-limited counseling and psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly, 26*(3-4), 294-312.
- Fuertes, J. N., Mislouack, A., Brown, S., Gur-Arie, S., Wilkinson, S., & Gelso, C. J. (2007). Correlates of the real relationship in psychotherapy: A study of dyads. *Psychotherapy Research, 17*(4), 423-430.
- Gelso, C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: theory, research, and practice. *Psychother Res, 24*(2), 117-131. doi: 10.1080/10503307.2013.845920
- Gelso, C. J. (2002). Real relationship: The "something more" of psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 32*(1), 35-40.

- Gelso, C. J. (2011). *The real relationship in psychotherapy: The hidden foundation of change*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The Relationship in Counseling and Psychotherapy Components, Consequences, and Theoretical Antecedents. *The Counseling Psychologist, 13*(2), 155-243.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology, 41*(3), 296.
- Gelso, C. J., Kelley, F. A., Fuertes, J. N., Marmarosh, C., Holmes, S. E., Costa, C., & Hancock, G. R. (2005). Measuring the Real Relationship in Psychotherapy: Initial Validation of the Therapist Form. *Journal of Counseling Psychology, 52*(4), 640.
- Gelso, C. J., Kivlighan Jr, D. M., Busa-Knepp, J., Spiegel, E. B., Ain, S., Hummel, A. M., . . . Markin, R. D. (2012). The unfolding of the real relationship and the outcome of brief psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 59*(4), 495.
- Gelso, C. J. J., D.H. . (1983). *Explorations in time-limited counseling and psychotherapy*. New York: Columbia University. Teachers College Press. .
- Greenberg, L. S. (1994). What is "real" in the relationship? Comment on Gelso and Carter (1994). *Journal of Counseling Psychology, 41*(3), 307-309. doi: 10.1037/0022-0167.41.3.307
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 11*(1), 3-16.
- Greenson, R. (1967). *The Technique and Practice of Psychoanalysis. Vol. 1*. New York: International Universities Press.
- Gullo, S., Lo Coco, G., & Gelso, C. (2012). Early and later predictors of outcome in brief

- therapy: The role of real relationship. *Journal of clinical psychology*, 68(6), 614-619.
- Haggerty, G., Hilsenroth, M. J., & Vala-Stewart, R. (2009). Attachment and interpersonal distress: examining the relationship between attachment styles and interpersonal problems in a clinical population. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(1), 1-9. doi: 10.1002/cpp.596
- Hatcher, R. L. (2009). Considering the real relationship: Reaction to Gelso's "The real relationship in a postmodern world: Theoretical and empirical explorations". *Psychotherapy Research*, 19(3), 269-272.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G., & Villasenor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *J Consult Clin Psychol*, 56(6), 885-892.
- Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy (Chic)*, 43(3), 258-263. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.258
- Horvath, A. O. (2009). How real is the "real relationship"? *Psychotherapy Research*, 19(3), 273-277.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233. doi: 10.1037/0022-0167.36.2.223
- Kelley, F. A., Gelso, C. J., Fuertes, J. N., Marmarosh, C., & Lanier, S. H. (2010). The real relationship inventory: development and psychometric investigation of the client form. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 540.
- Kivlighan Jr, D. M., Gelso, C. J., Ain, S., Hummel, A. M., & Markin, R. D. (2015). The therapist, the client, and the real relationship: An actor-partner interdependence analysis of treatment outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 62(2), 314.

- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.357
- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode - en innføring i kvalitative og kvantitative forskningsmetoder*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Marmarosh, C. L., Gelso, C. J., Markin, R. D., Majors, R., Mallery, C., & Choi, J. (2009). The real relationship in psychotherapy: Relationships to adult attachments, working alliance, transference, and therapy outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 337.
- Maxwell, H., Tasca, G. A., Ritchie, K., Balfour, L., & Bissada, H. (2014). Change in attachment insecurity is related to improved outcomes 1-year post group therapy in women with binge eating disorder. *Psychotherapy (Chic)*, 51(1), 57-65. doi: 10.1037/a0031100
- McCullough, L. (2009). The challenge of distinguishing figure from ground: Reaction to Gelso's work on the real relationship. *Psychotherapy Research*, 19(3), 265-268. doi: 10.1080/10503300802592498
- Moore, S. R., & Gelso, C. J. (2011). Recollections of a secure base in psychotherapy: Considerations of the real relationship. *Psychotherapy*, 48(4), 368.
- Nielsen, G., & Vassend, O. (1994). SCL-90-R, Norsk oversettelse.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48(1), 4-8. doi: 10.1037/a0022180
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102. doi: 10.1037/a0022161
- Ryum, T., Stiles, T., & Vogel, P. (2007). Effektivitet ved psykoterapeutisk behandling gjort av viderekomne studenter [Effectiveness in psychotherapeutic therapy, conducted by advanced students]. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 44, 1005-1011.

Ryum, T., & Vogel, P. A. (2012). Real Relationship Inventory - Norsk oversettelse.

Stiles, T. C., & Høglend, P. (1994). Inventory of interpersonal problems - norsk oversettelse.

Svartberg, M., & Sexton, H. (1994). Working Alliance Inventory - norsk oversettelse.

Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory.

Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1(3), 207-

210. doi: 10.1037/1040-3590.1.3.207

Ulvenes, P. G., Berggraf, L., Hoffart, A., Stiles, T. C., Svartberg, M., McCullough, L., &

Wampold, B. E. (2012). Different processes for different therapies: therapist actions, therapeutic bond, and outcome. *Psychotherapy (Chic)*, 49(3), 291-302. doi:

10.1037/a0027895

Wampold, B. E., & Budge, S. L. (2012). The 2011 Leona Tyler Award Address: The

Relationship—and Its Relationship to the Common and Specific Factors of

Psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 40(4), 601-623. doi:

10.1177/0011000011432709

Williams, E. N., Judge, A. B., Hill, C. E., & Hoffman, M. A. (1997). Experiences of novice

therapists in prepracticum: Trainees', clients', and supervisors' perceptions of therapists' personal reactions and management strategies. *Journal of Counseling Psychology*, 44(4),

390-399. doi: 10.1037/0022-0167.44.4.390

Appendiks A: Symptom Checklist Revised (Derogatis, 1983)

Norsk versjon oversatt av Geir Nielsen og Olav Vassend, 1994

SCL-90-R[®]

Symptom Checklist 90 – Revised

Navn _____

Dato: ____/____-____

Veiledning

På de følgende sidene finner du listet opp en rekke plager og problemer som man av og til kan ha. Les nøye gjennom hvert punkt, og sett ring rundt det svaralternativ som best beskriver *hvor mye dette har plaget deg eller vært til besvær i løpet av de siste 7 dager*.

| Eksempel | | | | | | |
|---|----------------------|-------------------------|------|---------|---------------|--------|
| <i>I løpet av de siste 7 dager, hvor mye har du vært plaget av...</i> | | Ikke i det hele tatt | Litt | Moderat | Ganske mye | Veldig |
| 0. | Vondt i kroppen..... | 0 | ① | 2 | 3 | 4 |

Som du vil se er punktene gruppert fem og fem. Dette er kun for å lette leseligheten, og har ingen annen betydning. Vennligst besvar alle punktene.

*I løpet av de siste 7 dager,
Hvor mye har du vært plaget av:*

| | Ikke i det hele tatt | Litt | Måtelig | Ganske mye | Veldig mye |
|--|----------------------|------|---------|------------|------------|
| 1. Hodepine | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Nervøsitet eller indre uro | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Gjentatte ubehagelige tanker som ikke vil gi slipp | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Matthet eller svimmelhet | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Tap av seksuell lyst og interesse | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Føler deg kritisk mot andre mennesker | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Tror at en annen person kan kontrollere tankene dine | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Føler at andre er skyld i de fleste av dine problemer | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Vansker med å huske saker og ting | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Bekymringer over slurv og uforsiktighet | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Blir lett forarget eller irritert | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Smerter i hjerteregionen eller bryst | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Føler deg redd på åpne plasser eller på gaten | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Føler deg energifattig eller langsommere enn vanlig | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Tanker om å ta ditt liv | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Hører stemmer som andre ikke hører | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Skjelvinger | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Føler at mennesker flest ikke er til å stole på | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Dårlig matlyst | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Gråter lett | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Føler deg blyg eller engstelig i forhold til det motsatte kjønn | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Føler deg liksom lurte i en felle eller fanget | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Blir plutselig redd uten grunn | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Ukontrollerbare raseriutbrudd | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Føler deg engstelig for å gå hjemmefra alene | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Klandrer eller bebreider deg selv for saker og ting | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Smerter i korsryggen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Føler at det er vanskelig å få ting gjort | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Føler deg ensom | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Føler deg nedtrykt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Uroer og bekymrer deg for mye over saker og ting | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Føler deg uten interesse for ting | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Føler deg engstelig og redd | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Føler deg lett såret | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Føler at noen mennesker leser dine private tanker | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Føler at andre ikke forstår deg eller bryr seg om deg | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Føler at andre mennesker er uvennlige eller at de misliker deg | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Må gjøre ting meget langsomt for å være sikker på at det blir riktig | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Har hjertebank eller føler at hjerteslagene nærmest løper avgårde | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Har kvalme eller urolig mage | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. Føler deg underlegen eller mindreverdig | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. Verk eller ømhet i musklene | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. Føler at andre iakttar deg eller snakker om deg | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44. Har vanskeligheter med å sovne | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. Må kontrollere det du gjør en eller flere ganger | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46. Problemer med å kunne bestemme deg | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47. Føler deg engstelig for å reise med buss, trikk, tog, o.l. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48. Pustebesvær eller besvær med å få luft | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49. Varme- eller kuldetokter gjennom kroppen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50. Må unngå bestemte saker, plasser eller situasjoner fordi de gjør deg engstelig | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

*I løpet av de siste 7 dager,
Hvor mye har du vært plaget av:*

| | Ikke i det hele tatt | Litt | Måtelig | Ganske mye | Veldig mye |
|--|----------------------|------|---------|------------|------------|
| 51. Blir "tom" i hodet..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52. Nummenhet og prikking i deler av kroppen..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53. Klump i halsen..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 54. Føler håpløshet med henblikk på fremtiden..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 55. Konsentrasjonsproblemer..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 56. Føler deg svak i deler av kroppen..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 57. Føler deg anspent eller oppjaget..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 58. Føler deg tung i armer og ben..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 59. Tanker om døden eller hvordan det er å dø..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 60. Spiser for mye..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 61. Føler ubehag når andre mennesker iakttar eller snakker om deg..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 62. Har tanker som ikke er dine..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 63. Føler trang til å slå, skade eller gjøre andre vondt..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 64. Våkner tidlig om morgenen..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 65. Føler en slags trang mht. å måtte utføre visse handlinger flere ganger eller å måtte utføre dem på en helt bestemt måte – f.eks. berøre visse ting, telle eller vaske..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 66. Urolig eller forstyrret søvn..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 67. Kjenner impulser til å slå i stykker eller smadre ting..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 68. Har tanker eller idéer som andre ikke har, eller ikke forstår seg på..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 69. Føler deg meget sjenert eller forsagt når du er sammen med andre..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 70. Føler ubehag når du omgås mange mennesker på en gang, f.eks. i butikker eller på kino..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 71. Føler det som om alt mulig er anstrengende..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 72. Angst- eller panikkanfall..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 73. Føler ubehag ved å spise eller drikke ute blant folk, f.eks. på kafé, bar eller restaurant..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 74. Havner ofte i heftige diskusjoner eller i krangel..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 75. Føler deg nervøs når du må være alene..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 76. Synes at andre ikke setter nok pris på det du gjør..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 77. Føler deg ensom, selv når du er sammen med andre..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 78. Føler deg så urolig at du ikke kan sitte stille..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 79. Føler deg verdiløs..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 80. Føler at noe vondt eller leit vil komme til å hende deg..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 81. Skriker og roper eller kaster ting..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 82. Er redd for å skulle besvime når du er ute blant folk..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 83. Føler at folk vil komme til å utnytte deg om de får sjansen til det..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 84. Har seksuelle tanker og forestillinger som bekymrer deg..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 85. Har tanker om at du bør straffes for syndige ting du har gjort..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 86. Har skremmende tanker og forestillingsbilder..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 87. Tanker om at det er noe alvorlig feil med kroppen din..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 88. Føler deg aldri nær noe annet menneske..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 89. Skyldfølelse..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 90. Tror at det er noe i veien med din forstand..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Appendiks B: Inventory of Interpersonal Problems (Horowitz et al., 1988)

Inventory of Interpersonal Problems IIP-64 Versjon C

Norsk oversettelse ved T. Stiles og P. Høglend 1994

Her har vi en liste med problemer som folk har i omgang med andre mennesker. Vennligst les hvert av disse og vurder om dette problemet har vært et problem for deg med hensyn til **en eller annen betydningsfull person i ditt liv**. Velg da det tallet som beskriver hvor plagsomt det problemet har vært, og sett en sirkel rundt dette tallet.

EKSEMPEL

Hvor mye har du vært plaget av dette problemet ?

| | Ikke i hele tatt | Litt | Moderat | Ganske mye | Mye |
|--|------------------|------|---------|------------|-----|
| Det er vanskelig for meg å komme overens med mine slektninger. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

DEL 1. Det følgende er ting du synes er vanskelig å gjøre i forhold til andre mennesker.

Det er vanskelig for meg å;

Sett en ring rundt det tallet som passer best for deg

| | | Ikke i det hele tatt | Litt | Moderat | Ganske mye | Veldig mye |
|----|---|----------------------|------|---------|------------|------------|
| 1 | Stole på andre mennesker ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Si ”nei ” til andre mennesker | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Delta i grupper | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Holde ting hemmelig for andre mennesker | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | La andre mennesker få vite hva jeg har bruk for | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Be en person slutte å plage meg | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | Presentere meg for nye mennesker | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Konfrontere folk med problemer som oppstår | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | Hevde mine meninger overfor en annen person | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | La andre mennesker få vite når jeg er sint | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Forplikte meg over lang tid i forhold til en annen person | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Være sjef over en annen person | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Være sint på andre når situasjonen gjør det nødvendig | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Omgås andre mennesker på en selskapeleg måte | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | Vise andre mennesker at jeg er glad i dem | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 16 | Komme overens med folk | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 | Forstå andres synspunkter | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | Uttrykke mine følelser over andre direkte | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | Være bestemt når jeg trenger å være det | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Opplive kjærlighet i forhold til en annen person | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21 | Sette grenser for andre | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22 | Støtte en annens persons mål med livet | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23 | Føle nærhet til andre | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24 | Virkelig bry seg om problemer andre mennesker har | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25 | Krangle med en annen person | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26 | Tilbringe tid alene | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27 | Gi en annen person en gave | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28 | Tillate meg føle sinne overfor noen jeg liker | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29 | Sette en annens behov fremfor mine egne | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30 | Ikke bry meg med andres saker | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31 | Ta i mot råd og ordrer fra folk som har myndighet over meg | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32 | Glede meg over et annet menneskes lykke | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33 | Be andre mennesker omgås meg sosialt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34 | Være sint på andre mennesker | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35 | Åpne meg å snakke om følelsene mine til andre | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36 | Tilgi en annen person etter at jeg har vært sint | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37 | Ta hensyn til mitt eget beste når en annen blir krevende | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38 | Si mine egne meninger uten å bekymre meg for at jeg sårer en annen persons følelser | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39 | Være trygg på meg selv når jeg er sammen med andre mennesker | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Del II. Følgende er ting du gjør for mye.

| | | Ikke i det hele tatt | Litt | Moderat | Ganske mye | Veldig mye |
|----|--|-----------------------------|-------------|----------------|-------------------|-------------------|
| 40 | Jeg kranbler for mye med andre mennesker | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41 | Jeg føler meg ansvarlig for å løse andres problemer | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42 | Jeg lar meg alt for lett overtale av andre | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43 | Jeg er åpen overfor andre mennesker | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44 | Jeg er altfor selvstendig | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45 | Jeg er alt for aggressiv i forhold til andre | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46 | Jeg prøver for sterkt og tekkes andre mennesker | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47 | Jeg klovner for mye | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48 | Jeg ønsker for mye å bli lagt merke til | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49 | Jeg stoler for mye på andre mennesker | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50 | Jeg prøver for mye å kontrollere andre mennesker | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51 | Jeg lar for ofte andres behov gå foran mine egne | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52 | Jeg prøver altfor mye å forandre andre mennesker | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53 | Jeg er godtroende | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 54 | Jeg er overdrevent sjenerøs overfor andre mennesker | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 55 | Jeg er redd for andre mennesker | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 56 | Jeg er mistenksom overfor andre mennesker | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 57 | Jeg manipulerer andre for mye for å oppnå det jeg vil | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 58 | Jeg forteller alt for lett personlige ting til andre | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 59 | Jeg er for ofte uenig med andre | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 60 | Jeg holder andre altfor mye på avstand | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 61 | Jeg lar altfor lett andre mennesker utnytte meg | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 62 | Jeg føler for ofte flau overfor andre mennesker | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 63 | Jeg lar en annen persons elendighet lett gå inn på meg | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 64 | Jeg ønsker for ofte hevn over andre | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Appendiks C: Real Relationship Inventory (Kelley et al., 2010)
Norsk oversettelse ved Truls Ryum og Patrick A. Vogel (2012)

RRI-klient

Vennligst svar på utsagnene nedenfor på bakgrunn av ditt forhold til din terapeut. Bruk følgende 1-5 skala når du skårer hvert ledd i åpenrommet ved siden av hvert spørsmål.

| Svært enig | Enig | Nøytral | Uenig | Svært uenig |
|-------------------|-------------|----------------|--------------|--------------------|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

- 1. Jeg klarte å være meg selv sammen med min terapeut.
- 2. Min terapeut og jeg hadde en realistisk oppfatning av relasjonen vår.
- 3. Jeg holdt tilbake vesentlige sider ved meg selv.
- 4. Jeg satte pris på å kunne uttrykke mine følelser i terapi.
- 5. Min terapeut likte mitt sanne jeg.
- 6. Det var vanskelig å akseptere hvem terapeuten min egentlig er.
- 7. Jeg var åpen og ærlig med min terapeut.
- 8. Min terapeuts oppfatninger av meg virket farget av hans/ hennes egne vansker.
- 9. Relasjonen mellom min terapeut og meg ble styrket av vår forståelse av hverandre.
- 10. Min terapeut virket oppriktig i relasjonen til meg.
- 11. Jeg klarte å kommunisere min øyeblikk-til-øyeblikk indre opplevelse til min terapeut.
- 12. Min terapeut holdt tilbake sitt ekte jeg.
- 13. Jeg forstod min terapeuts begrensinger og styrker.
- 14. Vi kjenner egentlig ikke hverandre realistisk.
- 15. Min terapeut og jeg klarte å være oppriktige i relasjonen vår.
- 16. Jeg klarte å se meg selv realistisk i terapi.
- 17. Min terapeut og jeg har en ærlig relasjon.
- 18. Jeg klarte å skille ut mine realistiske oppfatninger av min terapeut fra mine urealistiske oppfatninger.
- 19. Min terapeut og jeg uttrykte en dyp og ekte omsorg for hverandre.
- 20. Jeg hadde en realistisk forståelse av terapeuten min som en person.
- 21. Min terapeut så meg ikke slik jeg virkelig er.
- 22. Jeg følte at det var en vesentlig tilbakeholdenhet i relasjonen vår.
- 23. Min terapeuts oppfatninger av meg var nøyaktige.
- 24. Det var vanskelig for meg å uttrykke det jeg virkelig følte for min terapeut.

APPENDIKS D: Working Alliance Inventory – kortversjon (Horvath og Greenberg, 1989).

Norsk oversettelse ved Martin Svartberg og Hal Sexton, 1994

| | Aldri | Sjelden | Av og til | Noen ganger | Ofte | Veldig ofte | Alltid |
|---|-------|---------|-----------|-------------|------|-------------|--------|
| 1. Terapeuten min og jeg er enige i hva vi må gjøre i behandlingen for å bedre situasjonen min. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Det jeg gjør i behandlingen gir meg nye måter å se problemet mitt på. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Jeg tror terapeuten liker meg. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Terapeuten forstår ikke hva jeg prøver å oppnå i behandlingen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Jeg har tillit til at terapeuten er i stand til å hjelpe meg. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Terapeuten og jeg arbeider mot de mål vi er blitt enige om. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Jeg føler at terapeuten setter pris på meg. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Vi er enige om hva som er viktig for meg å arbeide med. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Terapeuten og jeg stoler på hverandre | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Terapeuten og jeg har forskjellige oppfatninger av mine problemer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Vi har kommet frem til en god felles forståelse av hva slags forandringer som vil være til hjelp for meg. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Jeg tror at den måten vi arbeider med problemet mitt på er riktig. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |