

Sammendrag

Det har lenge foregått en debatt om spesifikke faktorer eller fellesfaktorer kan forklare mesteparten av bedringen hos pasienter i psykoterapi. Denne oppgaven vil peke på faktorer som har bidratt til debatten (eksempelvis utstrakt bruk av en medisinsk metamodell på psykoterapi), for så å bevege seg forbi et slikt konkurransepreget skille, og argumentere for at terapien trenger alle de ulike elementene (eksempelvis rasjonale, spesifikke teknikker og fellesfaktorer) for å skape behandlingseffekt. Fjernes ett av elementene kan vi ikke lenger kalle det psykoterapi, og elementene bør derfor ses i relasjon til hverandre – både i forskningen, litteraturen og praksis. For å etablere kunnskap som gjør det mulig å tilby best mulig behandling for pasienter, er det nødvendig å undersøke psykoterapi slik fenomenet opptrer i den kliniske hverdagen, nemlig som en interaksjon mellom flere elementer.

Videre viser oppgaven hvordan terapielementene kan forstås i relasjon til hverandre, ved å se på eksempler fra forskning, bruk av en kontekstuell metamodell, og ved å sammenligne hvordan terapeuter innenfor to ulike behandlingsrammer (kognitiv terapi og eksistensiell psykoterapi) aktiverer en bestemt fellesfaktor (terapeutisk allianse). Det argumenteres for at ulike behandlingsrammer aktiverer en bestemt fellesfaktor på ulike måter.

Innholdsfortegnelse

Innledning	s. 3
Del I – Fra enten-eller til både-og	s. 5
Fellesfaktorer versus spesifikke faktorer	s. 5
På leting etter de mest potente ingrediensene, og bruk av den medisinske modellen	s. 8
Terapielementer sett i relasjon til hverandre, og bruk av den kontekstuelle modellen	s. 12
Både-og i forskning	s. 13
Avsluttende kommentarer til del I	s. 14
Del II – Presentasjon av behandlingsrammer og terapeutisk allianse	s. 16
Behandlingsrammen kognitiv terapi tilbyr	s. 16
Forskning på kognitiv terapi	s. 18
Rasjonalen i kognitiv terapi	s. 19
Teknikkene i kognitiv terapi	s. 20
Behandlingsrammen eksistensiell psykoterapi tilbyr	s. 20
Rasjonalen i eksistensiell psykoterapi	s. 24
Teknikkene i eksistensiell psykoterapi	s. 26
Forskning på eksistensiell psykoterapi	s. 28
Terapeutisk allianse	s. 30
Del III – Aktivisering av allianse i kognitiv terapi og eksistensiell psykoterapi	s. 33
Rogers' betingelser for endring i terapi	s. 34
Enighet om mål	s. 36
Enighet om metoder og teknikker for å nå målene	s. 38
Det emosjonelle båndet	s. 44
Avsluttende kommentarer til del III	s. 48
Konklusjon	s. 50

Innledning

Helt siden psykoterapiens spede begynnelse har det vært interesse for effekten av terapien, og hva som er dens endringsmekanismer (Hubble, Duncan, Miller, & Wampold, 2010). Heldigvis har forskere gang på gang kunnet konkludere med at terapi generelt skaper bedring hos flertallet av pasienter som oppsøker behandling (Lipsey & Wilson, 1993; Smith & Glass, 1977; Wampold, 2001). I jakten på potente endringsmekanismer har forskningen tradisjonelt hatt blikket rettet mot de spesifikke teknikkene som fremheves i de ulike terapitilnærmingene (Hubble et al., 2010). På forskningsfronten er det fortsatt slik at det er de særegne teoriene, metodene og teknikkene som vies mest tid og penger. Det foreligger også betydelig empiri som støtter disse som viktige ingrediensene i terapi (Butler, Chapman, Foreman, & Beck, 2006; Clark et al., 1994; Clark et al., 2006; Deacon & Abramowitz, 2004; Edmond, Sloan, & McCarty, 2004; Michelson & Marchione, 1991; Taylor et al., 2003; Wells, 2003). Samtidig har forskere også vært opptatt av å undersøke faktorer som er felles på tvers av de ulike tilnærmingene, og som kan assosieres med utfallet av behandlingen. Resultatene fra en lang rekke studier er at også fellesfaktorer ser ut til å være sentrale endringsmekanismer i terapi (Ahn & Wampold, 2001; Lambert & Barley, 2001: London, 1988; Wampold, 2001; Wampold, Minami, Baskin, & Tierney, 2002).

At begge "leirene" finner empirisk støtte for sine synspunkter har ført til en debatt der viktigheten av spesifikke faktorer settes opp mot viktigheten av fellesfaktorene.

Fellesfaktorforskerne har i denne debatten hatt en tendens til å undergrave verdien av spesifikke teknikker, og forkjemperne for de spesifikke teknikkene har likeledes undergravet verdien av fellesfaktorene. En rekke eksempler på spesifikke teknikker vil presenteres i del II og III av denne oppgaven, mens fellesfaktorene dominerer store deler av oppgavens del I. Del I starter med å gi leseren en kort innføring i hva fellesfaktorer er. Deretter beskrives forskning som støtter antagelsen om at disse er de viktigste faktorene i terapi. Kritikk mot fellesfaktorene, og utvalgt forskning som taler for de spesifikke teknikkene, vil så presenteres. Den medisinske modellen (Wampold, 2001)

vil presenteres som en metamodell for å gi leseren en forståelse av hvorfor det er blitt slikt et stort fokus på de spesifikke teknikkene. Deretter vil oppgaven bevege seg forbi skillet mellom spesifikke faktorer og fellefaktorer, i et forsøk på å formidle hvordan vi kan se disse i relasjon til hverandre. I den forbindelse vil den kontekstuelle modellen til Jerome Frank (Frank & Frank, 1991) presenteres som en alternativ metamodell. Videre vil det argumenteres for at spesifikke teknikker sammen med et unikt rasjonale, utgjør en behandlingsramme fellesfaktorer kan aktiveres innenfor. Begrepet rasjonale referer til den teoretiske modellen terapeuten benytter (Wampold, 2010a).

Del II og III vil ta utgangspunkt i påstanden om at fellesfaktorer er avhengig av en behandlingsramme for å aktiveres, og diskutere hypotesen: Ulike behandlingsrammer vil aktivere en utvalgt fellesfaktor på forskjellige måter. Oppgavens del II vil først presentere to forskjellige behandlingsrammer, henholdsvis *kognitiv terapi* og *eksistensiell psykoterapi*. Disse er valgt fordi de begge har vært gjenstand for forskning, og de er stadig i bruk som behandlingsmetode. Likevel representerer de to metodene svært forskjellige måter å drive terapi på. Deretter vil en av de mest studerte fellesfaktorene, *terapeutisk allianse*, presenteres. Allianse er valgt fordi denne faktoren gjentatte ganger er funnet å ha stor betydning for terapiutfallet (Bachelor & Horvath, 1999; Horvath & Bedi, 2002; Horvath & Greenberg, 1994; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000; Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004). Oppgavens del III tar for seg en mer inngående diskusjon av hypotesen. Her sammenlignes fremgangsmåten for å aktivere allianse innenfor hver av behandlingsrammene, med hovedvekt på terapeutens bidrag. Sammenligningen skjer med utgangspunkt i Bordins (1994) definisjon av allianse, samt de betingelsene for endring i terapi som Carl Rogers (1957) i sin tid presenterte.

Det ultimate målet med forskning på psykoterapi, bør være å etablere kunnskap som gjør det mulig å tilby best mulig behandling for pasientene. For å få slik kunnskap er det ikke tilstrekkelig å undersøke ulike terapielementer hver for seg. Fellesfaktorer (som allianse, terapeuteffekter og pasientkarakteristikker), behandlingsmetode (eksempelvis kognitiv terapi, eksistensiell psykoterapi,

psykodynamisk terapi eller interpersonlig terapi), spesifikke teknikker (for eksempel skriving av ukeplaner eller eksponering) og rasjonale er alle tett knyttet sammen i det kliniske arbeidet, og skaper unike effekter på behandlingsutfall. Det blir derfor nødvendig å undersøke slike terapielementer i relasjon til hverandre. Denne oppgaven gir et bilde av hvordan elementene kan ses i sammenheng, og viser hvordan ulike sammensetninger av elementene kan utspille seg.

Del I – Fra enten-eller til både-og

Fellesfaktorer versus spesifikke faktorer

Hubble et al. (2010) beskriver fellesfaktorer som endringsskapende ingredienser som finnes i alle former for psykoterapi. Lambert og Ogles (2004) presiserer videre at dette er dimensjoner ved behandlingssituasjonen, terapeuten, klienten eller terapiprosessen, som ikke er spesifikke for én bestemt metode. Gjennom årene er det blitt presentert en rekke fellesfaktorer, som for eksempel å få råd og støtte, en forklaring på sitt problem (Lambert, Garfield, & Bergin, 2004) eller mulighet for å praktisere ny atferd (Norcross, 2002; Tracy, Lichtenberg, Goodyear, Claiborn, & Wampold, 2003). Flere forskere anser også placeboeffekten som en viktig fellesfaktor (Lambert & Ogles, 2004). Videre kan alle variabler ved klienten og klientens liv som påvirker bedring, omtales som fellesfaktorer. Eksempler på dette er personlighetstrekk, diagnose, intelligens, sosial støtte, motivasjon for terapi, ressurser og livshendeler (Clarkin & Levy, 2004; Hubble et al., 2010).

Likeså finnes det mange fellesfaktorer som kan relateres til karakteristikk og atferd fra terapeutens side. Rosenzweig (1936) argumenterte for at ingen terapimetode har monopol på alle de gode terapeutene, og det faktum at disse fordeles utover de ulike tilnærmingene, kan være en forklaring på hvorfor ulike tilnærminger fremstår som like effektive. Forskning støtter Rosenzweigs spekulasjoner, ved å vise at mye av variansen i terapiutfallet kan tilskrives terapeuten (Kim, Wampold, & Bolt, 2006; Okiishi, Mabert, Nielsen, & Ogles, 2003). Luborsky, McLellan, Woody,

Auerbach og O'Brian (1985) fant at selv om terapeutene i deres studie var trent i samme metode og brukte en detaljert manual, var det likevel noen som fikk bedre behandlingsresultater enn andre. Det ser ikke ut til at standardisert behandling og fokus på brukermanualer har eliminert effekten den individuelle terapeut har på utfallet (Luborsky, McLellan, Diguier, Woody, & Seligman, 1997). Noen terapeuter er mer effektive enn andre, uavhengig av hvilken terapimetode som administreres (Lutz, Leon, Martinovich, Lyons, & Stiles, 2007). I følge empirien ser det ut til at gode terapeuter tenderer til å fokusere på fellesfaktorer, og da særlig på dannelse av en god terapeutisk allianse, for å oppnå bedre behandlingsresultater (Baldwin, Wampold, & Imel, 2007; Butler et al., 2004). Allianse er trolig den fellesfaktoren som er blitt viet mest oppmerksomhet fra forskernes side. Gjentatte ganger er allianse funnet å predikere behandlingsutfall (Bachelor & Horvath, 1999; Horvath & Bedi, 2002; Horvath & Greenberg, 1994; Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000; Orlinsky et al., 2004). En definisjon og en grundigere beskrivelse av denne fellesfaktoren vil bli gitt i oppgavens del II. Allianse spiller også en av hovedrollene i oppgavens diskusjonsdel, del III.

Interessen for fellesfaktorer kan spores tilbake til Saul Rosenzweigs artikkel "Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy" fra 1936. Her påpeker han at når ulike terapeutiske modeller kan påberope seg like positiv effekt, og når selv prosedyrer som er motsatte av hverandre kan være like effektive, er det grunn til å betvile disse modellenes validitet. Videre argumenterer han for at det er mer sannsynlig at det finnes noen implisitte fellesfaktorer som kan forklare hvorfor terapi bidrar til positiv endring (Rosenzweig, 1936). Nå, nesten 70 år senere, har en anseelig mengde forskning gitt støtte til Rosenzweigs argumenter (Ahn & Wampold, 2001; Lambert & Barley, 2001; London, 1988; Wampold, 2001; Wampold et al., 2002), og stadig flere får øynene opp for fellesfaktorene. Denne oppmerksomheten skyldes blant annet omfattende forskningen som indikerer liten forskjell i effekt på tvers av terapitilnærminger, kombinert med forskningsresultater som ikke klarer å påvise at noen teknikker er konsistent mer effektive enn andre (Wampold, 2001). Sett i sammenheng med Ahn og Wampolds (2001) metaanalyse som viser at å fjerne eller tilføre

elementer og teknikker til en terapimodell, ikke har noe å si for effekten av behandlingen, svekker dette troen på at bestemte terapitilnæringer har mer potent og helbredende innhold.

Troen svekkes ytterligere av forskning som indikerer at i flere studier der det er funnet forskjeller mellom ulike terapimetoder, kan denne forskjellen tilskrives *allegiance effects* (Robinson, Berman, & Neimeyer, 1990). *Allegiance* kan oversettes med *behandlingspreferanse* (Nordahl, Martinsen, & Wang, 2012a), og innebærer at en terapeut eller forsker har tro på effekten av behandlingen de benytter eller forsker på (Wampold, 1997). Behandlingspreferanse oppstår ofte når forskeren selv har utviklet metoden, eller argumenterer for dens overlegenhet. En annen kritikk som ofte rettes mot studier som viser en utvalgt metodes overlegenhet, er urettferdig sammenligning mellom terapimetoden og kontrollbetingelsen (Wampold, 2001). Wampold (2001) påpeker at flere studier har sammenlignet en terapimetode med betingelser hvor man leverer faktorer som er felles for alle terapier, men hvor behandlingsrasjonale og teknikker ikke presenteres. Kontrollbetingelsen mangler dermed rammen som gir det hele mening, ettersom denne ikke tilbyr en metode å tro på og ha forventninger til, og ingen ny måte å se og løse problemer på. Ikke overraskende vil terapimetoden ved slike sammenligninger typisk fremstå som mer effektiv enn kontrollbetingelsen. Som det vil komme frem av denne oppgaven, er tilstedeværelsen av en troverdig behandlingsramme en sentral del av terapien.

Flere forskere er likevel skeptiske til forskning som konkluderer med at det ikke foreligger signifikant forskjell i behandlingsutfall mellom de ulike terapimetodene. Chambless (2002) påpeker at konklusjonen om ingen forskjell, ofte feilaktig generaliseres til terapimetoder som aldri direkte er blitt sammenlignet med hverandre. Hun oppfordrer oss til å ikke uten videre akseptere påstanden om at alle terapitilnæringer er like effektive, og minner oss på at forskning på fellesfaktorer er like mye preget av bias og uriktige fremstillinger som det forskningen på spesifikke faktorer er. Levy (2012) støtter denne skepsisen, og påpeker at konklusjoner om hvor lite de spesifikke teknikkene har å si for terapiutfallet, er basert på den gjenværende variansen etter at effekten av allianse og

klientkarakteristikker er estimert. Sjelden er den basert på direkte vurdering av teknikkene. Videre framhever han at selv når direkte sammenligninger mellom teknikk og fellesfaktorer gjøres, er vurderingen av teknikk grov og vag. Dermed kan påstandene om at teknikk ikke spiller noen rolle, være et resultat av dårlige analyser heller enn fravær av effekt.

I tråd med Chambless' og Levys kritikker ser det også ut til at enkelte terapimetoder er mer effektive på visse lidelser, fordi de inneholder elementer som adresserer den spesifikke patologien i lidelsen (Crits-Christoph, 1997). For eksempel fant Canton, Scott og Glue (2012) i sin systematiske gjennomgang av forskning på sosial fobi, at kognitiv atferdsterapi er mer effektiv enn andre evidensbaserte psykoterapier når det gjelder behandling av denne lidelsen. De fant også at kognitiv atferdsterapi fremstår som mer effektiv enn medikamentell behandling, men at en kombinasjon av de to tilnærmingene vil gi større effekt enn hver av dem alene. Når det gjelder tvangslidelser, viser forskning at atferdsteknikkene *eksponering* og *hindring av ritualatferd* skaper størst bedring (Alizadeh, 2012). Eksponeringsbaserte tilnærminger har også vist seg særlig effektive for pasienter med panikk lidelse med agorafobi (Michelson & Marchione, 1991). Barber og Muenz (1996) fant at hos personer med både depresjon og tvangspreget personlighetsstil, skapte interpersonlig terapi større bedring enn kognitiv terapi. Pasienter med bare depresjon derimot, viste større bedring ved kognitiv terapi enn ved interpersonlig terapi. Kognitiv terapi er også funnet å være bedre enn dynamisk terapi ved behandling av unnvikende personlighetsforstyrrelse (Emmelkamp et al., 2006). Selv om slike funn ikke nødvendigvis avspeiler hva som fungerer best for pasienter i den kliniske virkeligheten, gir forskningen en pekepinn mot hvilke tilnærminger som er aktuelle ved bestemte lidelser.

På leting etter de mest potente ingrediensene, og bruk av den medisinske modellen

Helt siden Sigmund Freud behandlet nevrosener i Wien, har det vært tradisjon for å fremheve det som er unikt og fantastisk med teorien og metoden tilhørende ens egen terapeutiske skole. Opp

gjennom psykologihistorien har flere aktører gjort anstrengelser for å bevise hvordan deres metode er overlegne andres, og at personer som sverger til andre teorier og metoder er feiloplyst (Larson, 1980). Foruten Freud kan eksempelvis Carl Jung, Alfred Adler, Joseph Breuer, Joseph Wolpe (Wampold, 2010a), Carl Rogers (1957), Aron T. Beck (1976) og Adrian Wells (1997) nevnes. Tross kritikken mot forskningen gjort på de ulike terapimetodene, og forskning som indikerer begrenset effekt av de spesifikke teknikkene, utarbeides stadig nye behandlingsmetoder og studier gjennomføres for å bevise deres overlegenhet. I kampen om å utforme de mest potente behandlingsmetodene har ikke aktørene ligget på latsiden. Kazdin (2000) estimerer at det finnes hele 500 varianter av psykoterapi. Ærlig talt virker det lite sannsynlig at det kan utarbeides 500 unike måter å drive terapi på, så overlapp og "gammel vin på nye flasker" er det nok mye av. Det viser seg også at tross brukermanualer og "fancy jargon", er de ulike teoretiske retningene ganske like når det kommer til praksis (Ablon & Jones, 1999).

Det kan være flere grunner til den vedvarende konkurransen mellom tilhengere av ulike terapimetoder. En grunn er trolig at prestisje, rykte og finansiell sikkerhet for psykoterapeuten er avhengig av hans evne til å vise at egen metode er bedre enn konkurrentenes metoder (Norcross, 2005). Wampold (2001) argumenterer for at rivaliseringen oppstår blant annet fordi en medisinsk metamodelle fortsatt dominerer beskrivelsene av klienter, deres problemer og psykoterapiprosessen. Eksempler er begreper som *pasienter*, *symptomer*, *diagnose*, *patologi*, *lidelse* og *behandling*. At medisinske begreper og tenkemåter preger psykoterapien, er ikke overraskende, for psykoterapi har sine røtter i medisin. De første som praktiserte "snakketerapi" var leger, slik som Freud. I den medisinske modellen fungerer terapeuten som en lege, som er ekspert på klientens problemer, og kjenner kuren for å fikse problemene. Terapeuten setter først en diagnose basert på symptomene pasienten viser, ettersom ulike lidelser antas å ha ulike årsaker og krever en unik behandlingstilnærming.

Både diagnosen, antatt årsak og behandlingstilnærmingen skal ha støtte i vitenskapen. Den

unike behandlingen administreres på pasienten, som bare er en passiv mottaker. Behandlingen inneholder spesifikke ingredienser, som reduserer symptomene (Elkins, 2009). Det er disse ingrediensene som gjør den utvalgte behandlingen mer effektiv på en bestemt lidelse, enn andre behandlinger. Ideen om at det finnes noen teknikker som er mer potente endringsmekanismer enn andre, skaper konkurranse mellom tilhengere av ulike psykoterapimetoder, som alle ønsker å være i besittelse av den behandlingen med størst helbredende effekt (Wampold, 2001). I tillegg intensiverer bruk av den medisinske modellen debatten om viktigheten av spesifikke faktorer i forhold til fellesfaktorer, ved å antyde at én av gruppene må utgjøre de mest potente endringsmekanismene.

Selv om det er tydelig i somatikken at noen medisiner er overlegen andre ved behandling av for eksempel stoffskifteproblemer, er ikke dette automatisk sant for psykiske lidelser. Effekten av psykoterapi har ikke økt de siste 30 årene, til tross for innstendige forsøk på å utvikle mer effektive behandlingsopplegg (Wampold, 2001). Dette antyder at ideen om at enkelte spesifikke ingredienser er mer potente enn andre, ikke nødvendigvis lar seg overføre til psykoterapifeltet. Det er flere grunner til at den medisinske modellen er mindre egnet til å beskrive prosesser og prosedyrer innenfor psykoterapi. Blant annet er psykoterapi en interpersonlig prosess, der en person snakker med, støtter og veileder en annen på bakgrunn av sin kunnskap om menneskets psyke. I denne prosessen bidrar begge partene til bedring hos den med problemer. For det andre finner man i medisin som regel kun én eller et fåtall forklaringer på en bestemt somatisk lidelse. Når det gjelder psykiske lidelser derimot, finnes det en rekke konkurrerende forklaringer på samme fenomen. Når det er uklart hva som er årsaken til lidelsen, blir det naturligvis også problematisk å formulere en behandling som adresserer denne årsaken. For det tredje er ikke sammenhengen mellom administrering av en spesifikk intervensjon og bedring i symptomer like rett frem og oversiktlig i psykoterapi, som ved medisinsk behandling og forskning. Det blir dermed vanskeligere å kunne dokumentere effekten av spesifikke ingredienser (Elkins, 2009). Dette er poeng som overses i den

medisinske modellen. Elkins (2009) gir en enkel forklaring på hvorfor modellen likevel dominerer i psykoterapi, tross dens begrensninger:

To put it simply, the medical model has remained the dominant descriptive system for psychotherapy, not because it offers the most accurate description of what actually occurs in therapy but, rather, because the model's association with medicine and science gives psychotherapy a level of cultural respectability and economic advantages that other descriptive systems do not. (s. 73)

Som leseren vil se senere i teksten, passer kognitiv terapi godt innenfor en medisinsk forklaringsmodell. Blant annet starter terapien med å plassere pasienten i en diagnostisk kategori basert på pasientens symptomer. Diagnosen bestemmer hvilket rasjonale og hvilke teknikker som presenteres og gjennomføres. Men i motsetning til den medisinske modellen, er ikke pasienten en passiv mottaker av terapien, men en som aktivt bidrar og samarbeider med terapeuten. Fokus på objektivt målbare resultater (Hovland, 2008), er derimot i tråd med medisinske og vitenskaplige prinsipper. Målet er å redusere symptomene i tilstrekkelig grad til at pasienten beveger seg ut av diagnosekategorien. Symptomlette tolkes som at utvalgte teknikker er potente endringsmekanismer med effekt på pasientens problem (Katzow & Safran, 2007). Pasienten oppfattes som enten syk med en spesifikk diagnose, eller frisk. Dette er ett eksempel på den enten-eller måten å tenke på, som preger både den medisinske modellen og kognitiv terapi.

Som avsnittet over viser, foreligger en rekke problemer med å overføre den medisinske modellen til psykoterapien. Wampold (2001) mener vi heller bør benytte en kontekstuell modell, slik Jerome Frank (Frank & Frank, 1991) presenterer.

Terapielementer sett i relasjon til hverandre, og bruk av den kontekstuelle modellen

I boken *Persuasion and Healing* (Frank & Frank, 1991) presenterer Frank en kontekstuell metamodell for psykoterapi, som er i sterk kontrast til den medisinske modellen. Franks modell sier at alle psykoterapier er like effektive på grunn av faktorer de alle deler, og ikke ingredienser som er unike, slik den medisinske modellen formidler. Spesielt viktige faktorer er den helbredende settingen, et rasjonale og en prosedyre, og et emosjonelt ladet forhold til en hjelper man kan betros seg til. Disse faktorene påvirker hverandre gjensidig. Mangler en av faktorene, kan vi ikke lenger kalle det psykoterapi (Wampold, 2010a). Det emosjonelle båndet, som også inngår som et sentralt element i Bordins definisjon av allianse, vil omtales mer utfyllende i oppgavens del II og III.

Når det gjelder den helbredende settingen, er det viktigste at den er i tråd med kulturelle oppfatninger, slik at pasienten lettere kan tro på behandlingens effekt (Wampold, 2007). I noen kulturer vil intervensjoner basert på religion ha størst påvirkningskraft, mens i andre vil intervensjoner basert på vitenskap lettere bli akseptert (Frank & Frank, 1998). Både en shamans hytte og et vestlig sykehus kan dermed tjene som helbredende settinger. Videre må det tilbys et rasjonale som gir en forklaring på pasientens plager, og en prosedyre – det vil si et sett teknikker – for å løse problemene. Rasjonale og prosedyre bør være i tråd med kulturelle ideer og pasientens preferanser, ellers vil han kunne oppleve dissonans og avvise rasjonale – og dermed også teknikkene (Wampold, Imel, Bhati, & Johnson-Jennings, 2007). Det er også sentralt at prosedyren krever at både helbreder og pasient er involvert og bidrar i helbredelsesprosessen. Om rasjonale og prosedyre bruker Frank (Frank & Frank, 1991) termene *myte* og *rituale*, noe som illustrerer ideen om at det er mindre viktig hvor sant behandlingsrasjonale er, og akkurat hvilke teknikker som benyttes, så lenge disse aksepteres av pasienten og terapeuten (Imel & Wampold, 2008). En slik måte å tenke på er i sterk kontrast til den medisinske modellen, der innholdet i rasjonalen og teknikkene er av største betydning. For tilhengere av bestemte terapitilnæringer kan det være vanskelig å akseptere en påstand om at det viktigste er at det er enighet om myte og ritualer, og ikke

nødvendigvis hva disse innebærer (Grawe, 2004). Likevel har påstanden empirisk støtte. Blant annet finner Mohr (1995) at mangel på struktur og fokus i behandling predikerer negativt utfall, noe som indikerer at terapi trenger et rammeverk å operere ut fra. Akkurat hvilke teknikker som benyttes er imidlertid mindre viktig, slik Ahn og Wampold (2001) finner.

Som det vil komme frem i del II, har eksistensiell psykoterapi flere likhetstrekk med den kontekstuelle modellen enn det kognitiv terapi har. I denne terapien er det fokus på å skape en helbredende setting, der også det relasjonelle båndet mellom terapeuten og pasienten spiller en viktig rolle (Yalom, 2011). Terapeuten presenterer ikke et forutformulert rasjonale, og velger heller ikke på forhånd bestemte teknikker. Det er opp til pasienten selv å finne frem til en forklaring på sine vansker, samt finne måter å løse sine eksistensielle problemer på. Terapeuten er bare en hjelper og en guide i denne prosessen (van Deurzen, 1999). Terapeuter med eksistensiell orientering fokuserer ikke på diagnosekategorier, siden diagnoser og andre kategorier kan forstyrre terapeutens evne til å være åpen ovenfor det pasienten velger å presentere (Yalom, 2011). Terapeuten fokuserer heller ikke på å redusere symptomer, men på å gjøre livet mer levelig for pasienten (van Deurzen, 1999). Sammenlignes eksistensiell psykoterapi med kognitiv terapi, blir det tydelig at det er mulig å drive terapi på svært ulike måter. Dette vil bli enda tydeligere i del II og III. Med henblikk på den medisinske og den kontekstuelle modellen, ser man at det også finnes svært ulike måter å beskrive psykoterapi på.

Både-og i forskning

Selv om den medisinske modellen tidligere i teksten ble utsatt for en del kritikk, finnes forskning som viser at det ikke blir helt feil å bruke denne modellen på psykoterapien. En studie som viser at både den medisinske modellen og den kontekstuelle modellen fremmer viktige poeng, og at det er noe sant ved begge, er studien til Beutler, Forrester, Gallagher-Thompson, Thompson og Tomlins (2012). I denne studien analyserte forskerne data fra fire studier, som til sammen

undersøkte syv ulike behandlingstilnærminger (blant annet kognitiv terapi, psykodynamisk terapi, systemterapi og medikamentell behandling). De så på både fellesfaktorer og spesifikke faktorer som har vist seg å ha effekt på utfallet, slik som terapeutisk allianse, ulike klientvariabler og hvor styrende terapeuten var. I tillegg så de på hvordan kombinasjoner av faktorer relatert til behandlingsmetode (slik som bruk av spesifikke teknikker) og pasientkarakteristikker påvirket både alliansen og reduksjon av symptomer.

Analysene viste at både pasient-behandling-kombinasjoner, pasientkarakteristikker alene og behandlingsmetode alene, var signifikant relatert til utvikling av allianse og symptomreduksjon. De fant også at den prediktive verdien av kombinasjonen mellom klientkarakteristikker og terapeutens intervensjoner var sterkere i de tilfellene hvor det forelå en god terapeutisk relasjon. Disse resultatene indikerer at ulike terapielementer påvirker hverandre, og at vi derfor bør se dem i sammenheng, slik den kontekstuelle modellen postulerer. Videre fant forskerne at bruk av spesifikke teknikker spiller en større rolle for prediksjon av utfall, enn det som mange forskere på fellesfaktorer vil ha oss til å tro. Dette gir støtte til påstanden den medisinske modellen legger frem, om at i noen tilfeller vil enkelte metoder og teknikker ha bedre effekt enn andre, på pasientens helse. I sine avsluttende kommentarer påpeker Beutler et al. (2012) at å studere spesifikke faktorer uavhengig av den terapeutiske konteksten, som inkluderer både en relasjon og pasientfaktorer, vil være å ignorere den kliniske settingen slik den virkelig foregår. Et av de unike aspektene ved denne studien, er at de spesifikke faktorene og fellefaktorene ble studert i relasjon til hverandre, og ikke adskilt, slik trenden typisk har vært i empiriske studier.

Avsluttende kommentarer til del I

Tidligere i denne teksten ble det ramset opp en lengre liste med eksempler på fellesfaktorer som er studert. Ulempen med en slik oppramsing er at fellesfaktorene fremstår som enkeltstående, spesifikke elementer som kan fjernes eller tilsettes individuelt (Imel & Wampold, 2008). Ifølge Imel

og Wampold (2008) opererer ikke fellesfaktorene på denne måten. Istedet er de gjensidig avhengig av hverandre. Likeledes som fellesfaktorer må ses i relasjon til hverandre, må de også ses i relasjon til de spesifikke teknikkene og et rasjonale, slik det gjøres i den kontekstuelle modellen til Frank, og i studien gjennomført av Beutler et al. (2012). Et poeng som Franks modell derimot overser, er at ved behandling av visse lidelser er enkelte teknikker mer potente enn andre. Dette poenget fremheves i den medisinske modellen. Ulempen med den medisinske modellen er at den overser viktigheten av fellesfaktorene, og av å se terapielementene i sammenheng.

Flere forskere (f.eks. Wampold, 2007) støtter ideen om at vi må slutte å omtale spesifikke faktorer og fellesfaktorer som to atskilte kategorier, da dette er et kunstig skille. I praksis er disse vevet inn i hverandre, og begge trengs for å skape god psykoterapi. Sammen med et unikt rasjonale, utgjør de spesifikke teknikkene den behandlingsrammen som tilbys pasienten. Uten denne rammen vil ikke fellesfaktorer kunne aktiveres tilstrekkelig til å ha helbredende virkning. Eksempelvis kan ikke en terapeutisk allianse vokse frem om det ikke finnes et rasjonale og noen teknikker å samarbeide og være enige om. Dette er i alle fall tilfellet hvis fenomenet skal fortsettes å defineres slik Bordin (1994) gjør det. Slik sett kan ikke fellesfaktorene eksistere uten behandlingsrammen. Videre vil det være vanskelig, om ikke umulig, å engasjere pasienten i terapiarbeidet om det ikke foreligger et minimum av allianse (Hubble et al., 2010).

Den poetiske leser kan se for seg et vevet ullteppe for å få et bilde av hvordan fellesfaktorene og behandlingsrammen er relatert til hverandre. De spesifikke teknikkene, rasjonale og de mange fellesfaktorene, utgjør et sett ulltråder man kan sette sammen til et teppe. Disse trådene er godt vevet inn i hverandre, og det blir vanskelig å skille dem fra hverandre. Skulle man finne på å dra ut en tråd vil det bli hull og frynser i teppet, og funksjonaliteten vil reduseres. Sammen derimot, skaper alle trådene en helhetlig gjenstand som vi kan ha nytte av. For eksempel til å varme oss med. Akkurat som alle de sammenviklede delene psykoterapien består av, utgjør en helhetlig pakke pasienter kan benytte for å skape seg en bedre hverdag.

Del II – Presentasjon av behandlingsrammer og terapeutisk allianse

I innledningen ble følgende hypotese presentert: Ulike behandlingsrammer vil aktivere en utvalgt fellesfaktor på forskjellige måter. Før påstanden kan diskuteres videre, er det nødvendig å gi leseren en beskrivelse av de tre hovedelementene som inngår i diskusjonen. Disse er henholdsvis kognitiv terapi, eksistensiell psykoterapi og fellesfaktoren terapeutisk allianse. Rasjonale, spesifikke teknikker og relevant forskning vil inngå som sentrale punkter i presentasjonen av de to behandlingsrammene.

Dette er ikke en oppgave som diskuterer hva som er best av kognitiv terapi og eksistensiell psykoterapi. For det første finnes det allerede et hav av artikler som argumenterer for utvalgte metoders overlegenhet (Alizadeh, 2012; Canton et al., 2012; Clark et al., 1994; Clark et al., 2006). For det andre ville en slik diskusjon blitt mangelfull og urettferdig. Kognitiv terapi er trolig den metoden det er forsket mest på, mens eksistensiell psykoterapi er den det er forsket minst på og er mindre brukt. At en terapimetode er mer brukt og kan vise til en betydelig mengde empirisk støtte, er imidlertid ikke det samme som at behandlingen er mer effektiv. Det kan likeså godt bety at det er lettere å lage manualer til denne metoden, og dermed at den også er lettere å forske på (Duncan, Miller, & Sparks, 2004). Dessuten finnes det typisk en rekke feilkilder i forskningen, og disse kan være hovedgrunnen til at metoden fremstår som overlegen. Jeg vil derfor ta utgangspunkt i en hypotese om at både eksistensielle terapeuter og kognitive terapeuter kan skape positiv endring hos sine pasienter, men at de har forskjellige fremgangsmåter for å oppnå denne endringen. Blant annet gjennom å tilby ulike behandlingsrammer, og aktivere allianse på ulike måter. Sagt med andre ord: målet med denne oppgaven er å sammenligne to fremgangsmåter for å oppnå en god terapeutisk allianse, ikke å sammenligne selve behandlingseffekten.

Behandlingsrammen kognitiv terapi tilbyr

I Tankens kraft – kognitiv terapi i klinisk praksis av Irene Henriette Oestrich (2000),

beskrives kognitiv terapi som "en kortidsorientert, fokusert form for psykoterapi, som er utviklet på bakgrunn av viten om, at psykiske forstyrrelser ofte medfører vanemessige feil i tankeprosesser og forestillingsbilder" (s. 10, min oversettelse). Videre formidler hun at "måten en person føler og handler på, bestemmes av måten han eller hun strukturerer sin opplevelse, hvilket atter bygger på måten han eller hun har konstruert sin verden på det indre og ytre plan" (s. 10, min oversettelse).

Praktiseringen av kognitiv terapi, nå ofte brukt synonymt med kognitiv atferdsterapi (Oestrich, 2000), er ikke lenger så "ren" som den opprinnelig var. Nå inkluderes ofte mange ulike elementer i terapien. Noen kognitive terapeuter har til og med begynt å inkludere overføringsfenomener og rollen det ubevisste spiller på kognitive prosesser. Det finnes en rekke individuelle teorier under paraplyen kalt kognitiv terapi, og stadig flere varianter av metoden er utvikles. Eksempler på dette er meditasjonsbasert kognitiv atferdsterapi (Segal, Teasdale, & Williams, 2002), og metakognitiv terapi (Wells, 2009). Her har jeg valgt å ta utgangspunkt i kognitiv terapi slik den beskrives av Aron T. Beck. I de tidligste variantene av kognitiv terapi, slik som Albert Ellis' Rational Emotive Therapy, ble den terapeutiske relasjonen viet lite oppmerksomhet. Heller mente man at det var teknikkene som skapte endring. Beck inkluderer i større grad relasjonen som et sentralt aspekt ved terapien, og da særlig alliansekomponenten, om enn fortsatt sekundært til teknikkene (Gelso & Hayes, 1998).

Beck oppfattet psykoanalysen for å være for begrensende til å behandle psykiske lidelser, og ville derfor utvikle en mer effektiv terapimetode (Oestrich, 2000). Han lot seg inspirere av den kognitive revolusjonen på 50- og 60-tallet, av arbeidene til kjente personligheter som George Kelly og Albert Ellis, av sentrale prinsipper i atferdsterapi, og kunnskap fra egen erfaring med å drive terapi. Målet var å ta utgangspunkt i de kognitive elementene som fremsto som sentrale, og utarbeide en teori for psykopatologi og retningslinjer for terapi basert på disse. Videre anså Beck det som viktig at både teorien og terapiens effekt måtte ha empirisk støtte. I begynnelsen av dette arbeidet fokuserte han på behandling av depresjon (Beck, 1976), men senere ble metodens

bruksområde utvidet til også å omfatte suicidalitet (Beck, Resnik, & Lettieri, 1974), angst og fobier (Beck, Emery, & Greenberg, 1985), panikk lidelse (Beck, 1988), personlighetsforstyrrelser (Beck, Freeman, & Davis, 1990), rusmisbruk (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993), og schizofreni (Beck & Rector, 2005).

Forskning på kognitiv terapi. Etter at Beck på midten av 1970-tallet publiserte boken *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders* (Beck, 1976), har metodens popularitet vært stadig økende. Det er trolig mange grunner til denne populariteten. Sentralt er at kognitiv atferdsterapi er en metode som er lett å forstå og anvende. Teknikkene er spesifikke og problemorienterte, og terapien kan benyttes på en rekke psykiske lidelser. I tillegg er terapien i tråd med prinsipper om at psykoterapi skal bygge på et empirisk grunnlag (Oestrich, 2000). Kognitiv terapi ser blant annet ut til å redusere angstsymptomer, unngåelse og dysfunksjonelle kognisjoner ved alle angstlidelser beskrevet i DSM-IV (Clark et al., 2006; Deacon & Abramowitz, 2004; Tolin, 2010), med en særlig god effekt på panikk lidelse (Arntz, 2002; Clark et al., 1994). I tillegg ser det ut til at denne terapiformen kan redusere grad av suicidalitet (Brown et al., 2005), og skape signifikant bedring ved schizofreni (Gould, Mueser, Bolton, Mays, & Goff, 2001) og unipolar depresjon (Butler et al., 2006; Tolin, 2010). Kritikk som ofte rettes mot disse studiene er effekten av behandlingspreferanse hos terapeuten, overvurdering av funn og mangel på gode kontrollbetingelser (Beck, 2005). Wampold et al. (2002) konkluderer med at kognitiv terapi har god effekt på en rekke lidelser, men at terapiformen ikke fremstår som mer effektiv enn andre terapimetoder når det kontrolleres for nevnte feilkilder. Tolin (2010) derimot, finner at kognitiv terapi er bedre enn flere andre terapimetoder ved behandling av en rekke lidelser, selv etter at det er kontrollert for vanlige feilkilder. Dette gjelder særlig ved behandling av angst og depresjon.

Rasjonalen i kognitiv terapi. Rasjonalen i Becks kognitive terapi beskriver hvordan vi gjennom våre erfaringer danner oss kognitive skjemaer (også kalt grunnleggende leveregler), som påvirker alle faser ved informasjonsprosesseringen. Når skjemaene inneholder dysfunksjonelle komponenter (som "jeg er verdiløs"), vil dette forstyrre individets konstruksjon av sine opplevelser og føre til feilaktig prosessering av stimuli i mange situasjoner. Eksempler på dette er overgeneralisering, svart-hvitt-tenkning, diskvalifisering av det positive, og negative automatiske tanker om seg selv, andre og verden. Dette siste omtales som *den depressive triade* (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Denne uheldige tankestilen fører med seg en rekke emosjonelle, kroppslige og atferdsmessige responser. Om informasjonsprosessering blir forstyrret i for stor grad, vil dette skape symptomer på psykopatologi, som igjen forstyrrer informasjonsprosesseringen ytterligere, og personen havner i en ond sirkel som resulterer i en psykisk lidelse. Ideen bak terapien er at om man klarer å endre personens kognisjoner og atferd, vil dette medføre endringer også i emosjoner og kroppslige responser, og gjennom gjensidig påvirkning mellom disse fire elementene skape symptomlette. Det er utviklet egne modeller for de ulike psykiske lidelsene, som fremhever hva som bidrar til å opprettholde lidelsen. Eksempler på dette er Clarks kognitive modell for panikk (Clark & Beck, 2011), Clark og Wells' kognitive modell for sosial fobi (Clark & Wells, 1995), og Becks kognitive modell for depresjon (Beck, 1976).

De aller fleste kognitive terapeuter bruker tid på psykoedukasjon i den første timen, der de forteller om den aktuelle lidelsen pasienten sliter med, og om den kognitive modellen for denne lidelsen. Det er viktig at pasienten forstår og aksepterer rasjonalen, noe som er i tråd med Franks ideer (Frank & Frank, 1991). En fordel med kognitiv terapi er at de fleste pasienter opplever rasjonalen som troverdig (Oestrich, 2000), noe som bidrar til at terapeuten og pasienten kan jobbe ut fra en felles forståelse av pasientens problemer.

Teknikkene i kognitiv terapi. I kognitiv terapi er målet å gjøre pasienten bevisst leverelegene, de automatiske tankene og feil i prosesseringen, samt hvordan disse påvirker pasientens atferd, følelser og kroppslige responser. Terapeuten samarbeider med pasienten om å utfordre og endre de feilaktige kognisjonene, ofte i kombinasjon med atferdsendringer (Oestrich, 2000).

Bruk av hjemmeoppgaver er sentralt, blant annet fordi det aktiverer og involverer pasienten i behandlingen (Nordahl, Martinsen, & Wang, 2012b). Andre sentrale teknikker er kolonneskjema (som kan inkludere informasjon om handling, følelser, tanker), dags- og ukesplaner (Hovland, 2008), atferdsregistrering (om hva har pasienten gjort når, og med hvilke konsekvenser), rollespill, eksponering in vitro (mentalt forestille seg et scenario) og in vivo eksponering (virkeligheten her og nå). Terapeuten benytter seg ofte av sokratiske utspørring, som innebærer å bruke spørsmål som øker pasientens bevissthet om egen måte å oppfatte hendelser, mennesker eller andre fenomener på (Oestrich, 2000). Atferdseksperiment, som er en mye brukt teknikk, er planlagt eksperimentering for å teste ut validiteten av pasientens eksisterende tanker om seg selv, verden og andre. Teknikken kan også brukes for å teste ut ny atferd. Atferdseksperiment er funnet å være en effektiv måte å endre dysfunksjonelle tanker på. (Bennett-Levy et al., 2004).

Denne korte presentasjonen av kognitiv terapi fremhever flere sentrale prinsipper fra den medisinske modellen, slik som beskrevet i del I. Eksempler er fokus på diagnosesetting, symptomreduksjon og bruk av spesifikke teknikker for å skape bedring. Metoden fokuserer også på samarbeid, at begge parter må bidra i terapiprosessen og at det skal foreligge en felles forståelse av rasjonalen og enighet om bruk av teknikker. Dette er elementer som beskrives i den kontekstuelle modellen til Frank (Frank & Frank, 1991).

Behandlingsrammen eksistensiell psykoterapi tilbyr

Eksistensiell psykoterapi er en mindre kjent terapiform. Den er vanskeligere å definere enn

kognitiv terapi, og krever derfor en lengre presentasjon. Selv begrepet *eksistensialisme* er vanskelig å definere, og ofte beskrives det ved å vise til temaer som er forbundet med eksistens. Eksempler på dette er *død, isolasjon, valg og frihet*. Alle mennesker har hatt erfaringer med slike temaer, og uavhengig av hvilken metodisk retning en terapeut sverger til, gjør han trolig bruk av sin eksistensielle innsikt. For eksempel gjennom å hjelpe pasienten med å oppleve mening med livet (Yalom, 2011). Yalom (2011) mener noen terapeuter velger å la de eksistensielle spørsmålene ligge, nettopp fordi de er allmenngyldige erfaringer, og det derfor ikke vil komme noe produktivt ut av å tematisere dem. De tenker at "slik er nå bare livet". Andre rygger unna de eksistensielle problemene, fordi de er skremmende. Pasienten (og terapeuten) har nok å bekymre seg over, om han ikke skal begynne å bekymre seg for død og meningsløshet i tillegg. De eksistensialistisk orienterte terapeutene oppmuntrer derimot pasientene til å forholde seg til sin eksistensielle situasjon. De mener at selv om det kan være smertefullt å konfronteres med det faktum at vi skal dø, eller at vi er født inn i et ustrukturert univers der vi selv må skape mening med tilværelsen, er dette likevel veien til helbredelse (Yalom, 2011). For eksempel kan viten om at en skal dø, føre til at man lever livet mer til det fulle og mer i nuet. Vi får bare dette ene livet, og vi må gjøre det beste ut av det mens vi kan.

Eksistensiell psykoterapi har vært praktisert siden begynnelsen av 1900-tallet. Tilnærmingen springer ut fra to filosofiske røtter, henholdsvis *eksistensialisme* og *fenomenologi*. Mange filosofer og forfattere har bidratt med ideer, historier og argumenter, som den eksistensielle terapeut har tatt med seg inn i terapirommet. Sentrale navn er blant annet Søren Kierkegaard, Fredrich Nietzsche, Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre, Karl Jaspers (van Deurzen, 1999), Fjodor Dostojevskij og Albert Camus (Yalom, 2011). Andre viktige aktører som har bidratt til praktiseringen av eksistensiell psykoterapi, er Victor Frankl, Rollo May, Irvin Yalom og Emmy van Deurzen (van Deurzen, 1999).

Som alle andre terapietninger, springer også eksistensiell psykoterapi ut fra et ønske om å

kunne tilby pasienter en effektiv måte å redusere mentalt ubehag på (Spinelli, 2007). Men i motsetning til de fleste andre retninger, er ikke eksistensiell psykoterapi ute etter å tilby pasienten en ferdig oppskrift på hvordan en kan få bukt med en patologisk tilstand eller redusere symptomer. Terapeuten er primært opptatt av å hjelpe pasienten med å utforske og oppdage nye sider ved sin tilværelse, beskrive og avklare sin livssituasjon, konfrontere og takle sine eksistensielle problemer, og se muligheten for handlinger som vil bidra til et mer vitalt liv. Ofte er det personen selv som står i veien for sin egen fremgang og tilfredshet, og det er bare han som kan gjøre endringer som bedrer tilværelsen (van Deurzen, 1999).

Det er ikke lett å beskrive akkurat hva eksistensiell psykoterapi innebærer, siden dette ikke er en manualbasert metode som spesifiserer hvilke spesifikke teknikker som skal benyttes og hvilke forklaringer som skal tilbys pasienten (May & Yalom, 1989). Ofte varierer terapeutene i hvilke teknikker de velger å benytte i sitt arbeid. Mange plukker og mikser teknikker fra andre terapeutiske retninger, ut fra en antagelse om at disse er best egnet for å hjelpe en bestemt pasient i hans unike situasjon (Spinelli, 2007). Selve praksisen vil dermed variere fra terapeut til terapeut, og være avhengig av hvordan pasienten er og hvilke problemer som presenteres. Likevel, noen felles punkter foreligger, og Cohn (1994) beskriver flere antagelser som de fleste eksistensielle terapeuter har som grunnlag i sin terapeutiske praksis. For det første baseres praksisen på en antagelse om at vi lever i en verden som vi ikke kan kontrollere, og som inneholder visse endelige vilkår vi ikke selv har valgt (slik som vår familie, gener og at vi alle skal dø). Vi har derimot både frihet til, og ansvar for, å bestemme hvordan vi vil respondere på disse vilkårene. Å konfronteres med valg kan skape *eksistensiell angst* (det vil si angsten for å være til), mens det å unngå å ta valg kan skape *eksistensiell skyldfølelse*, det vil si en følelse av at vi ikke har gjort det vi egentlig er i stand til (Cohn, 1994). Disse følelsene kan fremheves i terapien, og brukes som en kraft som motiverer personen til å finne tilbake til et liv som er verdt å leve (Yalom, 2011).

For det andre har vi alle et nettverk av relasjoner til andre mennesker, til gjenstander, til oss

selv og til betydningen man gir sine handlinger. Pasienten (og terapeuten) vil alltid ta med seg sin relasjonelle historie og sine ideer om sosial interaksjon inn i terapien. Videre vil terapeut og pasient påvirke hverandre, og bli en del av hverandres relasjonelle nettverk. Det er derfor ikke mulig for terapeuten å observere pasienten objektivt (Cohn, 1994). En tredje antagelse er at terapeuten ikke skal prakke på pasienten diagnoser og teoretiske begreper, da dette legger begrensinger på klientens egne perspektiver og opplevelser. Terapeuten skal bruke mer tid på å lytte og forstå, enn å snakke og fortolke. Det er pasientens egen opplevelse av seg selv og sitt liv som er sentralt, og det er pasientens oppgave å finne frem til de mulighetene han har til å skape et bedre liv (van Deurzen, 1999). En fjerde antagelse er at nåtiden alltid vil inneholde elementer fra fortiden, og pekepinner for fremtiden. Terapeuten fokuserer derfor ikke på fortiden som årsak til problemer, men som noe som fortsatt er i live i pasientens situasjon (Cohn, 1994). Terapien fokuserer ofte på å gjøre pasienten bevisst på hvor han befinner seg i sin tilværelse, hvordan han kom dit, og hvor han ønsker å bevege seg i fremtiden (van Deurzen, 1999). Sist, men meget sentralt i eksistensiell terapi, er fokus på frykt for og fornektelse av døden (Cohn, 1994). Som vi skal se under, preger dette i stor grad Yaloms eksistensielle terapi.

Selv med disse antagelsene som basis for praksis, skapes et noe diffust bilde av hva eksistensiell terapi kan innebære. For å få et tydeligere bilde av eksistensiell terapi, er det nyttig å se på hvilket rasjonale og hvilke teknikker en konkret representant gjør bruk av. På bakgrunn av sitt bidrag til eksistensiell terapi i moderne tid, er Irvin Yalom valgt ut til denne oppgaven. Han har gjort en innsats både for å gjøre terapiformen mer populær og kjent, og for å gjøre de eksistensielle ideene og begrepene mer forståelig. Yalom, og andre amerikanske eksistensielle terapeuter, skiller seg fra de europeiske eksistensielle terapeutene ved å gi større plass til pragmatiske og humanistiske elementer, og nedtone den fenomenologiske biten (Cohn, 1997). Yaloms tilnærming til terapi skiller seg også fra enkelte andre eksistensielle terapeuter, ved å ikke ha et religiøst tilsnitt. Yalom er i større grad en ateist, i motsetning til for eksempel Viktor Frankl, som gir større plass til det religiøse

i sitt terapiarbeid. For å se andre fremstillinger av eksistensiell terapi i praksis, henvises leseren til for eksempel van Deurzen (1999), Spinelli (2007), May, Angel og Ellenberger (2004) eller Cohn (1997).

Rasjonalen i eksistensiell psykoterapi. Yalom (2011) definerer eksistensiell psykoterapi som "en dynamisk tilnærming til terapi som fokuserer på problemstillinger som er dypt rotfestet i menneskets eksistens" (s. 21). Begrepet *dynamisk* referer her til at tanker, følelser og atferd oppstår i spenningsfeltet mellom motstridende krefter som bor i mennesket. Disse kreftene skaper konflikter på ulike bevissthetsnivå. Mange er vi faktisk helt ubevisst, fordi de dekkes av flere lag med forsvarsmekanismer. Som oftest bidrar tankene, følelsene og atferden som oppstår i spenningsfeltet til god tilpasning hos mennesket, men i enkelte tilfeller kan de også skape psykopatologi. Det er særlig konflikter som springer ut fra menneskets konfrontasjon med *tilværelsens grunnleggende vilkår*, som skaper problemer og bekymringer hos individet. Det vil si egenskaper som nødvendigvis er en del av oss mennesker og vår eksistens i verden, og som vi ikke kan komme utenom. Yalom fremhever fire slike vilkår, og konfliktene de medfører. Det første vilkåret er det faktum at vi alle skal dø, og konflikten oppstår i spenningsfeltet mellom denne vissheten og et sterkt ønske om å leve. Det andre vilkåret innebærer at verden ikke er et strukturert sted der alt og alle har en iboende mening. Vi fødes med friheten til, og dermed også ansvaret for, å skape vår egen verden og livsstil, og finne frem til noe som skaper mening for oss. Vi har ansvar for det vi gjør, og det vi velger å ikke gjøre noe med. Videre kan vi velge hvordan vi vil oppfatte oss selv, andre og tingene rundt oss, og disse har derfor ingen annen betydning enn den vi tilskriver dem. Et slikt ansvar oppleves skremmende for de fleste. I spenningsfeltet mellom det tomme intet vi fødes inn i, og vår søken etter fast grunn og struktur, skapes en konflikt som påvirker atferd, følelser og tanker.

Det tredje vilkåret kaller Yalom *eksistensiell isolasjon*. Dette er ikke det samme som å ikke ha venner eller familie, men en isolasjon som rammer oss alle fordi vi kommer inn i verden alene,

og må også forlate den alene. Når vi forlater verden, vil alle de bilder, minner og tanker vi har lagret, forsvinne med oss. Fordi vi aldri fullt ut kan dele vår indre verden, vil det alltid være en del av oss som er atskilt fra omverdenen. Spenning og konflikt vil derfor oppstå mellom vårt ønske om kontakt og beskyttelse, og vissheten om at vi er alene i vår eksistens. Det siste vilkåret er *meningsløsheten*. Siden vi alle skal dø, og siden vi selv har ansvar for å skape vår verden i et univers hvor vi i bunn og grunn er alene, hva er da meningen med livet, og hvordan skal vi leve det? Det foreligger ikke noen forutbestemt plan for dette, så vi må selv skape meningsfullhet. Det oppstår dermed en konflikt mellom ønsket om å leve med mening, og vissheten om at vi fødes inn i et univers uten mening.

Vissheten om endelige vilkår skaper angst, som igjen aktiverer forsvarsmekanismer. Disse forsvarsmekanismene er både de som Sigmund Freud i sin tid beskrev som forsvar mot individets angst i sin alminnelighet (Freud, 1946), og spesifikke forsvarmekanismer som benyttes for å forsvare individet mot de viktigste formene for eksistensiell angst. Selv om dette gir oss trygghet og gjør at vi fungerer i hverdagen, hindrer det oss i å utvikle oss og leve fullt ut. I visse tilfeller er bruken av mekanismene så ekstrem og uhensiktsmessig, at psykopatologi skapes. Psykopatologi kan også oppstå om forsvaret bryter sammen, og angsten blir overveldende. En overbevisning om at en selv er usårbar, eller at død, aldring og begrensinger bare gjelder andre, er eksempler på forsvarsmekanismer som hyppig brukes for å takle dødsangst. Likeså er troen på at det finnes en personlig befrier som til sist kan redde en fra døden. Å se seg selv som et offer for hendelser utenfor ens kontroll, eller å skyve ansvaret for ens liv eller problemer over på andre, er eksempler på måter å redusere eksistensiell angst og eksistensiell skyldfølelse (beskrevet over) på. Angst for eksistensiell isolasjon reduseres ofte ved å inngå i relasjoner til andre mennesker. De med ekstrem angst kan se seg nødt til å være i et forhold, for uten den andre finnes det ingen som kan bekrefte ens eksistens. Å smelte sammen med et annet menneske eller en gruppe, og bli helt lik dem, eller inngå i seksualiserte forhold, reduserer også angsten (Yalom, 2011).

Disse vilkårene, og angsten og forsvarmekanismene de medfører, er av største betydning for det kliniske arbeidet. Det er disse Yalom forklarer pasientenes problemer ut fra, selv om han aldri gir denne forklaringen direkte til pasienten, men heller prøver å få pasienten til å oppdage sammenhengene på egenhånd. For eksempel kan ekstrem tro på egen usårbarhet føre til overdreven individualisme, der personen ikke takler å motta hjelp eller å være hjelpeløs. Sterk tro på en personlig befrier kan gjøre personen avhengig av å ha noen som kan passe på seg. I frykt for å bli alene gjør personen seg stakkarslig og sykelig, slik at han må passes på av andre. Noen ganger er det tydelig at personens problemer stammer fra angst for de endelige vilkårene, men som oftest er det vanskelig å se hva personens opprinnelige angstkilde er. Nettopp fordi den er dekket av lag med forsvarmekanismer, som er utviklet allerede fra barnsben av og innarbeidet i personligheten. Typisk ser klinikerer den dødsangsten er omformet til, som ofte er konkrete hverdagsproblemer, slik som fornektelse av at en trenger medisinsk behandling, eller en redsel for å bli forlatt av ens ektefelle (Yalom, 2011).

Fordi den eksistensielle tenkemåten skiller seg mer fra folks hverdagslige forklaringsmodeller, vil kanskje rasjonalen som presenteres i kognitiv terapi være lettere å forstå og akseptere for mange pasienter, enn rasjonalen som ligger til grunn for eksistensiell psykoterapi slik Yalom praktiserer den. Dette er derimot bare en spekulasjon, og mer forskning er nødvendig for å se om det er hold i påstanden. Uansett kan det være trygt å si at rasjonalen i eksistensiell psykoterapi vil appellere til noen pasienter, men ikke alle. Ut fra prinsipper presentert i den kontekstuelle modellen (om at terapiens effekt er avhengig av at myte og ritualer må være i tråd med pasientens kultur og preferanser), kan man også anta at det er pasienter med en tiltrekning til det eksistensielle og filosofiske som vil ha størst utbytte av denne terapiformen.

Teknikkene i eksistensiell psykoterapi. Grovt sett handler terapien om å konfrontere pasienten med de endelige vilkårene, for å motivere pasienten til å legge uhensiktsmessig bruk av

forsvarsmekanismer til side, og heller finne frem til handlinger som vil bidra til en mer autentisk livsførsel. Angsten og problemene er tegn på at man eksisterer. Målet er derfor ikke å bli kvitt all angst og fjerne alle problemer, men å finne måter å takle dem på.

Som nevnt tidligere velger eksistensielle terapeuter ofte ut de teknikkene de selv tror vil være nyttige. Som mange andre, har Yalom plukket flere teknikker fra psykoanalysen. Blant annet legger han vekt på drømmer og mareritt, og de budskap som kan ligge her. Både analysering av drømmer og fantasier, og av når og hvordan pasientens problemer oppsto, kan være til hjelp for å avdekke kilden til pasientens angst og hvilke forsvarsmekanismer som benyttes. Analyse av pasientens atferd i terapien, og av relasjonen mellom pasienten og terapeuten, kan bidra til at pasienten innser hvordan han selv bidrar til sine problemer, hvilke muligheter han har til å endre situasjonen, og hvilke belønninger og begrensinger som finnes i nære relasjoner (Yalom, 2011).

En annen metode mange eksistensielle terapeuter benytter, er dyp refleksjon. Dette innebærer å legge fra seg hverdagens bekymringer, og heller tenke dypt over sin eksistensielle situasjon (Yalom, 2011). Yalom gjør ofte bruk av argumenter, spørsmål og ideer lagt frem av sentrale eksistensialfilosofiske tenkere og forfattere, som skriver om eksistensielle temaer, for å stimulere pasientens refleksjoner. Et eksempel er Nietzsches referanse til *den evige gjenkomst*. Nietzsche sier vi bør leve på en slik måte, at om det en gjør og det man er, vil gjentas igjen og igjen, vil man kunne være glad for det og elske sin skjebne (Yalom, 2008).

I motsetning til flere andre eksistensielt orienterte terapeuter, har Yaloms terapiform et mer atferdsterapeutisk preg, ved at han bruker en rekke teknikker for å aktivere viljen til handling hos pasienten (i motsetning til for eksempel Rollo May, som fokuserer mer på å få pasienten til å oppleve sin eksistens som virkelig, og mindre på å frembringe synlig endring).

Dødsdesensibilisering (innebærer å utsette pasienten for små doser av dødsangst gjentatte ganger, til pasienten får angsten under kontroll), å fokusere på hverdagserfaringer som minner pasienten på dødens realitet, strukturerte øvelser som fremkaller en konfrontasjon med døden og deidentifisering,

er eksempler på slike teknikker (Yalom, 2011). En strukturert metode i deidentifisering som Yalom ofte bruker, innebærer at pasienten skriver ned åtte svar på spørsmålet "Hvem er jeg?", og deretter rangere svarene etter hvor viktige de er. Pasienten skal så reflektere over hvordan det ville være å gi avkall på en etter en av egenskapene, til de til slutt har "kvittet" seg med alle åtte. Tanken er at slike intervensjoner skal skape økt bevissthet om egen død, og at man må leve mens man kan. Dette vil motivere pasienten til å gjøre endringer for å leve mer vitalt. De fleste vil være motvillige til å innse livets endelige vilkår, og det er terapeutens oppgave å hjelpe dem med å tørre å tenke på og utforske disse vanskelige temaene. Som sagt prøver terapeuten å få pasienten til å ta ansvar for sitt eget liv. I den sammenheng er det viktig at terapeuten verken er for aktiv, og dermed fratrar pasienten ansvaret for egen bedring, eller for inaktiv. Inaktivitet signaliserer til pasienten at dette er en grei holdning til livet.

Forskning på eksistensiell psykoterapi. Eksistensiell psykoterapi beskrives ofte som en humanistisk tilnærming til psykoterapi. I gruppen av humanistiske psykoterapier inngår (foruten eksistensiell psykoterapi) blant annet klientsentrert terapi, gestaltterapi og opplevelseorientert terapi (Cain & Seeman, 2001). På denne gruppen samlet foreligger en god del forskning (Cain & Seeman, 2001), men alene har eksistensiell terapi svært lite empiri å støtte seg på. Ofte vises det heller til kasusbeskrivelser for å belyse sine poeng. Hovedgrunnen til at det er forsket så lite på effekten av denne terapiformen, ligger i terapiens grunnprinsipper, slik som at hver og en av oss skaper vår egen verden og finner vår egen personlige mening. Folk, handlinger og gjenstander har bare den betydning individet tilskriver dem. Å studere alle individer med samme standardverktøy, som om de levde i samme objektive verden, ignorerer dette faktum. Forskning kan dermed aldri gi noen allmenngyldige svar på menneskets opplevelse av verden og meningen med den. I tillegg til at selve forskningspraksisen går mot grunnprinsipper i terapien, vil det være vrient å formulere objektive mål på menneskers evne til å elske eller bry seg om andre, på livslyst, målbevissthet, sjenerøsitet,

humor og mot. Det blir også vanskelig å vurdere effekt av en terapi, som ikke har som mål å redusere spesifikke symptomer.

Videre påpeker Yalom at hvor stor effekt en behandlingsmetode ser ut til å ha, avhenger av hvilke informasjonskilder som brukes. Et eksempel på dette er Lieberman, Yalom og Miles (1973) sin studie av effekten av gruppeterapi. Her viste resultatene at korrelasjonene mellom de fire ulike effektmålene (effekt vurdert av henholdsvis deltagerne selv, gruppelederen, de andre medlemmene i gruppen og deltagerens sosiale nettverk) var null. Dette gjør det vanskelig å si noe konkret om deltagerens reelle utbytte. Siden terapi er en dyp, personlig menneskelig erfaring, vil empiriske undersøkelser av terapi alltid inneholde feilkilder og ha begrenset bruksverdi (Yalom, 2011).

Selv om effekten av eksistensiell terapi er lite studert, finnes det mer forskning på spesifikke temaer og antagelser som er sentrale i terapien. For eksempel er det funnet en positiv korrelasjon mellom dødsangst og nevrotisisme (Loo, 1984), og mellom dødsangst og mer emosjonelle og aggressive personlighetsmønstre (Frazier & Foss-Goodman, 1988). Det er også funnet at når tanker om egen død vekkes, søker folk mot andre som støtter ens verdenssyn. I tillegg øker graden av fiendtlighet mot grupper med andre verdenssyn. Trolig bidrar dette til å redusere følelser av meningsløshet, utrygghet og uforutsigbarhet (Solomon, Greenberg, & Pyszczynski, 2000). Videre viser forskning at når menneskers dødelighet gjøres fremtredende (*mortality saliance*), øker graden av angstsymptomer hos personer med spesifikke fobier, sosial fobi og tvangshandlinger (Strachan et al., 2007). Vail et al. (2012) påpeker at selv om dødsbevissthet noen ganger medfører negativ atferd, for eksempel aggresjon mot grupper med et annet verdenssyn eller trossystem enn egen gruppe, vil denne bevisstheten i mange tilfeller føre personen inn på mer positive stier og motivere dem til å leve bedre liv.

Selv om det er gjennomført flere studier på eksistensielle temaer, blir dette likevel småtterier i forhold til det overveldende antallet studier som eksisterer på kognitiv terapi. I et samfunn som knytter stor verdi til prinsippene i den medisinske modellen – slik som objektivitet, empiri og klare

årsakssammenhenger og løsninger – er det ikke rart eksistensiell terapi har havnet på sidelinjen og anklages for å være en tåkete, irrasjonell og romantisk metode. Tilhengere av denne orienteringen beskriver den derimot som et verdifullt bidrag i møtet med menneskelig lidelse, nettopp fordi den tar opp temaer ordinære terapimetoder styrer unna (Yalom, 2011).

Terapeutisk allianse

Psykoterapi kan sies å bestå av en teknisk del, som beskrevet for kognitiv terapi og eksistensiell terapi i avsnittene over, og en relasjonell del. Gelso og Hayes (1998) definerer den psykoterapeutiske relasjonen som "the feelings and attitudes that therapist and client have toward one another, and the manner in which these are expressed" (s. 6). Relasjonen består ikke bare av to individer som danner et *vi*, men også av noe unikt og ekstra som oppstår i samspillet mellom de to. Gelso og Hayes beskriver tre komponenter de mener utgjør en slik relasjon, henholdsvis *terapeutisk allianse* (også kalt *arbeidsallianse* eller bare *allianse*), *overføringer* og en "*ekte*" relasjon. Disse tre kan inntreffe uavhengig av hverandre, men det er mer vanlig at de skjer i interaksjon og sammen påvirker terapiutfallet. Komponentene er tilstede uansett terapeutisk orientering, men forskjellige orienteringer vektlegger komponentene ulikt – som det vil gis eksempel på i del III. Unntaket er kanskje alliansen, som fremheves som viktig i de aller fleste terapiformer og beskrives som det mest fundamentale aspektet ved den terapeutiske relasjonen. Dette er en av grunnene til at komponenten er valgt til å spille hovedrollen i oppgavens videre diskusjon.

Når det gjelder overføring (og motoverføring), anses dette som et viktig konsept av psykoanalytikere, mens humanistiske (inkludert eksistensielle) og kognitive terapeuter ser på slike fenomener med større skepsis. Overføring vil derfor ikke vies mer plass i denne oppgaven, selv om Gelso og Hayes påpeker at dette skjer uansett om terapeuten velger å rette oppmerksomhet mot det eller ikke. Den ekte relasjonen vil derimot dukke opp som et sentralt punkt i del III, siden man i eksistensiell terapi er opptatt av å utvikle en ekte relasjon og anser denne som en kurativ faktor.

Gelso og Hayes beskriver komponenten som "that dimension of the total relationship that is essentially nontransferential, and is thus relatively independent of transference" (s. 13). Terapeuten og pasienten er ærlige og er seg selv, slik at begge parter kan oppfatte den andre slik han virkelig er. Med andre ord kan den ekte relasjonen sies å innebære genuinitet (som også Carl Rogers fremhever som viktig) og realistiske persepsjoner. Til tross for at terapeuten og pasienten er tildelt "unaturlige" roller i terapirommet, er de ekte personer involvert i en ekte interaksjon, og ut fra dette vokser det en ekte relasjon. Kognitive terapeuter har også fokus på den ekte relasjonen, om enn i mindre grad enn de eksistensielle terapeutene. Dette til tross for at det er forsket lite på denne komponenten (Gelso & Hayes, 1998). En komponent det derimot er forsket mye på, er den terapeutiske alliansen, som vil beskrives nærmere i det følgende.

I denne oppgaven oppfattes allianse slik Bordin (1994) beskriver fenomenet. Dette er en definisjon som fremhever sentrale elementer fra Franks kontekstuelle modell (Frank & Frank, 1991). Slik som at det bør foreligge enighet og samarbeid om terapimetoden som brukes, og at det emosjonelle båndet som dannes mellom pasienten og terapeuten er viktig. I følge Bordin (1994) består den terapeutiske alliansen av (1) enighet om mål, (2) enighet om metoder og teknikker for å nå målene, samt (3) et emosjonelt bånd preget av tillit, fortrolighet og varme, som oppmuntrer til et målrettet samarbeid. Disse tre faktorene er gjensidig avhengig av hverandre. Bordins definisjon samsvarer med poenget det metaforiske ullteppet (se avsluttende avsnitt i del I) er ment å beskrive, nemlig hvordan terapiens elementer er tett forbundet og avhengig av hverandre. Sentralt for å danne en god allianse er betingelsene Carl Rogers (1957) i sin tid fremla som nødvendige og tilstrekkelige for personlighetsendring. For det første må det foreligge en psykologisk kontakt mellom en pasient, som opplever angstskapende diskrepans mellom faktiske erfaringer og selvilde, og en terapeut. For det andre må terapeuten vise empati, positiv anerkjennelse og ekthet. I dag ser de fleste terapeuter på allianse og de rogerianske betingelsene mer som noe som er nødvendig, men ikke tilstrekkelig, for å skape endring hos pasienten (Lambert, 1992).

Både faktorene i Bordins definisjon og betingelsene lagt frem av Rogers, har god støtte i hva forskning viser har effekt på behandlingsutfall. For eksempel fant Tryon og Winograd (2002) i sin metaanalyse at 32 av 36 studier viste en positiv korrelasjon mellom samarbeid og utfall, og at 17 av 25 studier viste positiv korrelasjon mellom enighet om mål og utfall. Videre er det funnet at opplevelsen av positiv anerkjennelse, vurdert av klient, er funnet å være relatert til utfall (også vurdert av klient) i 88 % av studiene (Farber & Lane, 2002), og at de deprimerte pasientene som rangerte sin terapeut som mer empatisk, ble betraktelig bedre enn pasientene som ga terapeutene lavere empatiskåre (Burns & Nolen-Hoeksema, 1992). Gelso og Hayes (1998) foreslår tre måter allianse kan ha effekt på utfallet på. For det første vil alliansen i seg selv skape en konstruktiv endring hos pasienten. For det andre kan en god allianse fasilitere effekten av terapeutens intervensjoner, ved å gjøre pasienten mer mottakelig for dem. For det tredje kan alliansen fungere som en buffer mot stresset og utfordringene pasienten opplever i løpet av terapiprosessen.

Når klienter blir spurt om hva som var det mest hjelpsomme i terapien, er svaret som oftest relasjonen til terapeuten. Effekten av behandlingen attribueres sjelden til hvor gode teknikkene og metoden var (Elliott & James, 1989; Najavits & Strupp, 1994). Det ser faktisk ut som det mest sentrale i effektiv psykoterapi er grunnleggende egenskaper ved menneskelige relasjoner (Najavits & Strupp, 1994), slik som faktorene beskrevet av Rogers. Noe forskning indikerer at det er terapeutens evne til å fremme de rogerianske betingelsene som forklarer korrelasjonen mellom allianse og behandlingsutfall (Baldwin et al., 2007; Crits-Christoph et al., 2009).

Pasienter kommer til terapi med en bedre eller dårligere evne til å danne relasjoner. De har en tilknytningsstil og indre representasjoner av hva det vil si å være i en relasjon (Gelso & Hayes, 1998). Likevel er det terapeutens evne til å danne et samarbeidsforhold med klienten som er mest predikativt for utfall. Noen terapeuter er flinkere enn andre til å danne allianser med sine pasienter, og får gode resultater selv med pasienter som er dårlige til å danne relasjoner. Mye av variansen i terapeuters effektivitet kan tilskrives evnen til å danne allianse (Baldwin et al., 2007). At terapeuter

som er bedre til å danne allianse får bedre behandlingsresultater, støtter fellesfaktormodellens påstand om at det er fellesfaktorene som gjør terapiene effektive, så lenge terapeut og klient er i stand til å aktivere dem (Wampold, 2010b). I del III vil flere eksempler på terapeutatferd som fremmer allianse bli beskrevet.

Allianse måles ofte ved bruk av Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1989), som ble utviklet på bakgrunn av Bordins definisjon av begrepet. Spørreskjemaet kan brukes til å måle både klienten, terapeutens og en observators vurdering av alliansen. Et interessant funn er at klientens vurdering av allianse er en bedre prediktor for utfall enn terapeutens vurdering (Bachelor & Horvath, 1999). Det er klientens opplevelse av empati, varme og en god relasjon som predikerer utfall – ikke terapeutens vurdering av dette (Duncan & Miller, 2000). Terapeuter er generelt dårlige til å vurdere kvaliteten på den terapeutiske relasjonen (Hannan et al., 2005).

Kort oppsummert kan allianse beskrives som en mye studert komponent ved den terapeutiske relasjonen, som er tilstede i alle former for terapi og er av stor betydning for behandlingsutfallet.

Del III - Aktivisering av allianse i kognitiv terapi og eksistensiell psykoterapi

Denne oppgaven legger frem en antagelse om at ulike behandlingsrammer vil aktivere en utvalgt fellesfaktor på forskjellige måter. For å undersøke denne hypotesen, vil teksten i det følgende diskutere om kognitiv terapi og eksistensiell psykoterapi aktiverer fellefaktoren terapeutisk allianse på ulike måter. Denne undersøkelsen tar utgangspunkt i Bordins definisjon og Rogers' betingelser, slik de er beskrevet over, og teksten struktureres deretter. Først tar teksten for seg hvordan de to behandlingsrammene vektlegger Rogers' betingelser, deretter vil teksten punktvis ta for seg hvert av elementene i Bordins definisjon. Selvfølgelig vil dette bli kunstige skiller, da disse i praksis overlapper hverandre, opererer i fellesskap og påvirker hverandre. For diskusjonens skyld er det imidlertid mer oversiktlig å presentere dem på denne måten. Fokus vil ligge på terapeutens

bidrag til dannelsen av allianse, da dette har vist seg å ha mer å si for behandlingsutfall enn klientens bidrag (Baldwin et al., 2007), og fordi det er terapeuten som er administrator av behandlingsrammen. I diskusjonen vil det også komme frem elementer ved de to behandlingsmetodene som kan ha negativ innvirkning på alliansen.

Rogers' betingelser for endring i terapi

I eksistensiell psykoterapi anses de rogerianske betingelsene som svært viktige. Dette er ikke overraskende, med tanke på den nære tilknytningen utviklingen av eksistensiell psykoterapi har til den humanistiske bevegelsen (Cain & Seeman, 2001). Yalom (2011) påpeker at et tillitspreget forhold mellom pasienten og terapeuten er avgjørende for å kunne hjelpe pasienten. Videre påpeker han at terapeutens evne til å være empatisk, vise varme, ekte engasjement og ubetingede aksept ovenfor pasienten, vil styrke pasientens evne til å like og respektere seg selv. Yalom beskriver de rogerianske betingelsene som "uoffisielle" ingredienser i terapien. De er egenskaper terapeuter besitter i større eller mindre grad, og som er med på å utgjøre forskjeller i behandlingsutfall. I eksistensiell psykoterapi møter terapeuten pasienten som en likeverdige. Vi er alle mennesker som utsettes for de samme vilkårene. Terapeutens egne erfaringer med de endelige vilkårene, gjør det dermed lettere for han å sette seg inn i pasientens situasjon og utvise empati.

En vanlig kritikk mot kognitiv terapi er at tilnærmingen er symptomfokuset, og har for lite fokus på den terapeutiske relasjonen. Hvorfor kognitiv terapi har fått et slikt rykte er noe usikkert. For allerede da Beck fremla manualen for sin nye terapimetode, vektla han viktigheten av at behandleren fremstår som varm, empatisk og genuin. Senere fremstillinger av kognitiv terapi fremhever også den terapeutiske relasjonen og de rogerianske betingelsene som sentrale elementer i terapien. Med tanke på vektleggingen av empiri i kognitiv terapi, og at forskningen viser at allianse spiller en viktig rolle for utfall, er det ikke overraskende at også kognitiv terapi fokuserer på gode relasjoner (Gilbert & Leahy, 2007). Hilsenroth, Cromer og Ackerman (2012) oppsummerer

forskning som viser at terapeutens evne til å være åpen, respektfull, varm, aksepterende, responsiv og empatisk er positivt korrelert med allianse. Videre er det funnet at ekthet ser ut til å være en viktig dimensjon i en solid allianse (Klein, Kolden, Michels, & Chrisholm-Stockard, 2002). Et interessant funn er at empati faktisk ser ut til å være nærmere knyttet til utfall i kognitiv terapi enn andre terapier, men det er usikkert hvorfor dette er tilfellet (Bohart, Elliott, Greenberg, & Watson, 2002).

I motsetning til Yaloms (2011) syn på de rogerianske betingelsene som uoffisielle ingredienser, har man i kognitiv terapi en mer instrumentell tilnærming til disse. Manualene beskriver en rekke teknikker terapeuten kan bruke for å formidle varme, empati og interesse. Eksempler på dette er parafrasering, oppsummere det klienten sier, sokratiske utspørring, gi øyekontakt, validering, og å gi positive tilbakemeldinger (Gilbert & Leahy, 2007). En grundig innsamling av informasjon og vurdering av pasientens bakgrunnshistorie og symptomer, viser pasienten at terapeuten virkelig er interessert i å hjelpe. Det samme gjør oppfølging av hjemmeoppgaver. Positiv anerkjennelse kan formidles ved å fortsette å være støttende og validerende, selv når pasienten viser sine dårlige sider (Newman, 2007). Newman (2007) påpeker at kognitive terapeuter har best mulighet til å danne positive, produktive arbeidsrelasjoner med sine pasienter hvis de demonstrerer de humanistiske karakteristikkene beskrevet av Rogers. Dette fører til at klienten føler seg trygg og motiveres til å være åpen om vonde detaljer, utforske sine psykologiske erfaringer og strebe etter konstruktive forandringer.

Med unntak av terapeutens ekspertise, er det viet lite plass til terapeutegenskaper innenfor den medisinske modellen, så her skiller metamodellen seg fra både kognitiv og eksistensiell psykoterapi. Egenskaper som ekthet, empati og positiv anerkjennelse oppfattes som å ikke ha noen betydning for behandlingsutfallet. Det er heller den vitenskaplig dokumenterte behandlingen som skaper effekten, og den har lik effekt på alle. En slik tenkemåte ignorerer det faktum at terapi omhandler mennesker som er forskjellige, men likevel deler et behov for å bli godt ivaretatt. Den

medisinske modellen overser også forskning som viser at slike terapeutegenskaper faktisk har noe å si for behandlingsutfallet. I den kontekstuelle modellen blir derimot de rogerianske betingelser viktigere, fordi de kan bidra til at pasienten får et godt emosjonelt forhold til en terapeut han kan betro seg til. Dette er mer i tråd med tankegangen både til kognitive og eksistensielle terapeuter.

Enighet om mål

Kognitiv terapi er på mange måter i tråd med Bordins definisjon av allianse, blant annet ved å vektlegge at det skal foreligge enighet om mål før terapien kan begynne. Hovedmålet er å redusere symptomene, helst i så stor grad at pasienten kan bevege seg ut av en diagnose. I tillegg utarbeides det konkrete delmål. Begge deler foregår som et samarbeidsprosjekt mellom terapeuten og pasienten. Det er viktig at pasienten får mulighet til aktiv medvirkning i behandlingen (Berge, Repål, Ryum, & Samoilow, 2008), da dette sannsynligvis øker motivasjonen for terapiarbeidet (Tryon & Winograd, 2002). Samtidig bidrar enighet om, og arbeidet med, terapiens mål til et styrket emosjonelt bånd mellom terapeuten og pasienten. Dette båndet vil igjen gjøre det videre arbeidet mulig. Konkrete mål gir tydelig tilbakemelding til pasienten om egen bedring, noe som trolig både øker motivasjonen ytterligere og bidrar positivt til alliansen. Forskning (Tang, DeRubeis, Beberman, & Pham, 2005; DeRubeis, Brotman, & Gibbons, 2005) viser at tidlig bedring og såkalte *sudden gains* (plutselig stor bedring fra en terapitime til en annen) styrker kvaliteten på alliansen. Dette er en av grunnene til at det i kognitiv terapi er fokus på å gi pasienten opplevelsen av fremgang tidlig i terapien.

Selv om eksistensielle terapeuter har mindre fokus på å eksplisitt diskutere og formulere mål og oppgaver med pasienten, foreligger det alltid en følelse av man er ute på samme oppdrag og en uuttalt enighet om at oppgavene gir mening (Gelso & Hayes, 1998). Terapeuten har et generelt mål om å hjelpe pasienten med å se sin tilværelse i et klarere lys, og bedre forstå sine eksistensielle problemer og muligheter. Målet er ikke å fjerne en diagnose eller redusere symptomer, slik som i

kognitiv terapi, og som den medisinske modellen postulerer. Yalom (2011) argumenterer for at det ofte blir vanskelig å forholde seg til pasienten hvis denne kommer med en diagnostisk merkelapp (eksempelvis depresjon eller en personlighetsforstyrrelse), siden dette går utover terapeutens evne til å virkelig lytte. Videre blir det vanskelig å se hele mennesket om fokus trekkes mot en diagnose. Samtidig øker også faren for *reifisering*, som innebærer å oppfatte menneskelige fenomener som et uttrykk for ikke-menneskelige ting (Berger & Luckmann, 2000). Eksempelvis kan pasientens atferd, uansett hvordan denne er, tolkes som et uttrykk for diagnosen denne er blitt gitt.

Enighet om målet i eksistensiell terapi foreligger i den forstand at terapeuten er støttende til pasientens valg av mål, og hjelper pasienten til å se fordeler og ulemper med ulike måter å håndtere sine vansker på. I visse tilfeller møter pasienten opp til terapeuten med et ønske om å leve mer vitalt, akseptere dødens faktum eller andre diffuse mål. Andre ganger har pasienten konkrete mål, slik som å bli i stand til å flytte hjemmefra og begynne å stå på egne ben. Hva pasienten ønsker å få ut av terapien kan endre seg underveis, blant annet som en konsekvens av at pasienten har fått fornyet innsikt. Typisk tar det lengre tid i eksistensiell terapi enn i kognitiv terapi før pasienten mer tydelig formulerer sine mål. Muligheten til å selv få bestemme mål, og det å motta støtte for sine valg, er trolig positivt for utviklingen av allianse. Det er viktig at det er pasienten som utforsker mulighetene og tar beslutningene. Ifølge Yalom (2011) er beslutninger tatt av andre ingen ekte beslutning, og pasienten vil trolig ikke gå helhjertet inn for dem. Når pasienten selv finner frem til handlingsmuligheter og mål, øker derimot motivasjonen for å jobbe frem mot målet. Prosessen med å finne frem til egne mål er ofte langsom, og det kan underveis oppleves frustrerende å ikke ha noen konkrete holdepunkter som indikerer at man er på bedringens vei. Mangelen på tilbakemelding om egen fremgang, kan svekke pasientens tro på terapeuten og behandling, og dermed også kvaliteten på alliansen.

Enighet om metoder og teknikker for å nå målene

Teknikkene terapeuten velger å bruke spiller en viktig rolle for relasjonen som utfolder seg. Blant annet ved at bestemte teknikker vil fremme utviklingen av bestemte relasjonskomponenter. Eksempelvis vil bruk av selvavsløringer i eksistensiell psykoterapi (beskrevet mer utdypende nedenfor) bidra til utvikling av den ekte relasjonen, mens det å lage en problemliste i kognitiv terapi bidrar til å styrke arbeidsalliansen. I det følgende vil det bli tydelig at en rekke teknikker innenfor hver av orienteringene kan fasilitere alliansen. Et sentralt poeng er at teknikkene terapeuten presenterer må oppleves som akseptable og hjelpsomme av pasienten, slik som den kontekstuelle modellen postulerer. Trolig vil den kognitive og eksistensielle tilnæringsmåten appellere til ulike pasienter, som opplever ulike problemer (Gelso & Hayes, 1998).

I kognitiv terapi foreligger et veldefinert rasjonale, og en ferdigpakket sekk med teknikker som skal brukes. Likevel legges det vekt på at både mål, som nevnt over, og plan for å nå målene, utarbeides i samarbeid mellom terapeuten og pasienten. At pasienten er enig i fremgangsmåten anses som avgjørende for å få han med på utfordringene terapien kan by på, samt at det skaper en god allianse (Norcross, 2010). Rasjonalen i kognitiv terapi er for de fleste enkel å forstå, og lett å akseptere. Teknikkene som presenteres oppfattes også som en logisk forlengelse av rasjonalen, og en troverdig måte å jobbe med problemene på. Det finnes flere skjemaer tilgjengelig som terapeuten kan bruke for å gjøre det lettere å kommunisere med pasienten om mål og oppgaver (se f.eks. Hovland, 2008).

Med sitt ferdigsnekrede rasjonale og sin sekk med teknikker, er den kognitive terapeut mer styrende i terapiarbeidet enn en eksistensiell terapeut (Gelso & Hayes, 1998). Bli terapeuten for aktiv og styrende, øker imidlertid risikoen for motstand fra pasientens side og for problemer med alliansen, særlig hos pasienter som lett føler at andre prøver å kontrollere dem (Berge et al., 2008). De fleste kognitive terapeuter prøver derfor å tilpasse terapien til pasienten så godt de kan, blant annet ved å modifisere teknikkene, forhandle om fremgangsmåter og vente med å presentere

oppgaver til pasienten er klar for utfordringene (Newman, 2007). Når gode teknikker presenteres på rett tidspunkt, styrkes alliansen (Hatcher & Barends, 2006). Forskning viser at terapeutens evne til å være fleksibel er positivt relatert til allianse (Kivlighan, Clements, Blake, Arnez, & Brady, 1993).

Siden det for eksistensielle terapeuter ikke foreligger noen manual, og de følger et prinsipp om å være åpen for hva enn pasienten presenterer, blir det lettere å være fleksibel og velge ut de intervensjonene som vurderes å være best tilpasset pasienten. Evnen til å velge ut og kombinere gode teknikker fra ulike retninger, slik som eksistensielle terapeuter gjør, er funnet å påvirke alliansen positivt (Hilsenroth et al., 2012). Katzow og Safran (2007) påpeker at alle intervensjoner kan ha positiv eller negativ effekt på alliansen, avhengig av hvilken betydning intervensjonen har for terapeuten og klienten. Om pasienten for eksempel føler seg presset til å bli med på en intervensjon han ikke skjønner poenget med, vil dette kunne føre til dårligere allianse. Siden eksistensielle terapeuter i større grad følger pasienten og lar pasienten selv finne sine egne løsninger, er nok denne fallgruven størst i kognitiv terapi.

Selv om det fortsatt er teknikkene som anses som de viktigste endringsmekanismene i kognitiv terapi (i motsetning til eksistensiell terapi, der relasjonen ses som den primære endringsmekanismen, og teknikkene som sekundære), utgjør alliansebygging en stadig større del av terapiarbeidet (Katzow & Safran, 2007). De fleste kognitive terapeuter ser dannelsen av allianse som en slags inngangsport til terapiprosessen. Den er en betingelse som må foreligge på starten av terapien for å minimere motstand og fasilitere samarbeid og gjennomføring av teknikkene (Gelso & Hayes, 1998). Samtidig har de også fokus på allianse underveis, som en faktor som kan brukes sammen med teknikkene for å fremme endring (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Terapeuten bør stadig undersøke kvaliteten på alliansen, og reparere eventuelle alliansebrister. I kognitiv terapi brukes det gjerne skjemaer for å måle alliansen. Med tanke på forskning som avslører hvor dårlige terapeuter er til å vurdere kvaliteten på alliansen etter egen magefølelse (Hannan et al., 2005), er det ikke overraskende at det er gjort forsøk på å lage mer objektive vurderingsmetoder. Et eksempel på

et slikt skjema er Session Rating Scale (Miller, Duncan, & Hubble, 2004). Det finnes også modeller og teknikker som terapeuten kan benytte seg av for å reparere alliansebrister. Katzow og Safran (2007) legger frem en slik modell, der fokus er på hvordan alliansebrister kan brukes til å utforske og utfordre pasientens relasjonelle skjemaer. Denne modellen foreslår blant annet metakommunikasjon som en god måte å jobbe seg gjennom brister på. Modellen er enda et eksempel på tankegangen i kognitiv terapi, om at god allianse kan etableres, vedlikeholdes og reddes ved hjelp av teknikker (Gilbert & Leahy, 2007). Terapeuten må passe seg for overstrukturering av timene og overforbruk av skjemaer. Begge deler kan gå utover alliansen (Hilsenroth et al., 2012; Hovland, 2008), ved at pasienten opplever terapien som upersonlig og ikke klarer å knytte et emosjonelt bånd til terapeuten (Hovland, 2008).

I eksistensiell terapi anses hvert menneske som unikt, og en relasjon vil alltid preges av den spesielle sammensetningen to unike personer utgjør. Både terapeuten og pasienten kommer til terapien med erfaringer fra fortiden, som vil påvirke den nåtidige relasjonen som utvikles i terapirommet. Relasjonen som dannes mellom terapeuten og pasienten ses derfor ikke som en kunstig konstruksjon som kan manipuleres frem ved hjelp av teknikker, men som et ekte mellommenneskelig forhold. I eksistensiell psykoterapi kan den ekte relasjonen brukes til å lære pasienten hva man kan forvente å få ut av et forhold til et annen menneske (slik som støtte og trygghet), og hva som ikke er mulig å få (slik som beskyttelse fra døden, eller å slippe unna eksistensiell isolasjon). En relasjon mant frem ved bruk av teknikker (slik som bruk av parafrasering for å fremstå interessert) anses ikke som en ekte og autentisk relasjon. Ut fra en slik tankegang blir det unaturlig å gjennomføre standardiserte undersøkelser og vurderinger, siden disse tar utgangspunkt i at det finnes en objektiv situasjon som er uavhengig av tid, sted og at terapeutens og pasientens bidrag alltid er det samme (Cohn, 1997). Eksistensielle terapeuter bruker derfor ikke skjemaer for å vurdere kvaliteten på alliansen, og slipper dermed unna den negative effekten overforbruk av skjemaer kan ha. Samtidig kan fravær av skjemabruk øke risikoen for at terapien

preges av uklart fokus og manglende struktur. Det brukes ikke skjemaer for å vurdere kvaliteten på alliansen i eksistensiell psykoterapi. I stedet er det vanlig at terapeuten spør pasienten rett ut (Yalom, 2011). Hvordan bristene repareres vil nok variere fra terapeut til terapeut, men de fleste baserer seg på en åpen og ærlig tilnærming til problemet.

Selv om skjemaer og terapeutens agenda for timen kan stjele tid og fokus fra det pasienten vil presentere, kan det være verdt å bruke noen minutter til å sjekke kvaliteten på alliansen. Å vurdere relasjonen til pasienten og eventuelt tilpasse den før det er for sent, er avgjørende for endring (Duncan, Miller, & Sparks, 2004). I arbeidet med alliansebrister blir den kognitive terapeutens arbeidsmåte likevel mer lik den eksistensielles, ved at fastsatte forklaringer viker plass for mer åpne spørsmål og forsiktige hypoteser (Berge et al., 2008). Det blir slik større rom for pasientens forklaringer og meninger.

Forskning viser at pasienter som er aktive i sin pasientrolle, ved å ta ansvar og bidra i terapien, får bedre resultater (Bachelor, Laverdière, Gamache, & Bordeleau, 2007). I tråd med dette retter en rekke av de kognitive teknikkene seg mot å øke pasientens egeninnsats. Eksempler på dette er hjemmeoppgaver og atferdseksperimenter. En aktiv pasient er nødvendig for at terapien skal bli et samarbeidsprosjekt. Dette vektlegges også i eksistensiell psykoterapi. En av de viktigste oppgavene til en eksistensiell terapeut er å lytte og guide pasienten gjennom prosessen med å finne måter å løse sine eksistensielle problemer på. Dette sett i sammenheng med det eksistensielle vilkåret om at vi fødes med friheten til og ansvar for å skape vår egen verden, gjør at pasientens ansvar for å bidra i terapien blir svært viktig. Aktivt bidrag fra både terapeuten og pasienten er i tråd med prinsippene i den kontekstuelle modellen.

Validering antas å bidra til en god allianse (Gilbert & Leahy, 2007), og er en sentral intervensjon i begge tilnærmingene. For mye fokus på validering, skaper derimot ikke bedring hos pasienten. Det er derfor kanskje nødvendig å ofre litt av kvaliteten på alliansen for å fremme endringsarbeidet. I andre tilfeller er det teknikkene som må modifiseres for å sikre alliansen.

Utfordringen ligger i å finne en balanse mellom validering og endring (Newman, 2007). I denne vektingen har kanskje kognitive terapeuter en tendens til å fokusere vel mye på endring, og eksistensielle terapeuter vel mye på validering. Mer forskning er nødvendig for å vurdere om det er hold i en slik påstand.

En annen forskjell mellom tilnærmingene er at den eksistensielle terapeuten ofte er mer personlig og kommer med selvavsløringer. Dette kan henge sammen med at de humanistisk orienterte terapeutene var de første til å ta i bruk selvavsløringer som en terapeutisk intervensjon (Farber, 2006). Hill og Knox (2002) fant at selv om selvavsløringer ser ut til å ha en positiv effekt på pasienten der og da, og de fleste pasienter opplever slike avsløringer som hjelpsomme, er konsekvensene intervensjonen har for utfallet mer uklart. På tvers av studier er det ikke funnet et reliabelt forhold mellom bruk av selvavsløringer og behandlingsresultatet, noe som kan skyldes at studiene sjelden tar for seg faktorer som påvirker dette forholdet. For eksempel om selvavsløringen er om noe positivt eller negativt, om den er lik eller ulik pasientens situasjon, og om den kommer uoppfordret eller etter et spørsmål fra pasienten. Videre vil pasienter ha ulike karakteristikk som påvirker konsekvensene av intervensjonen (Henretty & Levitt, 2010).

Sammenhengen mellom bruk av selvavsløringer og allianse er også noe uklar. Kelly og Rodriguez (2007) fant at selvavsløring ikke var signifikant relatert til skåre på Working Alliance Inventory (rangert av både pasient og terapeut), mens en tidligere studie fant at pasientene vurderte relasjonen som bedre når terapeuten kom med selvavsløringer, enn når terapeuten ikke gjorde det (VandeCreek & Angstadt, 1985). Videre har Myers og Hayes (2006) funnet at når alliansen er god, oppfatter pasienten selvavsløringer fra terapeutens side som positivt, mens når alliansen er dårlig oppfattes selvavsløringene som negativt. På tvers av studier ser det ut til at selvavsløringer ikke har en reliabel effekt på hvordan klienten oppfatter terapeuter når det gjelder tillit, anerkjennelse, empati, kongruens og bruk av affektive ord. Derimot oppfatter pasienter terapeuter som kommer med selvavsløringer som varmere, og de liker disse terapeutene bedre enn de som ikke kommer

med selvavsløringer. Dessuten viser flere studier at pasienter kommer med flere selvavsløringer, når de har en terapeut som avslører ting om seg selv (Henretty & Levitt, 2010). Hanson (2005) påpeker at det å ikke selvavsløre, kan virke negativt inn på alliansen, ved at pasienten føler seg såret, avvist, eller tror at terapeuten ikke liker eller stoler på ham. Videre viser forskning at upassende selvavsløringer påvirker alliansen negativt (Hilsenroth et al., 2012).

Terapeutens utfordring når det gjelder bruk av selvavsløring som intervensjon, ligger dermed i å vurdere hvilke avsløringer som er hensiktsmessige intervensjoner, og hvilke som er upassende. Henretty og Levitt (2010) beskriver en rekke retningslinjer som kan være nyttige for terapeuter som ønsker å bruke selvavsløring som terapeutisk teknikk. De påpeker viktigheten av å vurdere hvorfor man vil komme med en selvavsløring, og hvordan denne bør legges frem. Det finnes mange grunner til å benytte seg av selvavsløringer. For eksempel kan intervensjonen brukes for å fremme selvavsløringer fra pasientens side, styrke alliansen eller reparere en alliansebrist, og til å rette opp misforståelser. Selvavsløringer kan også hjelpe pasienten til å se at det er et skille mellom hva han selv tenker og føler, og hva andre tenker og føler. Videre bør terapeuten også spørre seg om når og til hvem det er passende å komme med en selvavsløring, og hva man kan avsløre. Typisk responderer pasienter mer positivt på avsløringer som er relatert til terapien, slik som tanker og følelser terapeuten har om pasienten, enn avsløringer som ikke er relatert til terapien.

Selvavsløringer kan dermed fungere som et nyttig verktøy når terapeuten bygger allianse eller reparerer alliansebrister. Faren er at man risikerer å komme med upassende selvavsløringer, og dermed skade alliansen. En annen utfordring er at intervensjonen krever egenskaper som takt, timing, tålmodighet og sensitivitet. Dette er egenskaper som ikke kan læres fra en manual, men i større grad er kvaliteter ved terapeuten (Geller, 2003).

Selvavsløringer kan bidra til den ekte relasjonen, fordi det gir pasienten informasjon han kan forme realistiske persepsjoner og reaksjoner ut fra. Kognitive terapeuter kommer også med selvavsløringer, om enn i mindre grad enn eksistensielle terapeuter. Likevel, selv om terapeuten

ikke kommer med en rekke eksplisitte historier om seg selv, så formidler han mye informasjon om egen personlighet gjennom for eksempel bilder han har på kontoret, humor og måten han hilser klienten velkommen på. Dette er aspekter ved terapien som bidrar til utviklingen av en ekte relasjon (Gelso & Hayes, 1998).

Fokuset på at det skal foreligge enighet om metode og teknikker, som er tilstede i både kognitiv terapi og eksistensiell terapi, er i tråd med den kontekstuelle modellen. Som nevnt mente Frank at det ikke er så nøye hva som er innholdet i teknikkene, så lenge det foreligger enighet om dem (Frank & Frank, 1991). Denne tankegangen finner man igjen hos eksistensielle terapeuter, som overlater mye av ansvaret for å finne frem til handlingsmuligheter til pasienten. Kognitive terapeuter derimot mener i større grad at innholdet i teknikkene er av stor betydning, og at de vet hvilke teknikker den enkelte pasient kan gjøre nytte av.

Det emosjonelle båndet

Den medisinske modellen ignorerer det emosjonelle båndet som utvikles mellom pasienten og terapeuten etter hvert som terapien skrider frem. Den kontekstuelle modellen påpeker derimot at et godt samarbeid i terapien bygger på et emosjonelt bånd mellom terapeuten og pasienten, og at dette båndet er av essensiell betydning for å skape helbredelse.

Hatcher og Barends (2006) påpeker at hvor sterkt dette båndet må være, vil avhenge av hvor mye som kreves av pasienten. Terapimetoder og -teknikker som krever høy grad av personlig involvering, vil trenge et sterkere emosjonelt bånd for å oppnå behandlingssuksess, mens bånd som er for sterke kan derimot gå utover pasientens autonomi og selvstendighet. For eksempel kan det kreves en sterkere allianse, og særlig et sterkere emosjonelt bånd, ved eksponering enn om pasienten blir bedt om å skrive dagbok over egen TV-titting. Nettopp fordi dette siste ikke krever særlig høy grad av tillit og samarbeid (Gelso & Hayes, 1998). Gelso og Hayes (1998) spekulerer i om terapier som krever at pasienten i større grad må gjøre seg sårbar, og drive med dyp utforskning

av seg selv (slik som i eksistensiell psykoterapi), krever en sterkere allianse enn handlingsorienterte terapier (eksempelvis kognitiv terapi). Forskning har imidlertid ikke gitt støtte til disse spekulasjonene. Dette kan skyldes at det for noen oppleves mer utfordrende å handle enn å drive dyp utforskning, og at individuelle forskjeller trolig er viktigere (Gelso & Hayes, 1998).

I boken *Every Day Gets a Little Closer: A Twice-Told Therapy* (Yalom & Elkin, 1991), forteller terapeuten Yalom og en pasient hvordan de oppfattet terapien fra sine ulike ståsteder. Yalom la vekt på sine tolkninger som verdifulle. Pasienten derimot hadde tenkt mindre over dette, og lagt mer merke til et varmt blick, et kompliment om utseende, og at Yalom spurte hva hun mente om en film hun hadde sett. Slike små hendelser bidrar til å skape det emosjonelle båndet mellom terapeuten og pasienten. Yalom (2011) argumenterer for at den ekte og dype kontakten mellom terapeut og pasient har stor betydning. Ofte skjer vendepunktet i terapien når terapeuten trer ut av sin profesjonelle rolle, og forholder seg til pasienten på et dypt personlig plan. Yalom hevder at effektive terapeuter forholder seg til pasientene sine på en autentisk måte. I dette kan det ligge at terapeuten kommer med selvavsløringer om egen angst for de endelige vilkårene, noe som kan gjøre det lettere for pasienten å åpne seg og snakke om tilsvarende temaer. Eller at terapeuten strekker seg lengre for å møte pasientens behov. Yalom (2011) forteller for eksempel at han flere ganger har gått på hjemmebesøk til sine pasienter for å bygge opp gode allianser. I mange tilfeller vil dette oppleves positivt av pasienten, men noen vil oppleve slike handlinger invaderende.

I boken *Every Day Gets a Little Closer: A Twice-Told Therapy* (Yalom & Elkin, 1991) var den ekte relasjonen preget av positive affekter, der pasienten og terapeuten likte hverandre. Ifølge Gelso og Hayes (1998) vil positive affekter bidra til en bedre terapiprosess og et bedre behandlingsutfall, mens relasjoner preget av negative affekter påvirker prosessen i negativ retning og fører til dårlige utfall. De hevder videre at kvaliteten på den ekte relasjonen trolig er relatert til terapeutens evne til å utvise de rogerianske betingelsene. Pasientens tilknytningshistorie og de relasjonelle skjemaene han bringer med seg inn i terapien, vil også påvirke den ekte relasjonen.

Beck beskrev den ekte relasjonen som en "collaborative empiricism", og refererte da til at terapeut og pasient fungerer som forskere som sammen setter mål, lager hypoteser, samler data, utforsker bevisene og lager konklusjoner. Man ser her flere begreper hentet fra en medisinsk tankegang. Dette er også et eksempel på den mer instrumentelle tilnærmingen kognitive terapeuter tradisjonelt har hatt til denne relasjonskomponenten. Tilnærmingen til allianse er også preget av slik samarbeidende empirisme, der det emosjonelle båndet bygges gjennom samarbeid om mål og oppgaver. Samtidig er det emosjonelle båndet noe som må være på plass i tilstrekkelig grad i starten av terapien, for å få pasienten med på det terapeutiske arbeidet (Gelso & Hayes, 1998). Gelso og Hayes (1998) legger fram en påstand om at den ekte relasjonen muligens er mindre dyp i kognitiv terapi enn i eksistensiell terapi. I en æra av terapiintegrasjon, er det likevel få som følger én terapiretning slavisk. Det er mange som først og fremst er kognitive terapeuter, men som likevel fokuserer på både overføringsfenomener og utvikler sterke relasjoner med sine pasienter (Gelso & Hayes, 1998). Slik blir det vanskelig å påstå at terapeuter innenfor en retning fokuserer mer eller mindre på en faktor, enn terapeuter innenfor en annen retning. Videre kan det påstås at enhver bruk av teknikk kan ses som en relasjonell handling som styrker det emosjonelle båndet (Berge et al., 2008), og at selv tradisjonelle kognitive terapeuter dermed får stadig dypere relasjoner med sine pasienter utover i terapien.

I begge tilnærmingene er terapeuten bevisst at det emosjonelle båndet og den ekte relasjonen kan fungere som en korrigerende relasjonell erfaring, som kan redusere pasientens følelse av isolasjon eller bidra til å øke opplevelsen av at man fortjener respekt og anerkjennelse. I tillegg kan et emosjonelt bånd gjøre det lettere for pasienten å dele det som er vondt og vanskelig (Berge et al., 2008). Mange pasienter som kommer til terapi har problematiske interpersonlige skjemaer. Dette gjelder særlig de med en personlighetsforstyrrelse, men også de med andre lidelser, som depresjon og angst. Skjemaene kommer til syne i relasjonen som utspiller seg mellom terapeut og pasient. Om terapeuten er sensitiv ovenfor slik informasjon blir det mulig å sammen med

pasienten utforske og modifisere skjemaet (Gelso & Hayes, 1998).

Hvilken betydning det emosjonelle båndet har for bedring i kognitiv terapi, er ikke helt sikkert, siden forskningsresultatene er motstridende. Webb et al. (2011) fant at enighet om mål og metode, men ikke emosjonelt bånd, var relatert til symptomreduksjon. Ulvenes et al. (2012) gjennomførte en studie der de så på korrelasjonene mellom terapeutehandlinger, allianse og behandlingsutfall, i kognitiv terapi og korttidspsykodynamisk terapi. De fant at det emosjonelle båndet er positivt relatert til reduksjon i symptomer. Et interessant resultat fra Ulvenes et al. (2012) sin studie er at jo mer terapeuten unngikk å kommentere på affektivt materiale, jo høyere rangerte pasienten det emosjonelle båndet. Noe som kan skyldes at det er ubehagelig å måtte jobbe med sterke affekter. De fleste vil føle en viss motstand mot å ta tak i disse, og dermed også oppleve motvilje mot terapien og terapeuten som prøver å få pasienten til å åpne seg. Ulvenes et al. (2012) fant videre at fokus på affekt også var negativt relatert til behandlingsutfall i kognitiv terapi, men positivt relatert til behandlingsutfall i korttidspsykodynamisk terapi. Siden kognitiv terapi fokuserer på kognisjoner og attribusjoner, vil fokus på affekt virke forstyrrende inn på rasjonalen og teknikkene som brukes i kognitiv terapi. Dette kan forklare hvorfor fokus på affekt i kognitiv terapi medfører dårligere resultater. Fokus på affektivt materiale er derimot en sentral del av behandlingen i korttidspsykodynamisk terapi, og at disse er positivt relatert er dermed som forventet. Også i eksistensiell psykoterapi er fokus på affektivt materiale en sentral del av terapien. Man kan derfor tenke seg at dette kanskje vil ha negativ effekt på alliansen, men positiv effekt på behandlingsutfallet, slik som i korttidspsykodynamisk terapi.

Selv om det emosjonelle båndet er en fellesfaktor og en viktig del av allianse, ser det altså ut til å operere forskjellig i ulike behandlingsmetoder. Noe som gir støtte til hypotesen i denne oppgaven.

Avsluttende kommentarer til del III

Ved å bare se på betingelsene lagt frem av Rogers, gis det lite støtte til hypotesen om at ulike behandlingsrammer vil aktivere en utvalgt fellesfaktor på forskjellige måter. Hovedforskjellen mellom kognitiv terapi og eksistensiell psykoterapi når det gjelder disse betingelsene, ser ut til å være at eksistensielle terapeuter oppfatter betingelsene som uoffisielle ingredienser, mens kognitive terapeuter har en mer instrumentell tilnærming til dem. Utover dette er forskjellene små, da begge terapimetodene oppfatter betingelsene som ytterst viktig for å skape en god terapeutisk allianse. Når man derimot ser på enighet om mål og teknikker, og på det emosjonelle båndet, ser man større forskjeller mellom måten allianse aktiveres på i de to behandlingsrammene.

Det kommer frem i teksten over at begge tilnærmingene inneholder elementer som potensielt kan styrke eller svekke alliansen. Eksempelvis vil faktorer i kognitiv terapi, som strukturerte timer, bruk av skjemaer og en styrende terapeut, kunne påvirke alliansen negativt. Fokus på å tidlig gi pasienten tilbakemelding om fremgang, vil imidlertid kunne påvirke alliansen positivt. Likeså vil elementer i eksistensiell psykoterapi, som upassende selvavsløringer og et stort fokus på affektiv materiale, kunne påvirke alliansen negativt. Stor grad av fleksibilitet og validering vil på den annen side kunne styrke alliansen. Det ser ut til at terapeutens alliansearbeid faktisk tåler noen faktorer som påvirker relasjonen negativt. I mange tilfeller må disse faktorene nødvendigvis være til stede, skal det være mulig å skape endring hos pasienten. Å skape en bedre hverdag og bedre fungering for pasienten, er jo det ultimate målet i psykoterapi. Hva som ligger i utsagnet *en bedre hverdag og bedre fungering*, finnes det derimot ingen fasit på. En kognitiv terapeut, og terapeuter fra andre orienteringer som følger en medisinsk tankegang, vil trolig hevde dette innebærer symptomlette eller at en diagnose kan fjernes. En eksistensiell terapeut, som i større grad følger Franks kontekstuelle modell (Frank & Frank, 1991), vil argumentere for at en bedre hverdag betyr at personen lever mer autentisk og er mer tilfreds med tingenes tilstand. Ulike syn på hva som er det ultimate målet med terapien, etterfølges naturligvis av ulike fremgangsmåter for å nå målet.

Videre ser det ut til at ulike terapeutiske fremgangsmåter medfører forskjeller i hvordan alliansen skapes. I fremtidig forskning ville det vært interessant å se på hvordan ulike måter å aktivere allianse på, påvirker alliansens natur.

Selv om diskusjonen over indikerer at terapeuter fra ulike orienteringer jobber frem gode allianser på noe ulike måter, er det sentralt å huske at psykoterapi nå praktiseres i en æra av terapiintegrasjon, der de fleste terapeuter er mer fleksible enn det som var tilfellet for eksempel på Freud sin tid. Psykoterapien har lenge vært preget av manualbruk. Fortsatt dominerer manualbaserte terapier forskningen, men når det gjelder den kliniske hverdagen er terapeutene mer tilbøyelig til å tilpasse terapien til pasienten – fremfor å prakke på pasienten en bestemt terapimetode. Det ser også ut til at terapeuter som er mer responsive, det vil si har evnen til å tilpasse både egen væremåte og intervensjoner i henhold til pasientens behov, oppnår bedre resultater (Ryum, 2012). Min psykodramaterapeut sa en gang at hun heller ville ha en sekk på ryggen full med teknikker hun kunne plukke frem når hun anså dem som nyttige for pasienten, fremfor å ha et skilt på brystet der det sto for eksempel "kognitiv terapi". Dette er en mentalitet det ser ut til at mange moderne terapeuter deler. Resultatet blir kognitive terapeuter som også kan snakke om det ubevisste og om eksistensielle problemer, og eksistensielle terapeuter som bruker en rekke atferdsteknikker (slik som Yalom gjør). En slik integrerende holdning og fleksibilitet fra terapeutenes side er kanskje det beste for pasientene, men vanskeliggjør jobben med å kaste lys over de ulike terapienelementene og deres unike rolle i psykoterapien.

Et sentralt poeng er at selv om noen terapeutkarakteristikker og handlinger er relatert til allianse, og allianse er relatert til utfall, er det ikke dermed sagt at alle disse karakteristikkene og handlingene er relatert til utfall (Ulvenes et al., 2012). Selv om en terapeut er flink til å bygge gode emosjonelle bånd med sin pasient, ved å komme med passende selvavsløringer eller gi komplimenter, er det ikke dermed sagt at dette har en positiv effekt på pasientens helse. En oppfordring til videre forskning må bli å undersøke om ulike måter å aktivere allianse på vil ha

konsekvenser for behandlingsresultatet. For å finne ut av dette må man utarbeide forskningsdesign som ser på ulike behandlingsmetoder, allianse og utfall i relasjon til hverandre, slik som for eksempel Ulvenes et al. (2012) og Beutler et al. (2012) gjør. Denne forskningen indikerer at ulike måter å aktivere allianse på, vil få konsekvenser for både alliansens natur og behandlingsutfall. Ulvenes et al. (2012) påpeker at å se allianse som en fellesfaktor derfor kan være villedende. For selv om viktigheten av allianse er felles for ulike tilnærminger, vil ikke måten allianse interagerer med den spesifikke metoden på for å skape bedring, være felles. Denne oppgaven har gitt et eksempel på denne interaksjonen, og vist at allianse utspiller seg på noe ulike måter innenfor henholdsvis kognitiv terapi og eksistensiell psykoterapi.

Konklusjon

Denne oppgaven har beskrevet faktorer som kan ha bidratt til forskernes stadige jakt på de mest potente ingrediensene i terapi. At en medisinsk metamodell er benyttet på psykoterapi, fremheves her som en av de mest sentrale faktorene i denne sammenheng. Forskning på terapiens fellesfaktorer har fått stadig mer oppmerksomhet, og har akkumulert mye empirisk støtte. At det finnes mye empirisk støtte også for de spesifikke faktorene i terapi, har ført til en debatt der man har diskutert hvilken gruppe faktorer som inneholder de viktigste endringsmekanismene. Oppgaven har hatt som mål å vise at skillet mellom spesifikke faktorer og fellesfaktorer blir kunstig, og at terapiens elementer heller bør ses i relasjon til hverandre og studeres sammen – både i forskning og i litteraturen. Teksten har derfor vist til forskere (eksempelvis Beutler et al., 2012; Ulvenes et al., 2012) som har inkludert flere terapi-elementer i ett og samme forskningsdesign, til den kontekstuelle modellen, og til et metaforisk bilde av et vevet ullteppe. For å formidle budskapet gjennom et konkret eksempel har oppgaven undersøkt en påstand om at ulike behandlingsrammer vil aktivere en bestemt fellesfaktor på forskjellige måter. Jeg finner at det foreligger støtte for denne påstanden, og mener dette underbygger tanken om at de ulike elementene i terapi samspiller på unike måter

avhengig av sammensetning. Psykoterapi er ikke hovedsakelig bare spesifikke teknikker, terapeuteffekter, pasientkarakteristikker, allianse eller et godt rasjonale. Det er et tett sammenvevet ullteppe bestående av alle disse elementene. Bare ved å se på flere elementer samtidig og i relasjon til hverandre, kan man etablere kunnskap om det unike samspillet slik det foregår i den kliniske hverdagen. Denne kunnskapen kan brukes til å tilby pasienter best mulig behandling. Dette bør være det ultimate mål i all forskning på psykoterapi.

Referanser

- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1999). Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 64-75. doi:19.1037/0022-006X.67.1.64
- Ahn, H., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 48*, 251-257. doi:10.1037/0022-0167.48.3.251
- Alizadeh, A. (2012). Cognitive behavior therapy (CBT) selective treatment for obsessive compulsive disorder (OCD). *Journal of Basic and Applied Scientific Research, 2*, 1368-1372. Hentet fra [http://www.textroad.com/pdf/JBASR/-Feb, 2012\(2\).html](http://www.textroad.com/pdf/JBASR/-Feb, 2012(2).html)
- Arntz, A. (2002). Cognitive therapy versus interoceptive exposure as a treatment of panic disorder without agoraphobia. *Behavior Research and Therapy, 40*, 325-341. doi:10.1016/S0005-7967(01)00014-6
- Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. I M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Red.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (ss. 133-178). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Bachelor, A., Laverdière, O., Gemache, D., & Bordeleau, V. (2007). Clients' collaboration in therapy: Selv-perceptions and relationships with client psychological functioning, interpersonal relations, and motivation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 44*, 175-192. doi:10.1037/0033-3204.44.2.175
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 842-852. doi:10.1037/0022-006X.75.6.842
- Barber, J. P., & Muenz, L. R. (1996). The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: Empirical findings from the Treatment for

Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 951-958. doi:10.1037/0022-006X.64.5.951

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.

Beck, A. T. (1988). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. I S. Rachman & J. Maser (Red.), *Panic: Psychological perspectives* (ss. 91-109). Hillside: NJ Lawrence Erlbaum Associates.

Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy – A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953-959. doi:10.1001/archpsyc.62.9.953

Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: NY Guilford.

Beck, A. T., & Rector, N. (2005). Cognitive approaches to schizophrenia: Theory and therapy. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 577-606.
doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144205

Beck, A. T., Resnik, H. L. P., & Lettieri, D. J. (Red.). (1974). *The prediction of suicide*. Bowie: Md Charles Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Wright, F. W., Newman, C. F., & Liese, B. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: NY Guilford.

Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A., Mueller, M., & Westbrook, D. (Red.). (2004). *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. New York: Oxford University Press.

- Berge, T., Repål, A., Ryum, T., & Samoilow, D. M. (2008). Behandlingsalliansen i kognitiv terapi. I T. Berge & A. Repål (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (ss. 24-60). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (2000). *Den samfunnsskapte virkelighet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Beutler, L. E., Forrester, B., Gallagher-Thompson, D., Thompson, L., & Tomlins, J. B. (2012). Common, specific, and treatment fit variables in psychotherapy outcome. *Journal of Psychotherapy Integration*, 22, 255-281. doi:10.1037/a0029695
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfields handbook of psychotherapy and behavior change* (5. utg., ss. 227-306). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Bohart, A. C., Elliott, R. E., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2002). Empathy. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contribution and responsiveness to patients* (ss. 89-108). New York: Oxford University Press.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. I A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Red.), *The working alliance. Theory, research, and practice* (ss. 13-37). New York: John Wiley.
- Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: A structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 441-449. doi:10.1037/0022-006X.60.3.441
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Foreman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31. Hentet fra [http://data.psych.udel.edu/abelcher/Shared Documents/5 Psychotherapy and Preventive Intervention \(42\)/Butler, 2006.pdf](http://data.psych.udel.edu/abelcher/Shared Documents/5 Psychotherapy and Preventive Intervention (42)/Butler, 2006.pdf)
- Cain, D. J., & Seeman, J. (Red.). (2001). *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and*

practice. Washington DC: American Psychological Association.

Canton, J., Scott, K. M., & Glue, P. (2012). Optimal treatment of social phobia: Systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 8, 203-215.

doi:10.2147/INDT.S23317

Chambless, D. L. (2002). Beware the Dodo Bird: The dangers of overgeneralization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 13-16. doi:10.1093/clipsy.9.1.13

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2011). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. New York: Guilford Press.

Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., ... Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 568-578.

doi:10.1037/0022-006X.74.3.568

Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackman, A., Middleton, H., Anastasiades, P., & Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 164, 759-769. doi:

10.1192/bjp.164.6.759

Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. I R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneier (Red.), *Social Phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. (ss. 69-93). New York: Guilford Press.

Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. utg., ss. 194-226). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Cohn, H. W. (1994). What is existential psychotherapy? *The British Journal of Psychiatry*, 165, 699-701. doi:10.1192/bjp.165.5.699

Cohn, H. W. (1997). *Existential thought and therapeutic practice: An introduction to existential*

psychotherapy. London: SAGE Publications Ltd.

- Crits-Christoph, P. (1997). Limitations of the dodo bird verdict and the role of clinical trials in psychotherapy research: Comment on Wampold et al. (1997). *Psychological Bulletin*, *122*, 216-220. doi:10.1037/0033-2909.122.3.216
- Crits-Christoph, P., Gallop, R., Temes, C. M., Woody, G., Ball, S. A., Martino, S., & Carroll, K. M. (2009). The alliance in motivational enhancement therapy and counselling as usual for substance use problems. *Journal of Clinical Psychology*, *77*, 1125-1135. doi:10.1037/a0017045
- Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2004). Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Journal of Clinical Psychology*, *60*, 29-441. doi:10.1002/jclp.10255
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A., & Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *12*, 174-183. doi:10.1093/clipsy.bpi022
- Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2000). The client's theory of change. Consulting the client in the integrative process. *Journal of Psychotherapy Integration*, *10*, 169-187. Hentet fra <http://link.springer.com/journal/10931/10/2/page/1>
- Duncan, B. L., Miller, S. D., & Sparks, J. A. (2004). *The heroic client – A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco: John Wiley & Sons, Inc.
- Edmond, T., Sloan, L., & McCarty, D. (2004). Sexual abuse survivors' perceptions of the effectiveness of EMDR and eclectic therapy. *Research on Social Work Practice*, *14*, 259-272. doi:10.1177/1049731504265830
- Elkins, D. N. (2009). The Medical Model in psychotherapy. Its limitations and failures. *Journal of Humanistic Psychology*, *49*, 66-84. doi:10.1177/0022167807307901

- Elliott, R., & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 443-467. doi:10.1016/0272-7358(89)90003-2
- Emmelkamp, P. M. G., Benner, A., Kuipers, A., Feiertag, G. A., Koster, H. C., & van Apeldoorn, F. J. (2006). Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioral therapies in avoidant personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 60-64.
doi:10.1192/bjp.bp.105.012153
- Farber, B. A. (2006). *Self-disclosure in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Farber, B. A., & Lane, J. S. (2002). Positive regard. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (ss. 175-193). New York: Oxford University Press
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3. utg.). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1998). Comments on "Reconceptualizing multicultural counseling: Universal healing conditions.". *The Counseling Psychologist*, 26, 589-591.
doi:10.1177/0011000098264002
- Frazier, P. H., Foss-Goodman, D. (1988). Death anxiety and personality: Are they truly related? *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 19, 265-274. doi:10.2190/141T-Q32F-LPPD-EY3W
- Freud, A. (1946). *The ego and the mechanisms of defence*. New York: International University Press.
- Geller, J. (2003). Self-disclosure in psychoanalytic-existential therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 541–554. doi:10.1002/jclp.10158
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship. Theory, research, and practice*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Gilbert, P., & Leahy, R. L. (2007). Introduction and overview: Basic issues in the therapeutic

relationship. I P. Gilbert & R. L. Leahy (Red.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (ss. 3-23). London: Routledge.

Gould, R. A., Mueser, K. T., Bolton, E., Mays, V., & Goff, D. (2001). Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: An effect size analysis. *Schizophrenia Research*, *48*, 335-342. doi:10.1016/S0920-9964(00)00145-6

Grawe, K. (2004). *Psychological therapy*. Boston, MA: Hogrefe Publishers.

Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., ...

Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, *61*, 155-163. doi:10.1002/jclp.20108

Hanson, J. (2005). Should your lips be zipped? How therapist self-disclosure and non-disclosure affects clients. *Counselling and Psychotherapy Research: Linking Research with Practice*, *5*, 96-104. doi:10.1080/17441690500226658

Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (2006). How a return to therapy could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *43*, 292-299. doi:10.1037/0033-3204.43.3.292

Henretty, J. R., & Levitt, H. M. (2010). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: A qualitative review. *Clinical Psychology Review*, *30*, 63-77. doi:10.1016/j.cpr.2009.09.004

Hill, C. E., & Knox, S. (2002). Self-disclosure. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (ss. 255-265). New York: Oxford University Press.

Hilsenroth, M. J., Cromer, T. D., & Ackerman, S. J. (2012). How to make practical use of therapeutic alliance research in your clinical work. I R. A. Levy, J. S. Ablon & H. Kaechele (Red.), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence* (ss. 361-380). New York: Humana Press.

Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy*

relationships that work: Therapist contributions and the responsiveness to patients (ss. 37-70). New York: Oxford university Press.

Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233. doi:10.1037/0022-0167.36.2.223

Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (Red.). (1994). *The working alliance: Theory, research, and practice*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149. doi:10.1037/0022-0167.38.2.139

Hovland, O. J. (2008). Bruk av tester og kartleggings skjemaer i kognitiv terapi for voksne. I T. Berge & A. Repål (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (ss. 79-110) Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Hubble, M. A., Duncan, B. L., Miller, S. D., & Wampold, B. E. (2010). Introduction. I B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Red.), *The heart and soul of change. Delivering what works in therapy* (2. utg., ss. 23-46). Washington DC: American Psychological Association.

Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2008). The common factors of psychotherapy. I S. D. Brown & R. W. Lent (Red.), *Handbook of counseling psychology* (4. utg., ss. 249-266). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Katzow, M., & Safran, J. D. (2007). Recognizing and resolving ruptures in the therapeutic alliance. I P. Gilbert & R. L. Leahy (Red.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (ss. 90-105). London: Routledge.

Kazdin, A. E. (2000). *Psychotherapy for children and adolescents: Directions for research and practice*. New York: Oxford University Press.

- Kelly, A. E., & Rodriguez, R. R. (2007). Do therapists self-disclose more to clients with greater symptomatology? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *44*, 470–475.
doi:10.1037/0033-3204.44.4.470
- Kim, D. M., Wampold, B. E., & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects in psychotherapy: A random effect modeling of the NIMH TDCRP data. *Psychotherapy Research*, *16*, 161-172.
doi:10.1080/10503300500264911
- Kivlighan, D. M., Clements, L., Blake, C., Arnez, A., & Brady, L. (1993). Counselor sex role orientation, flexibility, and working alliance formation. *Journal of Counseling and Development*, *72*, 95–100. doi:10.1002/j.1556-6676.1993.tb02284.x
- Klein, M. H., Kolden, G. G., Michels, J. L., & Chrisholm-Stockard, S. (2002). Congruence. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (ss. 195-215). New York: Oxford University Press.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. I J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Red.), *Handbook of psychotherapy integration* (ss. 94-129). New York: Basic Books.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *38*, 357- 361.
doi:10.1037/0033-3204.38.4.357
- Lambert, M. J., Garfield, S. L., & Bergin, A. E. (2004). Overview, trends, and future issues. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. utg., ss. 805-819). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. utg., ss. 139-193). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Larson, D. (1980). Therapeutic schools, styles, and schoolism: A national survey. *Journal of*

Humanistic Psychology, 20, 3-20.

Levy, K. N. (2012). Commentary on Beutler et al.'s "Common, specific, and treatment fit variables in psychotherapy outcome". *Journal of Psychotherapy Integration*, 22, 282-286. doi:10.1037/a0029696

Lieberman, M., Yalom I., & Miles, M. (1973). *Encounter Groups: First facts*. New York: Basic Books.

Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181-1209. doi:10.1037/0003-066X.48.12.1181

London, P. (1988). Metamorphosis in psychotherapy: Slouching toward integration. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 7, 3-12. Hentet fra <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1989-09351-001>

Loo, R. (1984). Personality correlates of the Fear of Death and Dying Scale. *Journal of Clinical Psychology*. 40, 120-122. doi:10.1002/1097-4679(198401)40:1<120::AID-JCLP2270400121>3.0.CO;2-Y

Luborsky, L., McLellan, A. T., Diguier, L., Woody, G., & Seligman, D. A. (1997). The psychotherapist matters: Comparison of outcome across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 53-63. doi:10.1111/j.1468-2850.1997.tb00099.x

Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P., & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611. doi:10.1001/archpsyc.1985.01790290084010

Lutz, W., Leon, S. C., Martinovich, Z., Lyons, J. S., & Stiles, W. B. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 32-39. doi:10.1037/0022-0167.54.1.32

- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 438-450. doi:10.1037/0022-006X.68.3.438
- May, R., Angel, E., & Ellenberger, H. F., (Red.). (2004). *Existence*. Maryland, UK: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- May, R., & Yalom, I. D. (1989). Existential psychotherapy. I R. Corsini & D. Wedding (Red.), *Current psychotherapies* (4. utg., ss. 363-402), US: F. E. Peacock Publishers.
- Michelson, L. K., & Marchione, K. (1991). Behavioral, cognitive, and pharmacological treatments of panic disorders with agoraphobia: Critique and synthesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 100-114. doi:10.1037/0022-006X.59.1.100
- Miller, S. D., Duncan, B. L., & Hubble, M. A. (2004). Beyond integration: The triumph of outcome over process in clinical practice. *Psychotherapy in Australia, 2*, 20-37. Hentet fra [http://pv-psg.org/files/R-10 Beyond Integration.pdf](http://pv-psg.org/files/R-10%20Beyond%20Integration.pdf)
- Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology, 2*, 1-27. doi:10.1111/j.1468-2850.1995.tb00022.x
- Myers, D., & Hayes, J. A. (2006). Effects of therapist general self-disclosure and countertransference disclosure on ratings of the therapist and session. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*, 173–185. doi:10.1037/0033-3204.43.2.173
- Najavits, L. M., & Strupp, H. (1994). Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: A process-outcome study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training, 31*, 11-123. doi:10.1037/0033-3204.31.1.114
- Newman, C. F. (2007). The therapeutic relationship in cognitive therapy with difficult-to-engage clients. I P. Gilbert & R. L. Leahy (Red.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (ss. 165-184). London: Routledge.
- Norcross, J. C. (Red.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and*

responsiveness to patients needs. New York: Oxford University Press.

Norcross, J. C. (2005). A primer on psychotherapy integration. I J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Red.), *Handbook of psychotherapy integration* (2. utg., ss. 3-23). New York: Oxford University Press.

Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. I B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Red.), *The heart and soul of change. Delivering what works in therapy* (2. utg., ss. 113-142). Washington DC: American Psychological Association.

Nordahl, H. M., Martinsen, E. W., & Wang, C. E. A. (2012a). Hva er fakta om psykodynamisk terapi? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49, 396-398.

Nordahl, H. M., Martinsen, E. W., & Wang, C. E. A. (2012b). Psykologiske behandlingsformer for depresjon med vekt på individualiserte tilnærminger. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49, 40-48.

Oestrich, I. H. (2000). *Tankens kraft – kognitiv terapi i klinisk praksis* (2. utg.). København: Dansk Psykologisk forlag.

Okiishi, J., Mabert, M. J., Nielsen, S. L., & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 361-373. doi:10.1002/cpp.383

Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. utg., ss. 307-389). New York: Wiley.

Robinson, L. A., Berman, J. S., & Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 30-49. doi:10.1037/0033-2909.108.1.30

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 22, 95-103.

Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy.

Journal of Orthopsychiatry, 6, 412-415. Hentet fra

<http://psycnet.apa.org/journals/int/12/1/5.pdf>

Ryum, T. (2012). *Terapeuteffekter i psykoterapi: Betydningen av relasjonelle faktorer*. Fremlagt for publisering.

Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach for preventing relapse*. New York: Guilford Press.

Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760. doi:10.1037/0003-0066X.32.9.752

Solomon, S., Greenberg, J., & Pyszczynski, T. (2000). Pride and Prejudice: Fear of death and social behavior. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 200-204. doi:10.1111/1467-8721.00094

Spinelli, E. (2007). *Practising existential psychotherapy: The relational world*. London: SAGA Publications Ltd.

Strachan, E., Schimel, J., Arndt, J., Williams, T., Solomon, S., Pyszczynski, T., & Greenberg, J. (2007). Terror Mismanagement: Evidence that mortality salience exacerbates phobic and compulsive behaviors. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33, 1137-1151. doi:10.1177/0146167207303018

Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Beberman, R., & Pham, T. (2005). Cognitive changes, critical sessions, and sudden gains in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 168-172. doi:10.1037/0022-006X.73.1.168

Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies?. A meta-analytic review. *Clinical Psychological Review*, 30, 710-720. doi:10.1016/j.cpr.2010.05.003

Tracey, T. J. G., Lichtenberg, J. W., Goodyear, R. K., Claiborn, C. D., & Wampold, B. E. (2003).

Concept mapping of therapeutic common factors. *Psychotherapy Research*, *13*, 401-413.

doi:10.1093/ptr/kpg041

Tryon, G. S., & Winograd, G. (2002). Goal consensus and collaboration. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and the responsiveness to patients* (ss. 109-125). New York: Oxford University Press.

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*, *49*, 291-302. doi:10.1037/a0027895

Vail, K. E., III., Juhl, J., Arndt, J., Vess, M., Routledge, C., & Rutjens, B. T. (2012). When death is good for life: Considering the positive trajectories of terror management. *Personality and Social Psychology Review*, *16*, 303-329. doi:10.1177/1088868312440046

VandeCreek, L., & Angstadt, L. (1985). Client preferences and anticipations about counselor self-disclosure. *Journal of Counseling Psychology*, *32*, 206-214. doi:10.1037/0022-0167.32.2.206

van Deurzen, E. (1999). *Eksistensielle dimensjoner i psykoterapi* (L. W. Sørensen, Trans.). København: Hans Reitzels Forlag.

Wampold, B. E. (1997). Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. *Psychotherapy Research*, *7*, 21-43. doi:10.1080/10503309712331331853

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum Associates.

Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, *62*, 857-873. doi:10.1037/0003-066X.62.8.857

Wampold, B. E. (2010a). *The basics of psychotherapy. An introduction to theory and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.

Wampold, B. E. (2010b). The research evidence for common factor models: A historically situated

perspective. I B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Red.), *The heart and soul of change. Delivering what works in therapy* (2. utg., ss. 49-82). Washington DC: American Psychological Association.

Wampold, B. E., Imel, Z. E., Bhati, K. S., & Johnson-Jennings, M. D. (2007). Insight as a common factor. I L. G. Castonguay & C. E. Hill (Red.), *Insight in psychotherapy* (ss. 119-139). Washington, DC: American Psychology Association.

Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W., & Tierney, S. C. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus "other therapies" for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68, 159-165. doi:10.1016/S0165-0327(00)00287-1

Webb, C. A., DeRubeis, R. J., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Hollon, S. D., & Dimidjian, S. (2011). Two aspects of the therapeutic alliance: Differential relations with depressive symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 279-283. doi: 10.1037/a0023252

Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practical manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley & Sons.

Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 261-273. doi:10.1023/A:1023962332399

Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.

Yalom, I. D. (2008). *Staring at the sun. Overcoming the dread of death*. London: Piatkus Books.

Yalom, I. D. (2011). *Eksistensiell psykoterapi* (M. Solli, Trans.). Oslo: Arneberg Forlag.

Yalom, I. D., & Elkin, G. (1991). *Every day gets a little closer: A twice-told therapy* (2. utg.). New York: Basic Books.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.