

Marte Engen

Effekt av terapeutens perspektivtakning og klientegenskaper for alliansekonvergens i terapi: En eksplorativ studie.

Hovedoppgave i psykologi
Trondheim, høsten 2012

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Psykologisk institutt

Sammendrag

Empirisk forskning viser at den terapeutiske alliansen er en viktig faktor for behandlingsutfall i psykoterapi. Klienters alliansevurdering er sterkest forbundet med effekt av behandling, foran terapeut og ekstern observatør. Siden studier viser en betydelig divergens mellom klienter og terapeuters alliansevurdering, er det viktig å undersøke faktorer som påvirker hvordan terapeuter kan forstå klientens opplevelse av alliansen mer korrekt. En høyere konvergens mellom klient og terapeut vil kunne påvirke effektivitet og forhindre frafall i behandling. Målet med den aktuelle studien var å undersøke om konvergens mellom uerfarne terapeuter og klienters alliansevurdering ble høyere ved at terapeuten vurderte alliansen ut ifra klientens perspektiv, sammenliknet med terapeutens subjektive vurdering. I tillegg ble ulike moderatorer undersøkt. Data ble hentet fra 218 terapeut-klientpar ved psykologisk poliklinikk NTNU, og analysert ved bruk av Pearsons korrelasjonskoeffisienter. Allianse ble målt ved bruk av Working Alliance Inventory (WAI), mens Symptom Check-List Revised (SCL-90-R) og Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64) ble brukt for å måle symptomer. Resultatene viste en høyere konvergens mellom terapeut og klienters alliansevurdering for subskalaene bånd og oppgaver ved WAI, når terapeuten vurderer alliansen ut ifra klientens perspektiv. Diagnosen depresjon og kald-dominerende personlighetsstil hadde en modererende effekt på bånd-korrelasjonen mellom klient og terapeut. Resultatene viser at uerfarne terapeuter forstår klienters opplevelse av alliansen mer nøyaktig når de blir bedt om å vurdere dette ut ifra klientens perspektiv. Kliniske implikasjoner og videre forskning diskuteres.

Innhold

Sammendrag.....	ii
1 Introduksjon	1
1.1 Effekt av terapi	1
1.2 Alliansedefinisjon.....	3
1.3 Effekt av allianse	4
1.4 Ulike perspektiver.....	5
1.5 Klientens vurdering viktigst	8
1.6 Terapeutkarakteristikker	9
1.7 Studentterapeuter	10
1.8 Alliansen sett gjennom klientens øyne	11
1.9 Problemstilling.....	12
2 Metode.....	14
2.1 Klienter	14
2.2 Studentterapeutene.....	15
2.3 Terapiform	15
2.4 Måleinstrumenter	15
2.4.1 Effektmål.....	15
2.4.2 Prosessmål.....	16
3 Resultater.....	18
4 Diskusjon.....	21

4.1 Målsetting i terapi	22
4.2 Moderatorer	25
4.3 Kliniske implikasjoner.....	27
4.4 Begrensninger	28
4.5 Videre forskning	29
4.6 Konklusjon.....	29
Referanser.....	31
Tabeller.....	45
Appendiks A.....	I
Appendiks B.....	IV
Appendiks C.....	VI

1 Introduksjon

1.1 Effekt av terapi

Det er veldokumentert at psykoterapi har en positiv effekt i forhold til en rekke psykiske lidelser (Cuijpers, van Straten, Andersson & van Oppen, 2008; Lambert & Ogles, 2004; Wampold, 2001; Stiles, Barkham, MellorClark & Connell, 2008). En gjennomsnittlig klient som har fullført behandling vil være friskere enn 80 % av ubehandlede kontrollpasienter (Lambert & Ogles, 2004). På tross av disse funnene er det enda lite kunnskap om hvilke faktorer i psykoterapi som fører til endring, og det har lenge vært et skille mellom å studere spesifikke- og fellesfaktorer i prosessforskning. Med spesifikke faktorer menes det at bedring fra terapi kommer av teknikker og metoder knyttet til én spesifikk behandlingsmetode (for eksempel eksponering i atferdsterapi, tolkning i dynamisk terapi), mens fellesfaktorer tilskriver effekt av behandling til grunnfenomener i all terapi (for eksempel terapeutisk allianse, forventninger og lignende) (Wampold, 2001).

På 1970-tallet kom de første store studiene som sammenliknet effekten av ulike behandlingstilnæringer (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Smith & Glass, 1977), og resultatene viste at ulike terapier var assosiert med tilsvarende positiv effekt. Nyere meta-analyser har i hovedsak funnet samme resultat (Cuijpers et al., 2008; Wampold, Minami, Baskin & Tierney, 2002). Både teori og forskning viser at forskjellige terapiretninger bruker ulike teknikker og metoder for å skape endring (Stiles, Shapiro & Elliott, 1986), men siden det ikke er funnet betydelige forskjeller i effekt, blir det vanskelig å tilskrive kun de spesifikke teknikkene som endringsskapende. Lambert og Ogles (2004) gjennomgikk over 50 meta-analytiske effektstudier, og konkluderte med at de statistisk signifikante funnene som favoriserte én type behandling over en annen var såpass små, at de ikke har en reel effekt i praksis.

Flere har kritisert bruken av meta-analyse ved sammenlikning av ulike terapiformer i effektstudier (Budd & Hughes, 2009; Crits-Cristoph, 1997; Howard, Krause, Saunders & Kopta, 1997; Sharpe, 1997). Kritikken går i hovedsak ut på at meta-analyser ikke er en egnet metode for å fange opp forskjeller mellom ulike psykoterapier, da det er for stor heterogenitet i design og metode blant de inkluderte studiene. I tillegg viser funn fra noen studier at behandlinger som inneholder spesifikke teknikker (for eksempel eksponering), har bedre effekt på enkelte tilstander som tvangslidelser, panikklidelse, fobier og generalisert angst, sammenliknet med andre behandlinger (Lambert & Ogles, 2004).

På bakgrunn av 60 års effektforskning utviklet Norcross og Lambert (2011) en tentativ modell for å beskrive hvor mye ulike psykoterapeutiske faktorer forklarer av den totale variansen i behandlingseffekt. Psykoterapiforskning kan ikke forklare all variasjon, slik at en stor del er uforklart (40 %). Basert på statistiske analyser fra over 100 studier kom de frem til følgende fire hovedfaktorer: 1) faktorer ved klienten forklarer 30 % av den totale variansen (symptomtrykk, ekstraterapeutiske faktorer), 2) den terapeutiske relasjon 12 % (allianse), 3) spesifikke metoder 8 % (overføringstolkninger, eksponering), og 4) egenskaper ved terapeuten 7 % (fleksibilitet, empati). Norcross og Lambert (2011) fremhever at skillet mellom spesifikke- og fellesfaktorer er kunstig, og at flere tiår med forskning har vist at faktorer ved både klient, terapeut, relasjonen og behandlingsmetode påvirker behandlingseffekten gjennom en kompleks, gjensidig interaksjon. Relasjonen eksisterer ikke uavhengig av hvilke metoder terapeuten tilfører, og ingen metode kan utføres uten en relasjon. Hvilke faktorer som fører til endring er fortsatt et av de største spørsmålene innen psykoterapiforskning, og debatten ser ut til å fortsette mellom de som tror at veien til mer effektive behandlinger består av bedre empiriske RCT-studier av behandlingsmanualer og teknikker (Clark, Fairburn & Wesseley, 2008), og de som mener at endring i hovedsak

kommer av generiske faktorer (Duncan, Miller, Wampold & Hubble, 2010; Stiles, 2009; Wampold, 2001).

1.2 Alliansedefinisjon

Freud var først ute med å fremheve relasjonen mellom terapeut og klient som sentral i psykoterapi (Freud, 1912/1958). Han beskrev relasjonen som en positiv overføring, hvor klienten tiller terapeuten positive emosjoner knyttet til tidligere relasjoner (Freud, 1913/1958). Den positive overføringen var viktig for at klienten skulle bli værende i terapi, særlig når analysen fremkalte vanskelige og angstfulle følelser. Relasjonen ble ikke oppfattet som endringsskapende i seg selv, men var et grunnlag for å utføre de teknikkene (analyse og tolkninger) som førte til endring. Flere etterfølgere i den psykodynamiske retningen har formet og videreutviklet relasjonsbegrepet. Sterba (1934) var den første til å bruke begrepet allianse, og beskrev det som et forhold mellom terapeuten og den rasjonelle delen av klientens ego. Zetzel (1956) brukte begrepet terapeutisk allianse for å beskrive klientens evne til å knytte den friske delen av ego til et affektivt bånd med terapeuten, som ble sett på som nødvendig for gjennomføringen av de terapeutiske oppgavene. Fokuset ble her flyttet fra å oppfatte alliansen som en «uekte» relasjon bestående av overføring, til en ekte relasjon som bidro positivt til endringsprosessen (Horvath & Luborsky, 1993).

I Rogers klientsentrerte terapi (Rogers, 1951) fikk relasjonen en ny betydning. Den var ikke lenger kun et grunnlag for å arbeide med andre teknikker, men ble sett på som en nødvendig og *tilstrekkelig* betingelse for personlighetsendring. De endringsskapende elementene bestod av terapeutens evne til å uttrykke empati, være kongruent og gi klienten ubetinget positiv aksept (Rogers, 1957). Ingen andre faktorer var nødvendig for å skape endring. En god allianse var kun avhengig av i hvilken grad terapeuten uttrykte disse egenskapene. Dette synet har senere blitt utfordret av studier som viser at det først og fremst er hvorvidt klienten oppfatter disse egenskapene hos terapeuten som er av betydning for

behandlingsutfall (Mitchell, Bozart & Krauft, 1977). Klienter har også ulike oppfatninger av hva som oppleves empatisk i den terapeutiske relasjonen (Bachelor, 1988; Greenberg, Watson, Elliott & Bohart, 2001).

Til forskjell fra psykoanalytisk teori, hvor allianseutviklingen bestod av ubevisste overføringer, og klientsentrert terapi, hvor alliansen var avhengig av visse egenskaper hos terapeuten, utviklet Bordin (1979) et alliansebegrep med hovedvekt på samarbeid og enighet mellom klient og terapeut. Funn fra studier som viste at ulike terapiformer førte til lik effekt, inspirerte Bordin til å utvikle et panteoretisk alliansebegrep kalt arbeidsalliansen (*working alliance*), som skulle passe alle terapiformer (Horvath & Luborsky, 1993). Arbeidsalliansen inneholder tre hovedelementer; 1) Enighet og forståelse for hvilke *mål* man skal oppnå i terapi, 2) enighet om hvilke *oppgaver* hver av partene har ansvar for, og 3) et emosjonelt *bånd* mellom klient og terapeut (Bordin, 1979). Det emosjonelle båndet handler om de affektive sidene ved relasjonen, slik som gjensidig tillit, aksept og fortrolighet. Denne definisjonen fremhever viktigheten av enighet og samarbeid mellom partene, altså en toveis relasjon med gjensidig påvirkning. Ifølge Bordin var alliansen både en betingelse for effektiv utførelse av terapeutiske oppgaver, og en positiv terapeutisk faktor i seg selv (Horvath, 2000).

Selv om det ikke er en enhetlig konsensus om alliansedefinisjonen eller betydning på tvers av terapeutiske orienteringer, synes det å være en konvergens i retning av Bordins forståelse (Horvath & Bedi, 2002; Martin, Garske & Davis, 2000). Det er imidlertid diskusjon om man skal anse alliansen som kurativ i seg selv, eller om den kun har en perifer betydning for terapi, noe som til dels er avhengig av teoretisk ståsted (psykodynamisk, kognitiv, atferdsterapi, humanistisk).

1.3 Effekt av allianse

Funnene fra de første studiene som sammenliknet effekten av ulike behandlingstilnæringer med hverandre (Luborsky et al., 1975; Smith & Glass, 1977), førte

til en økning i antall studier som undersøkte fellesfaktorer i ulike terapiformer. Alliansen mellom terapeut og klient ble ansett som en mulig generisk faktor, og forskere har undersøkt alliansens effekt på behandlingsutfall i mer enn tre tiår. Fire meta-analyser (Horvath & Bedi, 2002; Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011; Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000) har funnet et moderat, men robust forhold mellom allianse og effekt på tvers av ulike behandlingstilnærminger, klienter, forskningsdesign og diagnoser. Den nyeste meta-analysen (Horvath et al., 2011) er basert på 190 uavhengige effektstørrelser, og fant en samlet korrelasjon mellom allianse og behandlingsutfall på $r = .275$. Antall studier inkludert er omtrent det dobbelte siden forrige meta-analyse (Horvath & Bedi, 2002), er tilsvarende resultatene fra tidligere studier (Horvath & Bedi, 2002 $r = .21$; Horvath & Symonds, 1991, $r = .26$; Martin et al., 2000, $r = .22$), og forklarer omtrent 8 % av variansen i behandlingsutfall (Horvath et al., 2011). Dette kan virke som en beskjeden del av den totale forklarte variansen, men studier viser at korrelasjonen mellom allianse og utfall er et av de sterkeste og mest robuste funnene dokumentert innen effektforskning (Wampold, 2001; Webb, DeRubeis & Barber, 2010). Et viktig spørsmål knyttet til dette er om alliansevurdering er en artefakt av tidlig symptomlette (klienter som opplever tidlig bedring vurderer alliansen mer positiv), eller om alliansen er en faktor som genererer positiv endring. Flere studier viser at alliansen predikerer bedring også når det kontrolleres for tidlig symptomlette (Barber, Connolly, Crist-Christoph, Gladis & Siqueland, 2009; Klein et al., 2003; Ryum & Stiles, 2005; Ryum, Stiles & Vogel, 2007; Ryum, Stiles, Svartberg & McCullough, 2010).

1.4 Ulike perspektiver

Til tross for viktigheten av en god allianse, viser flere enkeltstudier at terapeut og klient ofte har en ulik opplevelse av kvaliteten på alliansen (Fitzpatrick, Iwakabe & Stalikas, 2005; Hatcher, Barends, Hansell & Gutfreund, 1995; Hilsenroth, Peters & Ackerman, 2004; Ogrodniczuk, Piper, Joyce & McCallum, 2000; Swift & Callahan, 2009). Klienter rapporterer

ofte høyere skårer enn terapeuter (Fitzpatrick et al., 2005; Hilsenroth, et al., 2004), men få studier har undersøkt eller diskutert eventuelle årsaker til denne diskrepansen. I en nylig meta-analyse (Tryon, Blackwell & Hammel, 2007) av 53 studier utført mellom 1985 og 2006, viste resultatene en gjennomsnittlig korrelasjon på 0.36 mellom terapeuter og klienters alliansevurdering. Selv om det er noe overlapp, viser dette at det er viktige forskjeller i hvordan partene (terapeut og klient) oppfatter kvaliteten på alliansen. Siden positiv enighet om alliansen i starten av terapi er assosiert med bedre behandlingsutfall (Kivlighan & Arthur, 2000; Marmarosh & Kivlighan, 2012; Reis & Brown, 1999), er det viktig å undersøke hva som påvirker alliansevurderingen hos de ulike partene, og hva som eventuelt styrker eller svekker korrelasjonen.

Det er mange mulige moderatorer knyttet til klient og terapeut som påvirker alliansekonvergens mellom partene. En mulig faktor er klientens lidelsestrykk. Resultater fra flere studier indikerer at klienter med et sterkere lidelsestrykk er assosiert med lavere allianseskårer (Hersoug, Hoglend, Monsen, & Havik, 2001; Lingardi, Filippucci, & Baiocco, 2005), noe som muligens har sammenheng med at disse klientene generelt ofte har relasjonelle problemer. I kontrast til det ofte rapporterte mønsteret av at klienter skårer høyere enn terapeuten, viser Gunderson, Najavits, Leonhard, Sullivan, & Sabo, (1997) at klienter med sterkt symptomtrykk vurderer alliansen lavere enn terapeuten. Andre (Joyce & Piper, 1998; Paivio & Bahr, 1998), finner ingen sammenheng mellom lidelsestrykk og alliansekonvergens. I en nylig utført meta-studie undersøkte Tryon et al. (2007) fem mulige moderatorer for diskrepansen mellom klient og terapeuts alliansevurdering; 1) symptomtrykk, 2) terapeut-erfaring, 3) lengde på terapi, 4) måleinstrument og 5) behandlingstilnærming. Resultatene viste at klientens symptomtrykk modererte alliansekonvergens. Klienter med mildere lidelser eller rusmisbruk hadde større divergens enn klienter med moderat/alvorlig lidelser uten rusmisbruk. En mulig årsak til dette kan være at klienter med rusmisbruk eller

milde lidelser ofte får tilbud om gratis behandling, for eksempel gjennom universitetsklinikker, og vurderer alliansen høyere som et tegn på takknemlighet eller frykt for å fornærme terapeuten. Ut ifra disse resultatene kan det virke som at behandlingskostnader påvirke alliansevurderingen (Tryon et al., 2007). Forfatterne fremhever at ulike diagnoser kan være en faktor som påvirker alliansevurdering, og at fremtidig forskning bør undersøke om ulike diagnoser fører til ulik alliansekonvergens mellom terapeut og klient. En annen faktor som kan påvirke alliansekonvergens mellom partene er terapeutens kliniske erfaring. Erfarne terapeuter har både utført flere psykoterapier, og har en bredere erfaring med ulike typer klienter og lidelser. Forståelse og anvendelse av alliansen i terapi vil dermed kunne være annerledes sammenliknet med uerfarne terapeuter. Tryon et al. (2007) fant like stor alliansekonvergens mellom terapeut og klient for erfarne og uerfarne terapeuter, men resultatene viste at ulike lidelser hos klienten hadde en modererende effekt på alliansekonvergens hos terapeuter med ulike erfaringsnivå.

En annen mulig årsak til lavt overlapp mellom terapeut og klients vurdering av alliansen, kan være at de ulike partene vurderer alliansen med grunnlag i ulike perspektiver (Tryon et al., 2007). Terapeuter har erfaring med andre klienter, og kan derfor vurdere den nåværende relasjonen i forhold til tidligere. Klienter har mindre eller ingen erfaring med terapi, men bruker muligens erfaringer med andre profesjoner i helsevesenet som sammenlikningsgrunnlag. Medisinsk litteratur (Morgan, 2003) viser at lege-pasient forholdet karakteriseres av ujevne roller, med legen i den dominerende rollen som bestemmer hva som er best for den relativt sett mer passive pasienten. Psykologer søker vanligvis en mer samarbeidende rolle med sine klienter. Sammenlikner klienter terapeutrelasjonen med erfaringer de har med leger, kan det være en faktor som medvirker til klientens høyere allianseskårer.

Ifølge Horvath (2000) kan en mulig forklaring på den lave korrelasjonen mellom terapeut og klient være at terapeuter vurderer alliansen gjennom en «teoretisk linse», hvor teori-drevne idealer av hva som er en god terapeutisk relasjon påvirker vurderingen. Terapeutens vurdering påvirkes sannsynligvis av i hvor stor grad det er likhet mellom de teoretiske idealene og det terapeuten observerer i timene. Klientens opplevelse av aksept, samarbeid og tillit er ikke basert på teoretiske normer, men sammenliknes med erfaringer fra tidligere intime relasjoner (Horvath, 2000). Terapeuter kan derfor ikke anta at deres vurdering av alliansen er lik oppfatningen til klienten.

1.5 Klientens vurdering viktigst

Funn fra flere studier viser at det er klientens subjektive vurdering av alliansen som er sterkest forbundet med effekt av behandling, foran terapeut og ekstern observatør (Horvath & Bedi, 2002; Horvath et al., 2011; Horvath & Symonds, 1991). Det er særlig de første timene av terapien (3-5) som har størst prediktiv verdi for senere effekt (Castonguay, Constantino & Holforth, 2006; Gaston, 1990; Horvath & Bedi, 2002). Det kan virke som det er et kritisk vindu for utviklingen av en «god nok» allianse i løpet av de første timene (Horvath et al., 2011), og om dette ikke er på plass uteblir effekten eller klienten avbryter behandlingen (drop-out). Flere studier viser sammenheng mellom kvaliteten på terapeutisk allianse og drop-out (Saatsi, Hardy & Cahill, 2007; Sharf, Primavera & Diener, 2010; Tryon & Kane, 1993; Tryon & Kane 1995). Sharf et al. (2010) utførte en meta-analyse av 11 studier som undersøkte forholdet mellom drop-out og terapeutisk allianse hos voksne klienter i terapi. Funnene viste en moderat sterk korrelasjon mellom terapeutisk allianse og drop-out ($d = .55$), hvor klienter som opplevde alliansen som dårlig hadde størst risiko for å droppe ut av behandling.

For å redusere frafall og utføre mer effektiv terapi, er det viktig at terapeuter forstår hvordan klienten opplever alliansen, slik at misforståelser eller alliansebrudd (Safran, Muran

& Eubanks-Carter, 2011) kan fanges opp og eventuelt også bearbeides. Flere forskere understreker viktigheten av terapeuters korrekte vurdering av klienters opplevelse, særlig i oppstart av terapi (Bachelor, 2011; Constanguay, et al., 2006; Horvath et al., 2011).

1.6 Terapeutkarakteristikker

Et viktig spørsmål er om det i hovedsak er terapeut- eller klientvariabler som modererer forholdet mellom allianse og behandlingseffekt. Flere studier viser at noen terapeuter konsistent utvikler bedre terapeutiske allianser enn andre terapeuter, og at klientene til disse terapeutene opplever bedre behandlingsutfall (Baldwin, Wampold & Imel, 2007; Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds & Wampold, 2012; Dinger, Strack, Leichsenring, Wilmers & Schauenburg, 2008; Niessen-Lie, Monsen & Rønnestad, 2010). Dette tyder på at det i hovedsak er karakteristikker ved terapeuten som modererer forholdet mellom allianse og behandlingseffekt. Flere litteraturgjennomganger har undersøkt hvilke terapeutkarakteristikker og intervensjoner som er relatert til kvaliteten av alliansen (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Hilsenroth, Cromer & Ackerman, 2012). Disse konkluderer med at det å være empatisk, åpen, aksepterende, respektfull, fleksibel, varm, responsiv, interessert og engasjert er positivt relatert til alliansen, mens rigiditet, usikkerhet, kjedsomhet og å være kritisk er negativt relatert til alliansen. Intervensjoner som tydeliggjøring av tidligere fremgang, nøyaktig tolkning, fasilitering og utforskning av emosjoner, vise forståelse for klientens perspektiv og å gi tilbakemelding til klienten er positivt relatert til alliansen (Hilsenroth et al, 2012). Upassende bruk av selvavsløring og stillhet, fiendtlig kommunikasjon, overstrukturering av timene og hyppig bruk av overføringstolkninger, har blitt vist å ha en negativ innflytelse på alliansen. Studier viser også at terapeuter med en trygg tilknytningsstil (Black, Hardy, Turpin & Parry, 2005; Sauer, Anderson, Gormley, Richmond & Preacco, 2010) påvirker evnen til å danne positive terapeutiske allianser.

Disse funnene samsvarer med resultater fra studier som har sett på hvilke faktorer klienter opplever som viktige for utviklingen av en god terapeutisk allianse, hvor terapeuten tillegges mesteparten av ansvaret (Bedi, 2006; Bedi, Davis & Williams, 2005; Fitzpatrick, Janzen, Chamodraka & Park, 2006). Bedi (2006) utførte en konsept-kartlegging av hvilke faktorer klienter synes er viktige ved utviklingen av alliansen, og fant at 10 av 11 identifiserte kategorier var terapeutens ansvar. Siden klienter tillegger en stor del av ansvaret for utviklingen av en god terapeutisk allianse hos terapeuten, og det er tydelige forskjeller mellom terapeuters evner til å danne gode allianser, er det viktig å undersøke hvordan terapeuter kan bli flinkere til å forstå hvordan klienten opplever alliansen, og å tilpasse seg dette.

1.7 Studentterapeuter

Det er et økende fokus på utviklingen av kompetanse-basert undervisning for fremtidige terapeuter (Kaslow, 2004; Spruill et al., 2004), hvor forståelse for klientens opplevelse av terapi blir oppfattet som én viktig ferdighet studentterapeuter må lære for å inneha en god nok kompetanse for profesjonelt arbeid (Kaslow, 2004; Spruill et al., 2004). Selv om Tryon et al. (2007) inkluderte en håndfull studier som brukte studentterapeuter, trengs det mer forskning for å forstå styrker og svakheter blant studentterapeuter når det kommer til ulike perspektiv og kvaliteten på alliansen. For eksempel kan det vise seg at studentterapeuter har høyere konvergens med klientene når det gjelder de relasjonelle aspektene ved alliansen, og lavere ved de tekniske og instrumentelle. Slik kunnskap vil kunne gi informasjon om hvilke områder studentterapeuter trenger mer læring og erfaring i ved studiet.

Få studier har undersøkt alliansekonvergens blant studentterapeuter. Mallinckrodt og Nelson (1991) undersøkte forskjellen mellom uerfarne og erfarne terapeuter i forhold til utviklingen av en positiv terapeutisk allianse. Resultatene viste at erfarne og uerfarne

terapeuter hadde en like høy konvergens på subskalaen bånd, men fant en statistisk signifikant forskjell når det kom til subskalaen mål, hvor erfarne terapeuter hadde en høyere og mer lik skåre som klientene sine sammenliknet med uerfarne terapeuter. Forfatterne konkluderte med at uerfarne terapeuter er like flinke til å utvikle positive emosjonelle bånd med klientene sine som erfarne terapeuter, mens evnen til å formulere og skape enighet om behandlingsmål utvikles saktere og krever mer trening og erfaring. En nylig utført kvalitativ studie (Swift & Callahan, 2009) undersøkte alliansekonvergens for 151 studentterapeut-klientpar, og fant at studentterapeutene hadde tilsvarende beskrivelser av målet med terapien som klientene i kun 31 % av tilfellene. For oppgaver var tallet 47 %, mens vurderinger av det generelle terapeutiske båndet mellom terapeut og klient var signifikant korrelert, ($r = 0.33, p < 0.01$). Selv om denne studien ikke sammenliknet erfarne og uerfarne terapeuter, tydeliggjør resultatene at studentterapeuter mangler ferdigheter i å danne enighet om terapimål, og at det er viktig at videre forskning undersøker hvordan studentterapeuter bedre kan lære dette før de starter i profesjonelt arbeid.

1.8 Alliansen sett gjennom klientens øyne

Empati og forståelse av klientens opplevelse er viktige faktorer i terapi. For å kunne behandle psykiske lidelser er det viktig å ha en god forståelse for hvordan klienten opplever sin egen lidelse, slik at riktig type behandling gis for å dekke klientens behov. Det finnes ingen enhetlig definisjon på empati (Duan & Hill, 1996), men mye av forståelsen innenfor psykoterapi bygger på Rogers (1980) empatidefinisjon: “the therapist’s sensitive ability and willingness to understand the client’s thoughts, feelings, and struggles from the client’s point of view. It is this ability to see completely through the client’s eyes, to adopt his frame of reference” (s.85).

To studier har sett på terapeuters empatiske evner sammenliknet med kontrollgrupper (Hassenstab, Dziobek, Rogers, Wolf & Convit, 2007; Machado, Beutler & Greenberg, 1999).

I studien til Machado et al. (1999) fikk forsøkspersonene presentert en video, et skriftlig transkript, og en video uten lyd fra ulike deler av en terapitime. Oppgaven bestod i å oppfatte hvilke emosjoner klientene uttrykte, og hvor intenst. Resultatene viste at psykoterapeuter var mer nøyaktige enn kontrollgruppen til å oppfatte riktig emosjonsuttrykk i alle tre stimulusbetingelsene. Studien fant også at psykoterapeutene var bedre til å ta i bruk ikke-verbale hint for å avgjøre emosjonstilstander (Machado et al., 1999). I studien utført av Hassenstab et al. (2007) ble det funnet en signifikant forskjell mellom terapeuter og kontrollgruppen når det gjaldt empatisk forståelse av språk, både verbalt og ikke-verbalt. De konkluderer med at terapeuter er flinkere til å vurdere andre menneskers mentale tilstand basert på det ikke-verbale innholdet og sosiale cues i språk. En nylig utført studie (Kwon & Jo, 2012) undersøkte forholdet mellom terapeuterfaring, empatisk nøyaktighet og utfall i den tidlige fasen av terapi, og fant at bedre forståelse og empati for klienten hadde en medierende effekt på forholdet mellom terapeuterfaring og behandlingsutfall. Dette betyr at terapeuterfaring påvirker behandlingsutfall gjennom effekt av empatisk nøyaktighet. Det blir dermed igjen viktig å undersøke hva som kan øke terapeuters korrekte forståelse av klienten, slik at en mer effektiv behandling kan utføres.

1.9 Problemstilling

Forskning på betydningen av den terapeutiske alliansen har vært mest opptatt av å se på hvordan terapeuter og klienters subjektive vurderinger av alliansen korrelerer, ved å besvare de samme spørsmålene på WAI. Siden empati og forståelse for hvordan klienten opplever terapien er viktige faktorer for allianseutvikling og behandlingsutfall, vil det være interessant å undersøke om korrelasjonen mellom klient og terapeut blir høyere ved å be terapeuten vurdere alliansen ut ifra klientens perspektiv. Ved å endre perspektiv må terapeuten svare ut ifra hvordan de tror klienten har svart, og dermed distansere seg fra kunnskap om teoretiske normer og antagelser, og prøve å forstå klientens opplevelse ut ifra

klientens egen referanseramme. Dette kan føre til at vurderingsgrunnlaget blir mer likt, og gi en høyere positiv korrelasjon mellom klient og terapeuts alliansevurdering.

I den aktuelle studien har studentterapeuter både vurdert sin subjektive opplevelse av alliansen (WAI), og fylt ut allianseskjemaet «slik jeg tror klienten kommer til å svare», etter tredje behandlingstid. Denne studien vil så undersøke om alliansevurderingen mellom klient og terapeut får en høyere positiv korrelasjon når terapeuten spesifikt blir spurt om å svare hvordan de tror klienten opplever alliansen. Dette har ikke blitt undersøkt i tidligere studier, men basert på tidligere forskning forventes en høyere positiv korrelasjon for den totale WAI skåren mellom terapeut og klient når terapeuten vurderer kvaliteten på alliansen ut ifra klientens perspektiv, sammenliknet med terapeuten sin subjektive vurdering. Siden terapeutgruppen som undersøkes er studenter uten betydelig klinisk erfaring, forventes det også en høyere korrelasjon for subskalaen bånd, enn subskalaene oppgaver og mål. I tillegg undersøker den aktuelle studien ulike diagnoser (depresjon, angst, komorbiditet, ingen diagnose), symptomtrykk og interpersonlig stil (dominerende-kald, dominerende-varm, underkastende-kald, underkastende-varm) målt ved behandlingsstart hos klienten som mulige moderatorer av alliansekonvergens. Basert på den eksisterende forskningen er moderatoranalysene eksplorative.

2 Metode

Psykologisk poliklinikk for voksne og eldre ved NTNU tar imot henvisninger fra fastleger og distriktpsikiatriske sentre (DPS) i Trondheim og omegn. Tilbudet startet opp i 1997, og klinikken mottar i dag rundt 150 henvisninger i året. Ikke alle av disse starter opp i behandling, grunnet for eksempel mangel på motivasjon, tilbud fra annen behandling eller liknende, slik at antall behandlede klienter per år er lavere. Det er ingen spesifikke inklusjonskriterier eller henvisningsgrunner, men problemene må være håndterlige innenfor klinikkens rammer (varighet, kompetanse og intensitet i behandling). Dette betyr at en antar at problemene vil kunne profittere på behandling av relativ kort varighet, som er viktig for en positiv lærings- og mestringsopplevelse hos studentene. I tillegg må alle klienter gi et skriftlig samtykke til at de godtar at terapitimene blir tatt opp på video, og observeres gjennom et enveisspeil av én veileder og tre andre studenter.

2.1 Klienter

For den aktuelle studien var klienter som hadde gått i behandling i tidsrommet 2001-2007 tilgjengelig for videre analyser, og det samlede antall registrerte klienter i databasen var 218. Av klientene var 59 (27,1 %) menn og 159 (72,9 %) kvinner. Alderen varierte fra 17 til 73 år ($M = 34$, $SD = 12,11$). Ved oppstart av behandling ble alle klienter utredet ved hjelp av Mini Internasjonalt Nevropsykiatrisk Intervju (MINI; Lecrubier et al., 1997) av den aktuelle behandler, men den endelige diagnostiseringen i henhold til ICD-10-systemet ble først gjort ved behandlingsslutt. Ut fra pedagogiske hensyn la en her vekt på å forsøke å komme fram til én primærdiagnose. Klienter gav sitt skriftlige samtykke til at innsamlede opplysninger kunne brukes til forskning i anonymisert form. Selv om det ikke foreligger konkret dokumentasjon for at så er tilfelle, er det en oppfatning at klienter har et noe lavere symptomtrykk og et høyere funksjonsnivå enn ved en ordinær poliklinikk. Psykose og alvorlig sinnslidelse, voldsutagering, alvorlig rusmisbruk og suicidalitet har ellers vært regnet som

eksklusjonskriterier (se Ryum & Stiles, 2005; Ryum, et al., 2007 for nærmere beskrivelse av klientgrunnlaget).

2.2 Studentterapeutene

Terapiene ble utført av viderekomne studenter (N= 218) ved profesjonsstudiet i psykologi ved NTNU (2. avdeling). Av disse var 60 (27,5 %) menn og 158 (72,5 %) kvinner. Behandlingen har foregått ved poliklinikk for voksne og eldre ved NTNU som en del av den obligatoriske, internkliniske praksisen. Grupper på tre til fire studenter har utgjort et behandlingsteam under veiledning av en erfaren psykolog. Hver student har utført behandling av én klient, og fulgt med på behandlingen av de andre. Veilederen har vært faglig ansvarlig for behandlingen, og har gruppevis gitt én times veiledning i uken til hver student.

2.3 Terapiform

Det har ikke vært noe krav om at terapien skal være manualisert i henhold til bestemte terapimodeller, men det legges vekt på at all behandling som gis, skal være basert på god klinisk forskning og praksis. Ettersom behandlingen ble utført av studenter som i hovedsak var uten noen form for klinisk erfaring, er det rimelig å vurdere mesteparten av terapiformen som eklektisk orientert. Veiledernes orientering ved klinikken var i hovedsak kognitiv, humanistisk og dynamisk. Behandlingen har vært individualterapi én behandlingstime per uke (50 min), i 15 uker (ett semester). Det har vært rom for å forlenge behandling, og et fåtall av terapeutene har utvidet behandlingen inntil 40 timer.

2.4 Måleinstrumenter

2.4.1 Effektmål

Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1992) er et selvrapporteringskjema utviklet for å måle psykopatologi. Klienten skal vurdere sin egen oppfattning av 90 symptomer på en fem-punkts Likertskala fra 0 = ikke i det hele tatt til 4 = veldig mye.

Skjemaet er fylt ut av klienten ved inntak. Skjemaet gir informasjon om ti ulike symptomområder, og en samlet global indeksskåre som er det gjennomsnittlige symptomtrykket. Forskning viser at SCL-90-R har gode psykometriske egenskaper (Bech, et al., 1992; Derogatis & Cleary, 1977; Derogatis & Melisaratos, 1983; Lipman, Covi & Shapiro, 1979). Den aktuelle studien brukte kun indeksen for generell symptombelastning (GSI). Norsk utgave ved Nielsen og Vassend (1994).

Inventory of Interpersonal Problems (IIP; Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureño & Villaseñor, 1988). En forkortet versjon av IIP basert på arbeidet til Alden, Wiggins & Pincus (1990) ble brukt for å måle klientens opplevelse av interpersonlige problemer og fungering (IIP-64). Spørreskjemaet består av 64 ledd hvor klienten skal vurdere atferd som er «vanskelig for meg å gjøre» og «ting du gjør for mye» ved å krysse av på en Likertskala som rangeres fra 0 = ikke i det hele tatt til 4 = veldig mye. Skjemaet er fylt ut av klienten ved inntak. Skjemaet gir informasjon om åtte subskalaer som er sirkulært organisert i forhold til to hovedakser («dominerende-underkastende» og «varm-kald»), og en global skåre for generell belastning. I tillegg kan man kalkulere skårer for fire hoved-kvadranter som bygger på hovedaksene; 1) dominerende-varm, 2) underkastende-varm, 3) dominerende-kald og 4) underkastende-kald. Disse ble brukt i den aktuelle studien. De psykometriske egenskapene ved IIP og IIP-64 er gode (Alden et al., 1990; Horowitz et al., 1988). Norsk utgave ved Stiles og Høglend (1994).

2.4.2 Prosessmål

Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1986, 1989). Alliansen ble målt ved å bruke WAI, short form (WAI-S, Tracey & Kokotovic, 1989). Spørreskjemaet inneholder 12 utsagn som skal besvares på en 7 punkts Likertskala, fra 1 (aldri) til 7 (alltid), hvor en høyere skåre indikerer en sterkere terapeutisk alliansen. Både terapeut og klient fylte ut skjemaet etter tredje time. WAI-S er basert på den originale 36-ledd versjonen (Horvath & Greenberg, 1989). Spørreskjemaet er utviklet på bakgrunn av Bordins (1979) panteoretiske

alliansemodell, og fanger opp i hvilken grad terapeut og klient opplever enighet om terapeutiske mål og oppgaver, og de affektive sidene ved relasjonen, som gjensidig fortrolighet, tillit og aksept. Det er 4 ledd per subskala. Det er parallelle skjema for klient og terapeut. I den aktuelle studien ble tre ulike varianter av spørreskjemaet brukt; klientversjonen, terapeutversjonen og ett hvor terapeutene svarte på hvordan de trodde klientene hadde svart. De psykometriske egenskapene ved WAI og WAI-S er gode, med en Cronbach alpha skåre mellom .85 og .98 (Horvath & Greenberg, 1989) for WAI, og mellom .95 og .98 for WAI-S (Tracey & Kokotovic, 1989). Norsk oversettelse ved Svartberg og Saxton (1994).

3 Resultater

De respektive analysene baserer seg på det tilgjengelige datamaterialet, men en ujevn fordeling av ufullstendige besvarelser gjør at N varierer noe i forhold til de ulike variablene og analysene. Av de totale WAI-besvarelser er det klientene (k) som har besvart flest (N = 180), deretter terapeuter (t) (N = 164), og til sist besvarelser hvor terapeutene svarer ut ifra klientens perspektiv (tk) (N = 158). N varierer også noe innenfor subskalaene (bånd-k, $n = 194$; bånd-t, $n = 170$; bånd-tk, $n = 164$; oppgaver-k, $n = 192$; oppgaver-t, $n = 166$; oppgaver-tk, $n = 162$; mål-k, $n = 192$; mål-t, $n = 167$; mål-tk, $n = 163$). Gjennomsnitt og standardavvik for klient, terapeut og terapeut-klient WAI skårer er presentert i Tabell 1.

Tabell 1 inn omtrent her

Resultatene viser at klientene i gjennomsnitt rapporterer en noe høyere totalskåre (N = 180) $M = 5.39$; $SD = 0.95$, enn terapeutene (N = 164) $M = 5.08$; $SD = 0.68$, og når terapeutene svarer i forhold til klientens perspektiv (N = 158) $M = 4.61$; $SD = 0.77$. Det samme mønsteret gjelder for subskalaene bånd, oppgaver og mål. Variansen er størst i forhold til subskalaen mål. Cronbach alfa for WAI (totalskalaer og subskalaer) var høy for de fleste ($>.8$), og akseptabel for de med lavere reliabilitet ($>.6$). Ledd fire og seks, som begge lader på mål, ble sløyfet på alle tre WAI skjemaene, da disse er reverserte (negativt ladet) og resulterer i vesentlig dårligere reliabilitet.

For å undersøke om det var en sterkere positiv korrelasjon mellom terapeut og klient når terapeuten tok klientens perspektiv, ble det utført korrelasjonsanalyser ved bruk av Pearsons r . Tabell 2 viser korrelasjonene mellom de ulike perspektivene og WAI skårene (total- og subskalaer) ved tredje time.

Tabell 2 inn omtrent her

Korrelasjonen mellom WAI-k og WAI-t totalskåre er ikke signifikant ($n = 134$) $r = .02$, $p = .79$. Det ble heller ikke funnet statistisk signifikante korrelasjoner mellom WAI-k og WAI-t på noen av subskalaene (bånd: $r = -.04$, $p = .61$; oppgaver: $r = .10$, $p = .22$; mål: $r = .07$, $p = .41$). Korrelasjonen mellom WAI-k og WAI-tk totalskåre er heller ikke statistisk signifikant ($n = 129$) $r = .15$, $p = .09$, men tallene viser en tendens for en høyere positiv korrelasjon for den totale WAI-skåren når terapeuten tar klientens perspektiv. Korrelasjoner av subskalaene viser statistisk signifikant positiv korrelasjon mellom WAI-k og WAI-tk for bånd ($r = .17$, $p < .05$) og oppgaver ($r = .18$, $p < .05$), men ikke mål ($r = .06$, $p = .51$). Dette betyr at terapeutene skårer mer likt som klienten i forhold til oppgaver og bånd når de vurderer alliansen ut ifra hvordan de tror klienten har svart, sammenliknet med terapeutens subjektive vurdering av alliansen.

For å undersøke mulige moderatorer av korrelasjonen mellom klient og terapeut-klient bånd og oppgaver, ble det foretatt eksplorative partielle korrelasjoner hvor det ble kontrollert for interpersonlig stil, symptomtrykk og diagnoser. Resultatene er presentert i tabell 3.

Tabell 3 inn omtrent her

Resultatene viser at tilstedeværelse av en depresjonsdiagnose modererer korrelasjonen mellom terapeut-klient og klients vurdering av bandleddene, da denne ikke lenger er statistisk signifikant når det kontrolleres for depresjonsdiagnosen ($r = .16$, $p = .06$). Ingen av de andre

diagnosegruppene utgjorde en forskjell ($p \leq .05$). Når det gjelder interpersonlig stil, er det kun dominerende-kald stil som har en svak modererende effekt på korrelasjonen bånd ($r = .16, p = .06$). Symptomtrykk har heller ingen betydelig effekt, da korrelasjonene mellom klient og terapeut-klient fremdeles er signifikant ($p \leq .05$).

4 Diskusjon

Målet med den aktuelle studien var å sammenlikne to ulike terapeutperspektiver i forhold til alliansekonvergens mellom klient og terapeut. Terapeutene i den aktuelle studien hadde svært begrenset klinisk erfaring. Det var forventet å finne en sterkere positiv korrelasjon når terapeuten svarte i forhold til klientens perspektiv, sammenliknet med terapeutens subjektive alliansevurdering. Basert på tidligere forskning var det også forventet å finne sterkere korrelasjoner mellom terapeut og klient for subskalaen bånd, enn subskalaene oppgaver og mål. I tillegg ble ulike diagnoser, symptomtrykk og interpersonlig stil hos klientene ved behandlingsstart undersøkt som mulige moderatorer. Analysene var eksplorative, da det er usikkert hvordan moderatorene påvirker dette.

Resultatene fra den aktuelle studien viser en korrelasjon på $r = .02$ for totalskåren mellom klient og terapeutens subjektive vurdering, og $r = .15$ mellom klient og terapeut når terapeuten vurderer alliansen ut ifra klientens perspektiv. Ingen av korrelasjonene er statistisk signifikante, men viser en tendens for høyere alliansekonvergens når terapeuten tar klientens perspektiv. Videre analyser av subskalaene bånd, oppgaver og mål viser en forskjell mellom de to ulike terapeutperspektivene, hvor resultatene viser statistisk signifikante korrelasjoner mellom terapeut og klient for subskalaene bånd og oppgaver, når terapeuten svarte ut ifra klientens perspektiv. Dette ble ikke funnet mellom klient og terapeutens subjektive vurdering, noe som betyr at terapeutene har en bedre forståelse for hvordan klienten opplever det emosjonelle båndet og oppgaver i terapi, når de spesifikt blir spurt om å svare ut ifra klientens perspektiv. Det ble ikke funnet statistisk signifikante korrelasjoner mellom klient og terapeut for subskalaen mål. Det ser derfor ut som terapeutene har bedre ferdigheter for å sosialisere klienter til teknikker og intervensjoner, enn å skape enighet om de overordnede målene. Resultatene er i overensstemmelse med Mallinckrodt og Nelson (1991), som fant at uerfarne terapeuter hadde en lavere alliansekonvergens når det gjaldt subskalaen mål, enn ved bånd og

oppgaver, sammenliknet med erfarne terapeuter. Det samme fant Swift et al. (2009) i en kvalitativ studie, hvor korrelasjonen for enighet om mål mellom terapeut og klient var svakest av de tre subskalaene.

Resultatene fra den aktuelle studien bekrefter funn fra tidligere studier som har undersøkt alliansekonvergens, som viser at terapeut og klient ofte har en ulik opplevelse av kvaliteten på alliansen (Fitzpatrick, et al., 2005; Hatcher, et al., 1995; Hilsenroth, et al., 2004; Ogradniczuk, et al., 2000) og at klienter ofte rapporterer høyere skårer enn terapeuter. Korrelasjonene er svakere enn det som ble funnet i meta-analysen til Tryon et al. (2007). En plausibel årsak til dette er at det kun ble brukt uerfarne terapeuter i den aktuelle studien. Disse terapeutene har ingen eller liten erfaring med psykoterapi, og dermed begrenset erfaring med ulike klienter. Erfarne terapeuter vil kunne dra nytte av tidligere psykoterapier, og bruke tidligere erfaringer til bedre å forstå klienters alliansevurdering. Når terapeutene har ingen eller lite erfaring med terapi, blir det også vanskeligere å vurdere alliansen på en korrekt måte. En annen mulig årsak for den lave korrelasjonen mellom terapeut og klient kan være at den aktuelle klientgruppen fikk utført gratis behandling ved en studentklinikk, noe som muligens kan påvirker alliansevurderingen ved at klientene skårer høyt som et tegn på takknemlighet eller frykt for å fornærme terapeuten (Tryon et al., 2007).

4.1 Målsetting i terapi

En mulig forklaring på hvorfor det ble funnet en svakere korrelasjon mellom terapeut og klient for subskalaen mål enn ved bånd og oppgaver, er at det kun ble brukt studentterapeuter uten betydelig erfaring i den aktuelle studien. En ferdighet flere forskere fremhever som viktig for målsetting, er evnen til å danne gode kaskonseptualiseringer (Betan & Binder, 2010; Eells, 2007; Ivey, 2006; Kendjelic & Eells, 2007; Persons, 2006). Levenson og Strupp (2007) beskriver kaskonseptualisering som evnen til å ta i bruk teoretisk og klinisk kunnskap for å danne hypoteser om årsaker, utløsende- og

oppretholdende faktorer for en persons psykologiske, interpersonlige og atferdsproblemer. Dette skal veilede terapi ved å identifisere passende intervensjoner, danne gode behandlingsmål og identifisere potensielle problemer som kan oppstå. Gode kaskonseptualiseringsevner er derfor viktig for å utvikle en korrekt forståelse av hva som er problemet til klienten, slik at riktige mål med behandlingen identifiseres (Betan og Binder, 2010).

Flere eksperter har uttrykt bekymring for at nyutdannede terapeuter ikke har hatt nok undervisning og trening i kaskonseptualiseringsferdigheter gjennom studiet (Fleming & Patterson, 1993; Misch, 2000; Sperry, Gudeman, Blackwell, & Falkner, 1992). Flere studier har sammenliknet uerfarne og erfarne terapeuters evne til å danne kaskonseptualiseringer, og resultatene viser at erfarne terapeuter har mer omfattende, detaljerte, komplekse og systematiske kaskusformuleringer enn uerfarne terapeuter (Cummings, Hallberg, Martin, Slemon, & Heibert, 1990; Eells, Lombart, Kendjelic, Turner, & Lucas, 2005; Hillerbrand and Claiborn, 1990; Kivlighan & Quigley, 1991). Flere studier viser også at nyutdannede studenter selv føler at de ikke har fått nok trening og opplæring i kaskusformuleringer (Fleming, & Patterson, 1993; Skovholt & Rønnestad, 2003).

Skovholt og Rønnestad (2003) beskriver hvilke faktorer nyutdannede terapeuter opplever som stressende og mangelfulle når de starter i jobb som profesjonelle terapeuter. Av syv stressorer er mangelen på adekvate konseptuelle kart et gjentakende tema, hvor integrering av teori og kunnskap, og å forstå klientens problem ut ifra dette, blir sett på som en av de største utfordringene. Teoriene og kunnskapen studentene lærer er på et generelt nivå, og kan virke irrelevant når de første klientene ikke kan plasseres direkte inn i en teori. Dette kan forklare noe av grunnen til at det å finne gode og passende mål kan være utfordrende og vanskelig, særlig hos studentterapeuter. Mer trening og opplæring i kaskonseptualisering kan muligens føre til at nyutdannede terapeuter blir flinkere til å forstå

klientens problemer, og å sette gode mål. Eells et al. (2005) mener ferdigheter i kaskonseptualisering er relatert til fellesfaktorer i terapi, fordi det har fokus på å øke terapeuters empati gjennom en bedre og mer korrekt forståelse av klienten, som igjen vil føre til en sterkere terapeutisk allianse (Eells, 2007). Dette kan knyttes til funnene fra studien til Kwon og Jo (2012), som fant at empati og korrekt forståelse av klienten medierte effekten mellom erfaring og behandlingsutfall. Det blir derfor viktig for fremtidig forskning å undersøke hvordan man kan øke disse ferdighetene. En studie (Kendjelic og Eells, 2007) testet en generisk treningsmodell for kaskonseptualisering, og funnene viste at de som deltok i treningsgruppen produserte høyere kvalitet og mer omfattende kaskonseptualiseringer enn kontrollgruppen. Forskerne konkluderte med at slik trening burde utforskes videre, og anvendes både på seminarer og som akademisk pensum.

En annen mulig forklaring på hvorfor subskalaen mål ikke var sterkere korrelert mellom klient og terapeut kan være at partene har ulike forventninger til behandlingen. Tidligere forskning har dokumentert at høye forventninger til behandlingsutfall hos klient er assosiert med en sterkere terapeutisk allianse, mindre frafall og bedre behandlingsutfall (Connolly Gibbons et al., 2003; Dew & Bickman, 2005; Joyce & Piper, 1998). For eksempel fant Al-Darmaki og Kivlighan (1993) at høyere kongruens mellom terapeutens og klientens forventninger til den terapeutiske alliansen predikerte den faktiske alliansevurderingen. I den aktuelle studien ble det brukt studentterapeuter som hadde få eller ingen erfaring fra terapi, slik at forventningene til hvordan det skal utføres bygger til dels på teoretisk kunnskap, og egne antagelser og forestillinger om hvordan det burde være, noe som kan være svært varierende. I tillegg er klientgruppen bedre fungerende og med lavere symptomtrykk enn i en ordinær poliklinikk, slik at sannsynligheten for at de har erfaring fra tidligere terapi er lav. Med to uerfarne deltakere i terapirelasjonen kan ulike forventninger og tanker rundt hva som

er ønsket med terapien være svært forskjellig, og dette påvirker muligens den lave korrelasjonen på mål-subskalaen.

4.2 Moderatorer

Resultatene viser at depresjonsdiagnosen påvirker bånd-korrelasjonen mellom klient og terapeut. Når det kontrolleres for depresjon synker korrelasjonen fra .17 til .16, og er ikke lenger statistisk signifikant ($p = .06$). Dette betyr at det er større enighet for hvordan subskalaen bånd oppleves mellom terapeut og klient, når klienten er deprimert. Dette ble ikke funnet for den andre store diagnosegruppen angst. En mulig årsak til at alliansekonvergens er større ved en depresjonsdiagnose sammenliknet med for eksempel angstlidelser, kan være at de relasjonelle aspektene ved alliansen er viktigere i selve behandlingen ved depresjon. Dette kan gi terapeuten et sterkere fokus og bevisstgjøring om det emosjonelle båndet mellom terapeuten og klienten i terapi. De fleste studier som har undersøkt allianse og spesifikke diagnoser omhandler depresjonsbehandling (Klein et al, 2003; Krupnick et al, 1996; Salvio, Beutler, Wood, & Engle, 1992), og finner en konsistent sammenheng mellom en kvalitativt sett god allianse og god behandlingseffekt. Forskning som har undersøkt assosiasjonen mellom allianse og behandlingsutfall ved angstlidelser viser mer tvetydige funn, hvor for eksempel Ramnerö og Öst (2007) ikke fant noen assosiasjon mellom allianse og behandlingsutfall ved panikk lidelse og agorafobi, mens Vogel, Hansen, Stiles & Götestam (2006) fant at allianse var forbundet med bedring i behandling av tvang. Ryum, Stiles & Vogel (2009) undersøkte alliansens effekt på behandling av depresjon og angstlidelser, hvor en høyere allianseskåre var assosiert med lavere symptomtrykk og reduksjon i interpersonlige problemer ved terapiavslutning for klienter med en depresjonsdiagnose, men kun reduksjon i interpersonlige problemer hos de med en angstdiagnose. Forskerne konkluderte med at den terapeutiske alliansen har en mer kurativ effekt ved depresjonsbehandling enn angstbehandling. Funnene fra disse studiene tyder på at alliansen har en viktigere funksjon

ved behandling av deprimerte sammenliknet med angstlidelser, som kan være en årsak for at terapeuten retter mer oppmerksomhet og setter alliansen mer i fokus, slik at en større enighet mellom klient og terapeut oppnås.

Dominerende-kald personlighetsstil ble også funnet å ha en effekt på bånd-korrelasjonen mellom klient og terapeut. Når det ble kontrollert for dominerende-kald personlighetsstil sank korrelasjonen fra .17 til .16, og var ikke lenger signifikant ($p = .06$). Enigheten mellom terapeut og klient når det gjelder det emosjonelle båndet i alliansen er dermed større når klienten har en dominerende-kald personlighetsstil. En mulig årsak til dette kan være at terapeuter blir mer bevisst angående viktigheten av å skape et godt emosjonelt bånd når de oppdager at klienten har en slik personlighetsstil. Forskning viser at disse klientene ofte danner svakere terapeutiske allianser (Muran, Segal, Samstag, & Crawford, 1994), og har mindre effektive behandlingsforløp sammenliknet med klienter med andre personlighetsstiler (Horowitz, Rosenberg, & Bartholomew, 1993; Borkovec, Newman, Pincus, & Lytle, 2002). Det kan derfor tenkes at terapeuter blir mer oppmerksomme og setter alliansen mer i fokus når de har slike klienter, som fører til en større enighet mellom klient og terapeut.

Resultatene fra den aktuelle studien viser ingen endringer i de signifikante alliansekorrelasjonene mellom klient og terapeut når det kontrolleres for symptomtrykk ($p \leq .05$). Dette er ikke i overensstemmelse med Tryon et al. (2007), hvor det ble funnet at mildere lidelser var assosiert med større alliansediskrepans mellom klient og terapeut sammenliknet med mer alvorlige lidelser. Klienter ved en studentklinikk oppfattes å ha et noe mildere symptomtrykk sammenliknet med en vanlig klinisk populasjon, grunnet for eksempel eksklusjonskriterier for alvorlig sinnslidelse, psykose og suicidalitet. Dette bidrar til en mer homogen klientgruppe, som kan være en årsak til at det blir vanskeligere å finne forskjeller mellom klienter med svake og sterke symptomtrykk.

4.3 Kliniske implikasjoner

Funnene fra den aktuelle studien viser at den positive korrelasjonen mellom terapeuter og klienters alliansevurdering (bånd og oppgave) blir sterkere når terapeuten rapporterer ut ifra hvordan de tror klienten oppfatter alliansen, sammenliknet med deres subjektive vurdering. Grad av overlapp er dermed delvis avhengig av hvordan man spør terapeutene om alliansen. Funnene fremhever viktigheten av at terapeuter forsøker å ta klientens perspektiv ved alliansevurdering. Dette er nok allerede tilstede blant terapeutene i det psykologiske arbeidet de utfører, men en påminnelse og refleksjon rundt klientens opplevelse av terapi fører til en tydeligere bevisstgjøring hos terapeutene. Dette fører igjen til en mer nøyaktig forståelse av hvordan klienten opplever alliansen, som er viktig for gjennomføring av effektiv terapi og for å forhindre frafall.

Siden det kun ble brukt studentterapeuter i den aktuelle studien, gir resultatene informasjon om hva slags kompetanse uerfarne terapeuter har og mangler ved slutten av studiet. Resultatene viser statistisk signifikante korrelasjoner kun for subskalaene bånd og oppgaver, men ikke for mål. Forståelse og utvikling av gode kaskonseptualiseringer kan derfor være noe som trenger mer oppmerksomhet og undervisning ved en studentklinikk. Dette er ikke noe som læres utelukkende gjennom teoretisk undervisning, men også ved mer praktisk trening og ferdighetsopplæring. Det blir derfor viktig at studentterapeuter får prøve seg mer på praktiske oppgaver i forhold til å sette terapimål med klienter, slik at de har erfaring med dette før de starter i profesjonelt arbeid.

Når det gjelder moderatorene bør det nevnes at de aktuelle funnene er små, slik at det er usikkert hvor stor betydning disse klientegenskapene (depresjonsdiagnose, dominerende-kald personlighetsstil) har for klinisk praksis. Flere studier fremhever at det heller er karakteristikk knyttet til terapeutene, som for eksempel empati og interpersonlige ferdigheter, som i størst grad påvirker kvaliteten på alliansen og behandlingsutfall (Baldwin et

al., 2007; Dinger et al., 2008), enn karakteristikk knyttet til klienten. Dette ble ikke undersøkt i den aktuelle studien, men det er nærliggende å tenke det samme når det gjelder alliansekonvergens mellom terapeut og klient.

4.4 Begrensninger

Det er flere begrensninger ved denne studien. For det første er det ulikt antall respondenter som har besvart de ulike variablene. Det er flest manglende data blant terapeutene, og det kan ikke utelukkes at resultatet ville blitt annerledes hvis hele utvalget hadde svart på alle leddene. Siden det ikke er det samme utvalget gjennom hele studien, blir det vanskeligere å generalisere funnene til andre liknende populasjoner. For det andre er det kun brukt selvrapporteringsinstrumenter. Bruk av andre prosess- og effektmål (for eksempel ekstern observatør), kunne muligens ha gitt andre resultater. For det tredje er studien utført på en studentklinikk med uerfarne studenter, og det er en oppfatning at klienter som kommer til en studentklinikk generelt har en noe høyere fungering og lavere symptomtrykk enn klienter ved en ordinær poliklinikk, slik at funnene vanskelig kan overføres direkte til den vanlige kliniske populasjonen. Siden det kun har vært brukt studentterapeuter har det ikke vært mulig å sammenlikne denne gruppen med erfarne terapeuter, noe som fører til begrenset informasjon om hva uerfarne terapeuter trenger mer trening i, sammenliknet med erfarne terapeuter. En fjerde begrensning er at klienter som har droppet ut av behandling ikke er inkludert i studie, hvilket kan ha påvirket resultatene. Siden et høyere antall analyser påvirker sannsynligheten for å finne signifikante resultat, kunne en korrigering av signifikansnivået, ved for eksempel bruk av Bonferroni metoden, redusert sannsynligheten for falske positive funn. Selv om resultatene viser at alliansevurderingene korrelerte høyere når terapeuten tok klientens perspektiv, kan ikke studien utelukke at andre ukjente faktorer påvirker resultatene.

4.5 Videre forskning

Dette er den første studien som har undersøkt terapeuters perspektivtaking og alliansekonvergens, slik at det er et behov for flere liknede studier før en definitiv konklusjon kan trekkes. Et viktig fremtidig forskningsspørsmål er om den sterkere alliansekonvergens mellom terapeut og klient predikerer behandlingsutfall. Er dette tilfellet, vil det ha implikasjoner for hvilket perspektiv terapeuten burde ta ved alliansevurdering. Den aktuelle studien viste at mål-faktoren ved allianse korrelerte minst mellom terapeut og klient. Videre forskning bør undersøke om dette er noe som gjelder de fleste studenter, og hvordan studenten kan lære å bli bedre på målsetting i terapi.

I den aktuelle studien ble det kun undersøkt moderatorer knyttet til karakteristikk ved klientene. Det ble funnet statistisk signifikante funn for depresjonsdiagnosen og dominerende-kald personlighetsstil, men det er usikkert i hvilken grad disse har betydning for klinisk praksis. Fremtidig forskning bør fortsette å undersøke hvordan ulike karakteristikk knyttet til både klient og terapeut påvirker alliansekonvergens. Det er et voksende antall studier som undersøker ulike terapeutkarakteristikkens påvirkning på allianse og effekt, og dette burde også undersøkes i forhold til om alliansekonvergens blir høyere eller lavere ved å ta klientens perspektiv. Siden det kun ble brukt uerfarne terapeuter i den aktuelle studien, vil det være interessant å undersøke hvordan de to ulike metodene, altså måtene man spør terapeuten om å vurdere alliansen på, påvirker korrelasjonen mellom klienter og erfarne terapeuter. Erfarne terapeuter har et annet vurderingsgrunnlag enn uerfarne, som kan føre til andre resultater og kliniske implikasjoner, enn hva som ble funnet blant uerfarne terapeuter.

4.6 Konklusjon

Resultatene fra den aktuelle studien bekrefter empirisk at terapeutens forståelse av klientens opplevelse av alliansen øker for subskalaen bånd og oppgaver ved WAI, men ikke for mål, når terapeuten spesifikt blir spurt om å vurdere alliansen ut ifra klientens perspektiv.

Dette bekrefter at terapeuter burde ta klientens perspektiv når de vurderer kvaliteten på alliansen, fremfor deres subjektive vurdering. En bedre forståelse er viktig for effektiv gjennomføring av terapi, og for å forhindre frafall. Depresjonsdiagnosen og dominerende-kald personlighetsstil ble funnet å ha en modererende effekt på bånd-korrelasjonen mellom terapeut og klient, men siden funnene var såpass små er det usikkert i hvor stor grad de har effekt i klinisk praksis.

Referanser

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1–33.
- Al-Darmaki, F., & Kivilghan, D. M. (1993). Congruence in client-counselor expectations for relationship and the working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 40*, 379–384.
- Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1990). Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment, 55*, 521-536.
- Bachelor, A. (1988). How clients perceive therapist empathy: A content analysis of «received» empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 25*, 227-240.
- Bachelor, A. (2011). Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: Similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi: 10.1002/cpp.792
- 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.
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crist-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2009). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 5*, 80-89.
- Bech, P., Allerup, P., Maier, W., Albus, M., Lavori, P., & Ayuso, J. L. (1992). The Hamilton scales and the Hopkins Symptom Checklist (SCL-90): A cross-national validity study in patients with panic disorder. *British Journal of Psychiatry, 160*, 206-211.

- Bedi, R. P. (2006). Concept mapping of the client's perspective on counseling alliance formation. *Journal of Counseling Psychology, 53*, 26-35.
- Bedi, R. P., Davis, M. D., & Williams, M. (2005). Critical incidents in the formation of therapeutic alliance from the client's perspective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*, 311-323.
- Betan , E. J., & Binder , J. L. (2010). Clinical expertise in psychotherapy: How expert therapists use theory in generating case conceptualizations and interventions. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 40*, 141-152.
- Black, S., Hardy, G., Turpin, G., & Parry, G. (2005). Self-reported attachment styles and therapeutic orientation of therapists and their relationship with reported general alliance quality and problems in therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 78*, 363-377.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*, 252 – 260.
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., & Richard, L. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 288-298.
- Budd, R., & Hughes, I. (2009). The dodo bird verdict - controversial, inevitable and important: A commentary on 30 years of meta-analyses. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 16*, 510-522.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*, 271-279.

- Clark, D. M., Fairburn, C. G., & Wessely, S. (2008). Psychological treatment outcomes in routine NHS services: A commentary on Stiles et al. (2007). *Psychological Medicine*, 38, 629–634.
- Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., de la Cruz, C., Barber, J. P., Siqueland, L., & Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, 13, 59-76.
- 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.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909–922.
- Cummings, A. L., Hallberg, E. T., Martin, J., Slemon, A., & Hiebert, R. (1990). Implications of counselor conceptualizations for counselor education. *Counselor Education and Supervision*, 30, 120-134.
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32, 642–649.
- Derogatis, L. R. (1992). *SCL-90-R: administration, scoring, and procedural manual-II for the R (revised) version and other instruments of the psychopathology rating scale series* (2 utg.). Towson, MD: Clinic Psychometric Research.
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 981-989.

- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine, 13*, 595-605.
- Dew, S. E., & Bickman, L. (2005). Client expectancies about therapy. *Mental Health Services Research, 7*, 21-33.
- Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F., Wilmers, F., & Schauenburg, H. (2008). Therapist effects on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 64*, 344-354.
- Duan, C., & Hill, C. E. (1996). The current state of empathy research. *Journal of Counseling Psychology, 43*, 261-274.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (Eds.). (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2 utg.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Eells, T. D. (2007). *Handbook of psychotherapy case formulation* (2 utg.). New York: Guilford Press.
- Eells, T. D., Lombart, K. G., Kendjelic, E. M., Turner, L. C., & Lucas, C. P. (2005). The quality of psychotherapy case formulations: A comparison of expert, experienced, and novice cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 579-589.
- Fitzpatrick, M. R., Iwakabe, S., & Stalikas, A. (2005). Perspective divergence in the working alliance. *Psychotherapy Research, 15*, 69-80.
- Fitzpatrick, M. R., Janzen, J., Chamodraka, M., & Park, J. (2006). Client critical incidents in the process of early alliance development: A positive emotion-exploration spiral. *Psychotherapy Research, 16*, 486-498.
- Fleming, J. A., & Patterson, P. G. (1993). The teaching of case formulation in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry, 38*, 345-350.

- Freud, S. (1912/1958). The dynamics of transference. I J. Strachey (Red.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (s. 99-108). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1913/1958). On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. I J. Strachey (Red.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (s. 122-144). London: Hogarth Press.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27, 143-153.
- Greenberg, L. S., Watson, J. C., Elliott, R., & Bohart, A. C. (2001). Empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 380-384.
- Gunderson, J. G., Najavits, L. M., Leonhard, C., Sullivan, C. N., & Sabo, A. N. (1997). Ontogeny of the therapeutic alliance in borderline patients. *Psychotherapy Research*, 7, 301-309.
- Hassenstab, J., Dziobek, I., Rogers, K., Wolf, O. T., & Convit, A. (2007). Knowing what others know, feeling what others feel: A controlled study of empathy in psychotherapists. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 277-281.
- Hatcher, R. L., Barends, A., Hansell, J., & Gutfreund, M. J. (1995). Patients' and therapists' shared and unique views of the therapeutic alliance: An investigation using confirmatory factor analysis in a nested design. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 636-643.
- Hersoug, A. G., Hoglend, P., Monsen, J. T., & Havik, O. E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: Therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 206-216.

- Hillerbrand, E., & Claiborn, C. D. (1990). Examining reasoning skill differences between expert and novice counselors. *Journal of Counseling and Development, 68*, 684–691.
- 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* (s. 361-380). New York: Springer Press.
- Hilsenroth, M. J., Peters, E. J., & Ackerman, S. J. (2004). The development of therapeutic alliance during psychological assessment: Patient and therapist perspectives across treatment. *Journal of Personality Assessment, 83*, 332–344.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G., & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 885-892.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S.E., & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 549-560.
- Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 163-173.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. I J.C. Norcross (Red.), *Psychotherapy Relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 37-69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A., Flückiger, C., & Symonds, D. B. (2011). Alliance in individual psychotherapy. I J. C. (Red.), *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness* (2 utg., s. 25-69). New York: Oxford University Press.

- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Red.), *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook* (s. 529-556). New York: The Guildford Press.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*, 223-233.
- Horvath, O. A., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 561-573.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139-149.
- Howard, K. I., Krause, M. S., Saunders, S. M., & Kopta, S. M. (1997). Trials and tribulations in the meta-analysis of treatment differences: Comments on Wampold et al. (1997). *Psychological Bulletin, 122*, 221-225.
- Ivey, G. (2006). A method of teaching psychodynamic case formulation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*, 322-336.
- Joyce, A. S., & Piper, W. E. (1998). Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 7*, 236-248.
- Kaslow, N. J. (2004). Competencies in professional psychology. *American Psychologist, 59*, 774-781.
- Kendjelic, E. M. & Eells, T. D. (2007). Generic psychotherapy case formulation improves formulation quality. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 44*, 66-77.
- Kivlighan, D. M., & Arthur, E. G. (2000). Convergence in client and counsellor recall of important session events. *Journal of Counseling Psychology, 47*, 79-84.

- Kivlighan, D. M., & Quigley, S. T. (1991). Dimensions used by experienced and novice group therapists to conceptualize group process. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 415-423.
- Klein, D. N., Schwartz, J. E., Santiago, N. J., Vivian, D., Vocisano, C., Castonguay, L. G., et al. (2003). Therapeutic alliance in depression treatment: Controlling for prior change and patient characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 997-1006.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J., et al. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532-539.
- Kwon, I. K., & Jo, S. Y. (2012). The relationship among counselor experience level, empathic accuracy, and counseling outcome in the early phase of counseling. *Asia Pacific Education Review*. Doi 10.1007/s12564-012-9235-8
- 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., s. 139-193). John Wiley & Sons, Inc.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K. H., et al. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12, 224-231.
- Levenson, H., & Strupp, H. H. (2007). Cyclical maladaptive patterns: Case formulation in time-limited dynamic psychotherapy. I T. D. Eells (red.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (2 utg. s. 164-197). New York: Guildford Press.

- Lingiardi, V., Filippucci, L., & Baiocco, R. (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research, 15*, 45-53.
- Lipman, R. S., Covi, L., & Shapiro, A. K. (1979). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): Factors derived from the HSCL-90. *Journal of Affective Disorder, 1*, 9-24.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that «everyone has won and all must have prizes»? *Archives of General Psychiatry, 32*, 995-1008.
- Machado, P. P. P., Beutler, L. E., & Greenberg, L. S. (1999). Emotional recognition in psychotherapy: Impact of therapist level of experience and emotional awareness. *Journal of Clinical Psychology, 55*, 39–57.
- Mallinckrodt, B. & Nelson, M. L. (1991). Counselor training lever and the formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 133-138.
- Marmarosh, C. L., & Kivlighan, D. M. (2012). Relationships among client and counselor agreement about the working alliance, session evaluations, and change in client symptoms using response surface analysis. *Journal of Counseling Psychology, 59*, 352-367.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, K. M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 438-450.
- Misch, D. A. (2000). Psychosocial formulation training using commercial films. *Academic Psychiatry, 24*, 99– 104.
- Mitchell, K. M., Bozart, J. D., & Krauft, C. C. (1977). A reappraisal of the therapeutic effectiveness of accurate empathy, non-possessive warmth, and genuineness. I A.S. Gurman & A. M. Razin (Red.), *Effective psychotherapy* (s. 482-502). New York: Pergamon Press.

- Morgan, M. (2003). The doctor-patient relationship. I G. Scambler (Red.), *Sociology as applied to medicine* (5 utg., s. 49-65). New York: Saunders.
- Muran, J. C., Segal, Z. V., Samtag, L. W., & Crawford, C. E. (1994). Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 185-190.
- Nielsen, G., & Vassend, O. (1994). SCL-90-R- Norsk oversettelse.
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., & Rønnestad, M. H. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach. *Psychotherapy Research, 20*, 627-646.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Evidence-Based Therapy Relationships. I J.C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness* (s. 3- 21). New York: Oxford University Press.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S., & McCallum, M. (2000). Different perspectives of the therapeutic alliance and therapist technique in 2 forms of dynamically oriented psychotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry, 45*, 452-458.
- Paivio, S. C., & Bahr, L. B. (1998). Interpersonal problems, working alliance, and outcome in short-term experiential therapy. *Psychotherapy Research, 8*, 392-406.
- Persons, J. B. (2006). Case formulation-driven psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 13*, 167-170.
- Ramnerö, J. & Öst, L. G. (2007). Therapists' and clients' perception of each other and working alliance in the treatment of panic disorder and agoraphobia. *Psychotherapy Research, 17*, 320-328.
- Reis, B. F., & Brown, L. G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 36*, 123-136.

- Rogers, C. R. (1951) *Client-centered Therapy*. Cambridge, MA: Riverside Press
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95-103.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Ryum, T., & Stiles, T. C. (2005). Betydningen av den terapeutiske alliansen: En studie av alliansens prediktive validitet. *Tidsskrift for norsk psykologforening, 42*, 998-1003.
- Ryum, T., Stiles, T. C., Svartberg, M., & McCullough, L. (2010). The role of transference work, the therapeutic alliance, and their interaction in reducing interpersonal problems among psychotherapy patients with cluster C personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*, 442-453.
- Ryum, T., Stiles, T. C., & Vogel, P. A. (2007). Effektivitet ved psykoterapeutisk behandling gjort av viderekomne studenter. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 44*, 1005-1011.
- Ryum, T., Stiles, T. C., & Vogel, P. A. (2009). Kvaliteten på tidlig terapeutisk allianse som prediktor for behandlingseffekt ved depresjon og angst. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 46*, 651-657.
- Saatsi, S., Hardy, G. E., & Cahill, J. (2007). Predictors of outcome and completion status in cognitive therapy for depression. *Psychotherapy Research, 17*, 185–195.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy, 48*, 80-87.
- Salvio, M. A., Beutler, L. E., Wood, J. M., & Engle, D. (1992). The strength of the therapeutic alliance in three treatments for depression. *Psychotherapy Research, 2*, 31-36.
- Sauer, E. M., Anderson, M. Z., Gormley, B., Richmond, C. J., & Preacco, L. (2010). Client attachment orientations, working alliances, and responses to therapy: A psychology training clinic study. *Psychotherapy Research, 20*, 702-711.

- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010) Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*, 637-645.
- Sharpe, D. (1997) Of apples and oranges, file drawers and garbage: Why validity issues in meta-analysis will not go away. *Clinical Psychology Review, 17*, 881-901.
- Skovholt, T. M, & Rønnestad, M. H. (2003). Struggles of the novice counselor and therapist. *Journal of Career Development, 30*, 45-58.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist, 32*, 752-760.
- Sperry, L., Gudeman, J., Blackwell, B., & Faulkner, L. R. (1992). *Psychiatric case formulations*. Washington, DC: APA Press.
- Spruill, J., Rozensky, R. H., Stigall, T. T., Vasquez, M., Bingham, R. P., & Olvey, C. D. V. (2004). Becoming a competent clinician: Basic competencies in intervention. *Journal of Clinical Psychology, 60*, 741-754.
- Sterba, R. F. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis, 15*, 117-126.
- Stiles, T. C., & Høglend, P. A. (1994). IIP-64- Norsk oversettelse.
- Stiles, W. B. (2009). Responsiveness as an obstacle for psychotherapy outcome research: It's worse than you think. *Clinical Psychology: Science and Practice, 16*, 86–91.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist, 41*, 165-180.
- Stiles, W. B., Barkham, M., MellorClark, J., & Connell, J. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: replication in a larger sample. *Psychological Medicine, 38*, 677-688.
- Svartberg, M., & Saxton, H. (1994). WAI – Norsk oversettelse.

- Swift, J., & Callahan, J. (2009). Early psychotherapy processes: An examination of client and trainee clinician perspective convergence. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 16*, 228–236.
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*, 207-210.
- Tryon, G. S., & Kane, A. S. (1993). Relationship of working alliance to mutual and unilateral termination. *Journal of Counseling Psychology, 40*, 33-36.
- Tryon, G. S., & Kane, A. S. (1995). Client involvement, working alliance, and type of therapy termination, *Psychotherapy Research, 5*, 189-198.
- Tryon, G.S., Blackwell, S. C., & Hammel, E. F. (2007). A meta-analytic examination of client-therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research, 17*, 629-642.
- Vogel, P. A., Hansen, B., Stiles, T. C., & Göttestam, K. G. (2006). Treatment motivation, treatment expectancy, and helping alliance as predictors of outcome in cognitive behavioral treatment of OCD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 37*, 247-255.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- 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.
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., & Barber, J. P. (2010). Therapists' adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 200–211.

Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.

Tabeller

Tabell 1. Gjennomsnittskårer og standardavvik for Working Alliance Inventory total- og subskalaer; bånd, oppgaver og mål

Variabler	M	SD	N
WAI total-k	5.39	0.95	180
WAI total-t	5.08	0.68	164
WAI total-tk	4.61	0.77	158
WAI bånd-k	5.48	0.98	194
WAI bånd-t	5.29	0.63	170
WAI bånd-tk	4.79	0.79	164
WAI oppgaver-k	5.29	1.10	192
WAI oppgaver-t	5.00	0.81	166
WAI oppgaver-tk	4.50	0.86	162
WAI mål-k	5.26	1.42	192
WAI mål-t	4.79	1.06	167
WAI mål-tk	4.44	1.05	163

Noter. WAI = Working Alliance Inventory; k = Klient; t = Terapeut; tk = Terapeut-Klient

Tabell 2. Korrelasjoner mellom klient, terapeut og terapeut-klient vurderinger av WAI

Variabel	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Total											
1. WAI-Total-k	0.02	0.15	0.83**	-0.04	0.16	0.92**	0.06	0.14	0.87**	0.03	0.08
2. WAI-Total-t	--	0.84**	-0.05	0.79**	0.79**	0.08	0.93**	0.81**	-0.00	0.85**	0.78**
3. WAI-Total-tk		--	0.07	0.65**	0.85**	0.18*	0.81**	0.94**	0.05	0.71**	0.85**
Bånd											
4. WAI-Bånd-k			--	-0.04	0.17*	0.59**	-0.00	0.04	0.55**	-0.08	-0.01
5. WAI-Bånd-t				--	0.64**	-0.01	0.59**	0.57**	-0.11	0.48**	0.46**
6. WAI-Bånd-tk					--	0.14	0.57**	0.66**	0.05	0.40**	0.53**
Oppgaver											
7. WAI-Oppgaver-k						--	0.10	0.18*	0.78**	0.10	0.12
8. WAI-Oppgaver-t							--	0.81**	0.02	0.77**	0.78**
9. WAI-Oppgaver-tk								--	0.04	0.71**	0.82**
Mål											
10. WAI-Mål-k									--	0.07	0.06
11. WAI-Mål-t										--	0.81**
12. WAI-Mål-tk											--

Noter. WAI = Working Alliance Inventory, k=Klient; t=Terapeut; tk= Terapeut-Klient

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$ (to-halet).

Tabell 3. Partielle korrelasjoner mellom klient og terapeut-klient, bånd og oppgaver, når det kontrolleres for interpersonlig stil, symptomtrykk og diagnose

Korrelasjon	<i>r</i>	<i>p</i>	Korrelasjon	<i>r</i>	<i>p</i>
Bånd k-tk	0.17	0.04	Oppgaver k-tk	0.18	0.03
Kontrollert for: <i>Interpersonlig stil</i>			Kontrollert for: <i>Interpersonlig stil</i>		
IIP - DK	0.16	0.06	IIP - DK	0.17	0.05
IIP - UK	0.16	0.05	IIP - UK	0.17	0.04
IIP - UV	0.17	0.04	IIP - UV	0.18	0.04
IIP - DV	0.17	0.05	IIP - DV	0.17	0.04
<i>Symptomtrykk</i>			<i>Symptomtrykk</i>		
SCL-90-R	0.17	0.05	SCL-90-R	0.17	0.04
<i>Diagnoser</i>			<i>Diagnoser</i>		
Depresjon	0.16	0.06	Depresjon	0.18	0.03
Angst	0.17	0.04	Angst	0.18	0.04
Komorbiditet	0.16	0.05	Komorbiditet	0.17	0.04
Ingen diagnose	0.17	0.04	Ingen diagnose	0.18	0.04

Noter. IIP = Inventory of Interpersonal Problems; DK = dominerende kald; UK= underkastende kald; UV = underkastende varm; DV = dominerende varm; SCL-90 = Symptom Checklist 90 Revised

Appendiks A

Nedenfor finner du 12 utsagn som beskriver noen av de tanker og følelser som man kan ha i forhold til sin terapeut (behandler). Til høyre for hvert utsagn er det en 7 punkts skala. Denne angir i hvilken grad utsagnet gjelder for deg. For eksempel hvis det aldri gjelder for deg, så setter du en ring rundt 1. Hvis det derimot alltid gjelder deg, setter du en ring rundt 7. Er det et sted mellom disse to ytterpunktene, setter du ring rundt et av de andre tallene som du synes passer best. Vi vil be deg svar mest mulig åpent om hvordan du opplever din terapeut og de samtalene du har med han eller henne.

Arbeid hurtig, dine første inntrykk er ofte de beste.

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

WAI - terapeutversjon.

Nedenfor finner du 12 utsagn som beskriver noen av de tanker og følelser som man kan ha i forhold til sin pasient. Til høyre for hvert utsagn er det en 7 punkts skala. Denne angir i hvilken grad utsagnet gjelder for deg. For eksempel hvis det aldri gjelder for deg, så setter du en ring rundt 1. Hvis det derimot alltid gjelder deg, setter du en ring rundt 7. Er det et sted mellom disse to ytterpunktene, setter du ring rundt et av de andre tallene som du synes passer best. Vi vil be deg svar mest mulig åpent om hvordan du opplever din pasient og de samtalene du har med han eller henne.

Arbeid hurtig, dine første inntrykk er ofte de beste.

	Aldri	Sjelden	Av og til	En del ganger	Ofta	Veldig ofte	Alltid
1. Pasienten og jeg er enige om hva som må gjøres i behandlingen for å bedre hans/hennes situasjon		1 2	3	4	5	6	7
2. Pasienten og jeg kjenner oss begge sikre på at det vi gjør i behandlingen nå er nyttig	1	2	3	4	5	6	7
3. Jeg tror pasienten liker meg	1	2	3	4	5	6	7
4. Jeg er usikker på hva vi prøver å oppnå i behandlingen	1	2	3	4	5	6	7
5. Jeg har tillit til at jeg er i stand til å hjelpe pasienten	1	2	3	4	5	6	7
6. Pasienten og jeg arbeider mot de mål vi er blitt enige om	1	2	3	4	5	6	7
7. Jeg setter pris på pasienten som person	1	2	3	4	5	6	7
8. Vi er enige om hva som er viktig for pasienten å arbeide med	1	2	3	4	5	6	7
9. Pasienten og jeg stoler på hverandre	1	2	3	4	5	6	7
10. Pasienten og jeg har forskjellige oppfatninger av hans/hennes problemer	1	2	3	4	5	6	7
11. Vi har kommet fram til en god felles forståelse av hva slags forandringer som vil være til hjelp for pas.	1	2	3	4	5	6	7
12. Jeg tror at den måten vi arbeider med pasientens problemer er riktig	1	2	3	4	5	6	7

WAI - Slik du tror din pasient har besvart disse spørsmålene.

Instruksjon til terapeut: Dette spørreskjemaet har din pasient fylt ut. Vi vil be deg om å fylle ut skjemaet slik du tror din pasient har fylt det ut. Instruksjonen pasienten har fått lyder som følger:

Nedenfor finner du 12 utsagn som beskriver noen av de tanker og følelser som man kan ha i forhold til sin pasient (behandler). Til høyre for hvert utsagn er det en 7 punkts skala. Denne angir i hvilken grad utsagnet gjelder for deg. For eksempel hvis det aldri gjelder for deg, så setter du en ring rundt 1. Hvis det derimot alltid gjelder deg, setter du en ring rundt 7. Er det et sted mellom disse to ytterpunktene, setter du ring rundt et av de andre tallene som du synes passer best. Vi vil be deg svar mest mulig åpent om hvordan du opplever din pasient og de samtalene du har med han eller henne.

Arbeid hurtig, dine første inntrykk er ofte de beste.

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

Appendiks B

SCL-90-R

INSTRUKSJON: På de følgende sidene finner du listet opp en rekke plager og problemer som man av og til har. Les nøye gjennom hvert enkelt spørsmål - eller påstand - én for én, og sett ring rundt det svaralternativet som best beskriver **HVOR MYE HVERT ENKELT PROBLEM HAR PLAGET DEG ELLER VÆRT TIL BESVÆR I LØPET AV DE SISTE 7 dager**, i dag medregnet.

Svarene du kan velge mellom er plassert over hver kolonne øverst på sidene. Du kan enten svare "ikke i det hele tatt" (0), "litt" (1), "måtelig" (2), "ganske mye" (3), eller "veldig mye" (4) på det enkelte spørsmål. Sett ring rundt bare ett tall for hvert spørsmål. Eksempel:

Hvor mye var du plaget av:

1. Vondt i kroppen

0	1	2	3	4
ikke i det hele tatt	litt	måtelig	ganske mye	veldig mye

I løpet av de siste 7 dager,
HVOR MYE HAR DU VÆRT PLAGET AV:

1.	Hodeverk	0 1 2 3 4	22.	Føler deg liksom lur i en felle eller fanget	0 1 2 3 4
2.	Nervøsitet eller indre uro	0 1 2 3 4	23.	Blir plutselig redd uten grunn	0 1 2 3 4
3.	Gjentatte ubehagelige tanker som ikke vil gå slipp	0 1 2 3 4	24.	Ukontrollerbare raseriutbrudd	0 1 2 3 4
4.	Matthet eller svimmelhet	0 1 2 3 4	25.	Føler deg engstelig for å gå hjemmefra alene	0 1 2 3 4
5.	Tap av seksuell lyst og interesse	0 1 2 3 4	26.	Klandrer eller bebreider deg selv for saker og ting	0 1 2 3 4
6.	Føler deg kritisk mot andre mennesker	0 1 2 3 4	27.	Smerter i korsryggen	0 1 2 3 4
7.	Tror at en annen person kan kontrollere tankene dine	0 1 2 3 4	28.	Føler at det er vanskelig å få ting gjort	0 1 2 3 4
8.	Føler at andre er skyld i de fleste av dine problemer	0 1 2 3 4	29.	Føler deg ensom	0 1 2 3 4
9.	Vansker med å huske saker og ting	0 1 2 3 4	30.	Føler deg nedtrykt	0 1 2 3 4
10.	Bekymringer over slurv og uforsiktighet	0 1 2 3 4	31.	Uroer og bekymrer deg for mye over saker og ting	0 1 2 3 4
11.	Blir lett forarget eller irritert	0 1 2 3 4	32.	Føler deg uten interesse for ting	0 1 2 3 4
12.	Smerter i hjerteregionen eller bryst	0 1 2 3 4	33.	Føler deg engstelig og redd	0 1 2 3 4
13.	Føler deg redd for åpne plasser eller på gaten	0 1 2 3 4	34.	Føler deg lett såret	0 1 2 3 4
14.	Føler deg energifattig eller langsommere enn vanlig	0 1 2 3 4	35.	Føler at noen mennesker leser dine private tanker	0 1 2 3 4
15.	Tanker om å ta ditt liv	0 1 2 3 4	36.	Føler at andre ikke forstår deg eller bryr seg om deg	0 1 2 3 4
16.	Hører stemmer som andre ikke hører	0 1 2 3 4	37.	Føler at andre mennesker er uvennlige eller at de misliker deg	0 1 2 3 4
17.	Skjelvinger	0 1 2 3 4	38.	Må gjøre ting meget langsomt for å være sikker på at det blir riktig	0 1 2 3 4
18.	Føler at mennesker flest ikke er til å stole på	0 1 2 3 4	39.	Har hjertebank eller føler at hjerteslagene nærmest løper avgårde	0 1 2 3 4
19.	Dårlig matlyst	0 1 2 3 4	40.	Har kvalme eller urolig mage	0 1 2 3 4
20.	Gråter lett	0 1 2 3 4	41.	Føler deg underlegen eller mindreverdige	0 1 2 3 4
21.	Føler deg blyg eller engstelig i forhold til det motsatte kjønn	0 1 2 3 4			

42.	Verk eller ømhet i musklene	0 1 2 3 4	68.	Har tanker eller ideer som andre ikke har, eller ikke forstår seg på	0 1 2 3 4
43.	Føler at andre iakttar deg eller snakker om deg	0 1 2 3 4	69.	Føler deg meget sjenert eller forsagt når du er sammen med andre	0 1 2 3 4
44.	Har vanskeligheter med å sovne	0 1 2 3 4	70.	Føler ubehag når du omgås mange mennesker på én gang, f.eks. i butikker eller på kino	0 1 2 3 4
45.	Må kontrollere det du gjør en eller flere ganger	0 1 2 3 4	71.	Føler det som om alt mulig er anstrengende	0 1 2 3 4
46.	Problemer med å kunne bestemme deg	0 1 2 3 4	72.	Angst eller panikkanfall	0 1 2 3 4
47.	Føler deg engstelig for å reise med buss, trikk, tog, o.l.	0 1 2 3 4	73.	Føler ubehag ved å spise eller drikke ute blant folk, f.eks. på kafé, bar eller restaurant	0 1 2 3 4
48.	Pustebesvær eller besvær med å få luft	0 1 2 3 4	74.	Havner ofte i heftige diskusjoner eller i krangel	0 1 2 3 4
49.	Varme- eller kuldetokter gjennom kroppen	0 1 2 3 4	75.	Føler deg nervøs når du må være alene	0 1 2 3 4
50.	Må unngå bestemte saker, plasser eller situasjoner fordi de gjør deg engstelig	0 1 2 3 4	76.	Synes at andre ikke setter nok pris på det du gjør	0 1 2 3 4
51.	Blir "tom" i hodet	0 1 2 3 4	77.	Føler deg ensom, selv når du er sammen med andre	0 1 2 3 4
52.	Nummenhet og prikking i deler av kroppen	0 1 2 3 4	78.	Føler deg så urolig at du ikke kan sitte stille	0 1 2 3 4
53.	Klump i halsen	0 1 2 3 4	79.	Føler deg verdiløs	0 1 2 3 4
54.	Føler håpløshet med henblikk på fremtiden	0 1 2 3 4	80.	Føler at noe vondt eller leit vil komme til å hende deg	0 1 2 3 4
55.	Konsentrasjonsproblemer	0 1 2 3 4	81.	Skriker og kaster ting	0 1 2 3 4
56.	Føler deg svak i deler av kroppen	0 1 2 3 4	82.	Er redd for å skulle besvime når du er ute blant folk	0 1 2 3 4
57.	Føler deg anspent eller oppjaget	0 1 2 3 4	83.	Føler at folk vil komme til å utnytte deg om de får sjansen til det	0 1 2 3 4
58.	Føler deg tung i armer eller ben	0 1 2 3 4	84.	Har seksuelle tanker og forestillinger som bekymrer deg	0 1 2 3 4
59.	Tanker om døden eller hvordan det er å dø	0 1 2 3 4	85.	Har tanker om at du bør straffes for syndige ting du har gjort	0 1 2 3 4
60.	Spiser for mye	0 1 2 3 4	86.	Har skremmende tanker og forestillingsbilder	0 1 2 3 4
61.	Føler ubehag når andre mennesker iakttar eller snakker om deg	0 1 2 3 4	87.	Tanker om at det er noe alvorlig feil med kroppen din	0 1 2 3 4
62.	Har tanker som ikke er dine	0 1 2 3 4	88.	Føler deg aldri nær noe annet menneske	0 1 2 3 4
63.	Føler trang til å slå, skade eller gjøre andre vondt	0 1 2 3 4	89.	Skyldfølelse	0 1 2 3 4
64.	Våkner tidlig om morgenen	0 1 2 3 4	90.	Tror at det er noe i veien med din forstand	0 1 2 3 4
65.	Føler en slags tvang mht. å måtte utføre visse handlinger flere ganger eller å måtte utføre dem på en helt bestemt måte - f.eks. berøre visse ting, telle eller vaske	0 1 2 3 4			
66.	Urolig eller forstyrret søvn	0 1 2 3 4			
67.	Kjeaner impulser til å slå i stykker eller smadre ting	0 1 2 3 4			

Appendiks C

IIP64 Versjon C

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

EKSEMPEL:

Hvor mye har du vært plaget av dette problemet?

	Ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	Ganske mye	Veldig
	0	1	2	3	4

Del I. Det følgende er ting du synes er vanskelig å gjøre i forhold til andre mennesker.

Det er vanskelig for meg å :	Ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	Ganske mye	Veldig
1 Stole på andre mennesker	0	1	2	3	4
2 Si "nei" til andre mennesker	0	1	2	3	4
3 Delta i grupper	0	1	2	3	4
4 Holde ting hemmelig for andre mennesker	0	1	2	3	4
5 La andre mennesker få vite hva jeg har bruk for	0	1	2	3	4
6 Be en person om å slutte å plage meg	0	1	2	3	4
7 Presentere meg for nye mennesker	0	1	2	3	4
8 Konfrontere folk med problemer som oppstår	0	1	2	3	4
9 Hevde mine egne meninger overfor en annen person	0	1	2	3	4
10 La andre mennesker få vite når jeg er sint	0	1	2	3	4
11 Forplikte meg over lang tid i forhold til en annen person	0	1	2	3	4
12 Være sjef over en annen person	0	1	2	3	4
13 Være sint på andre når situasjonen gjør det nødvendig	0	1	2	3	4
14 Omgås andre mennesker på en selskapelig måte	0	1	2	3	4
15 Vise andre mennesker at jeg er glad i dem	0	1	2	3	4
16 Komme overens med folk	0	1	2	3	4
17 Forstå andres synspunkter	0	1	2	3	4
18 Uttrykke mine følelser overfor andre direkte	0	1	2	3	4
19 Være bestemt når jeg trenger å være det	0	1	2	3	4
20 Oppleve kjærlighet i forhold til en annen person	0	1	2	3	4
21 Sette grenser for andre	0	1	2	3	4
22 Støtte en annen persons mål med livet	0	1	2	3	4
23 Føle nærhet til andre	0	1	2	3	4
24 Virkelig bry seg om problemer andre mennesker har	0	1	2	3	4
25 Krangle med en annen person	0	1	2	3	4
26 Tilbringe tid alene	0	1	2	3	4

Det er vanskelig for meg å:	Ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	Ganske mye	Veldig
27 Gi en annen person en gave	0	1	2	3	4
28 Tillate meg å føle sinne overfor noen jeg liker	0	1	2	3	4
29 Sette en annens behov framfor mine egne	0	1	2	3	4
30 Ikke bry meg med andres saker	0	1	2	3	4
31 Ta imot råd og ordrer fra folk som har myndighet over meg	0	1	2	3	4
32 Glede meg over et annet menneskes lykke	0	1	2	3	4
33 Be andre mennesker om å omgås meg sosialt	0	1	2	3	4
34 Være sint på andre mennesker	0	1	2	3	4
35 Åpne meg og snakke om følelsene mine til andre	0	1	2	3	4
36 Tilgi en annen person etter at jeg har vært sint	0	1	2	3	4
37 Ta hensyn til mitt eget beste når en annen blir krevende	0	1	2	3	4
38 Si mine egne meninger uten å bekymre meg for at jeg sårer en annen persons følelser	0	1	2	3	4
39 Være trygg på meg selv når jeg er sammen med andre mennesker	0	1	2	3	4
Del II. Følgende er ting du gjør for mye:	Ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	Ganske mye	Veldig
40 Jeg krangler for mye med andre mennesker	0	1	2	3	4
41 Jeg føler meg for ansvarlig for å løse andres problemer	0	1	2	3	4
42 Jeg lar meg altfor lett overtale av andre	0	1	2	3	4
43 Jeg er for åpen overfor andre mennesker	0	1	2	3	4
44 Jeg er altfor selvstendig	0	1	2	3	4
45 Jeg er altfor aggressiv i forhold til andre	0	1	2	3	4
46 Jeg prøver for sterkt å takkes andre mennesker	0	1	2	3	4
47 Jeg klovner for mye	0	1	2	3	4
48 Jeg ønsker for mye å bli lagt merke til	0	1	2	3	4
49 Jeg stoler for mye på andre mennesker	0	1	2	3	4
50 Jeg prøver for mye å kontrollere andre mennesker	0	1	2	3	4
51 Jeg lar for ofte andres behov gå foran mine egne	0	1	2	3	4
52 Jeg prøver altfor mye å forandre andre mennesker	0	1	2	3	4
53 Jeg er for godtroende	0	1	2	3	4
54 Jeg er overdrevent generøs overfor andre mennesker	0	1	2	3	4
55 Jeg er for redd for andre mennesker	0	1	2	3	4
56 Jeg er for mistenksom overfor andre mennesker	0	1	2	3	4
57 Jeg manipulerer andre for mye for å oppnå det jeg vil	0	1	2	3	4
58 Jeg forteller altfor lett personlige ting til andre	0	1	2	3	4
59 Jeg er for ofte uenig med andre	0	1	2	3	4
60 Jeg holder andre altfor mye på avstand	0	1	2	3	4
61 Jeg lar altfor lett andre mennesker utnytte meg	0	1	2	3	4
62 Jeg føler meg for ofte flau overfor andre mennesker	0	1	2	3	4
63 Jeg lar en annen persons elendighet for lett gå inn på meg	0	1	2	3	4
64 Jeg ønsker for ofte hevn over andre	0	1	2	3	4