

**Kvaliteten på tidlig terapeutisk allianse som prediktor
for behandlingseffekt ved depresjon og angst**

Truls Ryum , Tore C. Stiles og Patrick A. Vogell

Kvaliteten på tidlig terapeutisk allianse som prediktor for behandlingseffekt ved depresjon og angst

En god terapeutisk allianse er nødvendig og viktig i psykologisk behandling. Dens kausale eller kurative effekt kan imidlertid variere som en funksjon av pasientens diagnose.

I løpet av de siste tre tiårene har prosessforskning dokumentert at mål på terapeutisk allianse er nokså konsistent, om enn moderat, forbundet med effekt av psykologisk behandling. I to metastudier har den gjennomsnittlige effektstørrelseskorrelasjonen blitt funnet å være i området .22–.26 (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske & Davis, 2000). I de fleste studier er det pasientens egen vurdering av alliansen som er sterkest forbundet med effekt av behandling, foran terapeut og ekstern observatør. Sammenhengen har latt seg påvise i både interpersonlig terapi (Krupnick et al., 1996) og i kognitiv, atferdsterapeutisk og korttids dynamisk terapi (Marmar, Gaston, Gallagher & Thompson, 1989). Kvaliteten på alliansen ser derfor ikke ut til å variere systematisk som en funksjon av behandlingstilnærming (Horvath & Bedi, 2002).

I kombinasjon med effektstudier som viser at ulike behandlingsmodeller ofte produserer nokså ekvivalente resultater (Lambert & Barley, 2004; Wampold, 2001; Wampold et al., 1997), har dette ledet mange til å betrakte alliansen som en fellesfaktor, eller en generisk variabel, i psykoterapi (Orlinsky, Rønnestad & Wilutzki, 2004; Horvath & Bedi, 2002). Et slikt syn er i tråd med Bordins (1979) panteoretiske alliansemodell, og beslektet med Jerome Franks (Frank & Frank, 1991) betoning av uspesifikke fellesfaktorer i all psykoterapi. Den humanistiske tradisjons framheving av de nødvendige og tilstrekkelige betingelsene for terapi, så som varme, ekthet og empati (Rogers, 1957), er et annet eksempel. Siden Saul Rosenzweig (Rosenzweig, 1936) for første gang påpekte viktigheten av fellesfaktorer i terapi, og derigjennom gav dodo-fuglen nytt liv som talsmann (eller -fugl) for dette synet, har det imidlertid skjedd en viktig endring henimot å betrakte for eksempel allianse som en klart definert, og operasjonalisert, *spesifikk* faktor i psykologisk behandling. Den amerikanske psykologforeningens publisering av boken «Psychotherapy relationships that work» (Norcross, 2002) er en klar materialisering av denne utviklingen.

Samtidig har det vært en teoretisk og empirisk fundert diskusjon omkring alliansens relative plass og betydning på tvers av terapeutiske modaliteter, og om forholdet mellom metodespesifikke teknikker og allianse som en fellesfaktor. Herunder hører også en presisering av den relative betydningen av disse faktorene for behandlingseffekt. Tradisjonelt kan man si at de humanistiske, psykodynamiske og opplevelsesorienterte terapiretningene har vært mest opptatte av den *kurative*

siden ved alliansen, og har hatt en tilbøyelighet til å betrakte relasjonen mellom terapeut og pasient som *helende i seg selv* (Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis & Siqueland, 2000; Gaston, Marmar, Gallagher & Thompson, 1991; Luborsky, 1984). Selv om endringsmekanismene har vært beskrevet ved hjelp av forskjellige begreper, er den gjennomgående tanken at relasjonen i seg selv gir næring til menneskelig vekst, eller legger til rette for korrigerende emosjonell eller relasjonell erfaring (Alexander & French, 1946). Kognitiv atferdsterapi har på sin side tradisjonelt hatt en forståelse av alliansen som nødvendig, om ikke tilstrekkelig, for effektiv terapi (Gaston et al., 1995). Publikasjoner i den senere tid vitner imidlertid om et sterkere fokus på alliansens betydning også i kognitiv atferdsterapi, og tidligere beskrivelser av denne behandlingsretningen som «mekanistisk og instrumentell» er i dag lite dekkende (Berge, Repål, Ryum & Samoilow, 2008; Gilbert & Leahy, 2007; Safran & Zegal, 1990).

Selv om forskningsiveren på allianse har vært stor, gjenstår flere ubesvarte spørsmål om dens plass og betydning i terapi. To av disse dreier seg om betydningen av allianse på tvers av diagnostiske grupper, og om alliansen kan sies å forårsake endring (være kurativ i seg selv) (Barber et al., 2000; Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006). Når det gjelder det første spørsmålet, er hoveddelen av forskningen som relaterer allianse til behandlingseffekt, gjort på sammensatte diagnosegrupper, som i metastudien til Martin et al. (2000). En vanlig kritikk mot denne framgangsmåten er at man sammenligner «epler og appelsiner» (Sharpe, 1997), og i realiteten sitter igjen med kunnskaper og konklusjoner som ikke er spesifikt relevante for noen av delene. Av denne grunn foreligger det i dag relativt lite diagnosespesifikk kunnskap når det gjelder allianse (Horvath & Bedi, 2002).

Om man tar utgangspunkt i spesifikke eller «rene» studier på de to vanligste symptomlidelsesområdene, nemlig depresjon og angst, omhandler langt de fleste studiene betydningen av allianse i depresjonsbehandling. Et godt eksempel er det velkontrollerte Treatment of Depression Collaborative Research Program (Elkin, Parloff, Hadley & Autry, 1985), som sammenlignet kognitiv, interpersonlig og medikamentell behandling av depresjon. Mål på allianse (observatør) ble her funnet å være korrelert med behandlingseffekt i samtlige terapibetingelser, også farmakologisk og placebo (Krupnick et al., 1996). Dette og andre studier (f.eks. Salvio, Beutler, Wood & Engle, 1992) synes nokså entydig å dokumentere at en kvalitativt sett god allianse er assosiert med god behandlingseffekt i depresjonsbehandling.

Den terapeutiske alliansen vil kunne være egnet som et terapeutisk fokus ved depresjonsbehandling. Men ved behandling av angstlidelser er ikke dette tilstrekkelig om målet er å oppnå symptomreduksjon

Betydelig færre studier har undersøkt alliansens plass og betydning i behandling av angstlidelser, og tradisjonelt har man i behandlingsmodeller vært mer opptatt av betydningen av spesifikke teknikker enn av relasjonelle faktorer mellom terapeut og pasient som avgjørende for optimal behandlingseffekt. Dette gjelder kanskje først og fremst betydningen av eksponering, og behandlingsmodeller som inkluderer dette, synes også å være foretrukket behandling (Lambert, Garfield & Bergin, 2004). Betydningen av alliansen har derfor også inntatt en mer underordnet rolle i slik behandling, og få empiriske studier har undersøkt sammenhengen mellom allianse og behandlingseffekt. Av relevante studier kan nevnes at Ramnerö og Öst (2007) rapporterte at allianse ikke var forbundet med bedring i behandling av panikkklidelse og agorafobi, mens en annen studie fant at alliansen var forbundet med bedring i behandling av tvang (Vogel, Hansen, Stiles & Gøtestam, 2006). Summarisk må man derfor kunne si at det foreligger lite diagnosespesifikk kunnskap på dette området, og relativt sett mest om forholdet mellom kvalitet på allianse og effekt av behandling ved depresjon.

Et annet viktig spørsmål er hvorvidt alliansen i seg selv kan sies å frambringe endring i terapi, eller om den i større grad er et produkt av for eksempel tidlig symptomlette (Barber et al., 2000; Castonguay et al., 2006; Ryum & Stiles, 2005). Dette er et viktig spørsmål, ettersom de fleste teoretikere og klinikere, uansett spesifikke definisjon av alliansen, som regel forbinder denne med noe annet enn et mål på symptomreduksjon. Få studier har undersøkt dette eksplisitt, ettersom mål på allianse i nesten alle studier utelukkende er korrelert med endring fra behandlingsstart og til avslutning (det vil si total endring/symptomreduksjon). Dette vil for det første si at den faktiske endringen fra alliansen blir målt og til avslutning sannsynligvis er lavere (assosiasjonen overestimeres), og dessuten tas det ikke hensyn til at en god allianse kan være en *følge* av initial symptomreduksjon.

Når en i et fåtall studier har kontrollert for dette, har alliansen likevel vist seg å predikere senere reduksjon i depressive symptomer målt ved Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) i psykodynamisk behandling av en sammensatt pasientpopulasjon med diagnoser som depresjon, generalisert angstlidelse og unnvikende- og tvangspreget personlighetsforstyrrelse (Barber et al., 2000). En annen studie (Klein et al., 2003)

fant at mål på allianse predikerte senere endring i depressive symptomer målt ved Hamilton Rating Scale for Depression (Hamilton, 1967) i behandling av pasienter med kronisk depresjon ved hjelp av en variant av kognitiv terapi spesielt utviklet for denne lidelsen. Foruten å kontrollere for initiale symptomer ble det i den sistnevnte studien også kontrollert for en rekke andre pasientkjennetegn, så som komorbid angst. En norsk studie har også rapportert at alliansen predikerte reduksjon i interpersonlige vansker målt ved Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64; Alden, Wiggins & Pincus, 1990) (Ryum & Stiles, 2005), om enn i et utvalg med få klienter og sammensatte diagnoser. Når det gjelder angstlidelser, ble dette ikke undersøkt i de tidligere nevnte studiene (Ramnerö & Öst, 2007; Vogel et al., 2006), og oss bekjent heller ikke i andre.

Hvis pasienten har en komorbid tilstand, gir resultatene fra denne studien ingen klare svar på hva som vil være optimal strategi

Den samlede empirien for allianse som en *kurativ* faktor i terapi er slik ikke overveldende, og så langt best dokumentert i forhold til reduksjon i depressive symptomer. Dette peker igjen i retning av en interaksjonseffekt, hvor alliansens plass og betydning varierer som en funksjon av diagnose. Med utgangspunkt i et naturalistisk, poliklinisk utvalg bestående av pasienter med enten en primær depresjonslidelse eller en primær angstlidelse ønsket vi å forfølge denne problemstillingen videre. På bakgrunn av teori og tidligere forskning var vår hovedhypotese at mål på allianse tidlig i terapi ville predikere reduksjon i generelle, psykiske symptomer og interpersonlige problemer hos pasienter med en depresjonsdiagnose, men ikke hos pasienter med en angstlidelse, etter at det var kontrollert for relevante sosiodemografiske variabler og tidlig symptomlette.

Metode

Klienter

Klientgrunnlaget i denne studien er det samme som i en tidligere publisert artikkel (Ryum, Stiles & Vogel, 2007), og vi viser til denne for nærmere beskrivelse av det samlede klientgrunnlaget (N = 117), inklusjonskriterier, utvalgsprosedyrer og behandlingseffekt. I den aktuelle studien var det kun klienter som tilfredsstilte kriteriene for en diagnose enten innenfor F30–39 («Affektive lidelser»; n = 28) eller F40–48 («Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser»; n = 45) i henhold til kriterier i de respektive kapitlene i ICD-10 som var aktuelle for inklusjon. I forhold til angstdiagnoser valgte vi å ekskludere klienter som hadde diagnoser hvor eksponering *ikke* inngår

som en sentral komponent i behandlingen. Dette var «Blandet angst og depressiv lidelse» (n = 5), «Tilpasningsforstyrrelse» (n = 6), «Hypokondrisk lidelse» (n = 2), «Andre spesifiserte somatoforme lidelser» (n = 1)» og «Uspesifisert somatoform lidelse» (n = 1). I det resterende utvalget manglet det allianseskåre for tre klienter (F30–39 = 1; F40–48 = 2), slik at vi satt igjen med til sammen 55 klienter for hovedanalysene. Potensielle effekter som følge av frafallet ble ikke undersøkt nærmere. Sosiodemografiske og diagnostiske variabler for de to gruppene ved inntak er presentert i tabell 1.

Tabell 1. Demografiske og diagnostiske variabler for de to diagnostiske gruppene (N=55)

Variabel	Kategori	F30–39a (n = 27)		F40–48b (n = 28)		
		Mean	SD	Mean	SD	
Alder		32.6	11.0	31.8	11.5	
		N	(%)	N	(%)	
Kjønn	Mann	5	18.5	9	32.1	
	Kvinne	22	81.5	19	67.9	
Sivilstatus	Enslig	12	44.5	14	50	
	Gift	6	22.2	6	21.4	
	Samboer	6	22.2	7	25	
	Separert/ skilt	3	11.1	1	3.6	
	I lønnet arbeid	9	33.3	9	32.1	
Yrkesstatus	Arbeidsløs	1	3.7	2	7.2	
	Sykmeldt	8	29.6	6	21.4	
	Under attføring	2	7.4	4	14.3	
	Student/ skoleelev	7	26	6	21.4	
	Pensjonert	0	0	1	3.6	
ICD-10 Diagnoser	Mild depressiv episode	6	22.2	Agorafobi	2	7.2
	Moderat depressiv episode	9	33.3	Agorafobi med panikk	1	3.6
	Alvorlig depressiv episode, uten	3	11.1	Sosial fobi	9	32.1

Tabell 1. Demografiske og diagnostiske variabler for de to diagnostiske gruppene (N=55)

psykotiske symptomer				
Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode mild	1	3.7	Panikk lidelse	4 14.3
Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode moderat	7	26	Generalisert angstlidelse	5 17.8
Dystymi	1	3.7	Obsessiv-kompulsiv lidelse	6 21.4
			Posttraumatisk stresslidelse	1 3.6

NOTE: a = Affektive lidelser; b = Nevrotiske, stressrelaterte og somatoforme lidelser.

Tabellen viser for begge gruppene en overvekt av kvinner, at i overkant av 40 % var i et parforhold, samt at drøyt en tredjedel var i lønnet arbeid. Videre undersøkelser ved hjelp av khi-kvadrat viste at det ikke var statistisk signifikante forskjeller gruppene imellom med hensyn til kjønn $\chi^2(1, N = 55) = 1.35, p = .25$; sivilstatus $\chi^2(3, N = 55) = 1.21, p = .75$ eller yrkesstatus $\chi^2(5, N = 55) = 2.35, p = .80$. Få observasjoner per celle (<5) reduserer påliteligheten til flere av disse analysene, men så langt det er mulig å avgjøre det, var gruppene like med hensyn til disse variablene.

Effekt mål

Vi brukte de samme to effekt målene som i den opprinnelige artikkelen, hvor vi oppsummerer behandlingseffekt for utvalget (Ryum et al., 2007):

Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1994) er et selvrapporrtspørreskjema (90 ledd) som gir informasjon om klientens opplevelse av ulike psykiske symptomer. I tillegg til å bruke den globale indeksen for symptombelastning brukte vi de ti underskalaene som dekker følgende symptomområder: *somatisering* (omfatter somatiske reaksjoner som ofte er symptomer på stress, så som muskelsmerter, hodepine og diffuse fornemmelser); *tvangstendens* (tanker, impulser og handlinger som stadig vender tilbake og som oppleves som påtrengende, samt rigide regler); *mellommenneskelig overfølsomhet* (følelse av underlegenhet eller utilstrekkelighet i møte med andre); *depresjon* (dysforisk affekt og redusert humørtilstand, interesseløshet); *angst* (indre uro, anspenhet og andre fysiologiske tegn som sterk hjertebank og skjelvninger); *fiendtlighet* (tanker, følelser og

handlinger relatert til fiendtlig og aggressiv atferd, for eksempel irritabilitet, impuls til å ødelegge ting eller lav frustrasjonstoleranse); *fobisk angst* (først og fremst symptomer knyttet til agorafobi); *paranoide forestillinger* (projeksjon, fiendtlighet, mistenksomhet, selvreferanse); *psykosisisme* (inkluderer både schizoide trekk, fremmedgjøring og mer psykotiske symptomer) og *tilleggsskala* (relatert til søvn og appetitt).

I tillegg gjorde vi bruk av *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP-64; Alden et al., 1990), som er et selvrapportspørreskjema (64 ledd) som måler intensitet i, og type av, mellommenneskelige problemer målt ved hjelp av åtte delskalaer: *dominerende* (tendens mot å ville kontrollere, manipulere eller endre andre); *mistenksom* (mistillit/ vansker med å stole på andre, samt vansker med å bry seg om andres behov); *kald* (vansker med å uttrykke varme følelser, eller å forplikte seg overfor en annen over lang tid); *sosialt unnvikende* (følelse av engstelighet og forlegenhet i andres nærvær, vansker med å initiere kontakt overfor andre); *lite selvhevdende* (vansker med å uttrykke egne behov overfor andre, ubekvem i autoritære roller og vansker med å være bestemt og selvhevdende overfor andre); *utnyttbar* (vansker med å føle og uttrykke sinne av frykt for konsekvenser fra andre); *oppofrende* (være overdreven sjenerøs eller omsorgsfull for å prøve å tilfredsstille andre); *påtrengende* (vansker med å tilbringe tid alene, selvopptatt og oppmerksomhetskrevende).

Prosessmål

Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1989) er et selvrapportspørreskjema som omhandler opplevd kvalitet på samarbeid og relasjon mellom klient og terapeut. Instrumentet er utviklet på bakgrunn av Bordins (1979) panteoretiske modell, og fanger opp i hvilken grad klient og terapeut opplever å være kommet til enighet om terapeutiske mål og oppgaver, og de følelsesmessige sidene ved relasjonen, så som gjensidig tillit, fortrolighet og aksept. Måleinstrumentet fanger slik opp både arbeidsmessige (mål og oppgaver) og emosjonelle (bånd) sider ved relasjonen, i tråd med Luborsky (1984). Vi brukte en forkortet 12 ledds klientversjon basert på arbeidet til Tracey & Kokotovic (1989) som ble samlet inn etter tredje behandlingstime. Cronbachs alfa for alle tolv ledd ble funnet å være .83 i det totale pasientutvalget (n = 93), hvilket tilsier god indre reliabilitet.

Resultater og diskusjon

Ettersom både nivå av symptomer og type av interpersonlige problemer i noen studier har blitt funnet å påvirke kvaliteten på alliansen (Gaston, Thompson, Gallager, Cournoyer & Gagnon, 1998; Hersoug,

Monsen, Havik & Høglend, 2002), undersøkte vi først om det var noen statistisk signifikante forskjeller gruppene imellom som det var nødvendig å ta hensyn til. Dette ble gjort ved hjelp av uavhengige t-tester gruppene imellom ved inntak for totalskårer og underskalaer på både SCL-90-R og IIP-64. Resultatene av dette, samt reliabilitetsdata for effektmålene basert på hele utvalget (N = 117), er presentert i tabell 2.

Tabell 2. Uavhengig t-test mellom de diagnostiske gruppene (F30–39 vs F40–48), samt reliabilitetsdata for de aktuelle effektmålene basert på hele utvalget

Måleinstrument	Subskala	Sammenligning mellom grupper (n = 55)			Cronbachs alfa (n = 117)
		t	d.f.	p	
IIP-64	Dominerende	-1.02	53	i.s.	.67
	Hevngjerrig	-.44	51	i.s.	.73
	Kald	-.22	53	i.s.	.84
	Sosialt unnvikende	-.20	53	i.s.	.88
	Underkastende	.11	53	i.s.	.86
	Utnyttbar	.01	53	i.s.	.85
	Overomsorgsfull	.88	53	i.s.	.81
	Påtrengende	-.43	53	i.s.	.68
IIP-64 Total		.17	53	i.s.	.95
SCL-90-R	Somatisering	.52	53	i.s.	.88
	Tvangstendens	-.52	53	i.s.	.80
	Mellommenneskelig overfølsomhet	-.01	53	i.s.	.86
	Depresjon	1.35	53	i.s.	.88
	Angst	-1.23	53	i.s.	.88
	Fiendtlighet	.90	53	i.s.	.81
	Fobisk angst	-2.18	53	*	.87
	Paranoide forestillinger	.39	53	i.s.	.74
	Psykotisme	-.01	53	i.s.	.77
	Tilleggsskala	.27	53	i.s.	.68
	SCL-90-R Total		-.19	53	i.s.

Tabell 2. Uavhengig t-test mellom de diagnostiske gruppene (F30–39 vs F40–48), samt reliabilitetsdata for de aktuelle effektmålene basert på hele utvalget

NOTE: IIP-64 = Inventory of Interpersonal problems – 64; SCL-90-R = Symptom Checklist 90 Revised; *) $p < .05$; i.s. = ikke signifikant.

Det var, med ett unntak, ingen statistisk signifikante forskjeller mellom de to diagnostiske gruppene med hensyn til generelt symptomtrykk, symptomprofil, nivå eller type av interpersonlige vansker. Unntaket var en statistisk signifikant forskjell på underskalaen «Fobisk angst» på SCL-90-R, hvor angstpasientene skåret signifikant høyere enn depresjonsgruppen ($p < .05$). Denne subskalaen måler i hovedsak symptomer knyttet til agorafobi, men videre eksplorative analyser fant ingen statistisk signifikant påvirkning av denne på alliansen. Følgelig var dette en forskjell som det ikke ble tatt hensyn til i de videre analysene. Cronbachs alfa for måleinstrumentene (underskalaer og totalskalaer) var god for de fleste ($> .8$), og akseptabel for de med lavere reliabilitet ($> .6$).

Vi undersøkte så om det var noen statistisk signifikant forskjell på WAI mellom angstgruppen ($M = 5.17$, $SD = .8$) og depresjonsgruppen ($M = 5.61$, $SD = .9$), ved hjelp av en uavhengig t-test. Resultatet viste ingen statistisk signifikant forskjell, selv om det var en trend mot at skårene lå noe høyere i depresjonsutvalget ($t(53) = 1.92$, $p = .06$).

Deretter ble det gjort en hierarkisk regresjonsanalyse, hvor SCL-90-R ved avslutning ble brukt som avhengig variabel. Pasientenes kjønn og alder ble tatt inn i henholdsvis trinn ett og to, og deretter ble symptomreduksjon fra inntak og til time tre tatt inn i trinn tre. I trinn fire ble diagnose tatt inn (depresjon = 1, angst = -1), i trinn fem WAI skåre for time tre, og i trinn seks ble interaksjonen mellom diagnose * WAI tatt inn. Resultatene av denne analysen er presentert i tabell 3.

Tabell 3. Hierarkisk regresjonsanalyse for SCL-90-R ved avslutning med diagnose, allianse og interaksjonen diagnose x allianse som prediktorer (n = 55)

Trinn	Uavhengig variabel	Fcha	R 2 cha	Beta	Avhengig variabel
					SCL-90-R post
1	Kjønn	.13	.00	.11	
2	Alder	.17	.00	.11	
3	Initial symptomreduksjon	.08	.00	-.07	
4	Diagose (1 = depresjon, -1 = angst)	.03	.00	-1.91	
5	WAI time 3	3.04	.06	-.23	

Tabell 3. Hierarkisk regresjonsanalyse for SCL-90-R ved avslutning med diagnose, allianse og interaksjonen diagnose x allianse som prediktorer (n = 55)

6	Diagnose x WAI	4.48*	.08	-1.91
---	----------------	-------	-----	-------

NOTE: SCL-90-R = Symptom Checklist 90 Revised; WAI = Working Alliance Inventory; *) p <.05.

Tabellen viser at verken diagnose eller WAI hver for seg predikerte en statistisk signifikant endring på SCL-90-R for det totale utvalget, mens interaksjonen diagnose * WAI i siste trinn er statistisk signifikant (p <.05). Interaksjonen indikerer at høyere allianseskårer var assosiert med lavere symptomtrykk ved terapiavslutning for pasienter med en depresjonsdiagnose.

Tilsvarende analyse ble gjort med IIP-64 ved avslutning som avhengig variabel. Kjønn og alder ble tatt inn i henholdsvis trinn en og to, og deretter ble reduksjon i interpersonlige vansker fra inntak og til time tre tatt inn i trinn tre. I trinn fire ble diagnose tatt inn (depresjon = 1, angst = -1), i trinn fem WAI-skåre for time tre, og i trinn seks interaksjonen diagnose * WAI. En samlet framstilling av dette er presentert i tabell 4.

Tabell 4. Hierarkisk regresjonsanalyse for IIP-64 ved avslutning med diagnose, allianse og interaksjonen diagnose x allianse som prediktorer (n = 55)

Trinn	Uavhengig variabel	Fcha	R 2 cha	Beta	Avhengig variabel
					IIP-64 post
1	Kjønn	1.66	.03	.20	
2	Alder	.15	.00	.06	
3	Initial reduksjon i interpersonlige problemer	.24	.01	-.07	
4	Diagnose (1 = depresjon, -1 = angst)	.44	.01	-1.30	
5	WAI time 3	4.15*	.07	-.27	
6	Diagnose x WAI	1.64	.03	-1.15	

NOTE: IIP-64 = Inventory of Interpersonal problems; WAI = Working Alliance Inventory; *) p <.05.

Tabellen viser at WAI var en statistisk signifikant prediktor for endring på IIP-64 for begge gruppene (p <.05), og det var ingen interaksjonseffekt mellom diagnose og WAI i siste trinn når det var kontrollert for diagnose og WAI initialt. Dette indikerer at høyere allianseskårer var assosiert med mindre interpersonlige vansker ved terapiavslutning for begge de diagnostiske gruppene.

Hovedproblemstillingen for studien var hvorvidt betydningen av den terapeutiske alliansen varierer som en funksjon av diagnose, og om den derfor i større grad kan predikere behandlingseffekt hos pasienter med en depresjonsdiagnose enn hos pasienter med en angstlidelse. Vi fant noe støtte for denne hypotesen, ettersom den terapeutiske alliansen var forbundet med reduksjon i både generelle symptomer og interpersonlige problemer i depresjonsutvalget, men bare med sistnevnte i angstutvalget. Dette indikerer en mer kurativ effekt av den terapeutiske alliansen ved depresjonsbehandling enn ved angstbehandling, og styrker tidligere forskning som indikerer den terapeutiske alliansen som en kausalfaktor i depresjonsbehandling (Barber et al., 2000; Klein et al., 2003). Implisitt peker dette også på at forskjellige endringsmekanismer kan være involvert i de to diagnostiske gruppene. Symptomreduksjon ved angstlidelser kan for eksempel være nærmere knyttet til bruken av eksponering enn til relasjonen mellom terapeut og pasient.

Kliniske implikasjoner

Ettersom resultatene framhever at den terapeutiske alliansen er viktig ved depresjonsbehandling, er det naturlig å tenke seg at den her også vil kunne være egnet som et terapeutisk fokus. Dette er «godt nytt» for alle behandlingstradisjoner som vektlegger relasjonen mellom terapeuten og klienten som sentral, bærende og helbredende. Gitt at man som terapeut har en pasient som gir en høy allianseskåre tidlig i behandling, kan man med rimelig grad av sikkerhet slutte at man behandlingsmessig er på riktig vei.

Ved behandling av angstlidelser indikerer resultatene at om man som terapeut har en pasient som rapporterer en god terapeutisk allianse tidlig i behandlingen, så er ikke dette tilstrekkelig om målet er å oppnå symptomreduksjon. En innbaking av andre, spesifikke teknikker så som eksponering kan derfor være essensielt for å komme i land behandlingsmessig, ikke minst ettersom det å oppnå en redusert symptomatologi ofte står sentralt for de pasientene det gjelder. For stort fokus på at relasjonen mellom terapeut og pasient skal være *det bærende* i behandlingen vil i så henseende ikke være en optimal behandlingsstrategi.

Så fremt pasienten har en komorbid tilstand, gir resultatene fra denne studien ingen klare svar på hva som vil være optimal strategi. Det kliniske bildet og spørsmålet om hva som er den primære lidelsen, vil kunne spille inn. For eksempel, om en pasient har en primær tvangslidelse og en depresjon sekundært til denne, vil riktig behandling først og fremst være eksponering i forhold til tvangen (Foa, Kozak, Steketee & McCarthy, 1992). En god terapeutisk allianse vil kunne være nødvendig for å lykkes med dette, men ikke tilstrekkelig i seg selv.

Andre forhold kan gjøre det nødvendig for terapeuten å arbeide mer direkte med den terapeutiske alliansen, både som et forberedelsesarbeid for andre spesifikke teknikker, eller som et endringsarbeid i seg selv. For eksempel kan dette bli nødvendig hvis pasienten har manglende motivasjon for behandling (Huppert, Barlow, Gorman, Shear & Woods, 2006), eller har en usikker tilknytningsstil (Eames & Roth, 2000). Samarbeidsvansker og alliansebrudd vil som regel kreve et større fokus og nennsomt arbeid med den terapeutiske alliansen (Safran & Muran, 2000).

På et mer overordnet plan gir studien støtte til både tilhengere av at universelle fellesfaktorer er avgjørende i terapi og til dem som i større grad vektlegger betydningen av spesifikke teknikker. En tydeliggjøring av hvorledes allianse og teknikk, i vekslende omfang, påvirker behandlingseffekt ved ulike diagnoser, er etter vårt syn noe som fagfeltet trenger mer kunnskap om. Herunder hører også studier av hvorledes disse to faktorene påvirker hverandre (Safran & Muran, 2000).

Begrensninger

Det er flere begrensninger ved studien. For det første kan vi ikke utelukke at nyanser har gått tapt som følge av at det er brukt for grove diagnostiske kategorier. Små utvalg og en mulig underdiagnostisering av komorbide tilstander gjør også at resultatene må betraktes som tentative. Det var heller ingen systematisk kontroll av behandlingen som ble gjort, slik at forsøk på å forklare statistisk signifikante forskjeller de diagnostiske gruppene imellom beror mer på indirekte slutninger enn på faktiske, påvisbare data. Ut fra de diagnosene som foreligger, er det imidlertid ingen grunn til å betvile at eksponeringsbehandling sannsynligvis har vært den behandling de fleste pasientene med angstlidelser har fått. Klinikken har en utpreget kognitiv atferdsterapeutisk profil blant veiledere som videre sannsynliggjør en slik antagelse. Ideelt sett bør imidlertid studien replikeres på et større utvalg med mer spissede diagnoser, hvor en har bedre kontroll over behandlingsbetingelsene.

Konklusjon

Studien tyder på at alliansen i seg selv kan ha en kurativ funksjon ved depresjonsbehandling, og føre til reduksjon i både generelle symptomer og interpersonlige problemer. Dens rolle i angstbehandling ser ut til å være noe mer underordnet, hvilket indikerer en interaksjonseffekt mellom allianse og diagnose. Dette viser at fellesfaktorer så som den terapeutiske allianse ofte er grunnleggende og viktige, om ikke nødvendigvis tilstrekkelige, i all psykologisk behandling.

Truls Ryum
 Psykologisk institutt
 Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
 7491 Trondheim
 Tlf. 41 60 87 35
 E-post truls.ryum@svt.ntnu.no

Referanser

- Alden, L. E., Wiggins, J. S. & Pincus, A. L. (1990). Constructing of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment*, 55, 521–536.
- Alexander, F. & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. Oxford, England: Ronald Press.
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Cristoph, P., Gladis, L. & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patient's outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1027–1032.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E. & Erbaugh, J. K. (1961). An inventory to measure depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.
- Berge, T., Repål, A., Ryum, T. & Samoilow, D. (2008). Behandlingsallianse i kognitiv terapi. I T. Berge & A. Repål (red.), *Praktisk anvendelse av kognitiv terapi* (s. 24–60). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252–260.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J. & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: where we are and where we should go. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 3, 271–279.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Administration, Scoring, and Procedures Manual, 3rd edition*. Minneapolis, MN: National Computing Services.

- Eames, V. & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance: A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research*, 10, 421–434.
- Elkin, I., Parloff, M. B., Hadley, S. W. & Autry, J. H. (1985). NIMH Treatment of depression collaborative research program. Background and research plan. *Archives of General Psychiatry*, 42, 305–316.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Steketee, G. S. & McCarthy, P. R. (1992). Treatment of depressive and obsessive-compulsive symptoms in OCD by imipramine and behaviour therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 279–292
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing (3 utg.)*. Baltimore, Maryland: The John Hopkins University Press.
- Gaston, L., Goldfried, M. R., Greenberg, L. S., Horvath, A. O., Raue, P. J. & Watson, J. C. (1995). The therapeutic alliance in psychodynamic, cognitive-behavioral and experiential therapies. *Journal of Psychotherapy Integration*, 5, 1–26.
- Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L. G. & Gagnon, R. (1998). Alliance, technique and their interaction in predicting outcome of behavioural, cognitive, and brief dynamic therapy. *Psychotherapy, Research*, 8, 190–209.
- Gilbert, P. & Leahy, R. L. (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive-behavioral psychotherapies*. New York: Routledge.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British journal of social and clinical psychology*, 6, 278–296.
- Hersoug, A. G., Monsen, J. T., Havik, O. E. & Høglend, P. (2002). Quality of early working alliance in psychotherapy: Diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors. *Psychotherapy and psychosomatics*, 71, 18–27.
- 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. & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223–233.
- 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.

- Huppert, J. D., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. & Woods, S. W. (2006). The interaction of motivation and therapist adherence predicts outcome in cognitive behavioral therapy for panic disorder: preliminary findings. *Cognitive and behavioral practice*, 13, 198–204.
- Klein, D. N., Schwartz, J. E., Santiago, N. J., Vivian, D., Vocisano, C. & Castonguay, L. G. (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.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2004). Research summary of the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contribution and responsiveness to patients* (s. 17–32). New York: Oxford university press.
- Lambert, M. J., Garfield, S. L. & Bergin, A. E. (2004). Overview, trends and future issues. I M. J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5 utg. s. 805–821). New York: John Wiley & Sons.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.
- Marmar, C. R., Gaston, L., Gallagher, D. & Thompson, L. W. (1989). Alliance and outcome in late-life depression. *Journal of nervous and mental disease*, 8, 464–472.
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438–450.
- Norcross, J. C. (red.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. I M. J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior change* (5 utg. s. 307–390). New York: John Wiley & Sons, Inc.

- 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.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology*, 21, 95–103.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412–415.
- Ryum, T. & Stiles, T. C. (2005). Betydningen av den terapeutiske allianse – En studie av alliansens prediktive validitet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 998–1003.
- Ryum, T., Stiles, T. C. & Vogel, P. A. (2007). Effektivitet av psykoterapeutisk behandling gjort av viderekommende studenter ved psykologisk poliklinikk for voksne og eldre, NTNU. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 8, 1005–1011.
- Safran, J. D. & Zegal, S. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: The Guilford Press.
- Salvio, M. A., Beutler, L. E., Wood, J. M. & Engle, D. (1992). The strength of the therapeutic alliance in three treatments for depression. *Psychiatry Research*, 2, 31–36.
- 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.
- Tracey, T. J. & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the working alliance inventory. *Psychological assessment*, 1, 207–210.
- Vogel, P. A., Hansen, B., Stiles, T. C. & Götestam, 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., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, «all must have prizes». *Psychological Bulletin*, 122, 203–215.