**Titelblad**

**Titel:** Den terapeutiske alliance

**Forfatterens navn:** Mie T. Pedersen

**Vejlederens navn:** Jens Kvorning

**Aflevering:** Oktober, 2010

**Uddannelsessted:** Aalborg Universitet, Institut for Kommunikation

**Studieretning og semester:** Psykologi, 10. semester KA

**Fag:** Speciale

Antal tegn med mellemrum i opgaven: 191.920

Antal normalsider á 2400 tegn: 79,966

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mie T. Pedersen

Studienummer: 20022370

Abstract

This project examines how the therapeutic alliance can be understood and used in the context of the wider therapeutic relationship. This encompasses an attempt to understand and differentiate the alliance in relation to transference, countertransference and the real relationship. The alliance is primarily described from a psychodynamic angle, which is partly due to the fact that most of the literature about the alliance is written within this frame. The cognitive behavioral way of understanding and using the alliance will also be reflected on, which creates a more dynamic discussion of the way the therapeutic alliance is supported and used differently in the two respectful therapeutic frames.

The project is divided into 3 major parts.

In the first part the historical development of the alliance is described, which leads to identification and discussion of the primary debates concerning the definition of the alliance and the way this phenomenon relates to transference, countertransference and the real relationship. It is found that the alliance is the result of complex interactions between qualities in the therapist, qualities in the client, elements between the client and the therapist and the therapeutic frame. It is argued that a clear conceptualization of and differentiation between transference, countertransference, alliance and the real relationship seems preferable and can lead to a better understanding of the way these phenomena interact. This can also help the therapist in the important task of trying to figure out the sources to his feelings, and whether these seems to reflect a reaction to the client’s transference, to the client’s actual situation, or are a result of Proactive (personal) countertransference. Transference and countertransference are also understood in the light of our knowledge about the brain, more specifically from an understanding of neural networks. This leads to an understanding of how the relationship and the alliance can contribute to healing through the process of synaptogenese and neurogenese.

It is also found, that it seems more constructive for the understanding and use of the alliance to understand the alliance as a super ordinate and essentially interpersonal phenomenon, which is constituted from complementary interpersonal and intrapersonal processes. The alliance seems to be strengthened when the client and therapist realizes how the interpersonal processes in the therapeutic relationship can create an understanding of and be understood in the light of the client’s intrapersonal mental models. This will strengthen the real relationship which often strengthens the alliance and thereby makes therapy more efficient.

The second part of the project reviews the research on the therapeutic alliance. This is used to assess whether the proposed theoretical understanding of the alliance can be supported empirically. The research makes it clear that the nonspecific factors of therapy, which includes the therapeutic alliance, are significantly related to therapeutic effect. Research also shows that there are no differences in therapeutic effect in different therapies, which indicates that it is the way the techniques are used in the therapeutic relationship that is most important. The most interesting finding is that the therapist’s relational abilities seem to be the most crucial element in creating a solid therapeutic alliance and fostering therapeutic effect. This can be understood from an affect-regulating perspective, which has important clinical implications.

The third part of the project examines how the relatively new knowledge from primarily Shores (2001) theory on affectregulation can contribute to the understanding and use of the alliance in the context of the therapeutic relationship. This part of the project shows how the emotional bond in the alliance can be understood as an ‘affectregulating bond’. This bond can be conceptualized as weak or strong in the immediate therapeutic context dependent on the therapist’s degree of attunement to the client’s right hemisphere and the client’s and therapist’s synchronization. The emotional bond can also be understood as generally strengthened by the constant small ruptures and repairs. The quality of the non-conscious dyadic affectregulation mechanisms can be understood as a primary mediator of the alliance. The client seems to attach to the psychobiologically attuned and regulated/dyadic regulating therapist which creates a safe and positive environment and curiosity in the therapeutic exploration and work. This underscores, that it is crucial, that the therapist is securely attached, and that she seeks to develop the necessary interpersonal skills, to function as a ‘good enough therapist’.

Most importantly, research in brain function and affectregulation has relevant clinical implications with regards to how the therapist should strive to listen to the client’s communications. It is important that the therapist’s analytic reflections and communications are solidly grounded in the right hemisphere. Therefore the therapist must firstly try to listen to the patient’s implicit communications, by paying attention to bodily sensations and feelings, which then can be followed by rational, analytic and reflective functions. This way of listening in the therapeutic relationship is critical in developing and maintaining a solid therapeutic alliance and contributing to positive therapeutic effect.

Indholdsfortegnelse

[1 Indledning 3](#_Toc275469365)

[1.1 Problemformulering 4](#_Toc275469366)

[1.1.1 Problemuddybning og afgrænsning 4](#_Toc275469367)

[1.2 Fremgangsmåde 6](#_Toc275469368)

[2 Hvordan synes alliancefænomenet konceptualiseret mest hensigtsmæssigt? 7](#_Toc275469369)

[2.1 Alliancens historiske udvikling 7](#_Toc275469370)

[2.2 Diskussion af de primære debatter i forhold til forståelsen af alliancen. 12](#_Toc275469371)

[2.2.1 Hvordan kan alliancen forstås indenfor rammen af den terapeutiske relation? 12](#_Toc275469372)

[2.2.2 Et neurobiologisk perspektiv på definitionen af fænomenerne overføring, modoverføring, alliancen og den reelle relation. 19](#_Toc275469373)

[2.2.3 Relationen mellem overføring, modoverføring og alliancen. 25](#_Toc275469374)

[2.2.4 Hvorvidt og i hvilken grad kan alliancen betragtes som et interpersonelt kontra et intrapersonelt fænomen? 30](#_Toc275469375)

[2.2.5 Afrunding 33](#_Toc275469376)

[3 Hvad fortæller forskningen os om alliancen? 36](#_Toc275469377)

[3.1 Non-specifikke faktorer i terapien. 37](#_Toc275469378)

[3.2 Effektforskning i alliancen 39](#_Toc275469379)

[3.3 Den terapeutiske metode eller den terapeutiske relation? 41](#_Toc275469380)

[3.4 Nøglefaktorer i den terapeutiske relation 43](#_Toc275469381)

[3.5 Afrunding 46](#_Toc275469382)

[4 Hvordan kan teorien om affektregulering berige forståelsen for alliancefænomenet og måden dette aktualiseres i terapien på? 49](#_Toc275469383)

[4.1 Generelt om affektregulering og psykoterapi 49](#_Toc275469384)

[4.2 Kommunikationen mellem mor og barn 51](#_Toc275469385)

[4.3 Højre og venstre hjernehalvdel 54](#_Toc275469386)

[4.4 Alliancens tilknytningselement som affektreguleringsbånd 57](#_Toc275469387)

[4.5 Kliniske implikationer af affektreguleringsteorien; Hvordan lytter terapeuten til klientens kommunikation? 59](#_Toc275469388)

[4.6 Hvordan kan psykodynamisk og kognitiv teori forstås ud fra hjerneforskningen, herunder affektreguleringsteori? 65](#_Toc275469389)

[5 Konklusion 71](#_Toc275469390)

# Indledning

Hvad er den terapeutiske alliance? Dette spørgsmål synes er ved nærmere anskuelse ikke så let at besvare, selvom alliancen er et meget væsentligt fænomen, som alle terapeuter, forskere og teoretikere kender til.

Min interesse for og undren over, hvordan alliancefænomenet kan forstås og anvendes konstruktivt udspringer af min kliniske overbygning på universitetsklinikken.

Alliancen og den terapeutiske relation syntes nærværende allerede inden jeg begyndte min praktik på universitetsklinikken ud fra min erfaring fra egenterapi. Her fik jeg min første spæde oplevelse af, hvad det vil sige at være klient og også terapeut, da vi fungerede som hinandens terapeuter. Jeg kan huske, at jeg havde en forståelse af, at terapeuten var meget aktiv med tolkninger og interventioner, og at terapeuten på den måde var på ’tænkearbejde’ hele tiden. Jeg begyndte dog efter noget tid at opleve og forstå, at en af terapeutens vigtigste opgaver synes at være at hvile i sig selv og lytte på flere niveauer, herunder et kropsligt niveau, hvor man lytter til den andens indvirkning på ens egen krop og følelser, og derigennem kan opnå empati og forståelse.

Jeg følte mig meget tryg i terapigruppen, som jeg oplevede som meget rummende, accepterende og ikke-dømmende, og dette virkede til at være meget værdifuldt, idet jeg turde komme i kontakt med stærke og svære følelser. Det at jeg følte mig mødt, anerkendt og set i denne proces gjorde at jeg kom i bedre kontakt med mig selv og forstod mig selv bedre, hvilket var en uvurderlig gave i arbejdet på universitetsklinikken, når jeg eksempelvis forsøgte at skelne mellem hvad der ’tilhørte’ klienten og hvad der ’tilhørte’ mig.

Relationelle temaer syntes altid at være nærværende i egenterapien, og det virkede tydeligt og naturligt, at vi alle havde forskellige relationelle erfaringer, som medvirkede til, at forskellige ’indre relationer’ på forskellig vis blev aktualiseret i terapien. Terapien var herved medvirkende til, at vi fik indsigt i, hvilke personlige modoverføringsdynamikker, der kunne komme i spil for os, når vi selvstændigt skulle varetage terapiforløb.

I starten af praktikforløbet var jeg præget af, at jeg gerne ville huske alt, hvad der skulle spørges om i terapiens indledende fase samt huske og anvende den teori, jeg nu havde brugt fire år på at tilegne mig. Fokus på den terapeutiske relation og alliancen blev derved forringet, trods min viden om, at det er meget vigtigt at være opmærksom på, hvad der sker lige nu og her i terapien. Da jeg begyndte at kunne slippe taget i teorien, bl.a. fordi jeg var mere tryg og bekendt med anvendelsen heraf, kunne jeg være mere nærværende og lyttende og jeg begyndte at bruge min krop meget i denne proces. Jo bedre jeg blev til at lytte, jo bedre syntes den terapeutiske proces at forløbe, og jo mere syntes det, jeg forstod som alliancen, nemlig følelsen af at have et følelsesmæssigt bånd til klienten og arbejde sammen med klienten i den terapeutiske proces, at udvikles.

Vi arbejdede således meget relationelt ud fra bl.a. overføring, modoverføring og alliancen. I mit forsøg på at forstå disse fænomener læste jeg en del litteratur herom, og herigennem blev det tydeligt, at fænomenerne, trods deres udbredte anvendelse, ofte defineres vagt og forskelligt, samt er dårligt differentieret i forhold til hinanden. Det at opnå en klarere definition af disse fænomener samt en forståelse af, hvordan de kan forstås som adskilt fra hinanden og i sammenhæng med hinanden synes herudfra at være en interessant og væsentlig opgave, der kan skabe større klarhed i den kliniske anvendelse af fænomenerne. Alliancen synes specielt interessant i denne sammenhæng, da denne kan forstås som en nonspecifik faktor, der er forudsigende for terapiens effekt på tværs af terapeutiske referencerammer. En væsentlig opgave i dette speciale vil således være at belyse og diskutere, hvordan alliancen synes forstået på den mest konstruktive og klinisk anvendelige måde indenfor rammen af den terapeutiske relation. Det er i denne sammenhæng også interessant at forsøge at anskueliggøre en forståelse af alliancefænomenet, der kan anvendes panteoretisk, hvilket vil kunne medføre større syntese af viden om alliancefænomenet fra forskellige terapeutiske referencerammer. Nærværende overvejelser leder frem til følgende problemformulering:

## Problemformulering

* Hvordan kan den terapeutiske alliance forstås og anvendes indenfor rammen af den bredere terapeutiske relation, herunder i forhold til overføring, modoverføring og den reelle relation?

### Problemuddybning og afgrænsning

I besvarelsen af ovenstående problemformulering er det først og fremmest nødvendigt at diskutere de primære debatter, der synes at være i forståelsen og afgrænsningen af alliancen. Disse debatter knytter sig blandt andet til forståelsen af og afgrænsningen til overføring og modoverføring, hvorfor jeg vil beskrive disse fænomener mere i dybden.

Jeg vil hovedsageligt beskrive alliancen ud fra en psykodynamisk vinkel, hvilket bl.a. udspringer af, at alliancebegrebet har sine rødder indenfor denne tilgang, samt at den meste litteratur om alliancen findes indenfor denne teoretiske referenceramme. Jeg vil dog også inddrage refleksioner over alliancefænomenet, sådan som det kan forstås indenfor den kognitive adfærdsterapeutiske referenceramme. Dette sker med henblik på at skabe dynamik og nuancering i diskussionen af, hvordan alliancefænomenet kan forstås og anvendes i praksis, samt hvorvidt det synes muligt at nå frem til en tværteoretisk forståelse. For at tilgodese at specialet afspejler og anvender en bredde af litteratur ud fra både empiriske, teoretiske og mere praktiske synsvinkler har jeg lavet en omfattende søgning på psykinfo og bibliotek.dk og gennemset over hundrede artikler på området, samt grundbøger, hvilket resulterede i et bredt billede. Det er her bemærkelsesværdigt, at størstedelen af litteratur om alliancen afspejler en psykodynamisk vinkel. Det er dog tydeligt, at der med årene er kommet mere fokus på alliancen indenfor den kognitive tradition, hvilket kan reflektere en større bevidsthed om fænomenets centralitet og anvendelighed. Ydermere synes flere af artiklerne ikke at knytte sig specifikt til en bestemt referenceramme, hvilket eventuelt kan være tegn på, at grænserne mellem de forskellige skoler udviskes mere og mere til fordel for en mere eklektisk tilgang, hvor teori og metode tilpasses den enkelte klient-terapeut dyade.

Gennemgangen af litteratur om alliancen tydeliggør mange tilgrænsende og væsentlige diskussioner, hvor specialets omfang har gjort afgrænsning nødvendigt.

Jeg vil således ikke beskæftige mig indgående med, hvordan alliancen udvikler sig over tid af hensyn til specialets omfang. Jeg vil ydermere ikke diskutere den terapeutiske relation bredere sociale, kulturelle og politiske ramme

I behandlingen af, hvordan alliancen synes forstået mest konstruktivt vil det fremgå, at alliancen har mange konstituerende elementer. Pga. specialets omfang er det ikke muligt at arbejde med disse elementer i dybden. Jeg vil eksempelvis ikke gå i dybden med, hvordan den terapeutiske ramme styrker alliancen eller på grundig vis beskæftige mig med, hvordan empati og brudhåndtering kan forstås og anvendes.

Jeg har derimod valgt at belyse problemformuleringen fra 3 overordnede perspektiver. Først anskues den terapeutiske relation ud fra de mere teoretiske forståelser heraf, hvilket kobles med vores viden om neurale netværk, da dette synes illuminerende for forståelsen af den terapeutiske relation. Dette leder over i en gennemgang af forskningen i den terapeutiske relation og alliancen, hvilket tydeliggør at terapeutens relationelle evner er meget afgørende for alliancedannelsen og terapiens effekt. Da affektreguleringsteorien synes illuminerende for denne konklusion, har jeg valgt at beskæftige mig med dette perspektiv i specialets sidste del. Den viden, der er opnået her, kan bidrage med en nyere vinkel på og nuancering af alliancefænomenet. Denne tilgang vil belyse og berøre alliancens konstituerende elementer såsom empati og brudforståelse, selvom disse fænomener som sagt ikke behandles i dybden. Jeg har desuden valgt at beskrive affektreguleringsteorien i dybden da den indebærer klare kliniske implikationer for anvendelsen af alliancefænomenet indenfor konteksten af den terapeutiske relation, specielt i forhold til terapeutens måde at lytte på.

## Fremgangsmåde

Det er ved gennemgang af litteraturen tydeligt, at alliancen er et meget centralt og omdiskuteret fænomen, og at der ikke er et entydigt svar på hvad alliancen mere præcist består af samt hvordan dette fænomen kan anvendes i praksis. For at opnå en bredere og dybere forståelse af alliancen synes det herudfra først og fremmest vigtigt at anskue alliancen i et historisk lys. Dette kan give forståelse for, hvordan alliancen og de hertil knyttede debatter har udviklet sig. Dette skaber afsæt for en nærmere diskussion af de centrale problematikker i forhold til forståelsen af alliancen, samt en mulig ’løsning’ herpå.

Specialet er overordnet delt op i 3 dele, hvor første del (svarende til afsnit 2 i indholdsfortegnelsen) omhandler den mere teoretiske forståelse og definition af alliancen og måden denne kan forstås indenfor rammen af den bredere terapeutiske relation, herunder i forhold til overføring, modoverføring og den reelle relation.

Anden del af specialet (afsnit 3) anskuer alliancen ud fra forskningen på området, hvilket nuancerer forståelsen af alliancen og udmunder i en vurdering af, om den opnåede teoretiske forståelse af alliancen kan forsvares empirisk. Dette afsnit skildrer ydermere, hvorfor alliancebegrebet tilskrives stor betydning på tværs af teoretiske skoler og terapiretninger. Et væsentligt formål med dette afsnit er desuden at indkredse de fænomener og terapeutiske virkemidler, der er centrale for alliancen, hvilket er illuminerende for bl.a. centraliteten af affektreguleringsteorien, og dennes bidrag.

Tredje del af specialet (afsnit 4) inddrager den forholdsvist nye viden, der er at hente i affektreguleringsteorien. Dette bidrager specielt med en nuanceret og klinisk anvendelig måde at forstå alliancens følelsesmæssige bånd på. I denne del af specialet vil der således være større fokus på de kliniske implikationer af forståelsen af alliancen, samt de kvalitative forskelle, der synes at være mellem kognitiv og psykodynamisk teori og terapi, og måden hvorpå dette kan påvirke alliancen.

# Hvordan synes alliancefænomenet konceptualiseret mest hensigtsmæssigt?

I dette afsnit vil jeg først redegøre for alliancens historiske udvikling, hvilket tydeliggør og leder over i en diskussion af de primære debatter i forhold til forståelsen af alliancen.

##  Alliancens historiske udvikling

Alliancebegrebet har sine rødder hos Freud, som allerede i hysteriestudierne fra 1895 taler om nødvendigheden af at gøre patienten til samarbejdspartner. Samarbejdet med klienten blev senere knyttet til den positive uanstødelige overføring (Jørgensen, 1998), hvilket fremgår af følgende citat:

”Behandlingens første mål er at knytte ham (patienten) til behandlingsprocessen og til lægens person. Hertil behøver man ikke andet end at give ham tid. Hvis man viser ham ægte interesse, omhyggeligt fjerner de modstande, der dukker op i begyndelsen, og undgår visse fejlgreb, frembringer patienten af sig selv en sådan tilknytning og placerer lægen blandt billederne af de personer, som han var vant til behandlede ham kærligt. Man kan ganske vist forpasse denne første succes, hvis man fra begyndelsen indtager et andet standpunkt end indfølingens, f.eks. et moraliserende..”(Freud, 1913:199, iflg. Jørgensen, 1998: 148).

Den positive overføring blev betragtet som patientens stærkeste motiv for at samarbejde, hvorfor denne del af overføringen ifølge Freud ikke skulle analyseres. Der trækkes således på patientens tidlige positive relationelle erfaringer (Jørgensen, 1998; Safran & Muran, 2000).

Frembringelsen af den strukturelle personlighedsmodel åbnede nye muligheder for at videreudvikle forståelsen af den terapeutiske relation. Freud taler her om, at terapeuten må alliere sig med patientens ’normale’ og realitetstilpassede ego. Således udskiller Freud en rationel og realitetstilpasset del af relationen, som betragtes som en væsentlig forudsætning for det terapeutiske arbejde. Den begrebsliggørelse af alliancen, der er afsæt til i Freuds teori er præget af en utilstrækkelig adskillelse af overføringen og relationens irrationelle elementer på den ene side og relationens rationelle og realitetstilpassede elementer på den anden side, samt det vi i dag referer til som alliancen. Indeholder alliancen både elementer af overføring og ikke overføring og kan der trækkes en grænse mellem disse? Er det muligt at udskillepositive elementer af overføringen, som skal holdes fri fra udforskning? (Jørgensen, 1998; Sandler, Dare & Holder, 1994). Hvorvidt og hvordan man kan skelne mellem overføring og alliance er stadig et omdebatteret spørgsmål, hvilket jeg vil vende tilbage til senere.

Efter Freud kan der spores to retninger i den psykoanalytiske forståelse af den terapeutiske relation.

Den første udviklede sig under indflydelse af Sandor Ferenczi. Som terapeut for bl.a. Klein og Balint havde han stor indflydelse på den britiske objektrelations teori. Ferenczi var den første der foreslog, at det er vigtigt for patienten at genopleve de smertefulde oplevelser i den terapeutiske relation, og således ikke bare erindre disse. Han var også den første, der satte fokus på terapeutens personlighed og dennes rolle i relationen, herunder modoverføring (Safran & Muran, 2000). Indenfor objektrelationsteorien skelnes der ikke mellem overføring og alliance. Det, der i andre grene af psykoanalysen ses som dele af alliancen, betragtes her som overføring, der skal analyseres, og det betragtes ikke som en mulighed at udskille en stabil og realitetsorienteret del i relationen (ibid.; Jørgensen, 1998).

Den anden udvikling sker indenfor den egopsykologiske tradition, hvor især Richard Sterba, Elizabeth Zetzel og Ralph Greenson bidrager betydeligt til forståelsen af alliancebegrebet. Som reaktion på Kleinianernes holdning, at alle patientens reaktioner overfor terapeuten skal forstås som overføring, rettede egopsykologien fokus på de ’virkelige’ aspekter af den terapeutiske relation.

Sterba udviklede forståelsen af den terapeutiske spaltning af patientens ego, hvilket der nu refereres til som opdelingen af jeget i en oplevende og observerende del. Sterba betoner vigtigheden af, at den realitetsorienterede, observerende del af ego allieres med terapeuten i selv-observation (Jørgensen, 1998; Safran & Muran, 2000).

Zetzel skelner mellem overføring som terapeutisk alliance og overføring som overføringsneurose, som er omdrejningspunktet for det terapeutiske arbejde. Det er tydeligt, at alliancen her stadig ses som en del af overføringen. Hun var den første, der argumenterede for, at alliancen er vigtig i enhver terapeutisk intervention. Hun beskriver ydermere alliancen som afhængig af klientens evne til at forme en tillidsfuld stabil relation, hvilket afhænger af tidlige udviklingsmæssige erfaringer. Hvis denne evne ikke er til stede, er det ifølge Zetzel vigtigt, at terapeuten tilbyder en støttende relation på samme måde som en mor skal tilbyde et støttende miljø, der fremmer udviklingen af en fundamental oplevelse af tillid (Jørgensen, 1998). Denne måde at beskrive terapeutens funktion og relation til klienten på, i lighed med en mors måde at relatere til sit barn på, er i tråd med objektrelationsskolens forståelse af den terapeutiske proces, herunder eksempelvis Winnicots ’holding environment’ og den kleinianske ’containment’ (Safran & Muran, 2000).

I 1960’erne indfører Ralph Greenson begrebet den terapeutiske arbejdsalliance, som har bidraget betydeligt til forståelsen af samarbejdet mellem patient og terapeut. Greenson fokuserer på klientens evne til at arbejde målrettet og samarbejde med terapeuten, hvilket står i kontrast til tidligere begrebsliggørelser af alliancen, der i højere grad vægtede det emotionelle bånd. Han beskriver kernen i arbejdsalliancen som patientens bevidste og rationelle ønske om at arbejde sammen med terapeuten; patientens motivation for ændring, samt patientens evne til at forstå og følge terapeutens interventioner og instrukser. Greenson udvidede yderligere forståelsen af den terapeutiske relation ved at beskrive relationen som besående af overføring og en realitetsbaseret relation, trods forståelsen af, at dette skel til en vis grad er kunstigt (Jørgensen, 1998; Safran & Muran, 2000; Meissner, 1994).
Den reelle relation referer til klientens og terapeutens gensidige respons til hinanden, herunder også realitetsorienterede perceptioner og autentiske følelser samt respekt for hinanden. Selvom patientens overføring kan støtte alliancen, ser Greenson den realitetsbaserede relation som kernen i alliancen. Således vægtlægger Greenson i tråd med Sterba rationaliteten og realiteten i alliancen. Alliancen mellem patientens fornuftige ego (egoets konfliktfrie del) og terapeutens analyserende ego udgør grundlaget for patientens identifikation med terapeuten og dennes metode. Der er således større fokus på de mere kognitive og bevidste elementer. For Greenson er det dog ikke kun et spørgsmål om, hvorvidt alliancen kan adskilles tydeligt fra overføringen men i lige så høj grad, hvorvidt Alliancen henter sin drivkraft i primitive eller mere modne og tilregnelige overføringer. Stabile alliancer vil være baseret på mere modne overføringer. (Jørgensen, 1998; Meissner, 1994)

Bordins (1979) teori anses som skelsættende i forhold til at udvikle en panteoretisk forståelse af alliancen, der kan operationaliseres (Jørgensen, 1998). Alliancen beskriver graden, hvormed terapeuten og klienten indgår i meningsfuldt samarbejdende arbejde. Alliancen er interpersonel, udviklet og udtrykt som en bidirektionel interaktiv relation. Klienten og Terapeuten arbejder sammen om klientens problemer. Bordins teori indebærer 3 kerneantagelser: 1) Alliancen baseres på enighed om hvad klientens problem er og enighed om ’en løsning’ herpå, dvs. *enighed om terapiens mål*. 2) Det er desuden væsentligt med enighed om, hvad der skal gøres i terapien for at opnå disse mål, altså hvilke *opgaver* terapien indebærer. 3) For at arbejde sammen om at nå disse mål er det vigtigt med et vist niveau af tillid og tilknytning, altså et *følelsesmæssigt bånd* mellem klient og terapeut. Herudfra kan man spørge, om der er nok tillid og respekt nok til at forfølge terapiens mål. (Bordin, 1979; Hatcher & Barends, 2006; Jørgensen, 1998).

Det afgørende ved Bordins konceptualisering af alliancen er, at den ikke synes at knytte sig til de mere teoretiske forståelser af alliancen. Hans bidrag er mere beskrivende og tættere på det direkte observerbare, hvilket åbner mulighed for empirisk udforskning af alliancen (Jørgensen, 1998). Bordin mener, at alliancen er vigtig i alle former for behandling, og alliancens styrke afhænger ifølge ham af graden af enighed mellem terapeut og klient om terapiens opgaver og mål samt kvaliteten af det relationelle bånd mellem dem. Terapiens opgaver består af de aktiviteter, som klienten deltager i for at få noget ud af terapien; det kan være fri association eller indenfor den kognitive tradition at lave en hjemmeopgave i form af et skema eller lignende. Terapiens mål er de generelle mål i terapien, såsom at finde en mere adaptiv måde at relatere til andre på eller at mindske symptomer. Båndet består af det affektive bånd mellem terapeut og klient som bl.a. medieres af graden, hvormed klienten føler sig forstået, respekteret og værdsat. disse 3 dele influerer konstant på hinanden. (Jørgensen, 1998; Safran & Muran, 2000; Hatcher & Barends, 2006).

Båndets kvalitet påvirker og bliver desuden påvirket af graden, hvorved klient og terapeut kan nå til enighed omkring terapiens opgaver og mål. En refleksion af en god alliance i terapien vil være en godt timet, afstemt og præcis terapeutisk intervention, som bliver mødt med en hertil passende klientrespons, hvilket demonstrerer enighed om terapiens opgaver og mål, samt klientens tillid til terapeuten. Bordin beskrev yderligere 3 væsentlige områder i forhold til, hvordan alliancen opbygges og vedligeholdes. Først og fremmest anses alliancen som *konstant forhandlet*, implicit såvel som eksplicit, i terapien. For det andet kræver forskellige terapeutiske tilgange forhandlinger omkring forskellige slags aktiviteter og emotionelle bånd. For det tredje er det vigtigt at forsøge at reparere de uundgåelige *brud på alliancen*, der finder sted i alle former for behandling (Hatcher & Barends, 2006; Bordin, 1976; Safran & Muran, 2000). Alliancen ses i Bordins teori som et paraplybegreb, hvorfra alle aspekter af terapien kan undersøges udfra følgende spørgsmål:”*In what way does this feature, quality, or aspect reflect or contribute to the collaborative purposeful work of therapy?”*(Bordin, 1979, iflg. Hatcher & Barends, 2006).

Bordins forståelse af alliancen indebærer en anerkendelse af, at alliancens kvalitet er vigtig indenfor alle terapeutiske retninger, og at de variabler, der har indflydelse på denne kvalitet vil variere ud fra et komplekst samspil mellem terapeut, patient og terapispecifikke faktorer. Trods det, at Bordins definition er meget simpel, synes den alligevel at kunne rumme meget af den kompleksitet og dynamik, der synes at karakterisere den terapeutiske relation, og den rummer både nonspecifikke og terapispecifikke elementer (Safran & Muran, 2000; Jørgensen, 1998).

Hans beskrivelse af alliancen *fokuserer* dog hovedsageligt på interpersonelle elementer, hvor flere teoretikere mener og forskning tyder på[[1]](#footnote-1), at intrapersonelle elementer også er væsentlige for alliancen.

Gaston (1990, iflg. Jørgensen, 1998: 154) inspireres bl.a. af Bordin og fremhæver fire elementer i alliancen 1) patientens involvering i terapien, herunder tillid til terapeuten, tillid til terapeutens metode og patientens parathed til at investere sig selv i det terapeutiske arbejde 2) patientens arbejdskapacitet med fokus på patientens evne til introspektion, afbalanceret impulskontrol og evne til at berette om intime og pinefulde oplevelser i terapien. 3) terapeutens evne til at forstå og sætte sig ind i klientens problemer, herunder terapeutens tekniske færdigheder og kontaktevne. 4) enighed om mål og metode. Gaston belyser desuden om klientens og terapeutens negative bidrag til alliancen, hvor eksempelvis kan nævnes terapeutens modoverføring og patientens modstand. Gastons formulering beskriver således både intrapsykiske og interpersonelle elementer.

Ud fra ovenstående gennemgang af alliancefænomenets historiske udvikling er det, som Jørgensen (1998) pointerer tydeligt, at alliancen er et resultat af et komplekst samspil mellem elementer i klienten, i terapeuten, mellem klienten og terapeuten samt terapiens rammer.

Belysningen af alliancefænomenets udvikling kaster lys over flere diskussionspunkter i forhold til forståelsen af alliancen, som stadig er omdebatteret i dag. Der er forvirring angående, hvordan alliancen forstås og defineres på den mest konstruktive og anvendelige måde i både forskningsmæssige, teoretiske og praktiske henseender. Denne forvirring synes hovedsageligt at centrere sig om følgende spørgsmål, som jeg vil diskutere yderligere i næste afsnit: Hvordan er forholdet mellem alliancen, overføring, modoverføring og den reelle relation? Indeholder alliancen dele af overføring og den reelle relation?; hvorvidt og i hvilken grad er alliancen et intrapsykisk kontra et interpersonelt fænomen? Disse problemstillinger vil jeg belyse nærmere i det følgende afsnit, som munder ud i en arbejdsformulering af alliancen.

## Diskussion af de primære debatter i forhold til forståelsen af alliancen.

### Hvordan kan alliancen forstås indenfor rammen af den terapeutiske relation?

Flere teoretikere (Meissner, 2006; Samstag, 2006; Safran & Muran; 2000; Horvath, 2006; Gelso og Carter, 1994) argumenterer for, at det er vigtigt, at alliancen forstås indenfor den bredere ramme af den terapeutiske relation. Dette fordi det således bliver mere tydeligt, hvordan alliancen interagerer med andre komponenter af den terapeutiske relation og proces og herigennem mere specifikt medvirker til den helende terapeutiske proces (ibid.).

I diskussionen af, hvordan alliancen kan forstås indenfor rammen af den terapeutiske relation, vil jeg først belyse Meissners (1996, 2006) opfattelse heraf. Han bidrager med en teoretisk vinkel på problemstillingen. Hans baggrund er psykoanalytisk og omhandler bl.a. derfor direkte de problemer, der blev beskrevet i skildringen af den historiske udvikling af begrebet angående forholdet mellem overføring, modoverføring, den reelle relation og alliancen.

Meissner beskriver, at alliancen ofte bruges som værende ligestillet med samarbejde og opgavefokuseret terapi, positiv overføring eller den reelle relation. Dette kan skyldes de originale formuleringer af Zetzel og Greenson, hvor Zetzel eksempelvis ligestillede overføring med den terapeutiske relation, men delte overføring op i alliance og overføringsneurose. Der blev således ikke trukket en klar linje mellem alliance og den reelle relation samt alliance og overføring. Meissner mener, at den terapeutiske relation består af 3 komponenter, som kan adskilles, men som interagerer konstant. De tre komponenter er alliancen, overføring (herunder modoverføring) og den terapeutiske relation. Det at de overlapper og spiller sammen i komplekse mønstre og er i kontinuerlig interaktion og modifikation gør det svært at bevare disse fænomener adskilt fra hinanden. Meissner argumenterer for, at det at holde dem adskilt gør det nemmere at forstå den terapeutiske proces og arbejde med den terapeutiske relation i terapien. Meissner beskriver i tråd hermed sin forståelse af alliancen og dennes relation til overføring og modoverføring således:

”I include in my understanding of the therapeutic alliance all those factors and dimensions of the analytic relation that constitute the therapeutic pact and determine the context within which effective therapeutic interventions, interactions, and interpretive communication can take place…Thus transference and countertransference, however conceived, in this perspective provides the material on which the psychoanalytic process works, not exclusively, but in large measure. The alliance provides the context and perspective within which these instinctually derived phenomena can be explored, worked on, understood, and adaptively modified” (Meissner, 2006: 265).

Det er således ifølge Meissner ved at arbejde med overføring og modoverføring med alliancen som platform, at terapien har sin effekt. Alliancen forstås herudfra som den kontekst, der muliggør det terapeutiske arbejde.

Alliancen har ydermere ifølge Meissner mange konstituerende elementer, som er med til at opbygge og bevare alliancen. Disse elementer inkluderer den terapeutiske ramme, at bevare det terapeutiske refleksive perspektiv, at have et fortolkende fokus, at være opmærksom på sin modoverføring, at have en holdende, containende funktion, autoritet, ansvar, empati, tillid, autonomi, initiativ, frihed, neutralitet og abstinens samt etiske overvejelser. En af terapeutens opgaver er således at observere og støtte op om hver af disse komponenter, sådan som de kommer i spil i den terapeutiske proces.

Meissner (2006), Gelso og Carter (1994) samt Gabbard (1994) beskriver, at alliancen generelt set står i modsætning til overføring og modoverføring, idet overføring og modoverføring ofte medfører brud på alliancen, men at måden disse fænomener interagerer på og håndteres kan have en både positiv, neutral og negativ effekt på alliancen.

Gelso og Carter (1994) har ligesom Meissner (2006) den traditionelle forståelse af overføring som en forvrængning af virkeligheden og kan med deres teori bidrage med en forståelse for, hvordan overføring, modoverføring, den reelle relation og alliancen fungerer i samspil med hinanden i terapien. Da overføring betragtes som en forvrængning af virkeligheden, kan den ses som adskilt fra den reelle relation. Gelso og Carter (1994) fremfører, at overførings- og modoverførings dynamikker er til stede i alle terapier fra start til slut og kan være både nyttige, destruktive og neutrale for den terapeutiske proces, alt afhængig af deres natur, og hvordan de håndteres af terapeuten.

Adskillelsen af overføring og den reelle relation medfører et filosofisk problem om, hvorvidt der eksisterer en ’objektiv virkelighed’, samt hvem der har magten til at bestemme, hvad denne indeholder. Det er klart, at enhver definition eller beskrivelse af virkeligheden er afhængig af det perspektiv, virkeligheden anskues fra, og således den der ser. Derfor påvirker overføring også opfattelsen af, hvad der udgør den reelle relation. Rent teoretisk og praktisk synes det dog anvendeligt at have begreber der beskriver virkeligheden, ellers ville enhver beskrivelse og oplevelse af forvrængning af virkeligheden, såsom overføring og modoverføring være meningsløs. Den reelle relation benævner således de træk ved den terapeutiske relation, der er relativt ikke-forvrænget af overføring og modoverføring. Den reelle relation beskrives som genuin og bestående af forholdsvist realistiske perceptioner. At være genuin betragtes som det at have evnen og viljen til at være det man i virkeligheden er i relationen dvs. at være autentisk, åben, og ærlig. Realistiske perceptioner refererer således til de perceptioner, som ikke er forvrænget af overføring og forsvarsmekanismer. Klienten og terapeuten ser og oplever i den reelle relation hinanden på en præcis og realistisk måde. Selvom den reelle relations centralitet vil variere imellem de forskellige teoretiske referencerammer, fremfører Gelso og Carter (1994) at dette komponent påvirker den terapeutiske proces og terapiens effekt indenfor alle terapier på væsentlige måder. Klienten vil altid i en vis grad se terapeuten på realistiske måder. Meissner (1996) beskriver i tråd hermed, at for klienten er terapeuten både et overføringsobjekt og et virkeligt objekt. Gelso og Carter (1994) mener, at jo stærkere den reelle relation er (dvs. jo flere realistiske perceptioner og genuine følelser der er i den terapeutiske relation) jo mere effektiv vil terapien generelt være, selvom den reelle relations styrke, ligesom alliancen og overføring, vil variere i den terapeutiske proces.

Inden jeg beskæftiger mig yderligere med at definere og differentiere alliancen i forhold til overføring og modoverføring synes det væsentligt kort at anskueliggøre, hvordan overføring og modoverføring kan forstås.

**Overføring**

Freud var den første, der blev opmærksom på fænomenet overføring som han så som en ’reproduktion’ af noget der hørte fortiden til. Freud betragtede først overføringen som en forhindring for terapien, som skulle overvindes, men anså senere overføringen som en uvurderlig kilde til værdifuld information. Overføringen blev det primære redskab til at skabe forbindelser mellem fortid og nutid, samt til at gøre det ubevidste bevidst (Goldstein og Goldberg, 2004: 4; Pedersen, 2007). Freud var opmærksom på, at overføringen ofte ikke blot var et billede på ’gentagelser’ af fortiden men reviderede udgaver, der også afhang af træk ved terapeuten, som klienten ’hægtede’ sig på[[2]](#footnote-2). Siden Freuds tid har overføringsbegrebet været udvidet i en sådan grad, at det indeholdte både bevidste og ubevidste aspekter, klientens realistiske opfattelse af terapeuten samt alliancen (Sandler, Dare & Holder, 1994). Dette synes dog at gøre overføringsbegrebet meningsløst i det terapeutiske arbejde, hvorfor overføringen i nærværende speciale betragtes som grundlæggende ubevidst, urealistisk og uhensigtsmæssig, men naturligvis altid forståelig fra klientens perspektiv[[3]](#footnote-3).

Konceptualiseringen af overføring som en form for eksternalisering af indre objektforhold giver ydermere en god forståelse for, hvordan overføring kan aktualiseres i terapien. Ud fra denne forståelse er klientens patologiske selv struktureret omkring patologiske selv-objekt dyader, som er præget af ambivalens og forsvar. Disse ’indre objektrelationer’ er dannet under klientens opvækst gennem de erfaringer, denne har med sine primære tilknytningspersoner. Ved overføring eksternaliseres disse introjekter, således at de relateres til et ydre objekt i stedet for et indre, og terapeuten kan opleve et pres til at opføre sig eller føle på en bestemt måde. Hvis terapeuten ikke bliver bevidst om dette pres og/eller ikke formår at rumme de følelser og det handlingspres sådan en overføring medfører, vil det resultere i en modoverføringsreaktion, hvilket er en stor belastning for alliancen. (Sandler, Dare & Holder, 1994; Gabbard & Wilkinson, 1994; Meissner, 1996). Dette leder os videre til en kort beskrivelse af modoverføring.

**Modoverføring**

Modoverføring har ligesom overføring været udvidet i en sådan grad, at alle terapeutens ubevidste, bevidste, hensigtsmæssige såvel som uhensigtsmæssige følelser og reaktioner[[4]](#footnote-4) i forhold til klienten blev betragtet som modoverføring. Dette inkluderer både terapeutens reaktion på klientens overføring og på klientens personlighed generelt. Dette synes at gøre termen meningsløs i det terapeutiske arbejde, hvor det ofte betragtes som vigtigt, at terapeuten forsøger at identificere kilderne til sine egne følelser og reaktioner, samt hvorvidt og i hvilken grad disse eksempelvis afspejler en reaktion på klientens overføring, klientens aktuelle situation eller egne uløste konflikter. Modoverføring er også blevet defineret udelukkende som terapeutens overføring, på den måde at klienten kommer til at repræsentere en betydningsfuld anden fra terapeutens barndom. Dette synes dog at være et for snævert perspektiv, der ikke indfanger modoverføringens komplekse natur, hvor både terapeutens og klientens intrapsykiske samt interpersonelle dynamikker spiller ind. De fleste teoretikere og terapeuter er i dag tilhængere af en forståelse af modoverføring som et fænomen, der lig overføring indbefatter bidrag fra både terapeut og klient, hvor modoverføringen både kan opstå ved, at klienten kommer til at reflektere en person fra terapeutens barndom og ved at terapeuten reagerer på klientens overføring (Gabbard, & Wilkinson, 1994; Olsson, 1988; Meissner, 1994; Casement, 1985; Pedersen, 2007). For yderligere at nuancere forståelsen af modoverføring, samt skabe bedre mulighed for at skelne mellem, hvad der tilhører klienten og terapeuten synes Rackers (1968) begreber konkordant og komplementær modoverføring set i forhold til begreberne proaktiv og reaktiv modoverføring særligt anvendelige. Både konkordante og komplementære indentifikationer er ifølge Racker baseret på projektion og introjektion. Ved konkordant identifikation identificerer terapeuten sig med klientens selvrepræsentation, og det er denne, der ifølge Racker kan være empatiskabende. I modsætning hertil identificerer terapeuten sig i den komplementære identifikation med klientens objektrepræsentation. Denne identifikation produceres ved, at klienten behandler terapeuten som et indre (projiceret) objekt, og at terapeuten, idet denne føler sig behandlet som sådan, identificerer sig med dette objekt. Racker (1968) synliggør dog også en vej til empati og forståelse gennem komplementær modoverføring, idet han betoner vigtigheden af, at terapeuten bliver opmærksom på den komplementære identifikation, således at denne ikke leder til en gentagelse af et tidligere mønster, men derimod til forståelse af klientens intrapsykiske verden (ibid.:135-138; Pedersen, 2007).

Det synes ydermere relevant at skelne mellem proaktiv og reaktiv modoverføring, hvor proaktiv modoverføring står for modoverføring, der primært har rødder i terapeuten, hvilket eksempelvis kan være når klienten bliver et overføringsobjekt, eller vækker følelser i terapeuten i forhold til terapeutens egne oplevelser og konflikter. Reaktiv modoverføring har derimod primært rødder i klienten og består af terapeutens reaktioner og responser på klientens påvirkning af ham (Clarkson & Nuttal, 2000:362). Casement (1984) kalder den reaktive modoverføring *diagnostisk respons*, idet der er denne form for modoverføring, der oftest betragtes som en potentiel vigtig informationskilde om klienten (ibid.; Pedersen, 2007). Det kan desuden være praktisk for forståelsen af terapeutens håndtering af modoverføring, at skelne mellem reaktion og respons. Reaktion benævner en automatisk, instinktiv kommunikationsform, hvor terapeuten ikke kan tænke sine egne tanker, hvilket ofte medfører brud på alliancen. Respons benævner derimod, når terapeuten formår at modstå presset til at reagere indtil denne kan skifte til et responderende modus, hvilket indebærer, at terapeuten formår at svare på en refleksiv og empatisk måde (Gabbard, 1994: 85). Hvis terapeuten formår at skifte til et responderende modus reflekterer og styrker dette således en god terapeutisk alliance.

Reaktiv konkordant og reaktiv komplementær modoverføring kan beskrives ved begrebet rolleresponsivitet, som ifølge Sandler, Dare og Holder (1994: 111) beskriver terapeutens modtagelighed for at virkeliggøre det selv-objektsamspil, som er til stede i klientens ubevidste, og som klienten gennem hurtige ubevidste manipulationer (herunder nonverbale) forsøger at aktualisere (ibid.). Disse begreber kan tilsammen udgøre en nyttig referenceramme i forsøget på at adskille, hvad der tilhører henholdsvis klienten og terapeuten (Pedersen, 2007). Denne referenceramme synes anvendelig i terapien i forståelsen af klientens og terapeutens intrapsykiske verdener, måden disse påvirker hinanden på, samt indvirker på og påvirkes af alliancen. Dog skal det betones, at forholdet mellem henholdsvis proaktiv og reaktiv samt komplementær og konkordant modoverføring udgør et kontinuum.

Når overføring og modoverføring konceptualiseres ud fra et sådant objektrelations perspektiv anskueliggøres menneskets psykiske struktur, som beskrevet af Yeomans, Clarkin og Kernberg (2002), som bestående af selv-objekt dyader, koblet sammen af følelser. Dyaderne skal naturligvis ikke forstås som præcise indre repræsentationer, men netop repræsentationer af selvet og den anden, sådan som disse er erfaret på bestemte tidspunkter i klientens udvikling. Heraf følger også, at flere forskellige selv-objekt dyader kan aktiveres i terapien. Specielt i mødet med borderlineklienten kan overføringsmanifestationerne være hurtige, skiftende og kaotiske, hvorfor terapeutens modoverføringsfølelser ligeledes kan være intense og mangeartede, hvilket ofte fører til mange brud på alliancen (ibid; Pedersen, 2007). Leahy (2007) beskriver, at *skemata* kan ses som et kognitivt begreb, der beskriver de samme processer som de psykodynamiske begreber overføring og modoverføring. Skemata er ifølge Rosenberg og Mørch (2005) et centralt begreb i kognitiv terapi. Det forstås som: ”*generelle strukturer, der aktiveres under visse omstændigheder og udgør det filter, der lægges over de informationer, individet perciperer og bearbejder”*(Rosenberg & Mørch, 2005: 24)*.* Ved psykisk lidelse er skemaerne rigide, dysfunktionelle og forvrængede (det der forstås ved overføring). Disse skemata (f. eks: ’jeg er uelskelig’ eller ’jeg er ikke noget værd’) har på et tidspunkt i personens liv udgjort ’en korrekt’ udlægning af relationen til vigtige andre (ibid.: 25). Leahy (2007) beskriver, at forskellige strategier udspringer fra ’self-other’ skematiske repræsentationer, hvilket stemmer overens med begrebet selv-objekt dyader. Forskellige terapeuter kan ifølge Leahy ’trække i’ disse skemaer på forskellig vis. En terapeut stimulerer måske oftere dependens i sine klienter end andre terapeuter. Leahy beskriver ydermere, at terapeuten skal være opmærksom på sin egen modoverføring:”*The therapist can note which patients and issues ’push his buttons’, and what automatic thoughts and personal schemas are activated: ‘If a patient is disappointed in me it must be because I am an inadequate therapist’”* (Leahy, 2007: 240).Dette citat synes at beskrive det, vi kan referere til som proaktiv modoverføring, altså modoverføring der hovedsageligt har rødder i terapeutens indre mentale modeller eller selv-objekt dyader. Ud fra ovenstående korte belysning af skemata begrebet synes opdelingen af den terapeutiske relation i den reelle relation, alliance, overføring og modoverføring også at kunne ’oversættes’ og anvendes i kognitiv teori og terapi.

Selvom den terapeutiske relations komponenter defineres hver for sig er det klart, at de ikke fungerer uafhængigt af hinanden, men interagerer konstant. Inden jeg vil beskrive nærmere, hvordan overføring, modoverføring og alliancen kan tænkes at påvirke hinanden i terapien, vil jeg forsøge at belyse den terapeutiske relation ud fra et neurobiologisk perspektiv. Dette perspektiv kan bidrage med en mere nuanceret forståelse af fænomenerne, samt mere videnskabeligt funderede ’ben’ til vores teorier.

### Et neurobiologisk perspektiv på definitionen af fænomenerne overføring, modoverføring, alliancen og den reelle relation.

Inden jeg mere specifikt kobler vores viden om hjernen med forståelsen af den terapeutiske relation, synes det nødvendigt kort at redegøre for de funktioner i hjernen, der er mest væsentlige for menneskets relationelle verden.

Det viser sig, at selv i hjernen og kroppen, betyder relationer alt. Et voksent menneskes hjerne har omkring 100 milliarder neuroner, som i gennemsnit hver har 7000 – 10 000 synaptiske forbindelser til andre neuroner, hvilket skaber ca. 2,5 millioner km. neurale veje i vores hjerner (Badenoch, 2008).

Ledoux (2002) mener, at svaret på spørgsmålet om, hvordan vores hjerne gør os til den vi er netop kan findes i de synaptiske processer, der muliggør samarbejdende processer mellem de forskellige hjernesystemer. Selvom vores hjerner ligner hinanden, opfører vi os forskelligt og har forskellige lyster, håb og drømme. Nøglen til individualitet ligger således ikke i den overordnede struktur i hjernen, men i finjusteringen af de underliggende neurale netværk, bestående af celler og synapser (ibid.).

Kommunikationen mellem neuronerne faciliteres af neurotransmittere produceret i den præsynaptiske neuron, som enten øger eller hæmmer den elektriske aktivitet i den postsynaptiske neuron. Glia; mikroskopiske celler der pakker axonerne ind i myelin, giver stabilitet og øger hastigheden mellem neuroner. Normalt sendes en meddelelse fra neuronen gennem axonen og ud i synapsen for herefter at blive modtaget af den næste neurons dendritter, selvom beskederne også kan sendes den anden vej. Der sker således meget komplekse og varierede processer i hjernen, som måske kan lyde mekaniske og langt væk fra vores teorier og det terapeutiske rum. Det er dog denne:”*…tango of rapidly firing, ever-changing electrical impulses* [that] *produces the rich subjective experience of our daily lives…*” (Badenoch, 2008: 8).

Gener og erfaring guider neuronernes sammenkoblinger. Den genetiske arv styrer den overordnede hjernestruktur, mens erfaringer influerer, hvordan og hvornår generne udtrykkes. Gennem hele livet danner neuronerne synaptiske forbindelser med hinanden ud fra de ydre og indre erfaringer vi gør os. Disse forbindelser bærer energi (den elektriske fyring) og information (de mentale repræsentationer som fremkommer når neuronerne fyrer). Sindet dirigerer, fremkommer af og rider på bølgerne af neuronernes fyrings-mønstre. Hebbs lov, ‘*What fires together wires together’* kan give forståelse for denne proces. Denne lov beskriver groft formuleret, at alle aspekter af en erfaring har tendens til at samle sig i et neuralt net, som koder en repræsentation af en erfaring. Når en streng af et net røres, er der en vis sandsynlighed for, at hele nettet aktiveres - dette kaldes at erindre eller huske noget (Ledoux, 2002; Badenoch, 2008: 9; Folensbee, 2007). Vi ser, som Badenoch (2008:9) pointerer, ofte denne proces udfolde sig, når vi sidder med klienten. En klient husker eksempelvis billedet af sin mors ansigt og føler varme i kroppen, mens hun husker det kærlige bånd mellem dem, hvor en anden klient ser billedet af sin mors ansigt og føler sorg, kulde, skam og forvirring. Tanker, billeder, følelser og hvad der mærkes i kroppen samt den relationelle betydning af enhver erfaring har tendens til at følges ad.

Nogle erindringer har større magt end andre i forhold til at forstyrre os i nutiden. En måde at forstå dette på er, at jo stærkere en forbindelse er i et net, jo større sandsynlighed er der for, at dette aktiveres på et senere tidspunkt. Gentagelse, den emotionelle intensitet samt myelineringen styrker de synaptiske forbindelser, der udgør et net. Dette synes nemt at forestille sig: hvis en person vi ikke kender så godt sårer vores følelser en gang vil det ikke fylde så meget og måske aldrig blive genkaldt igen. Hvis det derimod er en person tæt på os, der gentagne gange misforstår vores intentioner og sårer vores følelser, vil både gentagelserne og den emotionelle intensitet udgøre byggestenene til en ” *super highway to painfull and powerfull reexperiencing”* (ibid.: 10). Folensbee (2007: 26) giver følgende eksempel: Hvis en mand eksempelvis har oplevet gentagne svigt og afvisning i barndommen, kan den mindste antydning af afvisning udvist af mandens kone trigge stærke følelser relateret til frygt for afvisning, hvilket kan resultere i, at manden misforstår konen og tror, at hun er på vej til at forlade ham (ibid.).

 Det er bl.a. forståelsen for aktiveringen af neurale net og de heraf følgende perceptioner og ’genoplevelser’, der synes meget illuminerende for forståelsen af overføringsfænomenet, sådan som dette opleves i det terapeutiske rum og i hverdagen. Jeg vil nu belyse begreberne implicit og eksplicit hukommelse, som kan nuancere vores forståelse for den terapeutiske relation yderligere.

I midten af hjernen findes det limbiske system, som udgøres af amygdala, hippocampus og hypothalamus og som sammen med præfrontale områder kan siges at udgøre den sociale hjerne. Disse områder, som arbejder sammen med hjernestammen, relateres til vores motivationelle, emotionelle og relationelle liv, herunder hukommelsesprocesser. Når vi bliver født, består disse områder hovedsageligt af neuroner, der endnu ikke er forbundet til hinanden, og de er primet til at danne forbindelser gennem de relationelle erfaringer, vi har med vores primære tilknytningspersoner. De mønstre af energi og information, der dannes i denne tidlige tilknytning, er med til at forme strukturen i de limbiske regioner. Dette betyder, at fundamentet for perception, specielt i relationelle kontekster, bygger på kvaliteten af disse tidlige interaktioner med vores forældre.

Amygdalas funktion relateres til begyndende meningsdannende processer og ’fortæller os’ hvornår vi skal være opmærksomme samt laver en umiddelbar begyndende vurdering af, om en erfaring er god eller dårlig, dvs. sikker og varm eller ej. Den implicitte hukommelse knyttes hovedsageligt til det limbiske system. Det er den eneste hukommelsesform, der er tilgængelig for os i de første 12-18 måneder af livet. De implicitte erindringer fra barnets første år indeholder adfærdsimpulser, affektive erfaringer, perceptioner, fornemmelser og billeder. Ved gentagne erfaringer udvikles der generaliserede, nonverbale konklusioner om måden livet fungerer på; der udvikles såkaldte mentale modeller. Konklusionerne medfører forventninger om, hvordan livet vil udvikle sig, og disse konklusioner forbliver hovedsageligt under eller udenfor den bevidste opmærksomhed. Konklusionerne guider vores perceptioner og handlinger på måder, der har tendens til at forstærke konklusionerne yderligere. Konklusionerne opleves ofte som antagelser eller ’sandheder’ omkring, hvordan ting er, og hvordan den relationelle verden fungerer. Badenoch giver selv et udmærket eksempel fra en af sine klienter som sagde: ”*You have to be strong and completely self-sufficient to survive*” (Badenoch, 2008: 25). Det er ikke svært at forestille sig, hvilken ødelæggende effekt sådanne stærke mentale modeller kan have på det relationelle liv. Samtidig synes det væsentligt mentale modeller netop er udviklet som en måde at ’overleve’ og tilpasse sig på i den verden man vokser op i. Problemet er, som Badenoch (2008) fremfører, at modellerne har en selvforstærkende effekt, hvorfor de vil blive ved med at forstyrre klienten i dennes nuværende relationer. De implicitte erindringer aktiveres i vores hverdag, og opleves og fortolkes som noget, der sker i nutiden. Således kan det perceptuelle bias, der stammer fra de mentale modeller ’genskabe’ individets originale tidligere erfaring i nutiden igen og igen. (ibid.). Den terapeutiske relation kan dog medføre heling og modifikationer til de neurale net, der er smertefulde og medfører bias og forvrængninger i nutidige relationer.

Virkningen af det terapeutiske arbejde hviler ifølge Badenoch (2008), Ledoux (2002) og Folensbee (2007) på hjernens neuroplasticitet. Psykoterapi kan herudfra forstås som en proces af gensidigt arbejde og engagement fra både terapeut og klient, som vil forandre både struktur og funktion i hjernen mod større neural integration. Synaptogenese og neurogenese medierer neural forandring. Neurogenese referer til det nye fund, at nye erfaringer kan medføre, at stamceller deler sig, hvorfor der skabes nye neuroner. Det er dog stadig uvist, hvor mange dele af hjernen, der kan generere stamceller, eller om disse kan migrere. Terapi kan dog herudfra tænkes at kunne medføre dannelsen af nye neuroner, hvilket kan give større håb for forandring for både patienter og terapeuter.

 Synaptogenese benævner den proces, hvorved nye synaptiske forbindelser dannes og allerede dannede neurale net modificeres. Forskning viser, at strukturen i hjernen forandrer sig ved, at der sker en øgning i bestemte synapser, der fyrer. Disse synapser repræsenterer ofte nye forbindelser i neurale kredsløb. Hvis et smertefuldt og angstbetonet neuralt net aktiveres i terapien kan terapeutens bidrag i form af empati og forståelse således være medvirkende til, at der også skabes forbindelse til netop empati og forståelse i dette kredsløb, og klienten dermed bliver bedre til at forstå, hvad der sker samt berolige sig selv, når dette kredsløb aktiveres (ibid.). Dette er det der således synes at ske, når terapeuten og klienten formår at blive bevidste om en overføringsdynamik, og terapeuten empatiserer med klienten i denne proces.

Det synes ydermere væsentligt kort at beskrive de to hemisfærers forskellige funktioner. De funktioner der hovedsageligt medieres af venstre halvdel, også kaldet LMP (left mode processing), er ofte logik, linearitet og sprog. Denne del forsøger ofte af skabe mening på en ’hvis a, så b, så c’ måde. LMP danner forklaringer på erfaringer og følelser i årsag-virkning mønstre ud fra input fra højre hjernehalvdel. Right mode processing (RMP) er mere nonlineær og holistisk. Al information bearbejdes mere samtidigt på en receptiv måde. Denne del er specialiseret i at opfatte og bearbejde visuel og spatial information, såsom at sende og modtage non-verbale signaler, hvilket er yderst centralt for den sociale forståelse. Mentale modeller af selvet, verden og relationer erfares således hovedsageligt gennem RMP, som er meget kropslig og non-verbal. Forskning indikerer dog også, at der er noget sprogligt i højre hjernehalvdel, nemlig de følelsesladet og billedlige ord såsom metaforer (ibid.).

Badenoch (2008) konkluderer ud fra denne viden om hjernehalvdelenes forskellige funktioner, at det er gennem RMP terapien hovedsageligt har sin virkning. Terapiens væsentligste opgave synes dog at være at skabe større integration mellem de to hemisfærer, således at RMP bidrager med den følte kontekst for de meningsskabende processer i LMP. Større integration medvirker til, at klienten får et mere helt og balanceret billede af sig selv (Badenoch, 2008: 21), samt bedre forbindelser mellem følelser, tanker og handlinger; implicit og eksplicit samt mellem fortid, nutid og fremtid.

Implicitte erindringer genkaldes og aktiveres hovedsageligt gennem RMP, hvorefter individet gennem LMP skaber en logisk forklaring på de følelser og kropslige fornemmelser, der opstår. I de første 18 måneder af barnets liv, hvor tilknytningsmønstret udvikles, favoriserer hjernen RMP over LMP.

Overføring kan ud fra nærværende forståelse af hjernens funktion forstås som det der sker når tidligt udviklede, kraftfulde implicitte mentale modeller aktiveres og medfører en forvrængning af klientens oplevelse af og forståelse for terapeuten og den terapeutiske relation.

Klienten vil opføre sig i overensstemmelse med sin oplevelse og forståelsen heraf, hvilket ofte vil skabe en en modoverføringsreaktion hos den eller de personer klienten relaterer sig til. På den måde forstærkes klientens mentale modeller, selvom de ikke ’passer’ i nutiden. Man kan herudfra nemt forestille sig, at terapeuten kan blive inddraget i at spille en rolle fra klientens intrapsykiske verden, og dermed har en modoverføringsreaktion. Konceptualiseringen af menneskets intrapsykiske verden som bestående af selv-objekt dyader synes således forenelig med et neurobiologisk perspektiv. Dette understøttes ydermere af Ledouxs (2002) teori om ’det synaptiske selv’. Selvet er ud fra Ledouxs forståelse totaliteten af, hvad en organisme er, fysisk, biologisk, psykologisk, socialt og kulturelt. Det inkluderer ting vi ved og ting vi ikke ved; ting andre ved om os og som vi ikke erkender; det inkluderer træk vi udtrykker og gemmer, og træk vi ikke tænker over. Det inkluderer det, vi gerne vil være såvel som det, vi håber, vi aldrig bliver.

”The fact that all aspects of the self are not usually manifest simultaneously, and that different aspects can even be contradictory, may seem to present a hopelessly complex problem. However, this simply means that different components of the self reflect the operation of different brain systems, which can be but are not always in sync. While explicit memory is mediated by a single system, there are a variety of different brain systems that store information implicitly, allowing for many aspects of the self to coexist” (Ledoux, 2002, 31).

Ligesom forskellige dele eller oplevelser af selvet kan være modstridende fordi disse er kodet i forskellige implicitte systemer, synes det også nærværende at klienten implicit kan have en oplevelse af at være på en måde, som ikke stemmer overens med den mere eksplicitte forståelse, som klienten har udviklet om sig selv.

Borderline og skizofrene klienter kan herudfra forstås som havende meget lidt integration mellem de forskellige opfattelser af selvet, hvorfor overføringsmanifestationerne jf. Gabbard (1994) netop kan være mangeartede, hurtige og skiftende, hvilket mange terapeuter oplever med borderline klienter. Hvis terapeuten kan blive opmærksom på sin modoverføring og opnå empati, samt respondere frem for at reagere, og herigennem skabe forståelse for, hvad der sker i den terapeutiske relation, herunder forbindelsen til klientens selv-objekt dyader, kan dette jf. vores viden om neuro- og synaptogenese skabe nye forbindelser i hjernen. Dette kan skabe større integration mellem fortid og nutid; implicit og eksplicit; samt følelser, tanker og handlinger således at klienten kan opleve en mere nutidigt baseret realitet.

Alliancen er væsentlig i denne proces, da den kan betragtes som ’det rum’, der muliggør respektfuld og empatisk udforskning af stærke mentale modeller, som ofte rummer meget stærke følelser såsom sorg, vrede, skam og kærlighed. Terapeutens evne til at opnå forståelse af hvad der sker og respondere empatisk kan således siges både at reflektere og støtte alliancen.

Alliancens styrke kan i denne forbindelse forstås som graden, hvormed terapeuten og klienten formår at skabe og bevare en samarbejdende platform, hvorudfra effektivt terapeutisk arbejde kan finde sted. Hvis det derigennem lykkes terapeuten og klienten at blive bevidste om aktive implicitte mentale modeller er det muligt at skabe forståelse for og arbejde med disse i stedet for at forstærke dem.

De neurobiologiske og mere teoretiske forståelser af terapeut-klient relationen synes ud fra ovenstående belysning forenelige og synes set i sammenhæng med hinanden at bidrage med en mere nuanceret forståelse af den terapeutiske relation. Ud fra dette fundament vil jeg gå mere i dybden med at belyse alliancen i forhold til overføring, modoverføring og den reelle relation.

### Relationen mellem overføring, modoverføring og alliancen.

Overføringsbaserede forvrængninger af terapeuten og relationen kan være både positive og negative. Mange positive forvrængninger af alliancen kan ifølge Gelso og Carter (1994) styrke alliancen, specielt i tidlige faser af terapien, hvor alliancen endnu ikke er styrket gennem den terapeutiske arbejde, og i den grad dette sker, kan alliancen siges at indeholde elementer af positiv overføring. Meissner (1996) fremfører i kontrast hertil, at det er vigtigt at skille begreberne helt ad. Han ser alle former for overføring, både de negative og mere modne og positive overføringer som ’*contaminents of alliance*’ (Meissner, 1996: 26). Dette vælger han at gøre, fordi det ofte kan være svært at skelne infantil positiv overføring fra basal tillid, hvorfor det det at holde begreberne fuldstændig separat synes sikrest, således at alle overføringskonstellationer er åbne for analyse (ibid.). Gelso og Carter (1994) beskriver i tråd hermed, at overføringsbaserede alliancer aldrig er stabile, idet det overføringsbaserede ved alliancen forsvinder, når den negative overføring får taget eller den positive overføring ophører eller analyseres. Her er alliancen dog ofte blevet styrket gennem det terapeutiske arbejde, således at alliancen ikke kun er baseret på overføring.

Alliancen påvirker også overføring, selvom det er muligt at styrken af alliancen kan øge eller hæmme mængden af overføring, synes det ifølge Gelso og Carter (1996) mere muligt, at alliancen påvirker den bevidste oplevelse af og udtryk for overføringen. Dvs. jo stærkere alliancen er, jo bedre i stand vil klienten være til at blive bevidst om både positive og negative overføringsbaserede følelser og udtrykke disse. Alliancen tilbyder en form for tryghed og rum, hvor eksempelvis negative følelser for terapeuten kan udtrykkes uden at true eller ødelægge terapien. Modoverføring påvirker også alliancen, og ligner overføringsprocessen i den måde denne påvirker og bliver påvirket af alliancen på. Der er dog den væsentlige forskel, at terapeutens primære opgave er at være opmærksom på sin modoverføring, således at denne ikke medfører så mange brud på alliancen og i højere grad kan bruges konstruktivt. Gelso og Carter (1994) udleder følgende antagelser om måden alliancen interagerer med overføring og modoverføring på:

1) Overføring påvirker alliancen, hvor positiv overføring både kan styrke og svække alliancen, svækker negativ overføring altid alliancen, hvis der ikke arbejdes med denne.

2) Alliancen påvirker også overføring, hovedsageligt gennem faciliteringen af klientens bevidsthed om overføringen og måden, denne kommer til udtryk i terapien på.

3) Alliancen påvirker og bliver påvirket af modoverføring. Alliancen styrkes, hvis terapeuten formår at håndtere sin modoverføring og kan udnytte denne til at opnå større forståelse for den terapeutiske proces og den terapeutiske relation.

Den reelle relation og overføring eksisterer side om side, og begge influerer og bliver influeret af alliancen, men ingen af delene er alliance. Den reelle relation påvirker alliancen på forskellige måder. Terapeutens og klientens realistiske oplevelser af hinanden og deres respons herpå kan ses på et kontinuum fra ’positiv’ til ’negativ’. I den positive ende har klienten og terapeuten positive reaktioner på deres realistiske oplevelser af den anden, hvilket inkluderer at kunne lide den anden, føle omsorg og interesse for den anden samt stærkere følelser, såsom kærlighed. Den negative ende af dette kontinuum kan indebære, at parterne ikke kan lide hinanden, keder sig, ikke føler interesse for den anden og er kritisk overfor den anden. Generelt bliver alliancen styrket, jo mere positivt parterne oplever hinanden, hvorimod den svækkes jo mere negativt terapeuten og klienten oplever hinanden (Gelso & Carter, 1994). Det synes dog væsentligt i denne sammenhæng at være opmærksom på at ’negative’ følelser, såsom ikke at kunne lide klienten, føle interesse for denne og kede sig ofte kan være et tegn på modoverføring. Casement (1985) giver et klinisk eksempel herpå, hvor han efter at have kedet sig med sin klient, gennem sin indre supervisionsproces fandt frem til, at kedsomheden syntes at være det vi kan referere til som reaktiv komplementær modoverføring. Han fandt ud af at han reagerede på at klienten relaterede til ham som om han var fysisk til stede, men følelsesmæssigt fraværende, selvom Casement normalt ikke havde det sådan med denne klient. Dette medvirkede til at Casement forstod denne klients problem mere dybdegående, specielt i forhold til dennes familie, som netop ikke havde kunnet rumme klientens depression og fortvivlelse og derfor havde undgået at lade sig berøre denne (de var følelsesmæssigt fraværende). Dette ledte Casement til at metakommunikere omkring sin oplevelse, hvilket medførte at klienten begyndte at relatere til Casement på en meningsfuld måde igen (ibid. 80f). Kedsomheden var således her et tegn på brud på alliancen, som hovedsageligt synes at være opstået ved klientens overføring. Hvis man forstår klienten og dennes måde at være på, både på et intellektuelt og følelsesmæssigt plan er det svært at forestille sig, at man kan opleve klienten på en generelt negativ måde. Det der kan opleves som ’negative’ følelser i den reelle relation synes således ofte at kunne være tegn på modoverføring, hvilket er væsentligt at være opmærksom på i den terapeutiske proces, da det ellers vil kunne svække alliancen og det terapeutiske arbejde.

Gelso og Carter (1994) samt Hatcher og Barends (2006) påpeger, at en meget positiv realistisk oplevelse af den anden også kan svække alliancen. Klienter, der har mange positive følelser for terapeuten i den reelle relation, kan eksempelvis hæmme og fortrænge negative overføringer i større grad, da disse er i stærk konflikt med deres generelt positive realistiske oplevelse af terapeuten (ibid.) Det synes dog nødvendig at nuancere denne forståelse. Man kan også forestille sig, at meget positive følelser kombineret med tillid[[5]](#footnote-5) netop er det der gør, at klienten tør dele sin uenighed, eller at tillid og positive følelser gør arbejdet mere intenst og terapeut-klientrelationen mere lig nogle af klientens andre relationer, hvorfor arbejdet i terapeut-klientrelationen måske nemmere kan ’overføres’ til klientens andre relationer. Virkningen af stærke positive følelser er højst sandsynligt være forskellige i forskellige terapeut-klient relationer, afhængig af bl.a. graden af oparbejdet tillid samt begge parters relationelle mønstre og måden disse interagerer med hinanden på, samt de anvendte terapeutiske metoder.

Ligesom den reelle relation påvirker alliancen påvirker alliancen også den reelle relation. Generelt medfører klientens og terapeutens samarbejde med hinanden at alliancen styrkes, hvilket ofte også medfører at klienten og terapeuten ser flere positive og realistiske kvaliteter ved hinanden. Her styrker alliancen altså en positiv reel relation. Måske er den væsentligste pointe, at alliancen kan skabe et rum hvori både ’positive’ og ’negative’ følelser i den reelle relation såvel som i overføringsrelationen kan udtrykkes (Gelso & Carter, 1994; Meissner, 1996).

Ligegyldigt hvor meget eller hvor vekslende overlappet mellem den reelle relation, overføring, modoverføring og alliancen er, vil alliancen altid kunne ses som uafhængig af de andre elementer, fordi alliancen eksisterer med psykologarbejdet som formål. Herudfra kan man ifølge Gelso og Carter (1994) udlede, at selvom alliancen indeholder både elementer af overføring og realistiske følelser mellem terapeut og klient, er det ikke disse der definerer alliancen (ibid.). Gelso og Carters (1994), samt Meissners (1996) forståelser af alliancen synes at indebære et syn på alliancen, hvor alliancen kan ses som adskilt fra de andre komponenter i relationen, men de har ikke en tydelig begrebsliggørelse af alliancen som et overordnet paraplybegreb lig Bordins konceptualisering. Dette synes frugtbart, idet forvirringen om, hvorvidt alliancen kan ses som *indeholdende* overføring og den reelle relation mindskes. Herudfra kan man sige at alliancen *konstitueres* af (nærmere end indeholder) mange faktorer, herunder overføring og realistiske følelser. Hatcher og Barends (2006) mener netop, at forståelsen af alliancen som et paraplybegreb kan være frugtbar i forståelsen af alliancefænomenet:

”Alliance is actualized in therapist techniques, client participation, and the dyad’s relational features. Alliance is a property of all components of therapy, a concept superordinate to these components and not a component itself. Viewing technique and alliance as equivalent components of therapy confuses 2 levels of thinking, as does conflating the alliance with the overall therapy relationship” (Hatcher & Barends, 2006: 292).

Alliancen konceptualiseres således som et paraplybegreb både I forhold til de andre elementer i den terapeutiske relation, dvs. Overføring, modoverføring og den reelle relation, samt teknik.

Gelso og Carter beskriver, at i den grad terapeuten og klienten er involveret i den reelle relation, kan de ikke være involveret i overføring. Overføring og realistiske perceptioner er ikke kompatible størrelser i nærværende forståelse af overføring, hvor overføring netop ses som en forvrængning af virkeligheden. Den terapeutiske relation indeholder i varierende grad begge disse komponenter. Når overføring kommer i forgrunden i terapien har den realistiske relation tendens til at komme i baggrunden. Når overføringen bliver forstået både følelsesmæssigt og intellektuelt tager realistiske perceptioner overføringens plads. Dette betyder ikke, at overføringen til sidst forsvinder i relationen. Forskning viser ifølge Gelso og Carter (1994), at overføringen ofte vedbliver med at være forholdsvist høj gennem hele den terapeutiske proces, men at klienten i højere grad bliver bevidst om overføringen og får indsigt i denne. De klienter, der får det bedre i terapien, vedbliver således med at være påvirket af overføringen, men bliver bedre til at blive bevidst om, når deres perceptioner er domineret af overføring. Dette giver mening ud fra vores viden om synaptogenese, der benævner processen, hvorved der dannes nye forbindelser i et neuralt netværk. De gamle forbindelser er ofte meget stabile og vedbliver med at være der, hvilket kan forklare, at klienten bliver ved med at opleve overføring. De nye forbindelser kan repræsentere forståelse for overføringen samt en bedre evne til at rumme de tanker og følelser, der opstår i overføringsrelationen. De konklusioner klienten har omkring sig selv på baggrund af de patologiske mentale modeller kan herudfra siges at blive mere ego-dystone, idet klienten bliver bevidst om, at eksempelvis oplevelsen af og antagelsen om ikke at være noget værd ofte stammer fra en eller flere intrapsykiske selv-objekt dyader præget af svigt. Denne viden bekræfter vigtigheden af, at terapeuten går i egenterapi og til supervision, så denne kan blive bevidst om hvilke proaktive modoverføringsdynamikker, der ofte kan komme i spil og dermed bliver bedre til at blive bevidst om, håndtere, rumme og anvende sin modoverføring konstruktivt .

Der er stor debat om, hvorvidt og i hvilken grad alliancen er et interpersonelt eller et intrapersonel fænomen. Vores viden om hjernen synes yderst illuminerende for denne diskussion, hvilket jeg vil anskueliggøre i næste afsnit. Dette medfører ydermere en nuancering af, hvordan overføringens og modoverføringens intrapersonelle og interpersonelle elementer kan forstås og virker sammen.

### Hvorvidt og i hvilken grad kan alliancen betragtes som et interpersonelt kontra et intrapersonelt fænomen?

I litteraturen om alliancen synes diskussionen ofte at centrere sig om, *hvorvidt* og *i hvilken grad* alliancen hovedsageligt er et interpersonelt eller et intrapersonelt fænomen. Jeg vil forsøge at belyse, at det måske er mere frugtbart at fokusere på, *hvordan* intrapersonelle og interpersonelle processer virker sammen.

Horvath (2006) beskriver, at beviser synes at støtte alliancen som både et intrapersonelt og interpersonelt fænomen. Det at klientens selvrapporterede perspektiv set i forhold til observerbare mål på alliancen altid er det mest valide kan ses som støttende et intrapersonelt perspektiv. På anden side viser forskning, at entusiastisk samarbejde er den mest valide indikator for en god alliance, hvilket kan siges at støtte et interpersonelt perspektiv. Det er også fundet, at dele af terapeutens og klientens introjekter interagerer ubevidst og påvirker alliancens kvalitet. Således synes det ifølge Horvath (2006) tydeligt at både intra- og interpersonelle processer indvirker på alliancens kvalitet. Større klarhed omkring disse processer, samt hvorvidt alliancen *hovedsageligt er* interpersonel eller intrapersonel vil ifølge Horvath (2006) kunne medvirke til en større forståelse af, hvordan man etablerer og reparerer alliancen. Horvath synes at polarisere interpersonelle og intrapersonelle processer overfor hinanden og synes at ville vise, at alliancen både *indeholder* interpersonelle og intrapersonelle elementer. Her kan det at anskue alliancen som paraplybegreb netop synes afklarende for forståelsen af, hvordan intrapsykiske og interpersonelle faktorer *virker sammen* og *påvirker* alliancen.

Meissner (1996) synes netop at forstå alliancen som en form for paraplybegreb. Han beskriver, at alliancen dannes gennem interaktionelle processer mellem terapeut og klient. Alliancen kan således ikke skilles fra den terapeutiske relations intersubjektive karakter, selvom alliancen også afhænger af uafhængige faktorer fra både klienten og terapeuten. Dette kan eksempelvis være terapeutens varme, tillidsvækkende og rolige måde at være på, som er en del af dennes personlighed. På samme måde vil klientens personlighedstræk spille ind.

Forhandling er ifølge Meissner et vigtigt element, når alliancen anskues på denne måde, da det tillader bidrag fra både klient og terapeut i dannelsen af en fælles forståelse af realiteten. Selv fortolkninger er en form for forhandling, hvor klient og terapeut når frem til en forståelse der er tilfredsstillende og meningsfuld for begge parter. Terapien er således en tovejs proces, der kræver engagement og empati fra begge sider. Terapeutens respekt, takt, empati, og velovervejethed spiller en stor rolle, når alliancen anskues på denne måde (Meissner, 1996). I denne beskrivelse er det også tydeligt at overføring, modoverføring, alliancen og den reelle relation konstant interagerer, og at det er gennem klientens og terapeutens forhandlinger og alliancen, at der kan opnås forståelse for og enighed om, hvad der synes at være forvrænget (overføring og modoverføring) og hvad der er mere realistisk (den reelle relation), samt hvordan dette kan forstås.

Vores viden om hjernen synes illuminerende for *måden* interpersonelle og intrapsykiske processer virker sammen. Vores viden om hjernen tydeliggør at alliancen, overføring, modoverføring og den reelle relation er baseret på både intrapersonelle og interpersonelle processer. De neurale netværk er netop dannet ud fra komplementære intrapersonelle og interpersonelle processer og både inter- og intrapersonelle processer virker sammen når vi forsøger at skabe mening i vores relationelle erfaringer. En af de faktorer der synes at medføre forvirring omkring hvorvidt og i hvilken grad alliancen er et interpersonelt kontra et intrapsykisk fænomen er den føromtalte forvirring af to niveauer. Hvis alliancen forstås som et paraplybegreb, der specifikt henviser til samarbejdet mellem terapeut og klient, kan alliancen betragtes som et interpersonelt fænomen. For at forstå hvordan alliancen bliver opbygget og vedligeholdt er det dog *altid* nødvendigt at betragte alliancens konstituerende elementer, som udgøres af komplementære intrapsykiske og interpersonelle faktorer, herunder eksempelvis terapeutens og klientens personlighedstræk, den reelle relation og overføring.

Ud fra vores viden om styrken af de neurale netværk kan vi antage, at jo stærkere et neuralt netværk er, eksempelvis når en klient i sin opvækst gentagne gange er blevet svigtet af en primær tilknytningsperson, jo mere vil de intrapersonelle processer, der kobles til dette svigt ’fylde’ og forvrænge oplevelsen af nutidige relationer og interpersonelle processer. Måden, hvorpå de interpersonelle kontra intrapersonelle processer virker sammen i relationen, kan herudfra siges bl.a. at medieres af styrken af de neurale netværk, der er aktive, samt hvorvidt og i hvilken grad terapeuten og klienten er i stand til at blive opmærksom på, hvad der sker i relationen og arbejde hermed. Hvis terapeuten og klienten, ud fra alliancen som platform[[6]](#footnote-6), formår at blive opmærksom på en stærk aktiv mental model, (en overførings og/eller modoverføringsdynamik) som medfører en forvrængning af ’virkeligheden’ kan denne implicitte model blive mere eksplicit, således at der kan arbejdes hermed i terapien. Det, der synes at ske, når det lykkes at blive bevidst om en aktiv stærk mental model (med forskellige grader af overføring og modoverføring) er, at der skabes forbindelse mellem det intrapersonelle og interpersonelle. Der sker således en dialektisk proces hvor det der sker i den terapeutiske relation kan give oplysninger om og forstås på baggrund af klientens indre mentale modeller. Herved bliver den terapeutiske relation mindre påvirket af forvrængninger, hvorfor den reelle relation styrkes, hvilket ifølge Gelso og Carter (1994) netop styrker alliancen gør terapien mere effektiv. Det synes også at kunne medføre en stærk autentisk kontakt mellem terapeut og klient som synes at ’mødes’ og være bevidst om det der sker her og nu samt koblingen til klientens mentale modeller.

 Alliancen kan herudfra forstås som det rum, der muliggør den empati og refleksivitet, der synes nødvendig for, at terapeuten og klienten kan udforske, arbejde med og forstå det der sker. Alliancen kan således forstås som essentielt et interpersonelt fænomen der baseres på og påvirkes af både intrapersonelle og interpersonelle processer, der på forskellig vis virker sammen i den terapeutiske proces. Måske er den vigtigste pointe i denne sammenhæng at Alliancens synes stærkest når der er størst forbindelse mellem inter- og intrapersonelle processer, da terapeuten og klienten her arbejder sammen (eksempelvis ved hjælp af et refleksivt fokus, at skifte mellem at opleve og observere, samt metakommunikation og fortolkning) om at forstå, hvad der sker[[7]](#footnote-7). Hver gang disse forbindelser skabes synes det desuden at medføre modifikationer til den eksisterende mentale model, samt større neural integration, hvilket kan betragtes som et af terapiens væsentligste formål.

### Afrunding

Ud fra ovenstående diskussion står det klart, at alliancen er et meget væsentligt og komplekst fænomen i terapien. For at kunne bruge alliancen konstruktivt i både teoretiske, forskningsmæssige og terapeutiske kontekster er det nødvendigt at være opmærksom på alle de elementer, der er med til at påvirke og konstituere alliancen. For at opnå en mere klar forståelse af alliancen og kunne vurdere, hvordan disse elementer indvirker synes det konstruktivt at betragte elementerne som adskilt fra alliancen, hvorfor alliancen fordelagtigt kan forstås som et paraplybegreb i tråd med specielt Meissners og Bordins konceptualiseringer. En kombination af de beskrevne teoretikeres forståelser af alliancen er dermed mest hensigtsmæssig og munder ud i følgende forståelse af alliancen.

Alliancen forstås som den samarbejdende kontekst eller det rum indenfor hvilket, effektivt terapeutisk arbejde og terapeutiske interventioner kan finde sted. Alliancen forstås jf. Bordins konceptualisering som overordnet indebærende enighed om terapiens opgaver og mål, samt et følelsesmæssigt bånd eller tilknytningselement mellem terapeut og klient[[8]](#footnote-8). Man kan som Bordin formulerede undersøge alle aspekter ud fra et alliance-synspunkt med følgende spørgsmål:”*In what way does this feature, quality, or aspect reflect or contribute to the collaborative purposeful work of therapy?”*(Bordin, 1979, iflg. Hatcher & Barends, 2006).

Alliancen betragtes som konstant forhandlet og dyadisk med mange konstituerende elementer, hvor de væsentligste elementer (som i forskellige grader både overlapper og interagerer med hinanden) kan sammenfattes som følgende: Den terapeutiske ramme; at bevare et refleksivt perspektiv og kunne tænke ’sine egne tanker’; at være opmærksom på overføring og modoverføring; at kunne skifte mellem at opleve og observere; containment; ansvar; empati; tillid og neutralitet. Disse elementer refererer hovedsageligt til terapeutens færdigheder, hvor følgende karakteristika også (jf. Gaston) er konstituerende for alliancen: 1) patientens involvering i terapien, herunder tillid til terapeuten og dennes metode, samt parathed til at investere sig i det terapeutiske arbejde. 2) patientens arbejdskapacitet, herunder evne til introspektion, afbalanceret impulskontrol og evne til at berette om intime og pinefulde oplevelser i terapien.

Alliancen står generelt set i modsætning til overføring og modoverføring, men måden disse håndteres på kan have en både neutral, positiv og negativ effekt på alliancen. En væsentlig pointe i denne sammenhæng er at jo stærkere alliancen er, jo bedre i stand vil klienten være til at blive bevidst om overføringen og give udtryk for stærke positive og negative følelser i den reelle relation og overføringsrelationen. Alliancen betragtes som en væsentlig del af den terapeutiske relation, selvom den forstås som værende på et højere niveau end overføring, modoverføring og den reelle relation. Herudfra betragtes overføring ikke som en del af alliancen, selvom alliancen kan betragtes som værende mere eller mindre konstitueret af positiv overføring, specielt i tidlige faser af terapien[[9]](#footnote-9).

Den reelle relation er heller ikke en del af alliancen, men kan også ses som både støttende og hæmmende for alliancen. Negative følelser i den reelle relation virker generelt negativt ind på alliancen, hvor positive følelser både kan hæmme og styrke alliancen. Denne skarpe opdeling mellem overføring, modoverføring, den reelle relation og alliancen kan virke kunstig, i betragtning af at disse fænomener i praksis vil overlappe hinanden og være i konstant interaktion. Klare og forholdsvist afgrænsede konceptualiseringer af fænomenerne synes dog væsentlig for at skabe større præcision i det kliniske arbejde, her bl.a. i forhold til at forsøge at skelne mellem hvad der synes at ’tilhøre’ henholdsvist terapeuten og klienten, og hvordan overføring og modoverføring mere specifikt synes at gribe ind i hinanden.

Den terapeutiske relation kan med fordel betragtes fra et neurobiologisk perspektiv, som specielt nuancerer vores forståelse for, hvad der sker i hjernen ved overføring og hvordan det terapeutiske arbejde, med alliancen som platform, kan medføre heling og større integration. Overføring kan forstås ud fra Hebbs lov ’*What fires together wires together’* som er beskrivende for dannelsen af neurale net, som bl.a. indebærer mentale modeller omkring måden vi indgår i relationer med andre på. Jo mere svigt og utryg tilknytning barnet har oplevet i barndommen jo flere forsvar og dermed mindre integration vil der være koblet til de mentale modeller. Dette kan eksemplificeres ud fra min klients antagelse om, at det er meget farligt og skamfuldt at være sårbar (fordi han havde netop havde oplevet at blive trampet på, skældt ud og ydmyget når han var sårbar overfor sin far). Dette medførte at han ofte forsvarede sig ved at ’gøre sig hård’ og sige til sig selv, at han ikke havde brug for andre mennesker. Han havde desuden udviklet en meget stærk ’offer-krænker’ selv-objekt dyade, som ofte blev aktiveret i hans nuværende relationer, hvor denne mentale model ’ikke passede’. Dette medførte ofte en forstærkning af min klients offer-krænker dyade samt at hans relationer til andre gik i stykker. Alliancen kan herudfra betragtes som den platform der muliggør at blive opmærksom på og arbejde med overføring og modoverføring (eksempelvis når en offer-krænker selv-objekt dyade er aktiv), således at klientens patologiske neurale netværk ikke forstærkes yderligere, men derimod modificeres gennem forståelse, empati samt det at klienten bliver mødt på en anderledes måde end denne er vant til i sine andre relationer i den ’virkelige’ verden. Når overføring, modoverføring og eksempelvis forkert timing medfører brud på alliancen er det også gennem alliancens konstituerende elementer, såsom et refleksivt fokus og empati, at bruddet kan forstås og repareres. Dette er ifølge flere (Safran & Muran, 2002; Samstag, 2006; Bordin, 1979 m.fl.) en meget væsentlig og primær måde, som alliancen aktualiseres i terapien på.

I stedet for at polarisere interpersonelle og intrapersonelle processer og forsøge at afklare hvorvidt og i hvilken grad alliancen kan betragtes som det ene eller det andet, synes det mere konstruktivt at fokusere på hvordan interpersonelle og intrapersonelle processer virker sammen og derigennem påvirker alliancen. Hvis alliancen forstås som et paraplybegreb jf. ovenstående beskrivelse, kan alliancen betragtes som et essentielt interpersonelt fænomen, som dog altid konstitueres af komplementære interpersonelle og intrapsykiske processer. Alliancen er den (interpersonelle, samarbejdende) platform hvorudfra der kan skabes forbindelse mellem intrapsykiske og interpersonelle processer, hvilket eksempelvis er det der sker når terapeut og klient arbejder med forbindelsen mellem klientens overføring (som primært stammer fra klientens intrapsykiske mentale modeller) og dennes påvirkning af forståelsen af det, der sker i klient-terapeutrelationen (som netop kan betragtes som en kombination af intrapsykiske og interpersonelle processer).

Det er svært at forestille sig, at (effektivt) terapeutiske arbejde kan finde sted uden en god terapeutisk alliance. Måden alliancen anvendes og aktualiseres på i terapien er forskellig i de forskellige teoretiske referencerammer og i de forskellige klient-terapeut dyader. Der er også forskel på, hvorvidt arbejdet med alliancen ses som kurativt i sig selv eller om alliancen nærmere betragtes som en forudsætning for anvendelsen af forskellige teknikker. Ovenstående diskussion synes dog at indikere, at alliancen altid er nærværende i det terapeutiske arbejde. Hvis eksempelvis en kognitiv terapeut bedømmer, at der er en god alliance og således arbejder mere teknisk, bliver teknikkerne jo netop vurderet ud fra et alliancesynspunkt eg. ’denne teknik synes anvendelig nu, da der er tilstrækkeligt med samarbejde, tillid og enighed om terapiens opgaver og mål til, at min intervention kan blive ’modtaget’ og forstået af klienten. Forskellen i arbejdet med alliancen synes således at ligge i *måden* fænomenet anvendes på og eksempelvis hvor meget der arbejdes direkte med relationen eller mere med (eksempelvis kognitive) teknikker. Ovenstående forståelse af alliancen synes således godt at kunne anvendes panteoretisk, hvis alliancen netop forstås som den samarbejdende kontekst, der muliggør effektivt terapeutisk arbejde, og som konstitueres af mange forskellige faktorer, jf. Bordins og Meissners definitioner. Alliancens konstituerende elementer vil således også afhænge af den teoretiske referenceramme og den unikke terapeutklientrelation.

Jeg vil nu belyse alliancen ud fra forskningen på området, og vurdere om den her præsenterede forståelse af alliancen kan forsvares ud fra forskningen på området.

# Hvad fortæller forskningen os om alliancen?

Der foreligger en stor mængde forskning i alliancen, og man kan spørge sig selv, hvad det er, der gør alliancen så interessant. En af årsagerne synes at være, at de fleste forskere og terapeuter har accepteret at en stor del af det, der hjælper klienten i terapien går på tværs af forskellige terapeutiske retninger, hvorfor det er logisk at fokusere på disse aspekter af terapien. Her er den terapeutiske relation og alliancen en meget central del, der deles af alle terapier.

Man er nu kommet videre fra effektforskningen, der viser, at alliancen og den terapeutiske relation er essentielle for terapeutisk effekt til at undersøge nærmere, hvilke processer der medierer og er centrale for alliancen og den terapeutiske relation. Her er der bl.a. blevet fokuseret på alliancen over tid og dennes indvirkning på terapiens effekt, forskellige typer af patologier samt personlige variabler (Norcross, 2002; Paul & Haugh: 2008; Gilbert & Leahy: 2007; Hardy, Cahill & Barkham, 2008; Lambert & Barley, 2002.).

Der er naturligvis i mange undersøgelser en del problemer i forhold til forsker bias og dårlig metodologi, men meget af den viden, der er opnået udspringer ofte fra metaanalyser af flere hundreder undersøgelser, hvilket mindsker dette problem (Paul & Haugh, 2008; Norcross, 2002; ; Hardy, Cahill & Barkham, 2008; Lambert & Barley, 2002. ). Derfor vil jeg hovedsageligt henvise til metaanalyser, med inddragelse af andre undersøgelser, der hvor dette kan bidrage med en dybere, mere nuanceret forståelse.

Ud fra ovenstående betragtninger synes det væsentligt først at anskueliggøre de såkaldte non-specifikke faktorers betydning i terapien, hvorefter der kort vil blive redegjort for effektforskningen omkring den terapeutiske relation og alliancen. Herefter vil jeg kaste lys over de processer og fænomener, som forskningen viser, er centrale for alliancen, hvilket knyttes til forrige afsnit om definitionen af alliancen, og leder over i affektreguleringsafsnittet.

## Non-specifikke faktorer i terapien.

Forskning omkring terapeutisk effekt har undersøgt mange forskellige variabler, herunder ekstraterapeutiske faktorer (såsom social støtte og begivenheder udenfor terapien); placebo effekter (Troen på at terapien virker); teknikker (Terapeutiske teknikker der er specifikke for den pågældende terapi); samt non-specifikke faktorer[[10]](#footnote-10) (Lambert & Barley, 2002.; Paul & Haugh, 2008). De non-specifikke faktorer er af særlig interesse i dette speciale, da den terapeutiske relation og alliancen er en del heraf, og i mange tilfælde sidestilles hermed, afhængig af hvor mange variabler, der ses som en del af den terapeutiske relation. Non – specifikke faktorer er variabler, der findes i alle terapiformer uanset terapeutens teoretiske tilgang, såsom empati, varme, accept, klient- og terapeutkarakteristika, den terapeutiske relation, alliancen, og faktorer relateret til den terapeutiske proces. Disse faktorer bliver i dette speciale netop alle set som væsentlige konstituerende elementer for alliancen. Den relative betydning af disse variabler er blevet diskuteret i over 6 årtier, og der er blevet lavet flere metaanalyser og gennemgange af forskningen på området (Lambert & Barley, 2002.). Baseret på disse gennemgange og relateret litteratur udleder Lambert & Barley ( 2002) følgende diagram, baseret på et meget bredt og varieret materiale fra over 100 undersøgelser:

Her ses det at de non-specifikke faktorer udgør 30 % af lagkagen, hvor teknikker kun udgør 15 %. Norcross påpeger, at det herudfra er tydeligt, at den terapeutiske relation er central i forhold til at medvirke til positiv terapeutisk effekt (ibid.) Det at tekniske variabler synes ubetydelige i forhold til det, der her benævnes non-specifikke faktorer kan ses som både støttende for samt forklares ud fra, at det, jf. diskussionen omkring definitionen af alliancen, kan synes problematisk at skille teknik fra den kontekst eller terapeutiske relation, den anvendes i. Teknik og alliance kan netop betragtes som værende på to forskellige niveauer, der konstant interagerer med hinanden. Man kan netop spørge fra et alliance-synspunkt, hvorvidt en bestemt teknik, på et givet tidspunkt i en bestemt terapeutisk relation, synes konstruktiv, neutral eller negativ for alliancen og den terapeutiske proces. Herudfra kan man således overordnet pointere, at en bestemt teknik eller terapeutiske tilgang oftest ikke kan betragtes som generelt god eller dårlig, men netop må vurderes ud fra den kontekst denne anvendes i. Dette kan forklare at teknik, når denne anskues udenfor den kontekst den anvendes i, synes ubetydelig. Dette betyder ikke at terapeutens tekniske færdigheder er ubetydelige, men blot at disse ikke kan afskæres fra den kontekst de anvendes i. Timing synes at være et væsentligt begreb der kan illustrere dette, idet det at gøre eller sige det ’rigtige’ ifølge bl.a. Malan (1992) og Casement (1985) i høj grad er at sige eller gøre dette på det rigtige tidspunkt. Timing er således et begreb der synes direkte at henvise til eller beskrive den intime forbindelse der er mellem teknik og den kontekst denne anvendes i.

Der er ifølge Paul og Haugh (2008) dog stadig divergerende resultater i forhold til hvor stor en del af lagkagen, der tildeles den terapeutiske relation, hvor eksempelvis Andrews (2000: iflg. Paul & Haugh: 2008) tildeler den terapeutiske relation 80 % af lagkagen og Beutler et al. (2004: iflg. Paul & Haugh: 2008) 17 %. Disse divergerende resultater kan bl.a. synes at afspejle forskellige måder at ’dele lagkagen op’ på, samt andre forskelle i metodologi.

Der skal ske en udvikling metodologisk for at komme frem til et mere entydigt resultat (Paul & Haugh, 2008), men alt i alt må den terapeutiske relation (og herunder *måden* terapeutiske teknikker anvendes på og dermed afspejler, støtter og/eller hæmmer alliancen) siges at være den største virkningsfaktor i selve terapien indenfor terapiens rammer.

Det at de non-specifikke faktorer vægter tungere end specifikke modeller og teknikker, understreger således de non-specifikke faktorers relevans (Paul og Haugh, 2008), og belyser at anvendelsen af specifikke teknikker altid skal ses i lyset af de non-specifikke faktorer. Teknik kan betragtes som en meget væsentlig del af alle former for terapi, men det er måden hvorpå og konteksten hvori teknikken anvendes, der er bestemmende for, om en bestemt teknik er konstruktiv, neutral eller destruktiv for terapien. Denne forståelse kan også ses som eksemplificeret i den gængse udtalelse ’terapeuten er sit eget vigtigste redskab’.

Terapeutens personlighed og personlige udvikling samt dennes professionelle evner og mere tekniske færdigheder er intimt relateret.

Dette synes at understøtte en anden tilgang til terapeutisk praksis end den rent modelbaserede, hvor den terapeutiske relation er i forgrunden og er medbestemmende for hvilke teknikker der anvendes i den specifikke terapeutiske kontekst.

## Effektforskning i alliancen

Der bliver såvel som i teoretiske kredse også i forskerkredse brugt forskellige termer til at benævne alliancen, herunder den terapeutiske relation, arbejdsalliancen og det terapeutiske bånd. Sådanne koncepter har ofte forskellige nuanceforskelle, men de fleste effektstudier efter 1990 har ifølge Paul og Haugh (2008) tendens til at fokusere på følgende områder:

1. Et samarbejdende bånd
2. Et affektivt bånd mellem klient og terapeut
3. Klientens og terapeutens evne til at blive enige om terapiens opgaver og mål.

Dette er i overensstemmelse med Bordins konceptualisering af alliancen, som er i forgrunden i nærværende speciales forståelse af alliancen og som, om end med nuanceforskelle, reflekteres i de måleinstrumenter, der benyttes til at måle alliancens styrke. [[11]](#footnote-11)

Orlinsky, Graves og Parks (1994, iflg. Paul & Haugh, 2008) skriver efter deres gennemgang af undersøgelser af alliancen efter 1992, at det det terapeutiske bånd er det område, der har fået mest forskningsmæssig opmærksomhed, når det angår effektstudier. De betoner, at det terapeutiske bånd er en robust og signifikant faktor relateret til succesfuld terapeutisk effekt. Deres analyse indeholder 56 undersøgelser før 1992 og 53 fra efter 1992. Konklusionen er, at alliancen er signifikant relateret til positiv terapeutisk effekt.

Martin, Garske og Davis (2000) konkluderer i en analyse af 79 undersøgelser at alliancen er signifikant relateret til positiv terapeutisk effekt uanset hvilken form for behandling, der er tale om.

Orlinsky, Grawe og Parks (1994 iflg. Paul & Haugh, 2008) identificerede ydermere ud fra over 1000 undersøgelser vigtige kriterier for positiv terapeutisk effekt, og noterede sig den terapeutiske relations magt i deres fund. De fandt at terapeutens autencitet, evne, samarbejdsevne, empatiske forståelse, bekræftelse af klienten og opmærksomhed på klientens følelser og affektive oplevelse er væsentlige i forhold til at opnå positive terapeutiske resultater. De opridsede ydermere følgende determinanter, som de mest afgørende for terapiens effekt:

* Kvaliteten af klientens deltagelse i terapien
* Det terapeutiske bånd, specielt ud fra klientens oplevelse
* Terapeutens bidrag, specielt gennem empatisk, bekræftende, samarbejdende og selv-kongruent samarbejde med klienten
* Professionel, dygtig brug af interventioner.

De mener disse determinanter kan ifølge Orlinsky, Grawe og Parks (1994) ses som fakta, der er funderet ud fra over 40 års forskning. Ud fra nærværende gennemgang synes det umiddelbart, at terapeutens evner både i forhold til at være empatisk og samarbejde samt anvende terapeutiske teknikker er væsentlige. Dette modstrider den polarisering af terapeuten og den terapeutiske relation på den ene side og teknikker/ den terapeutiske metode på den anden side, der har været tendens til som forsøg på at udvikle de såkaldte evidensbaserede behandlingsformer. Denne adskillelse er genstand for stor debat og synes ud fra nærværende undersøgelser omkring, hvad der virker i terapien problematisk, hvorfor en kort gennemgang af forskningen på dette område er nødvendig.

## Den terapeutiske metode eller den terapeutiske relation?

Udviklingen af de såkaldte evidensbaserede behandlingsformer har medført en debat omkring, hvorvidt det er metoden eller den terapeutiske relation der ’virker’.

Norcross (2002) beskriver, at der er blevet udviklet flere og flere af de såkaldte EST’er (Empirically Supported Treatments). Siden 1993 har en afdeling af APA (American Psychological Association) udviklet en liste af EST’er til specifikke forstyrrelser, baseret på strenge randomiserede kontrol undersøgelser, hvorefter flere bøger med evidensbaserede behandlingsformer er blevet udgivet. Hensigten hermed var at tilgodese psykologens etiske og professionelle ansvar i forhold til at anvende de behandlingsmetoder der virker, hvorfor hensigten var velmenende. Hvordan evidensbaseret praksis forstås og defineres er dog et diskutabelt spørgsmål. Hvilke behandlingsformer og metoder kan betragtes som empirisk valide og hvorfor? De der som udgangspunkt blev anset som empirisk validerede behandlingsformer var de manualiserede behandlingsformer med et begrænset antal sessioner, idet disse lod sig teste empirisk ud fra specifikke, strenge kvantitative retningslinjer. Disse krav fremstår umiddelbart som om terapeuten og klienten ikke er en del af terapien, men blot terapiens ’tjener’. Dette står, som Norcross (2002: 4) pointerer, i stærk kontrast til terapeuters oplevelse af terapien som en intens interpersonel og emotionel erfaring.

Hick (2008) påpeger ydermere, at klienter også oplever terapien som en intens interpersonel og emotionel erfaring, hvilket blandt andet reflekteres i den måde klienter beskriver terapien på, og hvad de oplever, der har virket kurativt. Her benævner de oftest selve relationen og det at føle sig forstået og mødt af terapeuten som væsentligt. Lambert & Barley (2002) påpeger i tråd hermed, at patienter som føler, at terapien er succesfuld beskriver deres terapeut som følsom, ærlig, varm, opmærksom, interesseret, forstående og respektfuld.

Terapeutens kurative bidrag er desuden ligeså empirisk valideret som manualiserede behandlingsformer og terapeutiske metoder. Det synes således mangelfuldt at forsøge at udelukke terapeuten som central virkningsfaktor i forhold til terapiens effekt. Mange og forskelligartede undersøgelaser peger netop på, at psykoterapeutens person har en meget central og direkte indflydelse på terapiens effekt. Wampold (2001:200 iflg. Norcross, 2002:4) konkluderer ud fra en omfattende gennemgang af forskning at: ”*A preponderance of evidence indicates that there are large therapist effects… that greatly exceed treatment effects*”. Norcross betoner ydermere, at terapeutens person altid er en central virkningsfaktor, uanset hvor meget denne forsøger at gøre sig selv til et instrument i forhold til patientens behandling.

Der har således været en tendens til at vægtlægge terapeutiske teknikker i modsætning til relationen, hvor der i dag i nogle terapeut og forsker kredse synes at være tendens til at vægtlægge relationen så meget at terapeutisk metode træder i baggrunden. Det er dog tydeligt efter gennemgangen af forskning i og teori om den terapeutiske relation og alliancen, at terapeutiske teknikker og relationen ikke kan betragtes eller fungere hver for sig, men må ses i sammenhæng med hinanden. Empiriske undersøgelser viser netop, at både den terapeutiske relation og den terapeutiske metode indvirker på terapiens effekt.

Spørgsmålet om, hvorvidt alliancen kan betragtes som kurativ i sig selv synes ud fra disse betragtninger også ufuldstændigt eller vanskeligt at besvare, idet alliancen netop konstitueres af og interagerer med andre mere specifikke faktorer såsom teknik og på den måde kan have en mere indirekte effekt på terapiens effekt. Det synes dog, som Martin, Garske & Davis (2000) pointerer at kunne slås fast, at styrken af alliancen, uanset hvilke mekanismer, der bliver påvirket af, eller indvirker på denne, er bestemmende for terapiens effekt.

Ud fra disse betragtninger kan opdelingen mellem den terapeutiske relation og terapeutiske metoder virke kunstig. Denne opdeling synes dog alligevel anvendelig da den muliggør undersøgelse af, hvordan klienten og terapeuten relaterer til hinanden i sammenhæng med, hvad der mere konkret gøres i terapien og hvilke teknikker der anvendes. På den måde er der en opdeling mellem det mere interpersonelle og det mere instrumentelle for klarhedens skyld, men det står klart, at disse faktorer hænger uløseligt sammen og kun kan ses i sammenhæng med hinanden. Forskning viser, at en effektiv terapeut netop er en der anvender specifikke metoder, tilbyder stærke relationer og som tilpasser både terapeutiske metoder og relationelle holdninger til den individuelle klient og terapiens betingelser (Norcross, 2002).

Ydermere synes det vigtigt, som Norcross (2002) pointerer, at specificere hvilke terapeutiske egenskaber og tekniske såvel som relationelle færdigheder, der medvirker til en kurativ klient-terapeut relation. Derfor vil der i det følgende blive redegjort for de faktorer der, ud fra forskningen på området, synes at være nøglefaktorer i den terapeutiske relation, i henhold til at opbygge og vedligeholde en god terapeutisk alliance.

## Nøglefaktorer i den terapeutiske relation

Orlinsky et. al (2004 iflg. Paul & Haugh, 2008: 15) har i deres gennemgang af over 2500 undersøgelser udvundet følgende nøglefaktorer i den terapeutiske relation, som er væsentlige for opretholdelsen af en god alliance:

* Positivt engagement i terapien af både klient og terapeut. Det er vigtigt, at klienten oplever, at terapeuten er positivt engageret i terapien.
* Interaktiv koordination. Dette benævner begge parters evne til at arbejde sammen om den terapeutiske opgave. Selvom beviserne her er sparsomme synes de at pege på, at gode udfald i terapien er mere sandsynlige når klienterne ser deres terapeut som mere samarbejdende end direktive. Dette synes desuden at medføre bedre enighed omkring terapiens opgaver og mål, hvorfor Bordins konceptualisering støttes her.
* Rapport eller empatisk kommunikation. Der er nu næsten en universel accept af, at terapeutens empatiske forståelse og evner er centrale i forhold til terapiens udfald. Klientens vurdering af terapeutens empati er direkte knyttet til terapiens effekt. Der er dog kun få beviser for korrelationen mellem terapeutens egen vurdering af sin empati og terapiens udfald[[12]](#footnote-12)*.* Der har næsten ikke været nogen forskning omkring Klientens empatiske forståelse, hvilket er en mangel i forhold til vores viden om alliancen.
* Affektiv holdning. Kommunikation af positiv anerkendelse i relationen synes væsentlig, da mange undersøgelser knytter positiv anerkendelse overfor klienten til positivt udfald i terapien. Herudover fandt Orlinsky et al. (2004, iflg. Paul & Haugh, 2008) 36 undersøgelser, der knytter klientens positive anerkendelse overfor terapeuten til positivt udfald og 26 undersøgelser, der knytter gensidig positiv anerkendelse til positivt udfald. Positiv anerkendelse er herfor tydeligvis en vigtig faktor i succesfuld terapi.
* Relationel kongruens. Dette begreb benævner udviklingen af en fælles forståelse af, hvad der sker i relationen. Dette er dog et relativt nyt forskningsområde, som kan siges at støtte kommunikation omkring, hvad der sker i relationen. Safran og Muran (2000) har forsket og undersøgt dette område intensivt, hvilket reflekteres i deres teori omkring alliancen som konstant forhandlet i terapien. Her er brud på alliancen og metakommunikation nøglebegreber.

Disse nøglefaktorer knytter an til en nærmere undersøgelse af de faciliative betingelser som Rogers og den personcentrerede skole har fremført, og som har været genstand for megen forskning. De faciliative betingelser blev af Rogers (1957) benævnt som følgende:

1. Som forudsætning er det vigtigt med en terapeutisk relation, hvor der er en forholdsvist god kontakt mellem terapeuten og klienten.
2. Klienten bør være i en tilstand af inkongruens, hvilket vil sige, at nogle af klientens erfaringer strider imod klientens selvbillede. (dette kan ud fra vores viden om hjernen svare til når klientens mentale modeller ikke ’passer’ i nutiden.
3. Kongruens. Graden hvormed terapeuten er ikke-defensiv, reel og autentisk i interaktionen med klienten.
4. Ikke besiddende varme og ubetinget positiv anerkendelse. Graden med hvilken terapeuten formår at kommunikere omsorg og respekt for klienten som person.
5. Empatisk forståelse. Graden med hvilken terapeuten formår at opnå empati med klienten og kommunikere denne empati på en måde som er afstemt klienten.
6. Klientens perception af Terapeuten. Klienten skal opfatte en hvis grad af terapeutens accept og empati (ibid.).

3., 4., og 5. betingelse har fået mest forskningsmæssig opmærksomhed efterfølgende og det er generelt bevist, at disse betingelser er væsentlige for terapiens effekt og alle skoler accepterer disse betingelser som fundamentale i udviklingen af en terapeutisk alliance i terapien (Norcross, 2002; Paul & Haugh, 2008). Sanders og cooper (2006 iflg. Paul & Haugh, 2008) fremfører, at disse betingelser nok ikke er nødvendige og tilstrækkelige for alle klienter, for at opnå terapeutisk effekt, men at en stærk korrelation synes at eksistere mellem empati og terapiens effekt. Positiv anerkendelse og kongruens viser også nogen korrelation med graden af klientens bedring.

Det synes interessant også at kigge på nogle af de undersøgelser der kun viser svage tegn på disse betingelsers effekt. Lambert, Dejulio og Stein (1978 iflg. Norcross, 2002) gennemgik 17 undersøgelser omkring de faciliative betingelser og fandt kun moderate tegn på at empati, varme og autencitet skulle være væsentligt for terapiens effekt og flere undersøgelser divergeret i deres resultater omkring betingelsernes betydning. Meget af denne tvetydighed synes at kunne forklares ud fra måden, disse undersøgelser er udformet på, idet der her blev anvendt en objektiv observant. Norcross påpeger, at klientperciperet relationelle faktorer har en signifikant betydning for terapiens effekt, set i forhold til en objektiv observant. Det er gennem mange undersøgelser slået fast, at jo mere empatisk terapeuten formår at være, jo mere effektiv er terapien. Her er det netop vigtigt, at terapeuten formår at kommunikere denne empatiske forståelse, så dette er afstemt det enkelte individ, idet forskellige klienter opfatter empati på forskellige måder. Bachelor (1988 iflg. Norcross, 2002) har observeret, at nogle klienter oplevede terapeuten som empatisk, når denne sagde hvad de følte, hvor andre oplevede terapeuten som empatisk, når de følte, at terapeuten følte, hvad de fortalte dem. Andre klienter oplevede det som empatisk, når terapeuten brugte selvafsløring (Norcross, 2002).

Det vigtige synes her at være forståelsen af, hvad der opfattes som Empatisk og hvordan empati defineres, hvilket synes mest hensigtsmæssigt at basere på klientens oplevelse. En Empatisk respons synes at skulle være tilpasset den enkelte klient i den specifikke kontekst denne er i med terapeuten i det nuværende øjeblik, ellers synes det misvisende at benævne responsen empatisk. Dette fordi at terapeuten i sin empatiske respons skal have inddraget overvejelser omkring hvordan klienten vil opfatte terapeutens respons. Hvis terapeuten ikke mener at klienten vil opfatte responsen som empatisk i det øjeblik den gives, synes responsen ikke empatisk.

Najavits og Strupp (1994) har lavet en undersøgelse, hvor 16 terapeuter som af tidligere supervisorer blev opfattet som meget empatiske og omsorgsfulde blev tildelt 5 klienter med samme problemstilling. Efter 25 sessioner blev terapeuterne evalueret i forhold til terapeutisk effekt, hvor lang tid klienten var i behandling og terapeutens adfærd under sessionerne. Adfærden blev delt op i positiv og negativ adfærd. De adfærdsformer der blev set som positive var følgende: varme, forståelse og bekræftelse. De negative adfærdsformer var følgende: subtile måder at nedgøre klienten og give klienten skyld på; at ignorere, forsømme, angribe og afvise klienten. De terapeuter, der have mest succes var de terapeuter der udviste mindst negativ adfærd, selvom selv de bedste terapeuter også udviste nogen negativ adfærd. Det synes ydermere interessant at de terapeuter der klarede sig bedst, var de der var mest selv-kritiske. Man kan forestille sig at disse terapeuter var bedst til at evaluere sig selv og vedkende sig egne fejl og dermed handle derefter. De mest effektive terapeuter vurderede faktisk deres sessioner til at have gået mindre godt end de terapeuter, der klarede sig dårligst. De største forskelle blandt terapeuterne blev ydermere fundet i nonspecifikke relationelle variabler, og ikke tekniske variabler[[13]](#footnote-13), hvorfor Najavits og Strupp konkluderer: *Thus, the basic capacities of human relating – warmth, affirmation, and a minimum of attack and blame – may be at the center of effective psychotherapeutic intervention.* (Najavits & Strupp, 1994: 121).

Forskellene blandt terapeuter i ’den virkelige kliniske verden’ er højst sandsynligt større, idet alle terapeuter i denne undersøgelser var højt anbefalede, havde mindst 2 års erfaring efter endt uddannelse og indvilligede i at blive observeret (Najavits & Strupp, 1994: 119).

## Afrunding

Gennemgangen af forskningen i alliancen leder til flere konklusioner. Først og fremmest er det slået fast, at terapiens nonspecifikke faktorer, herunder alliancen er signifikant relateret til positiv terapeutiske effekt. Ydermere er det fundet at der ikke er en teknik eller terapeutisk tilgang der er bedre end andre, hvilket støtter antagelsen om at det er måden teknik anvendes på i den specifikke terapeutiske kontekst/terapeutiske relation, der er mest afgørende. På trods af mange forsøg på at eliminere terapeuten som faktor i forhold til terapeutisk effekt synes en stor del af terapiens effekt at skyldes terapeuten og dennes evner til at opbygge og vedligeholde alliancen. Det er i tråd hermed bevist uden tvivl at de faciliative betingelser som originalt blev udviklet af Rogers er vigtige i alle former for terapi. Dette støttes bl.a. af undersøgelser der viser, at klienter mener at terapeutens personlige kvaliteter er mere vigtige end teknik. Således indikerer forskningen, at en tilgang til terapien, hvor terapeuten er opmærksom på det enkelte individs behov, er mere frugtbar end en bestemt behandlingsform.

Nogle terapeuter er desuden ifølge Norcross (2002) bedre end andre til at opnå positive resultater og klienter karakteriserer disse terapeuter som mere forstående, empatiske, varme og støttende. De indgår i færre negative adfærdsformer såsom at afvise, ignorere eller lægge skylden over på klienten. Ovenstående konklusioner illuminerer flere problemer med empirisk støttede behandlingsformer og behandlingsmanualer. Der synes bl.a. at være risiko for her, at lægge for stor vægt på tekniske metoder og specifikke behandlingsmanualer. Dette kan resultere i en negligering af terapeuten og den terapeutiske relations centralitet, og vigtigheden af at være opmærksom på udviklingen og vedligeholdelsen af alliancen. Ud fra forskningen er det således væsentligt at terapeuten for at opbygge og vedligeholde alliancen forsøger at bidrage med de faciliative betingelser og samarbejder med klienten om terapiens opgaver og mål. Det er desuden væsentligt at terapeuten forsøger at undgå negative kommunikationsmønstre gennem bl.a. fokus på håndtering af overføring og modoverføring. Dette støtter nærværende speciales forståelse af alliancen, der indbefatter en afgrænsning i forhold til overføring og modoverføring, samt en forståelse af måden alliancen, overføring, modoverføring og den reelle relation virker sammen på og derigennem påvirker alliancen.

Her synes det, som Norcross (2002) betoner, væsentligt at være specielt opmærksom på klienter der er meget kritiske, devaluerende, fjendtlige og lægger skylden over på terapeuten, da det med disse klienter kræver ekstra indsats af terapeuten ikke at indgå i ’negative’ adfærdsformer (ibid.). Sådanne klienter kan desuden have svært ved at indgå i en terapeutisk alliance og have tillid til terapeuten, hvorfor dette vil være et primært formål med terapien i disse tilfælde.

Trods terapeutens anstrengelser for at bevare en god alliance er brud på alliancen naturligt forekommende og det er vigtigt at terapeuten er opmærksom på dette og søger at reparere brud på alliancen. Brud på alliancen er herudfra et væsentligt integreret element i forståelsen af alliancen. Norcross (2002) pointerer, at forskningen desuden understreger det meget væsentlige i at terapeuten gennem træning, supervision og egenterapi oparbejder de relationelle færdigheder, der må anses som nødvendige for at opbygge vedligeholde en god terapeutisk relation.

Der mangler forskning i, hvorfor nogle terapeuter er bedre end andre, hvilket ifølge Norcross (2002) højst sandsynligt skyldes disse terapeuters bidrag til alliancen. Forskning heri vil derfor kunne lede til større forståelse for og anvendelse af alliancefænomenet.

Nærværende speciales definition af alliancen kan således forsvares ud fra forskningen på området. Bordins definition af alliancen fungerer som den overordnede forståelse af alliancen i dette speciale, og denne definition anvendes direkte i de mest anvendte måleinstrumenter, der er udviklet til at måle alliancens styrke. Det er det følelsesmæssige bånd i allianceforståelsen der har fået størst forskningsmæssig opmærksomhed, og dette er robust og signifikant relateret til terapien effekt. Herudover er det tydeligt, at alliancen som i sig selv kan betragtes som en non-specifik faktor, kan forstås som konstitueret af de i definitionsafsnittet nævnte elementer, som i høj grad svarer overens med de forskningsmæssige undersøgelser; specielt Orlinsky et. als (2004) undersøgelse, som udskiller følgende nøglefaktorer for opretholdelse af en god terapeutisk alliance: *Positivt engagement af både terapeut og klient.* Dette støtter forståelsen af at både klient og terapeut jf. Gaston bidrager til alliancen i kraft af deres intrapsykiske faktorer. *Interaktiv koordination*. Dette støtter det væsentlige i at have en konceptualisering, der i tråd med Bordins definition vægtlægger gensidigheden og samarbejdet i alliancedannelsen, den terapeutiske proces, og enighed om terapiens opgaver og mål. *Rapport og empatisk kommunikation.* Der er en universel accept af at terapeutens empatiske evner er afgørende for opbygningen af alliancen og terapiens effekt. Dette støtter empati som et væsentligt konstituerende element, samt de elementer der synes fremmende for opnåelsen af empati og forståelse, herunder terapeutens skift mellem at opleve og observere samt terapeutens refleksive, fortolkende fokus og containende funktion. Et tilstødende væsentligt element, som ikke blev omtalt i definitionsafsnittet er kommunikationen af positiv anerkendelse, som er en væsentlig faktor i succesfuld terapi. En vis grad af (nonverbal og verbal) kommunikation af positiv anerkendelse fra terapeutens side er således nødvendig. *Relationel kongruens* (udviklingen af en fælles forståelse af hvad der sker i relationen)synes at være indbefattet i specielt Bordins mens også Meissners forståelse, idet disse begge vægtlægger, at den terapeutiske proces indebærer forhandling om en fælles forståelse af realiteten (herunder også hvad der sker i den terapeutiske relation). De heraf følgende kliniske implikationer er dog stadig utydelige da dette er et forholdsvist nyt forskningsområde. Eksempelvis synes det ikke muligt at udlede ’retningslinjer’ for hvor meget der skal kommunikeres eksplicit omkring hvad der sker i relationen, hvilket også synes at afhænge af den specifikke klient-terapeut relation. Det er eksempelvis forskelligt om det at kommunikere direkte om hvad der sker i relationen gør en klient angst og desorganiseret eller rolig og samlet, og her er det vigtigt at tage hensyn til den enkelte klient. Man kan dog udlede at det *generelt* skal være en del af terapeutens opgave at vurdere, om eksempelvis metakommunikation om, hvad denne oplever der sker i relationen synes anvendeligt i en specifik kontekst, i henhold til at støtte op om alliancen og/eller reparere brud.

Gennemgangen af teori om og forskning i alliancen tydeliggør, at terapeutens relationelle evner måske er de mest afgørende for terapiens effekt og opbygningen og vedligeholdelsen af alliancen, indenfor terapiens rammer. Forskning i og teorien om affektregulering synes at kunne bidrage med en forståelse for, hvorfor det kan tænkes at forholde sig sådan. Her synes terapeutens og klientens interaktioner at være beskrevet nuanceret og detaljeret på mikroniveau ud fra bl.a. forskning i mor-barn interaktionen. Jeg har desuden valgt at beskrive affektreguleringsteorien i dybden, da denne synes at have flere klare kliniske implikationer i forhold til specielt, hvordan terapeuten mest effektivt kan stræbe efter at lytte til klientens kommunikationer, for at opnå tilknytning, empati og forståelse og dermed styrke alliancen.

# Hvordan kan teorien om affektregulering berige forståelsen for alliancefænomenet og måden dette aktualiseres i terapien på?

I dette afsnit vil jeg forsøge at anskueliggøre, hvordan alliancen kan forstås og anvendes ud fra et affektreguleringsperspektiv, hovedsageligt belyst ved Shores (2001) teori om affektregulering. Først vil jeg belyse hvordan affektregulering kan forstås generelt som en model for psykoterapi, hvorefter jeg vil redegøre for affektreguleringen mellem mor og barn, hvilket synes illuminerende for relationen mellem terapeut og klient og måden, terapeuten optimalt kan stræbe efter være med klienten og lytte til klienten på. Herefter vil jeg igen belyse forskellene på højre og venstre hjernehalvdel ud fra affektreguleringsteorien, hvilket leder over i en kort analyse af, hvordan tilknytningsbåndet i alliancen kan forstås som et affektreguleringsbånd. Dette efterfølges af en diskussion af de umiddelbart kliniske implikationer af affektreguleringsteorien, hvilket slutteligt perspektiveres i forhold til en kognitiv og psykodynamisk tilgang.

## Generelt om affektregulering og psykoterapi

Shore (2001a; 2001b), Stern (1998) og Fonagy (1998) peger alle på, at en af hovedårsagerne til psykopatologi er at finde i mangelfuld affektregulering som ofte opstår ved fejl og mangler i den dyadiske affektregulering mellem barn og primær omsorgsperson. Shore beskriver, at selvom ’hjernens årti’ er forbi, befinder vi os i en periode, hvor især studier med billeddannende teknikker giver større indblik i, hvordan hjernen udfører sin grundlæggende funktion ”*at opfatte forandringer både i omgivelserne og i kroppen og foretage de nødvendige interne justeringer som tilpasning til forskellige sammenhænge*”(Shore, 2001a: 166). Jørgensen (2006) beskriver i tråd hermes at mange klienter, specielt klienter med borderline personlighedsforstyrrelser, har problemer i forhold til at regulere eller kontrollere følelser, tanker og adfærd, hvorfor dette er et af terapien primære formål. Det at arbejde med at nå ind til klientens følelser og regulere disse i den terapeutiske relation kan herudfra betragtes som en primær terapeutisk opgave. Ved at forstå, hvordan barnet udvikler sin evne til affektregulering, kan dette give forståelse for, hvordan klienten kan lære at blive bedre i stand til at affektregulere, hvilket ud fra teorien om affektregulering er intimt forbundet med den terapeutiske relation; herunder specielt om terapeuten kan rumme klientens følelser og derigennem medvirke til dyadisk affektregulering, som løbende kan internaliseres (Shore, 2001a; Shore, 2001b; Sørensen, 2006; Jørgensen, 2006).

Nu vil jeg kort redegøre for Sørensens (2006) overordnede beskrivelse af, hvordan dårlig affektregulering kan føre til psykopatologi, samt hvordan der kan arbejdes med dette i terapien. Spædbarnet kommunikerer sine følelser og affektive tilstand over for den primære omsorgsperson. Hvis barnets primære omsorgsperson gennemgående udviser mangler og fejl i den dyadiske regulering, udvikles der psykopatologi. Omsorgspersonen kan forsømme barnet på forskellige måder: ved at trække sig tilbage, være undgående, trist, depressiv, benægtende og aflukkende. Omsorgspersonen kan også mere aktivt begå fejl ved at være vred, hadefuld, kritisk og ydmygende osv. Disse reaktioner fra omsorgspersonen har et bestemt mønster og internaliseres over tid i barnet; specielt i højre hemisfære og frontalcortex. De empatiske fejl fra de primære omsorgspersoner medfører over tid dysregulerede patogenetiske affekter i barnet, såsom følelser af ubehag og smerte og depressive reaktioner, såsom hjælpeløshed, håbløshed og tomhed, samt en følelse af at være forkert og værdiløs. Det kan også skabe en oplevelse af at falde fra hinanden og dermed skabe forvirring og panik. Dette aktiverer forsvar mod at opleve disse tilstande og mod relationer, som kan aktivere tilstandene. Når der hele tiden anvendes forsvar, medfører det psykopatologi, hvor følelserne og nærhed i relationer undgås. Opgaven i psykoterapi kan forstås som gennem konkrete terapeutiske metoder og relateringsformer at komme igennem symptomer, signalaffekter og forsvar ind til følelserne, som der således kan arbejdes med gennem dyadisk regulering og opnåelse af forståelse. Når terapeuten og klienten i terapien bevæger sig igennem klientens symptomer, signalaffekter og forsvar, er det, der møder dem klientens dysregulerede affekter. Det er herudfra terapeutens opgave via sin (ordløse) evne til autoregulering at regulere og modificere de dysregulerede affekter og tilstande (Sørensen, 2006: 122-126).

## Kommunikationen mellem mor og barn

Den måde moren og spædbarnet interagerer på er bestemmende for, hvor god barnet bliver til at affektregulere. Barnets udvikling sker gennem transaktioner i en løbende dialektik mellem barnet og dets primære tilknytningspersoner. Det der udveksles i disse interaktioner er emotion (affekt). Denne kommunikation beskriver et meget effektivt kommunikationssystem til emotionsudveksling, som er nonverbalt og fortsætter hele livet igennem ”*som den intuitivt følte affektive kommunikation, der forekommer i nære relationer* ”Shore (2001a:168). Shore påpeger, at udviklingen af evnen til at opleve, kommunikere og regulere emotioner kan være barndommens vigtigste læring. For at hjernen kan udvikles og organiseres er det nødvendigt med en relation til et andet menneske – en anden hjerne. Barnets tidlige socioemotionelle begivenheder præges i de biologiske strukturer, der modnes i hjernes voldsomme vækstfase, indenfor barnets første to leveår. Hjernens øgning i vægt afspejler denne vækstfase – barnets hjerne vejer ca. 400g ved fødslen og over 1000 g. ved 12 måneders alderen. For at skabe et optimalt fungerende hjernesystem er miljøet en meget væsentlig faktor. Genetisk specifikation for neuronale strukturer er utilstrækkelig i sig selv, idet det arvemæssige potentiale kun realiseres i det omfang, miljøet gør det muligt (Shore, 2001a:168).

Barnet benytter sig lige efter fødslen af sine tidlige sanseevner, især lugte-, smags- og følesansen til at kommunikere med sine omgivelser. I udgangen af anden mådes sker der, ved hjælp af myeliniseringen af occipitale områder, et stort fremskridt i barnets sociale og emotionelle evner. Morens emotionelt ekspressive ansigt er langt den kraftigste visuelle stimulus i barnets miljø og barnet interesserer sig meget for ansigtet og specielt for øjnene. Ansigt til ansigt interaktioner begynder herefter efter mønsteret barn leder, mor følger. Disse interaktioner beskrives som stærkt medrivende, affektfulde korte interpersonelle begivenheder, hvor barnet udsættes for store mængder information. For at regulere den høje arousal vil mor og barn synkronisere intensiteten af deres affektive adfærd inden for brøkdele af et sekund. Detaljerede analyser af filmoptagelser viser netop, at kommunikationen mellem mor og barn udgør en organiseret dialog, der forløber over millisekunder. Den affektsynkronisering der sker, kan beskrives således:

”I konteksten af ’gensidigt afstemte selektive signaler’ lærer det lille barn at sende specifikke sociale signaler, som moren reagerer på, hvilket afspejler ’en forventningsfuld fornemmelse af reaktion hos den anden på en selv, som er sideløbende med en tilpasning af selvet til den anden’” (Bergman, 1999, iflg. Shore, 2001a:171).

Moren og barnet lærer således hinandens rytmiske struktur at kende og tilpasser sig hertil. Det er dog ikke blot rytmen i morens og barnets forbindelse, der koordineres men også afbrydelsen og genoptagelsen af morens og barnets forbindelse. Hvis barnet kigger væk fra moren efter et intenst højt affektivt lykkeligt øjeblik for at regulere virkningen af den her potentielt desorganiserende virkning af forhøjet emotion, vil den affektivt afstemte mor opfatte signalet og trække sig lidt tilbage. På den måde reducerer moren sin stimulering og venter på barnets signal om at genoptage forbindelsen. Jo mere moren tilpasser sit aktivitetsniveau og er psykobiologisk afstemt med barnet, jo mere synkroniseret er deres interaktion, og jo mere støttes barnet i en sund affektiv udvikling. Spædbørnsforskere beskriver i tråd hermed den glæde barnet udtrykker, når moderen formår at kommunikere med barnet på en legende, empatisk og afstemt måde ud fra hendes resonans med barnet. Shore (2001a) beskriver ydermere den vellykkede kommunikation mellem mor og barn således:

 ” I dette system af nonverbal emotionel kommunikation skaber mor og barn sammen en kontekst, som gør det muligt for spædbarnet at udtrykke sin interne affektive tilstand. For at indgå i denne kommunikation skal moren i højere grad være psykobiologisk afstemt med de dynamiske crescendoer og decrescendoer i barnets interne aktiveringstilstand end med barnets åbenlyse adfærd. Hun skal også kunne overvåge sine egne interne signaler og differentiere sin egen affektive tilstand samt modulere ikke-optimale høje tilstande af stimulering, der kunne skabe alt for høje aktiveringsniveauer hos barnet. Dermed gælder det, at barnets voksende evne til at opleve stigende grader af accelererende, belønnende affekter på dette stadie styrkes og reguleres eksternt af den psykobiologisk afstemte mor og afhænger af hendes evne til at indgå i en interaktiv emotionsformidlende mekanisme… ”(Shore, 2001a: 173).

Shore beskriver altså her, hvordan moderen skal kunne mærke barnets stigende og faldende affektive tilstande i sin egen krop, samt kunne skelne barnets tilstand fra sin egen affektive tilstand[[14]](#footnote-14). Dette er væsentligt for, at moderen kan fornemme, hvilken stimuleringsgrad der vil være optimal for barnet og tilpasse sin adfærd herefter, og således rumme og berolige barnet.

Langvarige negative tilstande med manglende affektregulering er stærkt skadelige for spædbørn. Når moren ikke er afstemt, sker der hyppige øjeblikke af fejlafstemning i dyaden og brud i tilknytningsbåndet. I den tidlige udvikling står den voksne for det meste af moduleringen af barnets tilstande, især i afbrydelsen og overgangen mellem tilstande, og det er morens evne til at regulere barnets tilstande, der er afgørende for udviklingen af barnets evne til selvregulering. Der sker ofte små fejlafstemninger også selvom moren er godt afstemt; det der her er afgørende, er at den godt afstemte mor eller tilstrækkeligt gode omsorgsperson genskaber sin afstemning hurtigt og magter at regulere barnets negative tilstand. Det er den genetablerede synkronisering efter et brud, der giver barnet mulighed for at komme sig igen og gør barnet robust. Disse transaktioner mellem mor og barn danner grundlaget for et tilknytningsbånd mellem mor og barn.

I en proces af affektsynkronisering vil den intuitive mor i første omgang afstemme sig og udvise resonans med spædbarnet for herefter at finjustere intensiteten af sin stimulering for at holde barnet indenfor en positiv og for barnet rummelig affekttilstand. Moren skal altså være afstemt med barnets indre tilstand og i episoder med fejlafstemning, som er hyppigt forekommende, må hun regulere ikke optimale høje niveauer af stimulering, som udløser hyperaktivering, samt for lave grader af stimulering, der udløser hypo-aktivering (Shore, 2001a). Affektreguleringsteorien synes grundlæggende og nuanceret at beskrive de dynamikker, som Bion også var opmærksom på i sin teori om projektiv identifikation. Bion beskriver (ifølge Howard, 2008) at moderens funktion er at containe barnets kaotiske emotionelle oplevelser. Dette sker gennem projektiv identifikation, hvor moderen modtager barnets kaotiske emotioner, container dem og omsætter dem for barnet, så barnet kan modtage dem igen i mere tolererbar form.

Måden mor og barn interagerer på og indgår i et affektregulerende bånd er meget nonverbal og kropslig:

Studier af empatiske processer mellem den intuitivt afstemte mor og hendes spædbarn viser, at den affektive synkronisering er fuldstændig nonverbal, og at der ikke er så meget tale om resonans med barnets mentale (kognitive) tilstande som med barnets psykobiologiske (affektive-kropslige) tilstande. Tilsvarende er den intuitivt empatiske terapeut psykobiologisk afstemt og resonant med patientens vekslende affektive tilstande og skaber derigennem, sammen med patienten, en kontekst, hvor klinikeren kan fungere som regulator for patientens fysiologi (Shore, 2001b: 273).

Barnets tilknytningserfaringer fra de første 3 år af livet præges i højre hjernehalvdels tidlige visuelle, viscerale og nonverbale implicitte hukommelsessystem, hvorfor jeg kort vil redegøre for affektregulering i denne sammenhæng. Jeg vil således belyse implicit og eksplicit hukommelse igen, samt højre og venstre hjernehalvdel, for at skabe et mere nuanceret billede.

##

## Højre og venstre hjernehalvdel

De interpersonelle erfaringer som barnet gør sig specielt i de 2 første år har, ifølge Shore (2001a) ud fra en stor mængde tværfaglig forskning vist sig at have stor indvirkning på den tidlige organisering af det limbiske system. Dette udgøres som sagt af hjerneområder, der specialiseres til bearbejdning af emotioner, samt organisering af ny læring og evnen til at tilpasse sig et omskifteligt miljø. Shore (2001a:169) har i en række artikler fremlagt evidens for at tilknytningserfaringer har specifik indvirkning på den erfaringsbaserede modning af spædbarnets højre hjernehalvdel, og han betoner, at det er vigtigt at bemærke, at det emotionsbearbejdende limbiske system er udvidet i højre hjernehalvdel, og at denne hjernehalvdel har en kraftig vækst i det første halvandet år og er dominerende de første 3 år.I barnets første år opbygges der mellem barn og mor et tilknytningsbånd af interaktivt reguleret affektiv kommunikation. Disse oplevelser kulminerer i slutningen af andet leveår med modningen af et reguleringssystem i højre hjernehalvdel. Modningen af spædbarnets højre hjernehalvdel er således erfaringsbetinget, og afhænger af morens og barnets affektregulerende transaktioner. Shore beskriver ydermere at:

Højre hjernehalvdel rummer et affektivt konfigurativt repræsentationssystem, der koder selv- og objektbilleder, der er unikke i forhold til venstre hjernehalvdels leksikalsk semantiske tilgang. Den lagrer en intern arbejdsmodel af tilknytningsrelationen, der bestemmer personens karakteristiske tilgang til affektregulering. Hos en person med sikker tilknytning indkoder denne repræsentation en forventning om, at homøostatiske forstyrrelser nok skal falde på plads, hvilket gør det muligt for barnet at selvregulere funktioner som tidligere krævede omsorgspersonens eksterne regulering. I resten af livet benyttes disse ubevidste interne arbejdsmodeller som rettesnor for fremtidige handlinger (Shore, 2001a:181).

På samme måde som venstre hjernehalvdel kommunikerer til andre venstre hjernehalvdele gennem mere eksplicit verbal adfærd kommunikerer højre hjernehalvdel, hovedsageligt gennem nonverbale signaler, sine ubevidste tilstande til andre højre hemisfærer, når den anden højre hemisfære er afstemt til at modtage denne kommunikation. Freud havde øjnene oppe for denne kommunikation, idet han bemærkede, at det er bemærkelsesværdigt at en persons ubevidste kan indvirke på en anden persons ubevidste uden at bevidstheden er involveret. Han sagde også, at terapeuten skal stræbe efter at ”*dreje sit eget ubevidste som et receptivt organ mod patientens transmitterende organ* (…) *så lægens ubevidste er i stand til* (…) *at rekonstruere* [patientens] *ubevidste* (Freud, 1913 iflg. Shore, 2001b: 274). Højre hjernehalvdel genkender emotioner specielt ud fra visuelle ansigtstræk og er specialiseret til tavs læring. Fri association beskrives som en metode, der muliggør denne højre til højre hjernehalvdel kommunikation, idet man gennem denne følger ”*sporene af nonverbale skemaer”*(Bucci 1993 iflg. Shore, 2001b), og løsner ”*det verbale systems greb om associationsprocessen og give*[r] *den nonverbale tilgang mulighed for at drive det repræsentationelle og ekspressive system, dvs. ved at skifte dominans fra venstre til højre hjernehalvdel* (Shore, 2001b: 276). Man kan ifølge Shore forstå overføring og modoverføring netop ud fra kommunikationen mellem 2 højre hjernehalvdele. Det er således også kun, når terapeuten er åben for overføring og modoverføring, at meddelelser kan nå frem via disse mekanismer, og at terapeuten herved kan være åben for klientens behov for selvregulering. Det er ifølge Shore den afstemte terapeut, der er modtagelig for klientens nonverbale rytmiske strukturer, og som løbende tilpasser sin adfærd herefter, der skaber en kontekst for dannelsen af alliancen. Den højre hjernehalvdel er dominant for ubevidste processer og udfører fra det ene øjeblik til det andet en funktion som valensmarkør, hvor perceptioner gives en positiv eller negativ affektiv ladning. Dette sker på baggrund af ’et nonverbalt affektleksikon’, som er nonverbale signaler såsom ansigtsudtryk, gestik og stemmens toneleje. Højre hjernehalvdel er også dybt forbundet med de sympatiske og parasympatiske grene af det autonome nervesystem. Højre hjernehalvdel er således dominerende for vores fornemmelse af et kropsligt og emotionelt selv. Tilknytningsrelationen former direkte modningen af spædbarnets stresshåndteringssystem i højre hjernehalvdel, *der fungerer på et ikke-bevidst niveau.* Aktiviteten i denne hjernehalvdel er afgørende for den empatiske oplevelse af andre mennesker (Shore, 2001b).

Jørgensen (2006) beskriver, at Amygdala og hippocampus har stor betydning for reguleringen af menneskets følelsesliv og hukommelse. Amygdala knyttes til den implicitte hukommelse, og omtales som hjernens alarmsystem, der i forbindelse med oplevet fare aktiverer kroppens ressourcer til kamp eller flugt via hypothalamus og hypofysen. Denne aktivering er meget hurtig og baseret på en grov vurdering af situationen, som ofte medfører kraftfulde reaktioner, der indimellem er baseret på en upræcis fortolkning af virkeligheden. Hippocampus og dele af cortex vil under normale omstændigheder virke regulerende på amygdalas frigørelse af stresshormoner. Belastninger i barndommen kan dog hæmme modningen af disse strukturer, såvel som langvarig stress kan medføre nedbrydning af celler i hippocampus og dermed denne strukturs evne til at regulere udskillelsen af stresshormoner gennem amygdala, hypofysen og hypothalamus. Dette virker hæmmende på både indkodning og aktivering af den eksplicitte hukommelse, hvilket medfører, at personen vil reagere mere kraftigt og umiddelbart på oplevede faresignaler frem for at overveje situationen og være mere assertiv. Der sker dog ikke en tilsvarende nedbrydning af amygdala, som i mange tilfælde styrkes. Mange klienter med personlighedsforstyrrelser såvel som affektive lidelser oplever ofte, at de er i fare og reagerer meget kraftigt, bl.a. fordi amygdala ofte er hypersensitiv. Dette kan igangsætte en ond cirkel hvor stress og nedbrydning af celler i hippocampus forstærker hinanden. Medicinsk behandling kan medvirke til regulering af disse ubalancer, men Jørgensen påpeger, at det terapeutiske arbejde også kan virke modificerende på klientens kontrolsystemer i hjernen. Her påpeges det, at det er væsentligt, at arbejde med hvad der sker i den terapeutiske relation. Der indkodes således straks efter fødslen ubevidste mønstre for samspil. Barnet har derfor ikke mulighed for at foretage en mere bevidst bearbejdning af disse oplevelser, og som voksen er der ikke adgang til de oplevelser, der har medvirket til udvikling af samspilsmønstrene. Ved aktivering af den implicitte hukommelse er der, som før nævnt, ingen oplevelse af at man erindrer noget, hvorimod aktiveringen af den eksplicitte hukommelse er forbundet med en bevidst oplevelse af at erindre. Klienten kan herudfra have en svag eksplicit erindring af noget, som ledsages af en meget stærk implicit erindring, med de heraf følgende stærke følelsesmæssige og kropslige reaktioner. Især i stressede situationer kan klienten blive oversvømmet af den implicitte hukommelse, og dermed opleve en gentagelse af fortidige oplevelser, som om de sker i nutiden. Det bevidste indhold af den eksplicitte hukommelse er ifølge Jørgensen højst sekundær i forhold til det implicitte hukommelsessystem set i forhold til etableringen og fastholdelsen af grundlæggende personlighedstræk eller mønstre for samspil med andre. Den eksplicitte hukommelse har dog stor betydning, når man skal forsøge at forklare de implicitte sampilsmønstre. Terapeutens samspil med klienten i denne proces er af væsentlig betydning, da terapeuten kan påvirke klientens måde at opleve sine implicitte erindringer ved at rumme de svære følelser og hjælpe med at sætte ord på, hvad der sker, og hvordan det kan forstås (Jørgensen, 2006: 182-186). På den måde kan der skabes større integration mellem implicit og eksplicit, og dermed mellem klientens (ikke –bevidste) kropslige og emotionelle selv og klientens (bevidste) narrative, sociale selv, som kan forstås som den person, klienten tror denne er i et ’fortid – nutid - fremtid’ tidsperspektiv (Hart, 2009).

Affektreguleringsteorien synes i høj grad at bidrage med en forståelse af, hvilken måde terapeuten optimalt skal være med klienten på i relationen, for at der skabes affektsynkronisering og tilknytning. Dette er beskrivende for udviklingen og vedligeholdelsen af tilknytningsbåndet i alliancen, hvilket jeg nedenfor vil præcisere nærmere.

## Alliancens tilknytningselement som affektreguleringsbånd

Ud fra dette speciales forståelse af alliancen kan synkroniseringen mellem terapeut og klient forstås som et helt afgørende element for, at tilknytningsbåndet i alliancen kan styrkes og vedligeholdes. Affektreguleringsteorien synes at kunne bidrage til en forståelse af alliancen, hvor tilknytningsbåndet både kan opfattes som stærkt og svagt i det nuværende øjeblik i terapien, afhængig af terapeutens afstemning og klienten og terapeutens synkronisering, samt som generelt styrket og gjort mere robust gennem de konstante små brud og reparationer i det affektive tilknytningsbånd.

Dette bånd er det, der, som tidligere skildret, er forsket mest i, og det er stærkt relateret til terapiens effekt. Shore (2001b) påpeger, at teorien om affektregulering netop er beskrivende for de nonspecifikke faktorer, som alliancen og dennes konstituerende elementer såsom empati, autenticitet og ubetinget positiv anerkendelse er en del af. Denne viden om hjernen synes således også at give forståelse for, at de nonspecifikke faktorer, herunder alliancen, har så stor signifikans i forhold til terapeutisk effekt, idet det er disse, der påvirker klientens implicitte evne til affektregulering, ved at skabe forandringer direkte i det implicitte hukommelsessystem.

Tilknytningsteoriens væsentligste bidrag kan ifølge Shore siges at være beskrivelsen af de ikke-bevidste dyadiske affekttransaktionsmekanismer, *der medierer en positiv arbejdsalliance mellem patienten og den empatiske terapeut.* (Shore, 2001b: 260). Shore specificerer ikke nærmere, hvordan han forstår alliancen, hvorfor jeg her knytter dette speciales forståelse af alliancen til affektregulering, og her synes Shores teori som sagt at beskrive, hvordan tilknytningselementet i alliancen dannes og styrkes.

Tilknytningen mellem terapeut og klient kan forstås som skabt af kvaliteten af den affektsynkronisering, der finder sted mellem terapeut og klient. Det er højst sandsynligt sådan, at klienten netop knytter sig til den psykobiologiske afstemte og regulerede/ dyadisk regulerende terapeut. Ydermere beskriver Shore (2001a), at regulerede affektive interaktioner ikke kun skaber tryghed, men også en ”*Positivt ladet nysgerrighed, der er drivkraften i det fremspirende selvs udforskning af nye og ukendte socioemotionelle og fysiske miljøer*”(Shore, 2001a: 175). Dette synes at være i overensstemmelse med en forståelse af alliancen, som, gennem tilknytningsbåndet og enighed om terapiens opgaver og mål, medvirker til en positiv stemning af gensidig udforskning af klientens intrapsykiske verden. På samme måde som moren gennem afstemning og dyadisk affektregulering muliggør at barnet kan mærke og udtrykke sine indre tilstande, kan tilknytningsbåndet i alliancen ud fra affektreguleringsteorien forstås som den kontekst af nonverbal emotionel kommunikation, som gør det muligt for klienten at mærke og udtrykke sine indre tilstande. Dette muliggøres ved, at terapeuten kan være afstemt med klienten, mærke denne og rumme de følelser og kropslige reaktioner, der opstår. Dette er en kontekst hvor terapeuten gennem sin autoregulering kan medvirke til dyadisk affektregulering af klientens tilstand. Dette understøtter således den platform, hvorudfra effektivt terapeutiske arbejde kan finde sted, og hvorudfra man vil kunne vurdere, at eksempelvis meget analytiske tolkninger i forbindelse med følelsesoversvømmelse vil være svækkende for den terapeutiske proces og kunne medføre brud på alliancen. Det tydeliggøres herved, at det er ekstremt væsentligt, at terapeuten selv er trygt tilknyttet i god kontakt med sig selv. Den kropslige dimension i terapi; det at terapeuten er god til at mærke sin krop og klientens påvirkninger på kroppen, er ud fra nærværende teori meget afgørende for, at der kan opbygges en god alliance samt opnås gode terapeutiske resultater. Det er herudfra også åbenlyst, at teknik ikke kan betragtes som afskåret fra den relation, den anvendes i. Det er væsentligt, at en teknisk intervention er tilpasset klientens affektive tilstand og således udgør en optimal stimuleringsgrad, hvor klienten kan rumme og bearbejde interventionen. Et væsentligt konstituerende element for alliancen er således terapeutens evne til at skabe et optimalt stimulerende miljø, hvor terapeuten og klienten, i lighed med den afstemte mor og barnet indgår i affektsynkronisering. Klientens evne til affektregulering vil herudfra også påvirke alliancen, idet det må betragtes som sværere og mere krævende at medvirke til dyadisk affektregulering ved svært forstyrrede patienter, der er meget dårligt affektregulerede. Dette fordi der her ofte er mange intense og dysregulerede emotioner, som fylder meget i terapien. Det er dog også netop ved sværere forstyrrelser, at det synes meget væsentligt at arbejde på dette dybe niveau med affektregulering af følelser, da disse klienters forstyrrelser ofte har rødder i den tidlige barndom og den implicitte hukommelse.

Affektregulering udgør umiddelbart et meget essentielt område for forståelsen, udviklingen og vedligeholdelsen af alliancen. Teorien om og forskningen i affektregulering har vigtige implikationer for terapeutens egen tilknytning og terapeutens *holdning* og *måde* at være med klienten på, som kan fremme alliancen. Affektregulering kan ifølge Shore (2001b) desuden ses som et fælles element i forskellige terapiformer, da det er en del af alle terapier. De neurobiologiske aspekter af tilknytningen muliggør ydermere en dybere og mere nuanceret forståelse for, hvordan en affektfokuseret behandling kan ændre indre strukturer i klientens hjerne, herunder de patologiske mentale modeller, med tilknyttede dysregulerede affekter, der medfører lidelse og maladaptive relationsmønstre, herunder overføring og modoverføring.

## Kliniske implikationer af affektreguleringsteorien; Hvordan lytter terapeuten til klientens kommunikation?

Affektreguleringsteorien synes at have flere væsentlige kliniske implikationer. Herunder vil jeg specielt fokusere på, at det er væsentligt, at terapeuten tilpasser sin intervention ud fra klientens grad af affektregulering i interventionsøjeblikket, samt de forskellige ’faser’ der kan siges at være i at: 1) være åben for klienten 2) opnå afstemthed med klienten og mærke hvad der sker i kroppen og 3) reflektere over, hvad der sker og hvad klienten kan tænkes at kommunikere til terapeuten. Dette har bl.a. betydning for, hvordan en optimal intervention eller fortolkning kan være.

Jørgensen (2006) beskriver vigtige kliniske implikationer af affektreguleringsteorien med specielt borderline klienter, hvor han netop tydeliggør det væsentlige i at afpasse sin intervention ud fra bl.a., hvordan klienten er affektreguleret i interventionsøjeblikket. Han beskriver, at hver person har et bestemt toleranceområde for stress, hvilket bl.a. bestemmes af personens tidligere og nuværende objektrelationer og den tryghed, der ligger heri. Hvis der ikke er adgang til trygge relationer hjælp vil dette oftest sænke tolerancen, og hvis tolerancegrænsen overskrides vil evnen til nuanceret tænkning, refleksion og metarefleksion reduceres. Nye erfaringer i relation til andre vil igen kunne udvide toleranceområdet. Jørgensen beskriver, hvordan en borderlinepatient løbende vil blive følelsesmæssigt provokeret og reagere kraftigt og emotionelt, hvilket også medfører konflikter i samspillet med terapeuten. Den høje arousal medfører midlertidige forstyrrelser i hippocampus og andre højere hjernestrukturer samt forstærkning af amygdala. I sådanne situationer, hvor klienten ’går i selvsving’, vil det ofte være problematisk, hvis terapeuten tolker patientens reaktion som udtryk for angreb eller forsøg på at manipulere terapeuten, idet klientens reaktion ofte kan henføres til store problemer med affektregulering. Terapeuten må derimod reflektere over og anerkende sin del i, at patientens tolerancegrænse blev overskredet. Komplekse analytiske tolkninger samt spørgsmål som patienten kan have svært ved at forstå og forholde sig til kan betyde, at klienten føler sig misforstået, fremmedgjort, latterliggjort osv. Sådanne interventioner vil ikke tage højde for klientens aktuelle funktionsniveau, som pga. den høje arousal er mere primitivt. Dette vil således kun yderligere forstærke klientens arousal (Jørgensen, 2006) og dermed både reflektere og medføre desynkronisering mellem terapeut og klient og brud på alliancen[[15]](#footnote-15). Jørgensen (2006) påpeger, at forbindelserne fra amygdala til cortex er langt stærkere end den anden vej, hvorfor følelsesmæssig oversvømmelse let kan invadere rationel tænkning. Dette betyder, at selvom man kan hjælpe klienten til kognitivt at få indsigt i, hvad der sker, vil dette ikke medføre ændringer i det implicitte system. Den opnåede kontrol vil herudfra ikke være så stabil i forbindelse med oplevet stress og belastning, idet amygdala her ’tager over’. Dette medfører risiko for tilbagefald. Det er for at forhindre tilbagefald væsentligt, at der arbejdes på en måde, der medfører forandringer i den implicitte hukommelse, hvilket ifølge Jørgensen (2006), Shore (2001a); Shore (2001b); Stern (1998); Badenoch (2008) og Fonagy (1998) primært sker ved gentagne korrektive emotionelle erfaringer og arbejdet med det, der sker i den terapeutiske relation her og nu. For at styrke alliancen og forhindre brud på alliancen, er det således vigtig at være opmærksom på klientens umiddelbare arousal og funktionsniveau og herudfra intervenere på en måde, der kan skabe de optimale betingelser (uden for høj eller lav arousal) for at klienten kan mærke og udtrykke sine indre tilstande og følelser, og efterfølgende reflektere herover.

Den kommunikation, der sker mellem klientens og terapeutens højre hjernehalvdele har ikke nødvendigvis direkte forbindelse til det verbale indhold i samtalen. Det er ifølge Jørgensen (2006) vigtigt at have for øje, at mange klienter, herunder specielt borderline klienter, ofte har mange problemer knyttet til højre hjernehalvdel og det limbiske system. Det er herudfra væsentligt, at terapeuten kan rumme og anvende de kommunikationer klienten formidler gennem højre hjernehalvdel. Dette foregår netop ifølge blandt andre Jørgensen (2006), Badenoch (2008) og Shore (2001b) gennem terapeutens disciplinerede intuitive fornemmelser, modoverføring og reaktioner i samspil med klienten. Der vil desuden være kommunikationer, klienten kun kan formidle gennem højre til højre hjernehalvdel, da disse kan være knyttet til oplevelser der fandt sted inden klienten fyldte 2 år. Et væsentligt mål i terapien med især tidligt forstyrrede klienter vil således være gensidig regulering og omstrukturering af den implicitte hukommelse.

Patienten skal ifølge Shore (2001b) opleve, at terapeutens fortolkning også stammer fra terapeutens empatiske oplevelse af klienten, hvilket ud fra affektreguleringsteorien kan medføre forandringer i det implicitte system og samtidig skabe koblinger til venstre hjernehalvdel. (ibid.) Således kan klienten opnå bedre kontakt med sig selv og forståelse for sig selv og derigennem føle sig mere ’hel’.
Herudfra er det tydeligt, at terapeutens fortolkninger og kommunikationer er meget anvendelige for klientens evne til at forstå og rumme emotionelle reaktioner, men at disse i mange tilfælde kun vil være nyttige, hvis terapeuten er afstemt med klienten, dvs. hvis det affektive tilknytningsbånd i alliancen er stærkt i fortolkningsøjeblikket. Shore (2001b) betoner, at som følge af en sådan fortolkning i forbindelse med at terapeuten og klienten er synkroniseret, kan klienten bedre regulere en bestemt højre hjernehalvdels erfaring, som nu også kan kommunikeres til venstre hjernehalvdel for videre bearbejdning:

” Denne effekt, som kronologisk må have rækkefølgen højre hjernehalvdel, derefter venstre hjernehalvdel, muliggør udviklingen af sproglige symboler til at repræsentere en erfarings betydning, mens man føler og opfatter den emotion, erfaringen genererer (…) dette muliggør en sammenknytning af det nonverbale implicitte og det verbale eksplicitte repræsentationsdomæne (Shore, 2001b: 281).

Derved lærer eller bliver klienten bedre i stand til at reflektere over, hvad det er, der medfører dennes stærke emotioner, hvordan det føles kropsligt og hvordan det bearbejdes kognitivt efterfølgende. Der kommer med andre ord stærkere forbindelser mellem følelser, tanker og adfærd samt fortid, nutid og fremtid. For at arbejde med overføring og modoverføring er det altså nødvendigt ikke at fokusere for meget på kognitive erkendelser som udgangspunkt, men derimod starte med at fokusere mere på svingninger i affekttilstande og rytmer i afstemning og fejlafstemning. Disse transaktioner er netop nonverbale, og det kan derfor være problematisk hvis venstre hjernehalvdel ’får lov til’ at dominere for meget. Som Hart (2010: 82) beskriver har det også vist sig, at ”*sprogliggørelse kan vildlede og fordreje lige så meget, som den informerer, hvis den ikke er dybt integreret med højre hjernehalvdel”*(ibid.). Således er der også større sandsynlighed for, at terapeutens kognitive forståelse af klienten er forkert og/eller dårligt timet, hvis denne ikke ’har rødder i’ terapeutens højre hjernehalvdel.

Kun ved at ’veksle mellem højre og venstre hjernehalvdel’ kan terapeuten og klienten forbedre deres muligheder for at synkronisere og ’mødes’, hvilket er meget væsentligt for alliancen og dermed terapiens succes. Det er vigtigt at have for øje, at den vekslen der er mellem at ’lytte til det nonverbale’ og efterfølgende mere refleksivt forholde sig til det oplevede er en gennemgående proces, hvor terapeuten hele tiden veksler mellem det ene og det andet. Det skal ikke forstås således, at terapeuten i meget lang til ’kun’ fokuserer på det nonverbale, idet dette synes at kunne føre til, at terapien bliver for udflydende, ufokuseret og udisciplineret. Det synes netop at være en disciplineret vekslen, der kendetegner processen. Dette stemmer overens med Reiks (1948, iflg. Arnold, 2006) teori om at lytte med det tredje øre. Han betoner, at det er væsentligt at give plads til intuitionen, følelserne og irrationelle tankespor, men at det naturligvis er væsentligt, at dette altid efterfølges af rationel refleksiv funktion. Det at være opmærksom på kroppen og følge irrationelle tankespor kan siges at være en måde at lytte til klientens implicitte kommunikationer og mentale modeller på. Det er gennem den efterfølgende refleksion, at terapeuten ved at placere sine intuitive fornemmelser i konteksten af klientens historie, og hvad der sker lige nu i den terapeutiske situation, at der synes at kunne skabes en mere eksplicit forståelse af, hvad der sker. Denne forståelse afspejles i følgende citat af Shore:

”En psykoneurobiologisk model for tilknytningskommunikation mellem patient og terapeut indikerer, at terapeuten for at skabe en optimal arbejdsalliance i rette tid må gribe fat i både sine egne subjektive, ubevidste, intuitive, implicitte reaktioner og sin objektive, bevidste, rationelle, teoretisk baserede eksplicitte viden i sit arbejde”(Shore, 2001b:284).

Denne måde at forstå, hvordan terapeuten optimalt kan stræbe efter at lytte til klienten på giver genlyd i Casements (1985) teori om bl.a. forsøgsvis identifikation. Han beskriver, at terapeuten må forsøge at opretholde en adskillelse, der giver dennes oplevende ego mulighed for at bevæge sig mellem klienten og sig selv. Det er en adskillelse, hvor terapeuten må tillade sig at blive suget tilstrækkeligt ind i klientens oplevelse, så det kan have en følelsesmæssig indflydelse på hende, og samtidig have en vis afstand, der tillader hende at vedblive med at fungere som (reflekterende, analyserende) terapeut. Dette er ifølge Casement en kontrolleret proces, der giver mulighed for at overskride grænsen mellem det bevidste/rationelle og det ubevidste/irrationelle. Ved at lytte som ovenfor beskrevet kan man således få adgang til/komme i kontakt med klientens dysregulerede følelser. Sørensen (2006) påpeger, at det netop er fraværet af kropsligt integrerede og regulerede følelser, der er et af de væsentligste problemer for mange klienter. Nærværende viden om hjernens strukturer, affektregulering og synaptiske forbindelser synes således at tydeliggøre, at mange klienter har behov for at den terapeutiske behandling anvender metoder, der sigter mod at gå ned i tilstrækkeligt dybe lag, og her er det meget væsentligt at der arbejdes med den implicitte hukommelse og følelserne. I denne del af terapien er kognitive evner eller strategier således utilstrækkelige i sig selv, da affektreguleringen af klientens følelser netop afhænger af terapeutens evne til autoregulering i dyaden.

Terapeuten skal optimalt være med klienten på en måde, der ifølge Havneskjöld (2004, iflg. Sørensen, 2006) kan beskrives gennem den måde, den trygt tilknyttede mor er sammen med sit barn på. Havneskjöld sammenfattede, på en for mange provokerende måde, hvad der virker i psykoterapi ud fra følgende ultrakorte formulering på et seminar i 2004: ”*Al forskning i hvad der virker positivt i alle terapiformer, ser ud til at være det, en sikkert tilknyttet terapeut gør – hovedsageligt ubevidst – i relationen til klienten ”* (Havnesköld, 2004, iflg. Sørensen 2006: 124). Dette understreger således tydeligt, at det er yderst væsentligt, at terapeuten er trygt tilknyttet, hvilet medvirker til, at denne kan tilbyde klienten det, der forbindes med de non-specifikke faktorer, dvs. bl.a. empati og en stærk terapeutisk alliance. Dog er det netop jf. Norcross (2002) koblingen af de nonspecifikke faktorer (terapeutens empati, varme, ubetingede anerkendelse) og den dygtige brug af teknik og terapeutisk metode, der giver de bedste resultater, også i forhold til at opbygge en god terapeutisk alliance.

Nærværende speciale peger på, at den terapeutiske relation og terapeutens relationelle færdigheder har meget stor betydning i alle terapiformer, hvilket har konsekvenser for uddannelsen af terapeuter såvel som måden forskellige terapiformer anvendes på. Det vigtige synes at være at klienten bliver og føler sig ’følt, mødt og forstået’ i den terapeutiske relation, og at eksempelvis fortolkninger netop har deres virkning, når dette sker. Det handler også om at tilpasse eller finde den optimale stimuleringsgrad, for derved at holde klienten i en tilstand, der muliggør refleksion, hvor amygdala ikke oversvømmer klienten fuldstændig. Her er kunsten at finde det optimale niveau for den unikke klient. Det er dog selvfølgelig væsentligt hele tiden at være opmærksomme på brud, som det indimellem synes meget anvendeligt at italesætte. Jørgensen påpeger i tråd hermed følgende i en artikel fra 2001:

”Generelt bør træning af psykoterapeutiske færdigheder i højere grad rettes imod opøvelsen af den enkelte psykologs relationsfærdigheder, ligesom der i højere grad skal formidles metoder til den terapeutiske håndtering af behandlingsrelationen. Terapeutens relationelle færdigheder er afgørende for behandlingens effekt.... Endvidere peger de berørte forskningsresultater på, at vi må udvikle bedre procedurer til at frasortere de mennesker, som ikke har, og antageligt ikke vil kunne udvikle de relationelle og andre færdigheder, der er nødvendige for at kunne fungere som psykoterapeut (Jørgensen, 2001, iflg. Sørensen 2006: 125).

Det kan dog jf. Badenoch(2008) og Shore (2001b) lykkes at erhverve sikker tilknytning hvorfor egenterapi vil være en mulighed for nogle terapeuter, for at udvikle de færdigheder, der kan betragtes som nødvendige for at kunne fungere som ’en god nok’ terapeut. Alle terapeuter bør ydermere i lyset af nærværende speciale jævnligt gennem hele deres psykologkarriere gå i egenterapi, for at forstå sig selv bedre og dermed kunne forstå sig selv og sin rolle i relationen med klienten bedre, med de mønstre af overføring, modoverføring og tilknytning der her udspiller sig, hvilket er yderst væsentligt for alliancen og behandlingens effekt.

## Hvordan kan psykodynamisk og kognitiv teori forstås ud fra hjerneforskningen, herunder affektreguleringsteori?

Traditionelle psykoterapeutiske modeller kan anskues i lyset af de hjernesystemer der er involveret. Det synes ud fra nærværende diskussion anvendeligt at kigge nærmere på, hvilke hjernefunktioner psykodynamisk og kognitiv terapi synes at arbejde med og aktivere i terapien. psykodynamisk terapi kan ifølge Folensbee (2007) ses som en trinvis proces, hvor det første trin er at aktivere neurale netværk, der indeholder maladaptive tanker, følelser og adfærd. Dette gøres som tidligere beskrevet hovedsageligt gennem fri association. Disse mønstre inkluderer ofte procedurale (implicitte) områder, som har været aktiveret meget, men som har lille eller ingen forbindelse til deklarative (eksplicitte) bevidste processer. Formålet er således ofte at trække tråde fra de maladaptive mønstre og deres rødder i fortiden til den måde klienten fungerer på nu. Hvis der ikke reageres på klientens adfærd, sådan som klienten forventer ud fra tidligere erfaringer, vil der dannes nye forbindelser og de gamle vil mindskes – det er dette, der kan forstås ved fænomenet ’korrektiv emotionel erfaring’. Netværk, der inkluderer bevidste deklarative processer, aktiveres i samspil med de mere implicitte netværk, og herudfra kan klienten opnå større erkendelse af tidligt udviklede mønstres maladaptive træk. Dette fører til forandring i oplevelsen og forståelsen af det maladaptive netværk.

Disse terapeutiske processer udforskes ofte indenfor rammen af den terapeutiske relation. Klienten opfatter terapeuten ud fra sine erfaringer og neurale netværk. Når klientens oplevelse af terapeuten synes maladaptiv eller forvrænget, kan det skyldes overføring, som der således arbejdes med. Det at blive bevidst om neurale netværk i den terapeutiske relation kan ud fra et neurobiologisk synspunkt siges at integrere frontale hippocampale systemer indeholdende explicitte erindringer og processer med tidligere etablerede implicitte og eksplicitte maladaptive mønstre, hvorfor måden de maladaptive mønstre fungerer på forandres. I den traditionelle psykodynamiske forståelse anses fortrængning, som den mekanisme, der blokerer for indsigt. Neuropsykologien medfører en mere nuanceret forståelse, idet denne tydeliggør, at ubevidste maladaptive mønstre ikke nødvendigvis har gennemgået en fortrængningsproces. Procedurale eller implicitte forbindelser kan være dannet uden hippocampal aktivitet, enten fordi mønsteret blev dannet, før barnet havde mulighed for at danne en bevidst erindring herom, eller fordi intensiteten af det negative mønster var så højt, at bevidst kodning af erfaringen aldrig fandt sted. Mønsteret kan således være ubevidst uden at være (dynamisk) fortrængt (ibid.).

Der er indenfor de kognitive terapier, såvel som de psykodynamiske terapier en stor spændvidde i kompleksitet og dybde. For klarhedens skyld, og for at stille kognitiv terapis indvirkning i forhold til den terapeutiske relation på spidsen, vil jeg fremhæve den primære traditionelle antagelse, at det at identificere og ændre maladaptive tænkemønstre kan lede til forandringer i tanker, følelser og adfærd. Når der arbejdes på denne måde påpeger Folensbee (2007) at arbejdet indebærer identifikation af maladaptive mønstre indenfor det deklarative hukommelsessystem, som der efterfølgende arbejdes med at modificere, således at klientens tænkemønstre kan blive mere adaptive. Der fokuseres meget lidt på forbindelser til implicitte hukommelsessystemer. De erindringer, der er indkodet i ikke- hippocampale, ikke-frontale systemer bliver der højst sandsynligt ikke arbejdet med bevidst eller direkte. Det antages, at forandringer, i eksempelvis det limbiske system, vil ske som resultat af arbejdet med og forandringerne i de kognitive deklarative systemer. Mere udviklede kognitive terapeutiske metoder inddrager arbejdet med skemata for at facilitere forandringer, hvilket rummer både de eksplicitte og implicitte mønstre og erindringer. Udviklingen af kognitiv og psykodynamisk teori og metode synes at medføre flere og flere ligheder mellem moderne kognitiv terapi og moderne psykodynamisk terapi, hvorfor forskellene udviskes mere og mere (Folensbee, 2007).

I tråd med denne antagelse, betoner Thomas (2008) at kognitive terapeuter tillægger relationen stor betydning, både fordi det kræver en god alliance at udforske smertefulde og stressende begivenheder, men også fordi klientens interpersonelle problemer reflekteres i relationen. Han fremfører, at kognitiv terapi på skemaniveau eventuelt kan forhindre tilbagefald, hvilket Beck også fremførte. Han betoner desuden, at der er en udbredt antagelse om at ændring i kognition også medfører ændring i klientens kerneantagelser på skematisk niveau, men at denne antagelse endnu ikke er støttet empirisk. Der mangler således ifølge Thomas forskning i arbejdet på skemaniveau (ibid.).

Nærværende speciale indikerer, at det ikke altid er nok at arbejde ’oppe fra og ned’ men også nødvendigt at arbejde ’nede fra og op’, både ved tidligt rodfæstede forstyrrelser, og andre affektive lidelser. Dette fordi det ofte er nødvendigt at arbejde på en måde, der direkte har en neuronal indvirkning på de dybere niveauer.

De kognitive adfærdsterapeutiske terapier har ifølge Folensbee (2007) udviklet terapeutiske metoder, der på mange måder er forskellige fra psykodynamiske traditioner, med bl.a. den sokratiske dialog, guidet udforskning, og måder at undervise klienten i, hvordan denne kan forstå og forholde sig til sine problemer. Måden terapeuten er med klienten på er hermed mere aktivt samarbejdende om terapiens opgaver(ibid.). Disse metoder kan siges at føre til en kvalitativt anderledes form for alliance, hvor det eksempelvis ofte synes at kunne gøre den terapeutiske relation mindre asymmetrisk, og hvor klienten i mange tilfælde måske vil have en oplevelse af at samarbejde mere ’direkte’ med terapeuten. Ydermere viser forskning ifølge Newman (2007), at hurtig symptomlettelse styrker alliancen, så her kan kognitive teknikker være støttende for alliancen, på en anderledes måde end i mere psykodynamisk orienteret terapi. Det er tydeligt, at begge tilgange har forskellige fordele og ulemper, eller måske nærmere forskellige måder at påvirke og anvende alliancen på, hvorfor den optimale måde at være med klienten på i forhold til at styrke alliancen synes forskellig afhængig af klientens problemer, dennes aktuelle funktionsniveau, samt den unikke terapeut-klient dyade. En klient, der er meget angst kan i nogle tilfælde tænkes at arbejde mest effektivt indenfor en optimal stimuleringsgrad med en kognitiv terapeut, eksempelvis når terapeut og klient arbejder sammen som et team om en opgave. En anden klient kan tænkes at have brug for mere plads for at samle sig, hvorfor alliancen kan tænkes at styrkes ved en mere tilbageholdende terapeut og fri association.

Jeg vil nu analysere et eksempel, beskrevet af Newman (2007), der synes at kunne belyse de problemer, der kan opstå, hvis terapeuten ikke lytter på en nuanceret måde til både kropslige fornemmelser og tanker, samt efterfølgende reflekterer over disse. Newman (2007) betoner, at kognitive terapeuter er meget opmærksomme på den terapeutiske relation, selvom fokus hovedsageligt er på teknik. Han beskriver, at terapeutens evne til at opretholde en positiv, moden og omsorgfuld holdning i det terapeutiske arbejde sættes på prøve med klienter, der udtrykker mistillid, kritik, overdrevne krav, trusler og andre ’skadelige interpersonelle adfærdsformer’. Han betoner, at det her er vigtigt, at terapeuten forsøger at være bevidst om sine egne dysfunktionelle tanker, så de ikke forstærker en ond cirkel. Han giver følgende eksempel på, hvordan terapeuter, i hans øjne, håndterer brud på alliancen effektivt ved at monitorere automatiske tanker og:” *quickly, silently generating rational responses that keep them focused on feeling positive and pursuing constructive solutions ”* (Newman, 2008: 168):

For example, a client angrily tossed his Beck Hopelessness Scale onto the therapist’s desk at the start of a session. Through tears and with an angry tone, the client said the following: ‘How am I supposed to answer these questions about the future? My father is *dying*. These questions just rub it in my face. I was *fine* all day until I saw this questionnaire, and now I’m ticked off’. The therapist was a bit shunned, having no clue that the client would react this way to a routine questionnaire, and not realizing that the client’s father’s health (…) had (…) taken a (…) turn for the worse. The therapist tuned in to his automatic thoughts, which were, ‘oh no, my client thinks I’m an insensitive clod (… ) now the session is going to be unpleasant and unproductive ( Newman, 2008: 168f).

Newman beskriver, at terapeuten herefter samlede sig selv og i sit sind formulerede nogle rationelle forståelser, som skulle sænke hans arousal og reparere brud på alliancen. Han tænkte:

Imagine how you would feel if your father were dying – be compassionate and let him vent it if he wants to, the Beck Hopelessness scale is not important right now, so put it aside and focus on the clients … grief about his father. This is not about you so don’t take it personally. Remember that this client comes from a family where demonstrations of ‘weak emotions’ are shunned, so he is likely feeling ashamed to be crying in front of you and possibly wants to reassert some control by expressing anger (Newman, 2008, 168f).

Newman beskriver, at disse tanker hjalp terapeuten med at være med klienten på en ikke defensiv måde (ibid.). Selvom Terapeuten synes at have nogle konstruktive refleksioner, eksempelvis i dennes analyse af sine automatiske tanker, samt refleksionen om, at klientens vrede kunne være et forsvar mod dennes sårbarhed og sorg, som blev oplevet som svage, forbudte og skamfulde følelser, synes der at knytte sig flere problemer til terapeutens håndtering af bruddet. Eksempelvis er det problematisk, at terapeuten ikke mærker efter, hvad der sker i dennes krop men bliver i tankerne, idet dette ifølge nærværende teori om affektregulering kan gøre, at han ikke kan komme i kontakt med og ’mærke’ klienten og dermed rumme klienten og medvirke til dyadisk affektregulering. Der er også større sandsynlighed for at hans kognitive forståelse af klienten er vildledende, da den ikke er rodfæstet i højre hjernehalvdel. Det virker som om, at han *tænker* og ikke *føler*, når han skriver: ’*Imagine how you would feel, if your father was dying’.* Han synes at mene *’tænk over, hvordan du ville have det hvis…’* og ikke *’mærk efter, hvordan du ville have det hvis…’*. Ydermere synes det i sig selv problematisk, at fokus er meget på terapeuten selv og ikke på klienten og hvordan denne har det lige nu og her. Dette mindsker muligheden for affektiv resonans og empati, og kan derved forstærke bruddet på alliancen. Terapeuten synes ydermere ikke at tage ansvar for sin egen rolle i relationen idet han ’placerer’ alt klientens vrede i klienten, og glemmer at spørge sig selv: ’Oplever klienten mig som ufølsom og hvordan kan det forstås? Er jeg faktisk ufølsom lige nu; reagerer klienten på en realistisk opfattelse af mig? Og i så fald hvordan kan dette forstås? Er det evt. udtryk for at jeg ikke kan rumme klientens sorg og vrede. Er det proaktiv modoverføring, der stammer fra egne uløste konflikter eller er der i højere grad tale om reaktiv modoverføring, hvor jeg kommer til at forstærke en af klientens mentale modeller? Dette kan eksempelvis tænkes at være en model, hvor klienten har brug for at blive rummet i sin sorg, men ud fra tidligere erfaringer ikke forventer dette, og derfor bliver vred, måske både for at beskytte sig mod sorgen og det, ud fra klientens mentale model, forventede svigt.

Klienter bliver ydermere ikke bedre i stand til at rumme deres følelser ved at ’blæse dem ud’ (i tråd med terapeutens tanke ” *let him vent it if he wants to*”) men nærmere ved at blive mødt af en empatisk og beroligende anden, der kan medvirke til dyadisk affektregulering. Klienten synes tydeligt at udtrykke, at det han har brug for er at blive mødt nu og her af en nærværende, indfølende terapeut; samt at han blev frustreret og vred, da han fik et spørgeskema. En måde at lytte på, hvor terapeuten tillader sig selv og giver sig selv rum til at flyde med og mærke klienten, samt efterfølgende reflekterer over dette i relation til klientens materiale og det der sker i den terapeutiske relation, er som nævnt væsentlig for at opnå forståelse for, hvad der sker. Dette øger sandsynligheden for at opdage, forstå og reparere brud og dermed styrke alliancen. For at give klienten og sig selv tid og plads til fordybelse og refleksion kunne han evt. have forsøgt at finde ro i sig selv og spejlet klienten ved at sige ‘Så det at jeg har givet dig dette spørgeskema, er ikke det du har brug for lige nu, og det gør dig frustreret, vred og ked af det? Dette kunne lede til nærmere udforskning. Det er naturligvis svært og terapeuten vil ofte blive ’suget ind i’ en overførings-modoverførings dynamik, hvilket blot bekræfter det væsentlige i hele tiden at forøge at være refleksiv og lade tankerne og følelser flyde i forskellige baner. Det bekræfter ydermere, at god supervision kan anses som et meget vigtigt element i opbygningen og vedligeholdelsen alliancen, idet der ofte er brug for en terapeut udefra til at opdage en overførings-modoverførings dynamik.

Der er dog en ny strømning indenfor den kognitive tilgang som tillægger den kropslige dimension mere vægt. Acceptance Commitment Therapy er del af den såkaldte 3. generation af kognitiv adfærdsterapeutisk terapi (Pierson & Hayes, 2007), og anvender bl.a. mindfulness. Behandling indenfor denne nye ’bølge’ i kognitiv terapi virker meget frugtbar i forhold til at arbejde med den terapeutiske relation og klientens følelser på et dybere, mere implicit niveau. Wilson og Sandoz (2008) betoner ydermere, at ACT er frugtbar i arbejdet med den terapeutiske relation og dannelsen af alliancen bl.a. fordi der arbejdes med det, der sker her og nu i relationen. ACT indebærer en forståelse af at klienten ofte er meget lidt fokuseret på her og nu i forhold til sine problemer, og at der er ydermere meget lidt accept. Det fremhæves, at når det ikke lykkes at skabe symptomlettelse gennem mere traditionel kognitiv terapi, begynder klienterne at ’miste sig selv’ i kampen og blive mere depressive og angste. klienterne kæmper og Wilson og Sandoz (2008) beskriver, at:

” As therapists, we listen hard to these struggles. We listen slowly. We listen carefully. We ask our clients to close their eyes and walk us slowly, step by step, breath by breath, through a very hard day. We listen in a way that allow us to feel their feet as they touch the floor, to see the rain spattered window as they look out at the world. We listen in a way that allows us to put our hands in the grit and grain of our clients’ suffering. Why? Because wherever we see such a long, hard slog, we see an equally potent life looking for a way to unfold” (Wilson & Sandoz, 2008: 90).

Det understreges, at det er på denne langsomme, fokuserede lyttemåde og undren, der er med til at skabe en helt speciel terapeutisk relation. Ydermere er ACT en tilgang, hvor det handler om at være åben for ens lidelse og ’slippe’ det problemløsende og ’bare’ forstå og være til stede. Denne tilgang betoner også, at terapeuter nemt kan blive suget ind i klientens problemløsende fokus, hvilket er problematisk, da det netop er ved at slippe det problemløsende, der kan skabes lettelse og forandring (ibid.), samt en vital følelse af at være i live og tilstede. Denne måde at være på i den terapeutiske relation har umiddelbart mange ligheder med den før beskrevne terapeutiske måde at lytte og arbejde på, hvor terapeuten skifter mellem at opleve og observere i kombination mellem at tænke og føle. Dette er som nævnt vigtigt for at skabe kontakt og afstemning med klienten og forstå denne på både et følelsesmæssigt og intellektuelt plan. Denne nye tilgang indenfor kognitiv terapi har således flere berøringsflader med psykodynamisk terapi, som netop meget groft sagt bl.a. handler om at komme i kontakt med sine følelser og gennem den terapeutiske relation lære at rumme og forstå disse følelser og deres relation til tanker og adfærd, samt forbindelsen til fortid, nutid og fremtid. Ovenstående citat reflekterer en måde at lytte på, der kan skabe afstemthed og empati med klienten, hvorfor det herved bliver muligt at skabe forandringer gennem den dyadiske affektregulering. Her kan der således skabes synaptiske forbindelser fra eksempelvis lidelse og sorg til empati og beroligelse. Den ovenfor skildrede måde at lytte på udgør ud fra nærværende speciale umiddelbart en af de mest væsentlige og effektive ’ingredienser’ til opbygningen af en stærk og robust tilknytning, hvilket kan betragtes som hjertet i alliancen.

Affektreguleringsteorien bidrager således med en nuanceret og detaljeret forståelse for og skildring af, hvordan alliancen aktualiseres i terapien og den terapeutiske relation, hvilket som ovenfor beskrevet har flere væsentlige kliniske implikationer for hvordan terapeuten kan stræbe efter at opnå forståelse for hvad der sker i relationen og støtte op om alliancen.

# Konklusion

Formålet med dette speciale har været at undersøge, hvordan alliancen kan forstås og anvendes indenfor den bredere terapeutiske relation, herunder i forhold til overføring, modoverføring og den reelle relation. For at skabe optimale betingelser for dette, var det først og fremmest nødvendigt at anskue alliancen i et historisk lys, hvilket skabte klarhed omkring, hvorfor alliancen, overføring, modoverføring og den reelle relation ofte er så forskelligt defineret og dårligt differentieret i forhold til hinanden. Dette tydeliggjorde desuden, at alliancen opstår ud fra komplekse samspil mellem elementer i klienten, i terapeuten, mellem terapeuten og klienten samt terapiens rammer. Dette skabte afsæt for en nærmere undersøgelse af, hvordan alliancen kan forstås mest hensigtsmæssigt.

Her fandt jeg frem til, at en forståelse af alliancen som paraplybegreb indebærende Bordins og Meissners overordnede konceptualiseringer synes mest hensigtsmæssig. Dette fordi denne overordnede forståelse ikke knytter sig specifikt til en bestemt teoretisk referenceramme, hvorfor denne forståelse kan anvendes panteoretisk. Denne forståelse kan rumme de generelle såvel som de teorispecifikke elementer, der kan betragtes som væsentlige for dannelsen og vedligeholdelsen af alliancen. Dette synes at skabe de bedste betingelser for anvendelsen af alliancen i praksis, da terapeuten kan vurdere alle terapiens elementer ud fra et alliancesynspunkt, og således støtte op om alliancens konstituerende elementer, sådan som de på forskellig vis, og på forskellige tidspunkter i processen, kommer i spil. Ydermere kan det at forstå alliancen som et paraplybegreb og et essentielt interpersonelt fænomen være nyttigt, da det muliggør udforskning af, hvordan interpersonelle og intrapsykiske processer virker sammen og påvirker alliancen. Dette synes mere konstruktivt end forsøget på at afklare hvorvidt og/eller i hvilken grad alliancen kan betragtes som et intrapsykisk eller interpersonelt fænomen. Alliancen kan netop forstås som en væsentlig kontekst for, samt generelt styrket af, at der skabes forbindelse mellem interpersonelle og intrapsykiske elementer.

Desuden peger specialet på det hensigtsmæssige i at opretholde en forholdsvist skarp definition af og opdeling mellem overføring, modoverføring, alliancen og den reelle relation, selvom disse fænomener konstant interagerer og overlapper på forskellig vis i terapien. Dette kan skabe en mere klar og nuanceret forståelse for måden fænomenerne interagerer på i den terapeutiske proces og dermed medføre større klarhed i den kliniske anvendelse af fænomenerne. Et klart begrebsapparat kan også hjælpe terapeuten med at identificere kilderne til sine egne følelser og reaktioner; eksempelvis hvorvidt og i hvilken grad disse kan tænkes at afspejle proaktiv eller reaktiv modoverføring. Her er det dog væsentligt, at terapeuten har forståelse for fænomenernes komplekse natur og er ydmyg overfor det terapeutiske arbejde. Klienten og terapeuten forhandler sig netop frem til en fælles forståelse af realiteten, hvorfor terapeuten ikke har ’eneretten’ til at vurdere, hvad der er realitetstilpasset og hvad der er maladaptivt og forvrænget.

Måden overføring og modoverføring håndteres på kan have en både positiv, negativ og neutral indvirkning på alliancen og terapiens effekt, og en god alliance betragtes også som en væsentlig platform, hvorudfra der kan arbejdes med overføring og modoverføring. Den reelle relation vil oftest have en positiv indvirkning på alliancen, og denne styrkes bl.a. når terapeuten og klienten formår at blive bevidste om og arbejde med implicitte mentale modeller.

Forståelsen for hjernens funktion og specifikt dannelsen af neurale netværk og eksplicit og implicit hukommelse udgør en væsentlig nuancering af forståelsen for den terapeutiske relation, herunder specielt overføring og modoverføring. Denne viden tydeliggør, hvordan den terapeutiske relation kan være kurativ ved at bidrage med empati og forståelse, når maladaptive neurale net og hertil knyttede dysregulerede følelser aktiveres i terapien. Dette har en direkte neuronal indvirkning på hjernens dybere niveauer.

Gennemgangen af forskning i den terapeutiske relation viste at alliancen er signifikant relateret til positiv terapeutisk effekt, og nærværende speciales konceptualisering af alliancen kan forsvares fra et forskningsmæssigt perspektiv. Ydermere er det fundet, at en tilgang til terapi, hvor terapeuten er mere opmærksom på den enkelte klients behov er mere frugtbar end anvendelsen af en bestemt teknik eller behandlingsform. Det er måden teknik anvendes på i den specifikke terapeutiske relation, der er afgørende for opbygningen og vedligeholdelsen af alliancen og terapiens effekt. Den mest tydelige og gennemgående konklusion, der kan drages fra forskningen i den terapeutiske relation er, at terapeutens relationelle evner, herunder dennes bidrag af de faciliative betingelser samt håndtering af overføring og modoverføring, måske er de mest afgørende for dannelsen og opretholdelsen af alliancen.

Affektreguleringsteorien understøtter denne konklusion og bidrager med en nuanceret forståelse for, hvorfor det kan tænkes at forholde sig sådan, samt hvordan terapeuten kan stræbe efter at udnytte sine relationelle evner i det terapeutiske arbejde. Ud fra denne teori skal terapeuten optimalt have en holdning overfor klienten, der kan beskrives ud fra den måde den trygt tilknyttede mor relaterer sig til sit barn på, ved at afstemme sig og opnå affektsynkronisering og herudfra tilpasse sin stimuleringsgrad. Kun herved kan terapeuten opnå at være åben for klientens kommunikationer, håndtere overføring og modoverføring og bidrage med de faciliative betingelser og derved styrke alliancen. Affektreguleringsteorien giver bl.a. også forståelse for den i definitionsafsnittet beskrevne forståelse af, at jo stærkere alliancen er, jo bedre i stand vil klienten være til at blive bevidst om og udtrykke både positive og negative følelser i den reelle relation og overføringsrelationen. Dette kan ud fra affektreguleringsteorien forstås på den måde, at terapeuten gennem afstemning og dyadisk affektregulering muliggør, at klienten kan mærke, rumme og udtrykke sine indre tilstande.

Affektreguleringsteorien synliggør således de små nuancerede ikke-bevidste interpersonelle interaktioner, der er bestemmende for dannelsen, opretholdelsen og styrkelsen af alliancens emotionelle bånd og den samarbejdende platform, hvorudfra effektivt terapeutisk arbejde kan finde sted.

Klientens problemer knyttes ofte til og kommunikeres via højre hjernehalvdel, som kan forstås som det primære ’medium’, gennem hvilket alliancens tilknytningsbånd, overføring og modoverføring aktualiseres. Dette har som beskrevet væsentlige kliniske implikationer, specielt for terapeutens holdning og måde at lytte på. Terapeuten skal for at være åben for klientens implicitte kommunikationer først og fremmest kunne ’lade sig flyde’ med processen og skiftevis ’blot’ opleve og observere hvilke tanker, følelser, kropslige fornemmelser og billeder, der opstår. Efterfølgende skal terapeuten reflektere over dette ud fra klientens historie, den terapeutiske relation og relevant psykologisk teori. Det er væsentligt at kognitive erkendelser er dybt integreret med højre hjernehalvdel, hvorfor terapeuten først skal ’lytte til højre hjernehalvdel’ for herefter at reflektere og skabe forståelse via venstre hjernehalvdel. Denne måde at lytte på synes at være et af de mest afgørende elementer i dannelsen og vedligeholdelsen af alliancen. Dette stiller store krav til, at terapeuten selv er trygt tilknyttet og har de relationelle evner, der er nødvendige for at kunne mærke og rumme klienten samt medvirke til dyadisk affektregulering. Terapeuten bør derfor gennem hele sin karriere jævnligt gå i egenterapi og benytte sig af supervision.

Det er ud fra nærværende speciale også blevet tydeligt, at det ikke altid er muligt at affektregulere ved hjælp af kognitive mekanismer, altså primært gennem tankerne, idet forbindelserne fra amygdala til cortex er stærkere end omvendt. Især svært forstyrrede klienter har problemer i denne ’implicitte’ affektregulering, og så er det ikke tilstrækkeligt at anvende kognitive metoder til at ’lære’ klienten at affektregulere. Den ’implicitte’ affektregulering er ud fra denne viden ikke noget, der kan ’læres’ gennem bevidst og kontrolleret refleksion. Dette kan klienten kun lære gennem den dyadiske affektregulering, som senere kan internaliseres. Herudfra kan den terapeutiske relation og opbygningen og vedligeholdelsen af alliancen synes kurativt i sig selv. Alliancen medfører dog også en tryg tilknytningsbase, der muliggør arbejdet med terapiens opgaver og nærmere udforskning og fortolkning af svære tanker og følelser, da klienten bliver tryg ved, at terapeuten kan mærke, håndtere og rumme dennes følelser.

Der kan således siges at være 2 veje til affektregulering, både en implicit og en mere eksplicit, men det er den implicitte vej, der har den største magt, hvorfor det synes tydeligt, at denne vej er meget væsentlig at arbejde med i terapien.

Det er gennem arbejdet med dette speciale blevet tydeligt, at alliancen er intimt forbundet med terapeutisk effekt. Dette speciale bidrager med en nuanceret forståelse for, hvordan alliancen på konstruktiv vis kan forstås og anvendes indenfor rammen af den terapeutiske relation og derigennem medvirke til gode terapeutiske resultater. Specielt hjerneforskningen og herunder specifikt affektreguleringsteorien bidrager til en mere nuanceret og detaljeret forståelse. Udviklingen indenfor dette lovende område vil, gennem syntese med mere traditionel teori, kunne medvirke til en dybere og mere nuanceret forståelse for og anvendelse af alliancefænomenet indenfor rammen af den bredere terapeutiske relation.

**Godkendt pensumlitteratur**

1. Badenoch, B. (2008): *Being a brain-wise therapist. A practical guide to interpersonal neurobiology.* New York: W. W. Norton & Company. S. (1- 104) = 104 s.
2. Casement, P.(1985): *Lyt til patienten – om det dynamiske forhold terapeut-patient i den psykoanalytiske proces.* Danmark:Hans Reitzels Forlag A/S. (s. 7 -215) = 209 s.\*
3. Castonguay, L. G.; Constantino, M. J. & Holforth, M.G. (2006). The working alliance: where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training,* 43(3), 271-279. = 9 s.\*
4. Folensbee, R. W.: *The Neuroscience of Psychological Therapies.* New York: Cambridge University Press. (7 – 129 & 153-170) = 141 s.
5. Gelso, C. & Carter, J. (1994): Components of the psychotherapy relationship: Their Interaction and Unfolding During Treatment. I: *Journal of Counselling Psychology.* Vol. 41. No. 3, s. 296-306. = 11 s.
6. Gilbert, P. & Leahy, R. L. (2007). *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioral Psychotherapies.* New York:Routledge.= (s. 1- 255) = 255 s.
7. Hick, S. F. (2008): Cultivating Therapeutic Relationships: The Role of Mindfullness. I: Hick, S. F. & Bien, T. (2008): *Mindfullness and the Therapeutic Relationship.* New York:The Guilford Press. (s.3-18) = 16 s.
8. Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: Accomplischments, challenges and future directions. *Psychotherapy, Ressearch, Practice, Training.* Vol 43. No. 3. (258 -263) = 6 s.
9. Jørgensen, C. R. (1998) Den Terapeutiske Alliance. *Psyke og Logos.* Årg. 19, nr. 1. (s. 148-190) = 43 s.
10. Jørgensen, C.R.(2006) *Personlighedsforstyrrelser. Moderne relational forståelse og behandling af borderline lidelser.* København: Akademisk forlag. (s. 182 -193) =11 s.
11. Ledoux, J. (2002): *Synaptic self: How Our Brains Become Who We Are.* London: Penguin books. (1- 324) = 324 s.
12. Malan, D. H. (1992) *Individuel Psykoterapi og den Psykodynamiske Videnskab.* Hans Rietzels Forlag. (s. 111-138) = 28 s.
13. 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 Counseling and Clinical Psychology*. Vol. 68 (s. 438-450). = 13 s.
14. Meissner. W. W. (1996). *The therapeutic alliance*. USA: BookCrafters, Inc. (4 – 296) = 293 s.
15. Norcross, J. C. (2002): *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients.* New York: Oxford University Press. (s. 3-70; 89-108; 175-263) = 177 s.
16. Paul, S. & Haugh, S. (2008): *The therapeutic relationship: Perspectives and themes*. UK: PCCS BOOKS ltd. (s. 1-254) = 254 s.
17. Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance.* Paperback edition. NY: The Guilford Press. (s. 1-232) = 232 s.\*
18. Sandler, J.; Dare, C. & Holder, A. (1994). *Patienten og analytikeren. Psykoanalysens kliniske struktur*. 2. udg. København: Hans Reitzels Forlag. (s. 25 – 200) = 176 s.\*
19. Sørensen, J. H. (2006): *Affektregulering I udvikling og Psykoterapi.* København: Hans Rietzels Forlag. (s. 122-337) = 216 s.

Pensumlitteratur i alt = 2518 sider

 Heraf tidligere anvendt litteratur angivet ved \* = 626 sider

**Referenceliste**

1. Arnold, K. (2006): Reik’s theory of psychoanalytic listening. I: *Psychoanalytic Psychology, 2006, Vol. 23. No. 4.* 754-765*.* American Psychological Association.
2. Badenoch, B. (2008): *Being a Brain-Wise Therapist. A practical guide to interpersonal neurobiology.*New York:W. W. Norton & Company. S. (1- 104).
3. Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* 16, (252-260)
4. Casement, P.(1985): *Lyt til patienten – om det dynamiske forhold terapeut-patient i den psykoanalytiske proces.* Danmark: Hans Reitzels Forlag A/S. (11 -162).
5. Castonguay, L. G.; Constantino, M. J. & Holforth, M.G. (2006). The working alliance: where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training,* 43(3), (271-279).
6. Folensbee, R. W.: *The Neuroscience of Psychological Therapies.* New York:Cambridge University Press. (7 – 129 & 153-170).
7. Fonagy, P (1998): *Forandringsøjeblikke i psykoanalytisk teori: Diskussion af en ny teori om psykisk forrandring.* I.: Sørensen, J. H.(2006): *Affektregulering i udvikling og psykoterapi.* København:Hans Rietzels Forlag. S. (211-219).
8. Gabbard, G. O. & Wilkinson, S. M. (1994). *Borderline behandling og modoverføring.* København: Hans Reitzels Forlag. (s. 82-181).
9. Gelso, C. & Carter, J. (1994): Components of the psychotherapy relationship: Their Interaction and Unfolding During Treatment. I: *Journal of counselling Psychology.* Vol. 41. No. 3, (s. 296-306).
10. Gilbert, P. (2007): Evolved minds and compassion in the therapeutic relationship. I: Gilbert & Leahy (2007): *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies.* New York:Routledge. (s. 106-136).
11. Goldstein, W.N. & Goldberg, S.T. (2004): *Using the transference in psychotherapy.*USA:Rowman & Littlefield Publishers, Inc. (s. 3-34).
12. Hardy, G. Cahill, J. & Barkham, M. (2007): Active ingredients in the therapeutic relationship that promote client change: A ressearch perspective. I: Gilbert & Leahy: *The therapeutic relationship in the cognitive behavioural psychotherapies.* New York: Routledge.(s. 24 – 42).
13. Hart, S. (2009): *Den Følsomme Hjerne.* 1. udgave. København: Hans Rietzels Forlag. (s. 81-92).
14. Hatcher, R.L. & Barends, A. W. (2006): how a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy, Research, Practice, Training.* 43(3), (292-299). American Psychological Association.
15. Hick, S. F. (2008): Cultivating Therapeutic Relationships: The Role of Mindfullness. I: Hick, S. F. & Bien, T. (2008): *Mindfullness and the therapeutic Relationship.* The Guilford Press. (s. 3-18).
16. Horvath, A. O. & Bedi, R. P.(2002): The Alliance. I: *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients.* New York: Oxford University Press. (37-61).
17. Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: Accomplischments, challenges and future directions. *Psychotherapy, Ressearch, Practice, Training.* Vol 43. No. 3. (258-263).
18. Howard, P. (2008): Psychoanalytic Psychotherapy. I : Paul, S. & Haugh, S.(2008): *The therapeutic relationship: Perspectives and Themes.* UK: PCCS Books Ltd. (s. 23-35).
19. Jørgensen, C. R. (1998) Den Terapeutiske Alliance. *Psyke og Logos.* Årg. 19, nr. 1. (s. 148-190).
20. Jørgensen, C.R.(2006) *Personlighedsforstyrrelser. Moderne relational forståelse og behandling af borderline lidelser.* København:Akademisk forlag. (182 -193).
21. Lambert, M. J. & Barley, D. E.(2002): Ressearch Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. I: *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist contributions and responsiveness to patients.* New York: Oxford University Press. (s. 17-28).
22. Leahy, R. L. (2007): Schematic mismatch in the therapeutic relationship: a social cognitive model. I: *The therapeutic relationship in the cognitive behavioural psychotherapies.* New York: Routledge. (s. 229-254).
23. Ledoux, J. (2002): *Synaptic self: How Our Brains Become Who We Are.* London: Penguin books. (1- 96).
24. Malan, D. H. (1992) *Individuel Psykoterapi og den Psykodynamiske Videnskab.* Hans Rietzels Forlag. (s. 111-138).
25. 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 Counseling and Clinical Psychology*. Vol. 68 (s. 438-450).
26. Meissner, W. W. (2006). The Therapeutic Alliance - A Proteus in Disguise. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training,* 43(3), 264-270.
27. Meissner,W.W. (2007). Therapeutic Alliance. Theme and Variations *Psychoanalytic Psychology,* Vol. 24, No. 2, 231-254*.*  American Psychological Association.
28. Meissner. W. W. (1996). *The therapeutic alliance*. USA: BookCrafters, Inc. (4-39).
29. Newman, C. F. (2007): The therapeutic relationship in cognitive therapy with difficult-to-engage clients. I: *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies.* New York: Routledge.
30. Norcross, J. C. (2002): Empirically supported therapy relationships. I: Norcross, J. C. (2002): *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients.* New York: Oxford University Press. (s. 3-16).
31. Olsson, G. (1988): *The patient-therapist relation with emphasis on transference and countertransference.* Gøteborg.
32. Pedersen, M. (2007): Overføring og psykoterapeutisk assesment.
33. Pierson, H. & Hayes, S. C. (2007): Using acceptance and commitment therapy to empower the therapeutic relationship. I: *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies.* New York: Routledge. (s. 205-228).
34. Racker, H. (1968): *Transference and countertransference.* London : The Hogarth Press. (s.127-173)
35. Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, (s. 95-103).
36. Rosenberg & Mørch (2005): *Kognitiv Terapi: Modeller og metoder*. København: Hans Rietzels Forlag. (24 -29).
37. Safran, J. D. & Muran, J. C. (2003). *Negotiating the Therapeutic Alliance.* Paperback edition. New York: The Guilford Press. S. (6-12; 72-139).
38. Samstag, L. W. (2006): The working alliance in psychotherapy: an overview of the invited papers in the special section. *Theory, Ressearch, Practice, Training.* Vol. 43. No. 3. (300-307).
39. Sandler, J.; Dare, C. & Holder, A. (1994). *Patienten og analytikeren. Psykoanalysens kliniske struktur*. 2. udg. København: Hans Reitzels forlag. (36-119).
40. Shore A. N. (2001a): Kommunikation mellem forældre og spædbørn og de neurobiologiske aspekter af den emotionelle udvikling. I: Sørensen, J. H. (2006): *Affektregulering i udvikling og psykoterapi.* København: Hans Rietzels Forlag.(s. 166-185).
41. Shore A. N. (2001b): Psyken i støbeskeen: tilknytning, den selvorganiserende hjerne og udviklingsorienteret psykoanalytisk psykoterapi. I: Sørensen, J. H. (2006): *Affektregulering i udvikling og psykoterapi.* København: Hans Rietzels Forlag(s. 255-284).
42. Sørensen J. H. (2006): Affektregulering i udvikling og psykoterapi. I: Sørensen, J. H.(2006): *Affektregulering i udvikling og psykoterapi.* København: Hans Rietzels Forlag. (s. 122 -130).
43. Stern, D. N. (1998): Den Terapeutiske forandringsproces med inddragelse af tavs viden: Nogle implikationer af udviklingspsykologiske observationer for psykoterapi med voksne. I: Sørensen, J. H.(2006): *Affektregulering i udvikling og psykoterapi.* København:Hans Rietzels Forlag. (s. 220-228).
44. Theilgaard, A. (2000): Den negligerede krop. I: *Matrix. 17. årgang nr. 2.* (s. 137-153).
45. Thomas, M. (2008): Cognitive Behavioral Dimensions of the Therapeutic Relationship. I: Paul, S. & Haugh, S. (2008): *The Therapeutic Relationship: Perspectives and Themes.*UK: PCCS Books Ltd. (s. 92-103).
46. Wilson, K. G. & Sandoz, E. K. (2008): Mindfulness, Values, and Therapeutic Relationship in Acceptance and Commitment Therapy. I: Hick, S. F. & Bien, T. (2008): *Mindfullness and the therapeutic Relationship.* New York:The Guilford Press. (s. 89 -106)
47. Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. & Kernberg, O.F. (2002): *A primer of Transference-Focused Psychotherapy for the borderline patient.* Jason Aronson, Inc.
1. Dette underbygges i gennemgangen af forskning i den terapeutiske relation og alliancen, specielt i afsnit 3.2 og 3.4. [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)
3. Forvirringen omkring, hvorvidt overføringen skal indebære både urealistiske og realistiske perceptioner af den anden er forståelig, idet alle mennesker forstår deres relationer ud fra tidligere erfaringer og relationer med andre. Det er dog når disse tidlige erfaringer og relationer er af sådan en art at de ’ikke passer’ i nutiden og bevirker forvrængninger, at det medfører problemer for klienten, og det er hvad, der i dette speciale forstås ved overføringen. Man kan måske med fordel tænke menneskets oplevelse og perception af andre som på et kontinuum fra urealistisk, forvrænget og patologisk til realistisk, præcis og hensigtsmæssig. [↑](#footnote-ref-3)
4. [↑](#footnote-ref-4)
5. Hvis de stærke positive følelser for terapeuten kombineres med tillid til terapeuten; eksempelvis tillid til at denne kan rumme stærke negative følelser i overføringen, synes de positive følelser ikke at hæmme alliancen, herunder evnen til at arbejde med overføringen. [↑](#footnote-ref-5)
6. Alliancen konceptualiseres i dette speciale som konstitueret af mange faktorer, herunder bl.a. terapeutens evne til at bevare et refleksivt fokus og graden hvormed terapeuten kender sig selv. De faktorer jeg har nævnt her kan siges at være intrapersonelle kvaliteter ved terapeuten, som også er opstået ved komplementære intra- og interpersonelle processer, gennem terapeutens opvækst og gennem egenterapi, supervision og erfaring. [↑](#footnote-ref-6)
7. Det er naturligvis et gradvist arbejde at blive opmærksom på og arbejde med klientens mentale modeller, og det er væsentligt for terapeuten at være empatisk i denne proces, bl.a. ved forsøgsvis identifikation, således at terapeuten kan vurdere hvordan eksempelvis en fortolkning vil blive modtaget. Når en fortolkning er timet forkert eller for tidligt kan det medføre brud på alliancen, og så er det vigtigt at skifte fokus og arbejde med bruddet; at have respekt for klienten og være ydmyg overfor det terapeutiske arbejde. [↑](#footnote-ref-7)
8. Der synes i teoretiske og forskningsmæssige kredse at være opnået en form for konsensus omkring, at alliancen indebærer et samarbejdende element og et tilknytningselement, i tråd med Bordins konceptualisering. [↑](#footnote-ref-8)
9. Man kan forestille sig at positiv modoverføring også kan styrke alliancen i tidlige faser af terapien, eksempelvis hvis terapeuten, evt. som reaktion på klientens overføring, oplever klienten som et barn, som hun skal rumme og hjælpe. Dette kan dog medføre problemer hvis terapeuten ikke bliver opmærksom på dette rolleresponsivitetsmønster, da det kan føre til regression og hæmme klientens autonomi og selvstændighed. Hvis man bliver opmærksom på nærværende rolleresponsivitetsmønster kan man eksempelvis, med alliancen som platform, arbejde hermed senere i terapien. Dette kan man eksempelvis gøre, ved at kommunikere med klienten om, at den lille dreng eller pige inden i klienten har brug for at blive forstået og rummet, men at det nogle gange kan forstyrre klienten, hvis den lille dreng eller pige ’kommer for meget frem’ i klientens nuværende relationer, hvor klienten gerne skal kunne holde fast i den mere voksne del af sig selv. Herigennem kan man empatisere med klientens følelse af objektdeprivation og ’barnet i klienten’, nærmere end at komme til at repræsentere moren overfor det lille barn. Man kan måske sige, at man kan lære den voksne del i klienten at passe på og hjælpe det lille barn. [↑](#footnote-ref-9)
10. Man kan undre sig over at forventning og placebo ikke anses for at være en nonspecifik faktor. Man kan forestille sig, at dette skyldes disse faktorers relativt stabile betydning i forhold til terapeutisk effekt og det faktum, at det er svært at påvirke disse faktorers indflydelse indenfor terapiens rammer. Kulturen synes dog at kunne være en væsentlig faktor i denne sammenhæng, da der i forskellige kulturer er forskellige forventninger til terapien og dennes effekt, hvilket kan tænkes at påvirke placebo-effekten. [↑](#footnote-ref-10)
11. Jeg vil pga. specialets omfang ikke gå dybere ind i beskrivelsen af disse instrumenter, men henviser derimod til undersøgelsesmetoden, de steder det synes relevant. [↑](#footnote-ref-11)
12. Dette synes at tydeliggøre vigtigheden af en god kommunikation omkring den terapeutiske relation med klienten, da der herved kan arbejdes mere direkte med brud på alliancen og herunder episoder, hvor klienten og terapeuten ikke har samme opfattelse af, hvorvidt terapeuten er empatisk. [↑](#footnote-ref-12)
13. Det skal dog påpeges at der var medtaget flere relationelle end tekniske variabler i undersøgelsen. [↑](#footnote-ref-13)
14. I mor-barn interaktionen betones vigtigheden af morens evne til at skelne mellem barnets og sin egen tilstand, hvilket synes at kunne støtte det væsentlige i at bevare en opdeling af og skelnen mellem fænomenerne overføring, modoverføring, den reelle relation og den terapeutiske alliance. Dette fordi måden moren interagerer med barnet på optimal vis, i en vis grad kan overføres og være retningsgivende for, hvordan terapeuten kan være optimalt med klienten. Herudfra kan det netop betragtes som væsentligt, at terapeuten kan skelne sit eget bidrag og dermed sig selv fra klienten, hvorfor vi behøver et begrebsapparat, der kan skabe klarhed i det terapeutiske arbejde med hensyn til at forsøge at skelne mellem, hvad der tilhører henholdsvis terapeuten og klienten. [↑](#footnote-ref-14)
15. Det kan dog i nogle situationer, ud fra Safran og Murans (2000) teori om brud på den terapeutiske alliance, være anvendeligt at metakommunikere om, hvad der synes at ske lige nu i den terapeutiske situation (ibid.). Dette kan siges at være understøttet bl.a. af forskningen i relationel kongruens, der viser, at det at opnå en fælles forståelse for, hvad der sker lige nu i den terapeutiske relation korrelerer positivt med terapiens effekt (Paul & Haugh, 2008, 15). Nogle gange kan det dog jf. teorien om rolleresponsivitet være problematisk at reagere for hurtigt eller ureflekteret (nærmere end at respondere) ved at fremsætte sin oplevelse af, hvad der sker, da dette synes at kunne øge sandsynligheden for at forstærke et eventuelt rolleresponsivitetsmønster. Det må naturligvis være en nuanceret vurdering i situationen. [↑](#footnote-ref-15)