

---

## Den terapeutiske alliansen

---

KRONIKK

ERIK FALKUM

erik.falkum@medisin.uio.no

Erik Falkum er professor ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo og konstituert avdelingsleder ved avdeling for forskning og utvikling, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

---

### **I alle former for psykoterapi er alliansen mellom pasient og terapeut en kritisk endringsfaktor. Alliansens kjennetegn og betydning er dog ikke alltid de samme i dynamisk og kognitiv psykoterapi.**

Arbeidsalliansen var et sentralt tema i arbeidet med en innstilling om fremtidens psykoterapiveiledning i et ad hoc-utvalg nedsatt av Norsk psykiatrisk forening i 2015. I denne diskusjonen synliggjøres skillelinjer, fellesskap, styrker og svakheter ved de to terapimodellene klart og konkret.

---

### **Den dynamiske tradisjonen**

I sine tidlige teoretiske skrifter omtalte Sigmund Freud (1856–1939) den terapeutiske relasjonen. Selv om han først snakket om pasienten som en samarbeidspartner i behandlingsprosessen, var hans vesentlige tema overføringen, dvs. forskyvningen av affekt og intensjon fra én person til en annen, for eksempel fra en foreldrefigur til terapeuten (1). Freud skilte mellom overføring av positive versus negative holdninger fra en person i fortiden til terapeuten. Den positive overføringen ga pasienten den nødvendige motivasjonen for et effektivt samarbeid og skulle derfor ikke problematiseres eller tolkes. Freud anerkjente bare i begrenset grad at terapeutens vennlighet og omsorg hadde betydning for arbeidsalliansen. Pasient og terapeut måtte inngå en «analytisk pakt» basert på pasientens frie assosiasjon og analytikerens

kompetente forståelse. Terapeutens innvirkning på relasjonen i kraft av sine egenskaper og sitt nærvær som virkelig person i terapirommet ble ikke tematisert i noen særlig utstrekning.

Men etter Freud ble synet på arbeidsalliansen i den psykoanalytiske tradisjonen forandret langs to linjer. Sandor Ferenczi (1873–1933) understreket at pasientene ikke bare måtte huske, men virkelig gjenoppleve og rive seg løs fra vanskelige fortidige relasjoner, blant annet ved å erfare at terapeuten møtte dem med større åpenhet og aksept enn barndommens nøkkelfigurer hadde gjort (korrektiv emosjonell erfaring) (2–4). Ferenczi var også den første som analyserte hvordan terapeutens personlige egenskaper påvirket overføringslandskapet. Som en mye brukt lærerterapeut påvirket han både den britiske objektreasjonsskolen og den interpersonlige psykoanalysen i USA, og han stimulerte også den senere begrepsutviklingen blant annet hos Franz Alexander (1891–1964), Michael Balint (1896–1970) og Donald Winnicott (1896–1971).

## Egopsykologi

Samtidig rettet den egopsykologiske tradisjonen oppmerksomheten mot de «reelle» sidene ved relasjonen mellom pasient og terapeut, delvis i motsetning til Melanie Kleins (1882–1960) påstand om at alle pasientens reaksjoner på terapeuten er manifestasjoner av overføringen, og at overføringstolkninger er den viktigste terapeutintervensjonen (5). Terapeuten er både observatør og deltager, og som deltager styrker eller svekker hun alliansen ikke bare gjennom tolkning av overføring, men også gjennom et mangfold av intervensjoner som i bred forstand farges av hennes personlige profil. Dette standpunktet myker opp det klassiske psykoanalytiske kravet om terapeutens anonymitet, nøytralitet og abstinens (analytikeren avstår fra å komme pasientens umiddelbare behov i møte) og gjør rollen som terapeut langt mer fleksibel. Hvis pasienten for eksempel strever med å opprettholde tillit til terapeuten under behandlingen, anbefaler egopsykologer at terapeuten opptrer aktivt støttende for å styrke alliansen, som må fungere for å få til endring (6). Oppmykingen innebar at et større mangfold av pasienter kunne tilbys psykoterapi, også pasienter med livshistorier fylt av omsorgssvikt, vold og overgrep, som gjør utviklingen av tillit til en svær utfordring.

Selv om skillet mellom den delen av relasjonen som er basert på overføring og den delen som er basert på reell gjensidighet, er kunstig, åpnet skillet opp for begrepet arbeidsalliansen, det vil si pasientens og terapeutens evne til å arbeide i fellesskap mot et mål de er enige om. Kjernen i arbeidsalliansen er de to aktørenes respekt og sympati for hverandre og det autentiske møtet mellom to mennesker. Selv om dette sammensatte synet på den terapeutiske relasjonen har møtt motstand fra mer klassisk orienterte psykoanalytikere, som for eksempel Charles Brenner (1913–2008) (7), er det trolig dekning for å si at det nå er blitt et dominerende syn.

## Emosjonelt bånd

En vesentlig grunn til at begrepet arbeidsalliansen fortsatt er sentralt, er at psykoterapiforskningen etter hvert har lagt så stor vekt på det. Det er utviklet instrumenter som beskriver arbeidsalliansen kvalitativt og kvantitativt, og det er vist at den er en av de aller viktigste prediktorene for et godt behandlingsresultat.

Forskningen tar oftest utgangspunkt i Edvard Bordin (1913–1992) definisjon av alliansen (8). I hans beskrivelse består den av tre gjensidig avhengige komponenter: det emosjonelle båndet mellom pasient og terapeut, pasientens og terapeutens oppgaver og terapiens mål.

Diskusjonene innenfor den psykodynamiske tradisjonen har vært konsentrert om det emosjonelle båndet. Målet i psykodynamisk behandling kan særlig i korttidsterapi delvis ha fokus på et konkret symptom, som depresjon, men er i utgangspunktet orientert mot å utvikle en eller annen psykologisk evne, for eksempel evnen til å sette grenser, å si fra, til å finne bedre balanse mellom egne og andres behov eller å øke bevissthet om egne følelser. Pasientens oppgave kan være å assosiere fritt og formidle det som dukker opp, uten sensur. Det sier seg kanskje selv at denne orienteringen ikke inviterer til noe kontinuerlig fokus på konkrete mål og oppgaver. I det minste er det forståelig at jo mer direktiv en terapimodell er, desto mer sentral blir diskusjonen om disse elementene i arbeidsalliansen.

---

## Kognitiv terapi: fokus på mål og oppgaver

I kognitiv atferdsterapi er målet oftest klart formulert og rettet mot å redusere konkrete symptomer på psykisk lidelse: depresjon, ulike angstuttrykk, rusproblemer osv. Tradisjonen legger stor vekt på å orientere om behandlingsmodellen og om pasientens og terapeutens oppgaver. Men det emosjonelle båndet mellom aktørene har inntil nylig sjelden vært i fokus. I den kognitive tradisjonen har det vært vanlig å si at det emosjonelle båndet må være godt nok. Det som må til er terapeutens innlevelse, vennlighet, interesse og omsorg – altså de samme faktorene som konstituerer og nærer det som i den psykodynamiske tradisjonen kalles den virkelige relasjonen. Med andre ord faller den kognitive og deler av den moderne psykodynamiske tradisjonen delvis sammen i tenkningen om arbeidsalliansen. Dokumentasjonen av den kognitive terapiens effekt ved en rekke psykiske lidelser taler for at båndet faktisk ofte er godt nok, men tradisjonens refleksjon rundt dets kjennetegn og betydning kunne hatt større intensjonsdybde. Det emosjonelle båndet er jo ikke en størrelse som er gitt en gang for alle. Ifølge Bordin (8) kan ikke de tre elementene – bånd, mål og oppgaver – forstås isolert, de er gjensidig avhengige av hverandre. Det er rimelig å tenke at det foregår en kontinuerlig forhandlingsprosess der pasientens og terapeutens «behov» brynes mot hverandre, og at denne forhandlingsprosessen hele tiden påvirker arbeidsalliansen. Båndet mellom de to styrkes av at de løpende blir enige om mål og oppgaver.

---

## Når alliansen bryter sammen

Avhengigheten mellom de tre elementene kommer kanskje best til syne når alliansen svekkes eller bryter sammen, dvs. ved såkalte allianserupturer. Med utgangspunkt i Bordins definisjon kan vi si at en allianseruptur enten beror på uenighet om oppgaver eller mål i terapien eller på problemer knyttet til båndet mellom aktørene. Hvis en pasient i kognitiv terapi for eksempel sjelden eller aldri gjennomfører hjemmeoppgaver som han har avtalt med terapeuten, foreligger det i praksis en uenighet om denne oppgavens betydning (9). Hvis terapeuten lar være å ta dette opp, vil arbeidet saboteres og innsatsen i terapirommet kanskje være forgyves. Pasientens tillit vil svekkes, og derved svekkes båndet mellom pasient og terapeut. Når terapeuten faktisk problematiserer pasientens manglende oppfølging, vil også det påvirke båndet, i første omgang vil det kanskje svekkes – men på litt lengre sikt vil det styrkes igjen fordi hjemmeoppgavene fremmer bedring. Den kognitive tradisjonen og også de mer klassisk orienterte delene av den psykoanalytiske tradisjonen (de som kun retter oppmerksomheten mot overføringen) (7) vil kunne ha nytte av å se mer dynamisk og bredere på forholdet mellom bånd, mål og oppgaver.

Når den kognitive terapeuten forsøker å reparere en svekket allianse, vil innsatsen ofte være konkret og direkte. I diskusjon med pasienten som lot være å gjennomføre hjemmeoppgaver, vil hun legge vekt på å få frem uenighet om oppgavens betydning, på å oppklare eventuelle misforståelser rundt dem og på å orientere grundig om hvorfor de har en viktig funksjon i behandlingen. Hun vil også være interessert i hvordan pasienten faktisk har opplevd oppgavene han har fått, om de har vært for vanskelige, eventuelt på hvilken måte, osv. Hvis noen av terapeutens utsagn om oppgavene er blitt oppfattet som negative eller krenkende, vil hun oppklare og kanskje også beklage både utsagn og tilknyttede handlinger. Dette konkrete, rasjonelt orienterte arbeidet vil ikke bare kunne ha virkning ved at forståelsen av terapimodellen blir tydeligere for pasienten, men også ved at pasienten opplever at terapeuten tar han og hans ve og vel på alvor. En slik tilnærming til problemer i arbeidsalliansen anvendes selvsagt på tvers av terapiretningene. I dynamiske terapier er de knyttet til «den virkelige relasjonen» og har der trolig like stort reparasjonspotensial som i kognitiv terapi.

---

## Overføringsperspektivet kan ikke utelates

Svekkelse eller brudd i alliansen beror ikke nødvendigvis på misforståelser som kan oppklares gjennom rasjonell diskusjon og forhandlinger. Det kan tenkes at pasienten fortsatt lar være å gjøre hjemmeoppgaver til tross for disse oppklaringsrundene. Da vil det være naturlig å spørre om det kan stå en underliggende mening bak unngåelsen. Det er for eksempel mulig at pasienten synes at terapeuten har tvunget oppgavene på ham, at den direkte kognitive modellen har generert et ubehag, et sinne, en motstand som han ikke har vært seg bevisst, men som kommer til uttrykk gjennom sabotasje av

hjemmeoppgaver. Den dynamisk orienterte terapeuten har generelt spørsmålet om underliggende mening langt fremme i bevisstheten, mens det har hatt en mer perifer plass i kognitiv terapi (9).

På den ene side kan pasientens sinne eller motstand være relatert til terapeutens ikke-verbale uttrykk. Opplevelsen av å bli påtvunget oppgavene kan være en reaksjon på utålmodighet, bråhet eller overmot i terapeutens stemme eller bevegelser. På den annen side kan opplevelsen av tvang og den etterfølgende motstanden tenkes å bero på tidligere opplevelser. En autoritær far eller mor som gir oppgaver, strukturerer hverdagen og forteller hvordan verden ser ut, kan gi barns egne valg og frie utforsking for liten plass. En slik bakgrunn kan ha skapt en særegen beredskap som mer eller mindre automatisk trigger motstand når andre bestemmer rammer. Da oppstår motstanden uansett hvor fintfølede terapeuten har kommunisert. Dermed befinner vi oss i overføringslandskapet. Det er altså sannsynlig at den kognitive tradisjonen vil ha nytte av å legge vekt på overføringsperspektivet, særlig i sine forsøk på å forstå allianserupturer. Dette vil ikke innebære å oppgi tanken om at bedring i terapi oppstår først og fremst ved at pasientens mer eller mindre grunnleggende antakelser om seg selv, om verden omkring og om fremtiden kan endres gjennom systematisk refleksjon og eksponering. Arbeidsalliansen har kritisk betydning, og overføringsperspektivet utvider terapeutens mulighet til å gripe helheten når det kommer sand i maskineriet.

Vanskelige rupturer oppstår oftest når pasienten har seilt i sterk motvind tidlig i livet, ved mangelpatologi (10) eller ved personlighetsforstyrrelser, og det kan tenkes at suksessraten med slike pasienter vil øke hvis overføringsperspektivet legges til.

Gjennom de siste par tiårene er debatten mellom den dynamiske og den kognitive psykoterapitradisjonen blitt stadig mer preget av gjensidig respekt. Samtalen mellom de to hovedtradisjonene åpner for en dypere og mer produktiv forståelse av den terapeutiske alliansens kjennetegn og betydning.

---

*Takk til Karsten Hytten for fruktbare innspill til manus.*

---

## LITTERATUR

1. Freud S. Recommendations to physicians practicing psychoanalysis. I: The case of Schreber, papers on technique and other works. London: Hogarth Press, 1958: 111–120. (Bd. 12 i serien Standard edition of the complete works of Sigmund Freud.)
2. Haynal A. Controversies in psychoanalytic method. From Freud and Ferenczi to Michael Balint. New York: New York University Press, 1989.
3. Aron L, Harris A. red. The legacy of Sandor Ferenczi. Hillsdale, New Jersey: Hillsdale Analytic Press, 1991.
4. Alexander F. Fundamentals of psychoanalysis. New York: W.W. Norton & Co., 1948.

5. Greenson R. The real relationship between the patient and the psychoanalyst. I: Kanzer M, red. The unconscious today. New York: International Universities Press, 1971: 13–232.
  6. Zetzel ER. Current concepts of transference. *Int J Psychoanal* 1956; 37: 369 - 76. [PubMed]
  7. Brenner C. Working alliance, therapeutic alliance, and transference. *J Am Psychoanal Assoc* 1979; 27: 137 - 57. [PubMed]
  8. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy* 1979; 16: 252 - 60. [CrossRef]
  9. Safran JD, Muran JC. Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide. New York/London: The Guilford Press, 2003.
  10. Killingmo B. Conflict and deficit: implications for technique. *Int J Psychoanal* 1989; 70: 65 - 79. [PubMed]
- 

Publisert: 3. september 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0331  
Mottatt 16.4.2018, første revisjon innsendt 2.5.2018, godkjent 14.5.2018.  
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 15. juni 2026.