



OVERSIKT

Terapeutisk allianse i kognitiv atferdsterapi med barn og ungdom

Krister W. Fjermestad¹

¹ førsteamanuensis, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

kfj061@uib.no

Publisert: 04.01.2011

I arbeidet med barn kompliseres alliansebyggingen av at terapeuten må utvikle allianser med flere enn barnet alene. Men mange av teknikkene innen kognitiv atferdsterapi bidrar til alliansebygging med barnet.

Det er påvist en sammenheng mellom terapeutisk allianse og behandlingsutfall innenfor barnefeltet, men dette innebærer ikke at alliansen betyr «alt». Vellykket alliansebygging handler om tilpasning av prosess- og relasjonsferdigheter til spesifikke behandlingstilnærminger. Denne artikkelen beskriver slik tilpasning i kognitiv atferdsterapi (KAT) med barn og unge.

Relasjon eller teknikk?

Det finnes ikke enkle svar på det kompliserte spørsmålet om hvilke faktorer som påvirker effekten av psykologisk behandling. Noen miljøer hevder at spesifikke behandlingsteknikker er avgjørende for utfallet, mens andre mener at prosessfaktorer som den terapeutiske relasjon betyr mest (Waddington, 2002). En informert oppfatning anerkjenner betydningen av at all terapi foregår i en relasjon mellom klient og behandler, og at terapeuters evne til å integrere innhold (spesifikke behandlingselementer) og prosess (nonspesifikke elementer) sammen bidrar til hvor «vellykket» en behandling blir (Elvins & Green, 2008). Forholdet mellom klient og terapeut er et grunnleggende tema i beskrivelser og forklaringer av KAT. Aaron Beck omtalte for eksempel en god relasjon mellom terapeut og klient som en primærkomponent i effektiv psykoterapi (Beck, 1976). Innenfor KAT har man imidlertid ikke ansett den terapeutiske relasjon som tilstrekkelig for endring i seg selv, men en god terapeutisk allianse anses i økende grad som en nødvendig forutsetning for effektiv bruk av terapeutiske tilnærminger (Friedberg & Gorman, 2007).

Opprinnelsen til det moderne alliansebegrepet kan spores tilbake til Freuds vektlegging av overføringens og motoverføringens betydning i behandlingsrelasjoner (Freud, 1912). På 1960-tallet ble behandlingsrelasjonens kvalitet beskrevet med vektlegging av terapeutens empati, ekthet og ubetingede emosjonelle respons (Rogers, 1965). De første empiriske studiene som undersøkte betydningen av relasjonsvariabler for behandlingsutfall, kom på 1970-tallet. Blant annet fant Orlinsky og Howard (1975) at terapeutens troverdighet som ekspert og behandlingsengasjement predikerte behandlingsutfall. De mest anvendte definisjoner av allianse i dag, uavhengig av teoretisk orientering, er versjoner av Bordins definisjon fra slutten av 1970-tallet: Allianse anses som bestående av tre elementer – et emosjonelt bånd mellom behandler og klient, enighet mellom behandler og klient om

terapeutiske oppgaver, samt enighet om behandlingsmål (Bordin, 1979). Det er viktig å merke seg at samarbeid om oppgaver og enighet om mål er likeverdig med betydningen av det emosjonelle båndet mellom klient og behandler. Dette reflekteres også i mange måleinstrumenter for allianse (Tichenor & Hill, 1989), og innebærer et alliansebegrep som er bredere enn den følelsesmessige relasjonen mellom klient og behandler (Creed & Kendall, 2005). Metaanalyser har påvist en moderat effekt mellom allianse og behandlingsutfall (Karver et al., 2006; Rusell & Shirk, 1998; Shirk & Karver, 2003). Styrken på forholdet mellom allianse og utfall i disse tre sammenfattende studiene har en middels effektstørrelse (r ligger rundt midten av 0.20-tallet, avhengig av hvordan store enkeltstudier vektet). Dette samsvarer med sammenhengen mellom allianse og utfall som er funnet i sammenfattende studier med voksne klienter (Martin, Garske & Davis, 2000). Det er verdt å merke seg at det i disse sammenfattende studiene ikke er funnet systematiske forskjeller mellom ulike behandlingstilnærminger, og heller ikke i forhold til hvorvidt behandlinger er manualbaserte eller ikke (Karver et al., 2006).



Spesielle utfordringer for barneklirikeren

Forskningen som omhandler betydningen av den terapeutiske relasjon innenfor barnefeltet, har kortere historikk enn relasjonsforskningen med voksne klienter, og tok for alvor til på 1990-tallet. Det finnes en del kompliserende faktorer for både forskningen på og den kliniske forståelsen av alliansen innenfor barnefeltet. Barneklirikeren etablerer ikke bare en relasjon til barnet, men også til barnets omsorgspersoner og eventuelt til søsken. I tillegg skapes utfordringer ved at terapeutiske oppgaver og behandlingsmål ikke bare skal forhandles i en dyade, men også i samhandling med omsorgspersoner og ofte andre viktige personer i barnets miljø. Betydningen av faktorer som frivillighet, forståelsen for rasjonale for behandling, samt utviklingsspesifikke behov, har i økende grad blitt tematisert i prosessforskningen på barnefeltet (Karver et al., 2006). Barneklirikeren har også en del ekstra utfordringer med alliansebygging for de som primært arbeider med voksne klienter. Barneklirikere søker for eksempel sjelden hjelp på eget initiativ (Piacentini & Bergman, 2001). Barn kommer gjerne med begrenset forhåndsforståelse for behandlingsrelasjonens kontekst, og enten uten egen problemopplevelse, eller med en annen problemforståelse enn de voksne som har tatt initiativ til behandling, har (DiGiuseppe, Linscott & Jilton, 1996). Forskning på familier som tar kontakt med hjelpeapparatet, viser at barn og foreldre har liten enighet om hva som er sentrale problemområder

(Russell & Shirk, 1998). Dette skaper ekstra utfordringer for terapeuten som skal undersøke og ivareta både barnet og foreldrenes perspektiv både i utredning og behandling.



Dette reiser også spørsmål om hvilket allianseperspektiv som er det mest avgjørende for utfallet. I en studie som undersøkte sammenhengen mellom allianse som var målt av uavhengige observatører, og behandlingsutfall, fant man større sammenheng mellom alliansen mellom foreldre og terapeut enn for allianse mellom barn og terapeut (McLeod & Weisz, 2005). Bedre allianse mellom foreldre og terapeut har også vist seg å ha sammenheng med deltakelse i behandling og færre avbestilte timer (Hawley & Weisz, 2005).

KAT-terapeuten som alliansebygger

Innenfor alliansefeltet er det, kanskje paradoksalt nok, slik at langt flere studier er opptatt av sammenhengen mellom allianse og utfall enn faktisk å se hva terapeuter gjør for å skape god allianse (Horvath & Luborsky, 1993). Det finnes lite skriftlig materiale som veileder KAT-terapeuten i hvordan man jobber med interpersonlige prosesser, men det kan hevdes at kyndig anvendelse av KAT-teknikker er alliansebyggende i seg selv (Friedberg & Gorman, 2007). For eksempel kan viktige KAT-komponenter som psykoedukasjon, forhandling om mål, og sokratiske spørsmål, anses som alliansebyggende. Det finnes også KAT-manualer som har alliansebygging eksplisitt skrevet inn som komponent i manualen (se for eksempel Siqueland et al., 2005).

Samarbeid om terapeutiske oppgaver er en sentral del av den terapeutiske alliansen. Mange av de grunnleggende terapeutiske elementene som er sentrale i KAT, vektlegger samarbeid – for eksempel det at man sammen setter opp en agenda for timen, bruk av veiledende oppdagelse, vektlegging av tilbakemelding fra klienten, og bruk av hjemmeoppgaver (Waddington, 2002). Samarbeid innebærer å være varsom med egne løsningsforslag for ikke å innta en overdreven ekspertrolle, å invitere ungdommen inn til å bidra til agendaen for behandlingstimen, og å bruke eksempler fra hans eller hennes eget liv i behandlingen (Suveg et al., 2006). For eksempel kan man tenke seg at man i behandling av en engstelig gutt som er glad i fotball, kan bruke fotballhelter som mestringsforbilder, sports- og treningsreferanser ved læring av avslapningsteknikker, og analogier fra fotballverdenen i forhold til automatiske negative tanker («rødt kort til engstelige tanker»), mestrings trening («kaptein over egne følelser») og gradvis eksponering («mål, trening»).

I tillegg til samarbeid har også kreativitet blitt fremhevet som sentralt i alliansebygging med barn (Kingery et al., 2006). KAT-terapeuter har her stort spillerom, og bruk av arbeidsbøker, historier, lekemateriale (for eksempel hånddukker), og aktiviteter som miming, rollespill og tegning kan virke alliansebyggende. Også i manualbaserte behandlinger er det rom for kreativitet og fleksibilitet. I behandlingsprogrammet «FRIENDS for life» (Barrett, Duffy, Dadds & Rapee, 2001), som er et 10-ukers manualbasert behandlingsprogram som finnes på norsk og som er utprøvd i forskningsprosjekter både i regi av R-BUP Øst & Sør og Helse Vest, brukes for eksempel rollespill i sosial samhandling og problemløsning, mimelek i bevisstgjøring rundt følelser, og ballonger som visualisering av tankebobler.



Spesielle utfordringer for KAT-terapeuten

Et sentralt element i KAT, spesielt for angstlidelser, er eksponeringstrening. Dette er et spesifikt behandlingsledd som har påvist sammenheng med behandlingsutfallet (Kazdin & Weisz, 1998). Eksponeringsøvelser utsetter unektelig barn for ubehag, et faktum som anses som en sentral del av behandlingseffekten. Det kan stilles spørsmål ved om det ubehaget som eksponeringstrening utsetter barnet for, vil kunne medføre alliansebrudd. Alternativt kan man tenke seg at mestringen barnet opplever gjennom slik eksponeringstrening, vil kunne øke alliansen til terapeuten. Det er blitt hevdet at en god allianse er en forutsetning for effektiv eksponeringstrening i KAT med barn (Kendall & Ollendick, 2004). En nyere randomisert kontrollert studie av 86 barn med angstlidelser undersøkte spørsmålet om hvordan eksponeringstrening påvirker allianse (Kendall et al., 2009). Barn og foreldre ble randomisert til to behandlingstilstander; én med kognitiv atferdsterapeutisk familiebehandling som inneholdt eksponeringstrening, og én med støttebehandling til familien, uten eksponeringstrening. Begge betingelsene besto av 16 behandlingstimer. Allianse ble målt etter hver terapitime, fra barnets, klientens og begge foreldrenes perspektiv. Analyser viste at alliansen økte jevnt i første halvdel av behandlingen, før den jevnet ut og var stabil i resten av behandlingsløpet. Utviklingsløpene var like fra alle perspektivene og i begge behandlingstilstandene. Forfatterne konkluderte derfor med at eksponeringstrening ikke påvirker allianse negativt (Kendall et al., 2009).

En «oppskrift» på alliansebygging



På midten av 2000-tallet ble det utviklet et observasjonsskjema for terapeuters alliansebygging med barn (TABBS; Creed & Kendall; 2005). Skjemaet inneholder ni terapeutiske teknikker som er utvalgt på bakgrunn av forskning og klinisk erfaring. Disse er: 1) å tilpasse timen til barnet, for eksempel ved å undersøke hva barnet liker og ikke liker, for så å bruke denne informasjonen i eksempler, belønninger eller andre terapeutiske oppgaver, 2) å presentere individuelle oppgaver og behandlingen som helhet ved bruk av lek, eller på en lekende måte, avhengig av alder, 3) å gi uttrykk for håp om bedring og oppmuntre ved å formidle tro på at klienten vil bli bedre, 4) å vektlegge samarbeid ved å presentere behandlingen som fellesprosjekt, og å bidra til følelse av samhørighet ved å bruke pronomener som «vi», «oss» og uttrykk som «la oss», 5) å la barnet bidra med mål for behandlingen, og presentere behandling som en måte å tilnærme seg barnets bekymringer på, 6) å oppfordre til deltakelse og initiativ og be om spesifikk tilbakemelding fra barnet, 7) å validere barnets opplevelse ved å vise respekt og forståelse for barnets følelser, tanker og atferd, inkludert eventuell motvilje mot terapi og utforsking av eventuelle problemer i relasjonen mellom barn og behandler 8) innimellom snakke om noe annet enn problemet som barneklienten presenterer, for eksempel om et tema som interesserer barnet 9) å skape felles forståelse og bidra til at klienten føler seg spesiell og knyttet til terapeuten, for eksempel ved utsagn av typen «meg også» eller bruk av eksempler som får barnet til å si «meg også». I forhold til det siste punktet understrekes det imidlertid sterkt i skåringsnøkkelen at det å bli for personlig ikke er alliansebyggende, men snarere tvert imot kan virke nedbrytende på alliansen. Det kan tenkes at terapeuter som veldig sterkt forsøker å skape felles forståelse, for eksempel gjennom utsagn som «*det gjør ikke noe om dere kom for seint, trafikken er vanvittig, jeg kom for seint på jobb i dag, jeg også*», eller «*å ja, du er med i skolekorpset? Jeg spilte kornett da jeg var på din alder*» kan oppleves av barnet som påtatt og ikke-genuint fra terapeutens side.

Tilsvarende spesifiseres det i TABBS en del negative terapeutatferder som tenkes å være til hinder for alliansebygging. Slike hindre for alliansebygging er: 1) å presse barnet til å snakke, 2) å være overdrevent formell, 3) å ikke følge opp løfter, for eksempel ikke å bruke tid på en lystbetont aktivitet som er satt på agendaen, 4) å snakke på et upassende nivå, for eksempel å ikke tilpasse språk og tone til barnets utviklingsnivå, 5) å snakke med familien som om barnet ikke var i rommet, og 6) å snakke negativt om barnet til andre familiemedlemmer mens barnet er til stede. Dette skjemaet for alliansebygging ble utprøvd i en studie hvor alle faktorene i skjemaet ble sett i sammenheng med

selv- og terapeutrapportert allianse hos 46 barn (7–13 år) som ble behandlet for angstlidelser. De faktorene som hadde signifikant sammenheng med god allianse, var samarbeid og det å skape felles forståelse. Det å presse barnet til å snakke hadde signifikant sammenheng med dårligere allianse (Creed & Kendall, 2005). Disse resultatene viser at man kan finne frem til spesifikke terapeutatferder som predikerer alliansekvalitet.



Én oppskrift for alle?

Det kan tenkes at en mer systematisk opplæring og bevisstgjøring av alliansebyggende elementer, sammen med eventuell bruk av spørreskjema om alliansebygging i veiledning, kunne forbedret terapeuters evne til å skape gode allianser. Fokus på relasjonsbygging i veiledning er sterkt anbefalt (Waddington, 2002). Man kan imidlertid stille spørsmål ved den kliniske nytteverdien av «smørbrødlister» som for eksempel TABBS (Creed & Kendall, 2005). Det blir sentralt å reflektere over hvordan alliansebygging tilpasses den enkelte klients egenskaper, for eksempel i forhold til alder og utviklingsnivå, motivasjon for behandling, og egen problemopplevelse. Ungdom har for eksempel som følge av økt autonomibehov større behov for aktiv deltakelse i utformingen av behandlingsplaner og strategier enn yngre barn har. Ungdom er kanskje mer sensitive enn yngre barn for at terapeuten har en ekspertrolle. Elementære elementer som bevisst og eksplisitt formidling av rammer for taushetsplikt er kanskje også viktigere for eldre barn enn for yngre, som i større grad vil forvente at voksne snakker sammen om deres situasjon. Tydelige rammer for konfidensialitet har vist seg å være alliansebyggende i terapi med ungdom (Church, 1994). På samme måte finnes spesifikke tilnærminger som bør brukes med yngre barn, for eksempel elementer fra kognitiv atferdsterapeutisk leketerapi. Dette er en modifisert versjon av KAT som er tilpasset yngre barns utviklingsnivå (Knell, 1999). En slik tilpasning innebærer for eksempel å anerkjenne at en del såkalt «dysfunksjonelle» tanker kan være utviklingsmessig passende, for eksempel hos en 6-åring som engster seg for å begynne på skolen.

I terapeutisk arbeid med voksne anbefales eksplisitt adressering av brudd i relasjon, og at gjennomarbeiding av tanker og følelser rundt alliansebruddet er viktig for å gjenopprette alliansen (Safran, Muran & Samstag, 2004). Studier fra barnefeltet har derimot vist at det å eksplisitt tematisere relasjonsbrudd med barn er negativt korrelert med styrken på den terapeutiske alliansen (DiGiuseppe et al., 1996). Når det gjelder samarbeidselementet i alliansebygging, bør dette betraktes som

dimensjon og ikke kategorisk. Hvor mye en skal vektlegge samarbeid, påvirkes blant annet av barnets grad av problemopplevelse. Pasienter i krise trenger en mer direkte tilnærming enn andre. Det samme gjelder lite motiverte pasienter. Mer motiverte pasienter er gjerne mer innstilt på samarbeid (Waddington, 2002).



Konklusjon

Terapeutisk allianse består av det følelsesmessige båndet mellom klient og behandler, i tillegg til enighet om mål og oppgaver i terapi. Mange behandlingselementer i KAT, som arbeid med hjemmeoppgaver og vektlegging av samarbeid, kan dermed anses som alliansebyggende. Alliansebygging innenfor barnefeltet kompliseres av at terapeuten må utvikle allianser med flere enn barnet alene, og av at barn har en annen utviklingsmessig forståelse for behandlingsrammer og ofte en annen problemopplevelse enn voksne. Alliansebygging kan kompliseres for KAT-terapeuten gjennom krevende behandlingselementer som for eksempel eksponeringstrening. Empiri tilsier likevel ikke at eksponering virker nedbrytende på alliansen. Tvert imot finnes det indikasjoner på at alliansen blir stadig bedre når eksponeringstrening er i gang, og at en god allianse bidrar til mer effektiv eksponeringstrening. Selv om det finnes konkret terapeutatferd som predikerer alliansekvalitet, er det viktig å tilpasse slik atferd til barnets problemopplevelse, motivasjon og utviklingsnivå. 1

ABSTACT

Therapeutic alliance in cognitive behavioural therapy for children and adolescents

The therapeutic alliance is conceptualized as the emotional bond between the client and the therapist, as well as agreement on treatment tasks and goals. There is a moderate effect between alliance and treatment outcome in child therapies, including cognitive behavioural treatments. Alliance research in child treatment is complicated due to multiple alliance perspectives and because children rarely initiate treatment themselves. Many cognitive behavioural treatment techniques contribute to alliance building when working with children. Alliance building techniques include involving the child in the tasks and goals of

treatment, using play when presenting treatment tasks, and emphasizing common ground. Alliance building techniques should be adjusted to the child's age and developmental level, treatment motivation, and the child's own understanding of problems.

Keywords: therapeutic alliance, cognitive behavioural therapy, children



Referanser

- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252–260.
- Church, E. (1994). The role of autonomy in adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 31, 101–108.
- Creed, T. A. & Kendall, P. C. (2005). Therapist alliance-building behavior within a cognitive-behavioral treatment for anxiety in youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 498–505.
- DiGiuseppe, R., Linscott, J. & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied & Preventive Psychology*, 5, 85–100.
- Elvins, R. & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28, 1167–1187.
- Freud, S. (1912). The dynamics of transference. I *Complete Psychological Works (vol. 12)* (s. 97–108). London: Hogarth Press.
- Friedberg, R. D., & Gorman, A. A. (2007). Integrating psychotherapeutic processes with cognitive behavioral procedures. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 185–193.
- Hawley, K. M. & Weisz, J. R. (2005). Youth versus parent working alliance in usual clinical care: Distinctive associations with retention, satisfaction, and treatment outcome. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 117–128.
- Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561–573.
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S. & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26, 50–65.
- Kazdin, A. E. & Weisz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100–110.
- Kendall, P. C., Comer, J. S., Marker, C. D., Creed, T. A., Puliafico, A. C., Hughes, A.A., et al. (2009).

In-Session Exposure Tasks and Therapeutic Alliance Across the Treatment of Childhood Anxiety Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 517–525.

Kendall, P. C. & Ollendick, T. H. (2004). Setting the research and practice agenda for anxiety in children and adolescence: A topic comes of age. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 65–74.

Kingery, J. L., Roblek, T. L., Suveg, C., Grover, R. L. et al. (2006). They're Not Just «Little Adults»: Developmental Considerations for Implementing Cognitive-Behavioral Therapy With Anxious Youth. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 263–273.

Knell, S. M. (1999). Change processes in child psychotherapy: Revitalizing treatment and research. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 419–420.

Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–450.

McLeod, B. D., & Weisz, J. R. (2005). The therapy process observational coding system – Alliance scale: Measure characteristics and prediction of outcome in usual clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 323–333.

Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1975). *Varieties of Psychotherapeutic Experience: Multivariate Analysis of Patients' and Therapists' Reports*. New York: Teachers College Press.

Piacentini, J., & Bergman, R. L. (2001). Developmental issues in cognitive therapy for childhood anxiety disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15, 165–182.

Rogers, C. R. (1965). *Client-centered therapy: its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin.

Russell, R. L. & Shirk, S. R. (1998). Child Psychotherapy Process Research. *Advances in Clinical Child Psychology*, 20, 93–124.

Safran, J. D., Muran, J. C. & Samstag, L. W. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task-analytic investigation. I A. O. Horvath & L. S. Greenberg (red.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (s. 225–255). New York: Wiley.

Shirk, S. R. & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 452–464.

Shirk, S. R. & Saiz, C. C. (1992). Clinical, Empirical, and Developmental Perspectives on the Therapeutic Relationship in Child-Psychotherapy. *Development and Psychopathology*, 4, 713–728.

Siqueland, L., Rynn, M. & Diamond, G. S. (2005). Cognitive behavioral and attachment based family therapy for anxious adolescents: Phase I and II studies. *Anxiety Disorders*, 19, 361–381.

Suveg, C., Roblek, T. L., Robin, J., Krain, A., et al. (2006). Parental Involvement When Conducting



Cognitive-Behavioral Therapy for Children With Anxiety Disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 287–299. Tichenor, V. & Hill, C. E. (1989). A comparison of 6 measures of working alliance. *Psychotherapy*, 26, 195–199. Waddington, L. (2002). The therapy relationship in cognitive therapy: a review. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 30, 179–192. Forskning på familier som tar kontakt med hjelpeapparatet, viser at barn og foreldre har liten enighet om hva som er sentrale problemområder. Det kan stilles spørsmål ved om det ubehaget som eksponeringstrening utsetter barnet for, vil kunne medføre alliansebrudd

