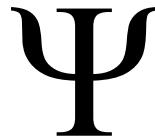




**DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**



*Tid i korttids dynamisk psykoterapi: En undersøkelse av stimulerende og forlengende faktorer*

***HOVEDOPPGAVE***

*Profesjonsstudiet i psykologi*

Dag Alfredsen og Andreas Øy Tennfjord

Vår 2010

Veileder

Geir Høstmark Nielsen

## **Forord**

Denne oppgaven har innfridd forventningene om å gi oss innføring og førstehåndskunnskap om korttids dynamisk psykoterapi, samt å gi oss anvendbar og praktisk kunnskap når vi nå snart er ferdig utdannet psykologer. Vi vil takke vår kunnskapsrike veileder for god, effektiv og målrettet veiledning. Forfatterne av dette arbeidet ønsker også å takke hverandre for et godt og lærerikt samarbeid.

### **Abstract**

Short-term dynamic psychotherapy is a pragmatic, flexible and planned therapy. This paper investigates the systematic utilization of time and the use of time-limit in short-term dynamic psychotherapies. Time itself, and the universal fear of finite time and endings, have implications for all humans. Particular, the therapist conducting short-term dynamic psychotherapy must be aware of different countertransference reactions elicited by time-limit. Reactions such as separation and loss, guilt, and inadequacy of not doing enough for the patient, could disrupt or prolong therapy. Further, different attitudes and values which could determine the use and embracement of short-term dynamic psychotherapy are examined. Finally, a broader context of western-culture and society is presented as a possible source of the embracement of short-term dynamic therapy, and are discussed in light of Norwegian social and mental health benefits.

## **Sammendrag**

Denne artikkelen tar for seg korttids dynamisk psykoterapi som er en pragmatisk, fleksibel og planlagt terapeutisk tilnærming, der det legges vekt på en aktiv og systematisk bruk av tidsdimensjonen i terapi. Vi mennesker har en universell opplevelse av tid som noe endelig og begrenset, og søker å flykte bort fra dette ved å unngå tid og tidspress. I terapisituasjonen oppstår det motoverføringsreaksjoner som skyld, narsisstistiske ønsker og behov, eller følelser av utilstrekkelighet som et resultat av tidsavgrensingen. Disse motoverføringene kan resultere i unødig forlengelse av terapiforløpet. Videre kan grunnleggende verdisyn ha innvirkning på holdning til, og bruk av korttids dynamisk psykoterapi. Avslutningsvis trekkes det frem ulike kulturelle og samfunnsmessige faktorer som kan være pådrivere for bruken av denne typen terapi og det blir diskutert ulike helsemessige gevinster ved å benytte seg av korttids dynamisk psykoterapi.

## Innholdsfortegnelse

<b>DEN HISTORISKE BAKGRUNNEN FOR KDP .....</b>	<b>1</b>
<b>SÆRPREG OG KJENNETEGN VED KDP .....</b>	<b>6</b>
FELLESFAKTORER FOR KDP .....	6
KDP-MODELLENE SINE TILNÆRMINGER TIL TIDSBEGRENSNING .....	8
<i>Drift/strukturmodeller .....</i>	<i>8</i>
<i>Relasjonelle modeller .....</i>	<i>10</i>
<i>James Mann: Tidsbegrenset terapi .....</i>	<i>13</i>
<b>TIDSBEVISSTHET I TERAPI .....</b>	<b>14</b>
KATEGORIAL OG EKSISTENSIELL TID .....	14
UVIKLING AV TIDSOPPLEVELSEN .....	15
FRYKT OG UNNVIKELSE FOR LINEÆR TID .....	16
PASIENTOPPLEVELSER OG OVERFØRINGSREAKSJONER .....	16
TIDSBEVISSTHET SOM VIRKEMIDDEL FOR ENDRING .....	17
<b>FORLENGENDE FAKTORER FOR TERAPIFORLØPET: MOTOVERFØRING .....</b>	<b>18</b>
PASSIVITET OG UNNVIKELSE HOS TERAPEUT .....	18
AVSLUTNING OG SEPARASJONSPROBLEMATIKK .....	19
UNIKE MOTOVERFØRINGER I KDP .....	20
<i>Skam og skyldfølelse .....</i>	<i>20</i>
<i>Narsissistiske og perfeksjonistiske ønsker og behov .....</i>	<i>21</i>
<i>Opplevelse av utilstrekkelighet .....</i>	<i>22</i>
<i>Makt og autoritet .....</i>	<i>23</i>
<i>Reaksjoner utløst av problematiske terapiforløp med uegnede pasienter .....</i>	<i>23</i>
HÅNDBTERING OG BRUK AV MOTOVERFØRINGSREAKSJONER .....	24
<b>FAKTORER SOM PÅVIRKER BRUKEN AV KDP .....</b>	<b>26</b>
PASIENTERS PREFERANSER FOR TIDSBEGRENSNING .....	26
TERAPEUTS PREFERANSER OG VERDISYN I FORHOLD TIL TIDSBRUK I TERAPI .....	29

<i>Betydning av terapeuters verdisyn for tidsbruk i KDP og LDP.</i> .....	29
Syn på mål for terapi. ....	29
Mål i LDP.....	30
Mål i KDP.....	30
Syn på endringsprosessen i terapi.....	31
LDP terapeuters syn på endring. ....	31
KDP terapeuters syn på endring.....	32
<i>Betydning av klinisk bakgrunn og erfaring for tidsavgrensning</i> .....	33
<i>Sanksjoner til tidsavgrensning innen LDP-fagmiljøet</i> .....	34
<b>KULTUR OG SAMFUNNSFAKTORER</b> .....	36
<i>KDP i senmoderniteten</i> .....	36
<i>Norske forhold: Et samfunn i endring.</i> ....	37
<b>SAMFUNNSETIKK OG KDP</b> .....	<b>38</b>
TIDSAVGRENSNING OG HELSERESSURSER .....	39
TILTAK FOR IVARETAKELSE AV ET SAMFUNNSETISK FOKUS .....	41
<b>KONKLUDERENDE BEMERKNINGER</b> .....	<b>42</b>
<b>REFERANSER</b> .....	<b>45</b>

## **Innledning**

En vanlig oppfatning blant teoretikere og praktiserende klinikere i den klassiske psykodynamiske tradisjon, er at dynamisk psykoterapi er en langsom og tidskrevende prosess. I løpet av de siste tiårene har det imidlertid kommet alternative dynamiske terapiformer, der det hevdes at det er mulig å oppnå betydelig bedring hos pasienten på relativt kort tid. Betegnelsen korttids dynamisk psykoterapi (KDP) viser til en gruppe av terapeutiske metoder og modeller der systematisk anvendelse av tidsfaktoren og effekten av tid er sentral. Imidlertid, siden terapeuter ikke kan tillegges "æren" for effekten av tid, har tidsfaktoren fått lite oppmerksomhet i terapilitteraturen, utenom det opplagte faktum at det alltid vil være behov for en viss mengde tid i et terapiforløp (Garfield, 1997).

På denne bakgrunn ønsker vi derfor i dette arbeidet å sette fokus på tidsaspektet ved KDP, særlig tidsavgrensningens betydning på terapeuten. Sentrale spørsmål i den forbindelse er: Hvordan utvikles opplevelsen av tid? Hva gjør en opplevelse av tid som noe endelig og begrenset med oss mennesker? Mer spesifikt, kan tidspresset som følger tidsavgrensning påvirke måten vi som terapeuter reagerer og oppfører oss på i terapisituasjonen? Det er også av interesse å forsøke å tematisere og oppsummere faktorer som påvirker valget og bruken av tidsbegrensning i terapi. Kan terapeuters teoretisk bakgrunn og verdisyn forklare bruken av KDP? Og i et bredere perspektiv, kan samfunnsfaktorer være med på forklare noe av bruken og appellen til KDP? Før vi kommer nærmere inn på de enkelte spørsmålene, vil vi skissere noe av den historiske bakgrunnen for KDP og fremveksten av nåværende psykodynamiske modeller.

## **Den historiske bakgrunnen for KDP**

Korttids dynamisk psykoterapi blir ofte karakterisert som en ny og pragmatisk begrunnet terapimodell, eller endatil som et produkt av den moderne kapitalistiske kulturens



fokus på raske og effektive løsninger. Selv om det først var på 1960- og 1970- tallet at forskningen på KDP startet for alvor, finnes det i litteraturen også tidligere eksempler på tidsavkortede terapier.

Det er av flere blitt pekt på at også Freuds tidligste behandlinger var bemerkelsesmessig kortvarige sammenlignet med hans senere analyser (e.g., Messer og Warren, 1995; Molnos, 1995; Feltham, 1997). Breuer og Freud (1893-1895/1955) benyttet opprinnelig katarsismetoden i behandlingen av hysteri og andre nevroses, og skal blant annet ha helbredet en tjenestepike for sine panikkanfall i løpet av tre timer. Også etter at Freud hadde endret sin arbeidsmåte ved å vektlegge fri assosiasjon fremfor suggesjon, hadde han pasienter i utpreget kortvarige behandlingsforløp. Av de mest kjente kan det nevnes behandlingen av henholdsvis dirigenten Bruno Walter som ble kurert for en delvis lammelse i høyre hånd, og komponisten Gustav Mahler som ble kurert for sin impotens i løpet av 5-6 behandlingstimer (Jones, 1957). Malan (1963) hevder at det typiske fraværet av kortvarige behandlingsforløp i tiden før 1950 ikke nødvendigvis betyr at de ikke forekom, men at det snarere kan tilskrives manglende dokumentasjon i litteraturen på psykoanalytiske behandlingsforløp med relativt tidlig avslutning.

På tross av den sterke teoretiske tradisjonen for langtidsterapi med åpen slutt i første halvdel av forrige århundre, kan det være interessant å trekke frem noen av de tidligste pionerene som praktiserte en tilnærming der det ble gjort forsøk på å korte ned analysen. Otto Rank, Sandor Ferenczi, William Reich samt Franz Alexander og Thomas French regnes som særlig sentrale i denne sammenheng. Det de har til felles er at de alle la vekt på å eksperimentere med alternative teknikker og modeller, samt et tydeligere her-og-nå fokus i terapisisituasjonen.

Otto Rank var en av de første som erstattet Freud sin teori om libido, med en ny, mer eksistensialistisk orientert modell (O'Dowd, 1986). I følge Rank var det ikke libido, og den

ødipale fase, som var sentral for konfliktdanning. Utgangspunktet for utvikling av psykopatologi og angst kan spores tilbake til det han beskrev som den ”traumatiske fødselen” (Rank, 1924/2002). Han tenkte først at det biologiske aspektet, den fysiske atskillelsen fra mors mage og inntreden i verden hadde størst betydning. Senere benyttet han den traumatiske fødselen i større grad som en metafor for å forklare grunnleggende separasjons- og individuasjonsbehov. Fødselen er universell og felles for alle mennesker, og blir erfart som et sjokk, både på det fysiologiske og det psykologiske nivå. All videre erfaring med separasjonssituasjoner var i henhold til Rank farget av denne separasjonsprosessen fra mor. På bakgrunn av dette kunne derfor all angst bli tolket som en form for separasjonsangst.

Rank hevdet videre at dersom alle nevroser hadde sine røtter i den traumatiske fødselen, var det mulig å korte ned på analysen slik at denne universelle problematikken ble belyst (O'Dowd, 1986). Dette gjelder særlig for den nevrotiske pasient som kan oppleve et negativt utbytte av mer selvrefleksjon og innsikt, slik tradisjonell psykoanalyse vektlegger. Det viktige er å akseptere seg selv og bruke viljen uten skyldfølelse, og nettopp dette kan fasiliteres innen en avgrenset og tydelig tidsramme. Videre vendte Rank fokuset bort fra den klassiske analysens vektlegging av fortiden, over mot her-og-nå forholdet i terapisituasjonen. Det sentrale ved terapien ble nå selve avslutningen. I løpet av terapiforløpet hadde som oftest pasienten knyttet seg til terapeuten, men når avslutningen nærmet seg, måtte han eller hun innse at tiden i terapien gikk mot slutten. For å mestre avslutning på en adaptiv måte måtte pasienten oppleve aktiv selvhevdelse ved å løsrive seg fra terapeuten uten at det forekom spesielle komplikasjoner. Selve terapien skulle være meningsfull og avgrenset, og den skulle tjene som en ny prototype på et forhold den nevrotiske pasient ikke tidligere hadde hatt.

Man kan se tydelige spor av Rank sin teori i Mann (1973) sin tidsbegrensete terapi, blant annet vektlegging av individuasjons/separasjonsproblematikk i behandlingssituasjonen.

Særlig gjelder dette prosessen å erfare avslutning og separasjon uten et tap av selvbylde eller selvtilitt (O'Dowd, 1986).

Sandor Ferenczi begynte tidlig å utforske den terapeutiske situasjonen med aktive forsøk på å gjøre forholdet mellom terapeut og pasient emosjonelt. Han la særlig vekt på at analytikerens skulle fremtre som en aksepterende og varm person (Rachman, 2007). Ettersom pasienter ofte hadde vokst opp i situasjoner preget av deprivasjon, eller forbud, ble det viktig for analytiker å posisjonere seg motsatt av det pasienten hadde forventet. Dette kunne innebære å skape en atmosfære av toleranse, aksept og varme, noe pasientene i liten grad tidligere hadde opplevd. Forholdet mellom terapeut og pasient ville dermed være en ny emosjonell erfaring.

Ferenczi beskrev teknikker der terapeuten tar en aktiv posisjon for å gjøre terapisisituasjonen til en affektiv opplevelse, eller frembringe spenning som kan bli analysert i timen. En slik aktiv opptreden fra terapeuten sin side er i dag et av de sentrale kjennetegnene på KDP (Messer, 2001).

William Reich var ikke primært kjent for sine forsøk på å korte ned den analytiske prosessen. Hans mest relevante bidrag til utvikling av KDP gjaldt de tekniske aspektene i analysen, ved at han oppfordret terapeuten til å være aktiv, og finne egnede måter for å passere pasientens karakterforsvar (Reich, 1933/1972). Han utfordret dermed analysens klassiske ideal om en passiv tilbaketrukket terapeut. Videreføring av denne teknikken i KDP har blant annet blitt tatt opp av Davanloo (1978) med hans uttalt konfronterende stil.

Alexander og French (1946) presenterte en rekke ulike kasusbeskrivelser og vignetter fra korttidsbehandling, og de skisserte prinsippet om fleksibilitet, planlegging, avgrenset fokus og systematisk manipulering av overføringen. Hovedpoenget i deres tilnærming var at hver pasient som gjennomgikk psykoterapeutisk behandling, skulle bli møtt i henhold til prinsippet om fleksibilitet. Alexander og French hevdet at i all psykoterapi bør terapeuten

tilpasse teknikk til behovene til den enkelte pasient. I denne sammenheng nevnte de blant annet manipulering av frekvensen av terapitimer, samt opphold i terapiforløpet i forkant av den endelige avslutningen av terapi. Denne fleksibiliteten var viktig både for behandlingsplan og behandlingsmål.

Alexander og Frenchs (1946) la frem begrepet om den *korrektive emosjonelle erfaringen*, som de hevdet lå til grunn for oppløsningen av en nevrotisk konflikt. Dette innebar først og fremst at terapi handlet om å eksponere pasienten for ønsker, impulser og erfaringer fra fortiden, under mer gunstige og aksepterende forhold, slik at pasienten kunne mestre disse erfaringene. Alexander og French nevnte to grunner til at det kunne etableres en korrektiv emosjonell erfaring. Det første var at pasienten kunne oppleve den nevrotiske konflikten som mindre angstvekkende når den skjedde innenfor den terapeutiske situasjonen, og var slik en mildere utgave enn den originale barndomskonflikten. Det andre var at terapeuten opptrådte som en motpol eller kontrast til de aktører som opprinnelig var med på å skape problemet. Dette kunne innebære en reaksjon preget av aksept, godvilje og en støttende holding i forhold til pasientens aggressive eller selvhevdende impulser, som opprinnelig ikke ble akseptert eller godtatt i pasientens barndom.

Korrektive emosjonelle erfaringer oppleves ikke kun i terapiforløp, men også i det virkelige liv utenfor terapien. Det er altså selve opplevelsen som er signifikant og sentral for forandringsprosessen i pasienten. Hvis forholdene legges til rette for denne type erfaring allerede fra terapiens begynnelse, kan det åpne muligheten for en planlagt og avgrenset terapiform.

På den tiden Alexander og French (1946) la frem sine teorier, teknikker og resultater ble de møtt med kraftig kritikk fra psykoanalytisk hold. Dette har imidlertid ikke vært et hinder for at mye av tenkningen rundt terapi og eksperimentering med tidsavgrensing, seleksjon, planlegging og aktivitet har satt sine preg på nåtidens korttids dynamiske

psykoterapier. Den korrektive emosjonelle erfaringen blir nå regnet som å være en av de generelle ikke-spesifikke faktorene for psykopatologisk endring (Messer & Warren, 1995). Nyere KDP-modeller har med andre ord tatt opp i seg mye av tankegodset fra Alexander og French.

Oppsummert, var det allerede fra psykoanalysens begynnelse en bevissthet omkring tid og tidens betydning. Det ble også systematisk eksperimentert med tid som variabel for å effektivisere den psykoanalytiske prosess. Videre kunne det foreligge et overordnet fokus på effektivitet og begrensning i terapisisituasjonen som virkemiddel for en raskest og best mulig endringsprosess innenfor den tilmålte tiden. Det begynte å vokse frem en forståelse om at en signifikant episode eller hendelse i terapi kunne ha større betydning for helbredelsen av for eksempel nevroses, enn selve lengden på den terapeutiske kontaktperioden. Dette tidlige fokuset på varighet og på tidsfaktoren innenfor psykoanalyse og psykoterapi har etterhvert kommet tydeligere til syne, og er nå en viktig bestanddel i de fleste nyere KDP-modeller.

### **Særpreget og kjennetegn ved KDP**

KDP har en stor variasjon både i varighet og innhold, samt graden av fokus på tid. Før vi går nærmere inn på spesifikke modeller for KDP, vil vi se på noen av modellenes felles kjennetegn.

### **Fellesfaktorer for KDP**

Messer (2002) lister opp seks faktorer som er sentrale i og felles for de fleste KDP-modeller:

(1) *Systematisk seleksjon av pasienter*. Dette innebærer en kartlegging av pasientens egnethet med henblikk på å kunne gjennomføre den aktuelle behandling. Det innebærer også en vurdering av psykologisk modenhet og graden av stabilitet i nære objektreasjoner.

Seleksjonskriteriene kan være basert på faktorer som alvorlighetsgraden av problemene, intellektuell kapasitet, eller nevrologiske skader. Videre kan seleksjonen bli foretatt på bakgrunn av evne til å etablere psykologisk innsikt, tilstedeværelsen av personlighetsforstyrrelser, eller bestemte diagnostiske kategorier som for eksempel somatisering.

(2) *Valg av et klart avgrenset og definert fokus allerede tidlig i terapiforløpet.*

Formålet med dette er at fokuset skal organisere, og rettlede tolkninger og andre intervensjoner. Det sentrale fokuset er en oppsummering av pasientens problem, gjerne formulert med henblikk på en underliggende dynamisk konflikt, uheldige interpersonlige mønstre som har vedvart over tid, eller et negativt syn på seg selv.

(3) *Klar eller delvis avklart tidsramme.* Alle KDP-modellene har et mål om å begrense den tidsmessige investeringen per pasient. Det er imidlertid stor variasjon mellom de ulike modellene når det gjelder hvor strenge og klare tidsrammene skal være i terapien, samt måten terapien er strukturert på i forhold til den begrensede tiden. Videre kan det være variasjon mellom de ulike modellene når det gjelder antall avholdte timer i kontaktperioden, fra en nedre grense på 6-8, til en øvre grense på 20-25 terapitimer. Vi kommer mer tilbake til dette senere.

(4) *En aktiv terapeut.* En eksplisitt tidsbegrensing setter et økt press om å utøve et effektivt og målrettet arbeid i den tiden som er disponibel. Dette kan ofte innebære en aktiv tolkning av forsvar og motstand hos pasienten. I motsatt fall, kan en passiv og tilbaketrukket stil være lite gunstig for effektivt terapeutisk arbeid, og blir ofte sett på som en av de viktigste forlengende faktorene for terapiforløpet. I KDP har terapeuten simpelthen ikke tid til å forholde seg passiv.

(5) *Fokus på avslutningsfasen.* Denne unike fasen vektlegges i KDP, og er særlig sentral når det gjelder utforsking av individuasjons- og separasjonsproblematikk. Det hevdes

at avslutningen aktiverer en universell affekt knyttet til det å bli konfrontert med livets begrensinger og realiteter. Det kan tenkes at pasienten ved å måtte forholde seg til og akseptere terapiens begrensninger, i større grad er i stand til å tilpasse seg til livet utenfor terapisisituasjonen, noe som kan virke positivt inn på deres livssituasjon.

(6) *Fastsettelse av klare mål for terapien.* Dette kan sees som en kombinasjon av faktorer knyttet til tidsavgrensingen, fokuset og slutfasen av terapi. Det blir lagt vekt på terapeuten sin realistiske holdning til hva det er mulig å hjelpe pasienten å endre, og hva man skal arbeide imot i terapien. I dette kan det ligge opplevd symptomlette, bedre innsikt i egne emosjonelle problem, økt mestring og toleranse av angst- og depresjonssymptomer, samt forbedret sosial og interpersonlig fungering.

Det er verd å merke seg at disse seks punktene er på langt nær fullstendige og entydig definerende for KDP-feltet. De representerer generelle kjennetegn, og kan tjene som et utgangspunkt for en organiserende ramme for de ulike KDP-modellene.

### **KDP-modellene sine tilnærminger til tidsbegrensning**

Som nevnt ovenfor er et sentralt fellestrekk for de ulike modellene innen KDP vektleggingen av tid og fokuset på tidsbegrensning. Det er imidlertid noe variasjon mellom de ulike modellene når det gjelder antall behandlingstimer som tildeles, graden av fleksibilitet i forhold til tidsavgrensningen, samt betydningen av tidsrammene på terapiforløpet.

**Drift/strukturmodeller.** Denne KDP-tilnærmingen har sitt teoretiske utgangspunkt i klassisk psykoanalytisk tenking, og egopsykologien som kom i kjølvannet av denne (Freud, 1916-1917/1961, 1923/1961; Hartmann, 1958). Innenfor drift/struktur-perspektivet har Malan (1963), Davanloo, (1978), Sifneos, (1972) utviklet de mest sentrale modellene for KDP. Det legges vekt på begrep og teknikker som innsikt, klargjøring, emosjonell utløsning, tolkning av ubeviste konflikter og ødipale problemer i det terapeutiske arbeidet.

Felles for disse modellene, er at de alle har en relativt fleksibel tilnærming til tidsavgrensningen. I Malans (1976) tilnærming blir det anslagsvis gjennomført 20-30 timer, der det justeres i forhold til terapeutens erfaring, og tematisk innhold i samtalene. Særlig kjernekonflikter knyttet til tap og separasjon kan forlenge den terapeutiske kontaktperioden. Videre blir en nærmere bestemt dato for siste time satt i starten av behandlingsforløpet. Malan vektlegger i særlig grad separasjonsprosessen som skjer ved terapislutt, og ser dette som en sentral ressurs i behandlingen. Ved at pasienten opplever nye erfaringer i forhold til atskillelse fra en betydningsfull person, vil dette fungere som en korrektiv emosjonell erfaring, som kan være til hjelp i prosessen med å oppgi eller erstatte infantile avhengighetsbehov. For å oppnå dette må terapeuten ha kjennskap til hvordan pasienten tidligere har taklet separasjon, i tillegg til at terapeuten selv forholder seg til denne separasjonen på en ny og vesensforskjellig måte. Ved å sette et bestemt tidspunkt for avslutning allerede i starten av behandlingen, vil det dermed oppstå et press som setter fart på den terapeutiske prosessen.

I motsetning til Malan, blir det i Davanloos (1978) tilnærming ikke fastsatt en avslutningsdato i begynnelsen av behandlingsforløpet, og avslutningen blir i liten grad sett på som en særegen fase. Det som er sentralt i henhold til Davanloos tilnærming, er at pasienten oppnår en kognitiv og emosjonell innsikt i egen psykopatologi, slik at han eller hun kan tilegne seg nye adaptive mønstre. Dette kan innebære en behandlingstid på alt fra 1 til 40 timer.

Sifneos (1992) vektlegger at tiden som er nødvendig for at endring skal skje, varierer fra pasient til pasient. Avslutningstidspunktet blir derfor først fastsatt når pasient og terapeut har kommet til en felles enighet om at de terapeutiske målene er nådd. Et signal for at avslutningen nærmer seg, er at pasient viser økt kapasitet og evne til å løse emosjonelle konflikter. Varigheten av behandling innenfor denne tilnærmingen kan dermed variere fra 6 til 20 timer.



**Relasjonelle modeller.** De relasjonelle modellene innen KDP bygger på teoriene fra de interpersonlige teoretikerne (e.g., Horney, 1950; Sullivan, 1953), objektrelasjonsteorier (e.g., Fairbairn, 1952; Winnicott, 1965), selvpsykologi (e.g., Kohut, 1977, 1971; Stolorow & Atwood, 1992), tilknytningsteori (Bowlby, 1969), og nyere spedbarnsforskning (e.g., Beebe & Lachmann, 2002; D. N. Stern, 1985). Sentrale organiserende begrep innen denne retningen er menneskets avhengighet og behov for autonomi ovenfor andre mennesker, etablering av indre arbeidsmodeller, samt internalisering av indre objekter. Videre legges det vekt på de reelt opplevde miljømessige og sosiale faktorene som i sin tid har bidratt til å utvikle psykopatologi, foruten måten tidligere internaliserte interaksjonsmønstre spilles ut som syklisk maladaptive mønstre. Sentrale KDP-teoretikere innen denne retningen er Strupp og Binder (1984), Weiss, Sampson og The Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986), Horowitz (1986), og Luborsky og Crits-Christoph (1998).

Strupp og Binder (1984) sin tidsbegrensete dynamiske psykoterapi varer vanligvis fra 25 til 30 timer. Videre foretrekkes det å fastsette avslutningstidspunktet tidlig i behandlingsforløpet, fortrinnsvis etter at det terapeutiske fokuset har begynt å utfolde seg. Etter fullført og avsluttet terapi, oppfordres pasienten til å ha pause fra psykoterapi minst seks måneder.

Strupp og Binder (1984) hevder, i likhet med bl.a. Mann (1973), at tidsbegrensningen kan virke inn og fremskynde positiv endring hos pasienten, selv når den ikke blir tematisert. Det er derfor av betydning at tidsrammene ikke blir for fleksible. Motsatt, ved å legge for sterkt tidspress på den terapeutiske prosessen, kan dette forsterke pasientens karakterforsvar og karakterpatologi. De advarer derfor mot en fastlåst avslutningsdato, og er åpne for å tilby pasienten to eller tre ekstra timer dersom dette skulle være nødvendig. Det overordnede ønsket er å gi pasienten håp om at målet kan nås i løpet av den tilgjengelige tiden.

Strupp og Binder (1984) hevder videre at avslutningen er den mest kritiske utfordringen for terapeuten, og håndteringen av denne er i stor grad utslagsgivende for om terapien kan betraktes som vellykket. Særlig vanskelig er det i terapiforløp der pasientene opplever problemer med å inngå i følelsesmessig nære relasjoner over tid. Avslutningen kan lett utløse tanker, minner og følelser knyttet til tidligere tap og traumer. Terapeutens rolle i denne prosessen blir dermed å fremstå som et nytt og bedre objekt enn de tidligere opplevde objektene i pasientens fortid. For at en pasient skal få et best mulig utbytte av terapien, er det viktig at han eller hun opplever eksponering og mestring i forhold til smerten som kan være knyttet til den endelige atskillelse fra terapeuten. Målet er at disse nye erfaringene skal kunne generaliseres til relasjoner også utenfor terapirommet. Levenson (1995) hevder det ikke er en enkelt kritisk erfaring, men samlede nye erfaringer knyttet til samhandling med terapeuten i løpet av hele behandlingsperioden som er utslagsgivende for endring. Det er med andre ord ørsmå nyanser innen den relasjonelle konteksten som er utslagsgivende.

I Weiss et al. (1986) sin modell sies det relativt lite om tidsavgrensning. Når en pasient starter terapiforløpet, vil vedkommende utvikle ubevisste planer i forhold til terapiforløpet (Weiss, 1993). Det settes ikke noen bestemt avslutningsdato, og terapien avsluttes ideelt sett når pasientens patogene antagelser er blitt avkrefte og målene for behandlingen er nådd. Pasienten har i følge denne modellen en sterkt bevisst eller ubevisst motivasjon for endring, og om å komme over problemene sine før behandlingen avsluttes. Ved å sette tidsbegrensninger i terapien vil dette påvirke omfanget av planene, og disse vil tilpasses i forhold til hva som er oppnåelig innenfor den tilmålte tiden. I tillegg vil pasienten i større grad prioritere et begrenset antall problemområder som de ønsker å arbeide med. Det vil si at han eller hun forsøker å gjøre det ytterste for å oppnå mest mulig innenfor den tilmålte tiden som står til rådighet. Realiseringen av pasientens planer i et vellykket terapiforløp kan med andre ord komme både på grunn av, og på tross av tidsbegrensningene.

Horowitz (1986) har spesialisert seg på behandling av traumer og PTSD-symptomer innenfor en tidsavgrenset periode. Denne formen for KDP har en generell tidsavrensning på 12 timer, men denne rammen er fleksibel og kan tilpasses underveis i forhold til individuelle behov. Terapeutens hovedoppgave er å legge forholdene til rette for en best mulig bearbeiding av traumet og den smertefulle hendelsen. Ved å strukturere terapien og sette tidstrammer opplever pasienten trygghet i terapiforholdet, og det etableres håp om at terapeuten kan hjelpe han eller henne med å mestre symptomene. Når terapien nærmer seg slutten, kan det oppstå symptomoppblomstring som en følge av gjenopplevd tap og separasjon. I denne siste fasen av terapien er det derfor viktig at erfaringer knyttet til avslutningsproblematikk blir satt i sammenheng med den belastende livshendelsen.

Luborsky og Crits-Christoph (1998) sin CCRT-metode (Core Conflictual Relationship Theme) har blitt tilpasset et korttidstformat av Book (1998). CCRT er en metode for å identifisere, organisere og bearbeide overføring. Målet er å bevisstgjøre pasientens vanemessige måte å samhandle med andre på, når denne måten er uheldig og problematisk for pasienten. Terapimodellen forutsetter et 16-timers forløp, der tidsavgrensingen blir meddelt pasienten i et innledende intervju. Innenfor denne tidsrammen er det primære målet symptomlette, men også en begrenset, men signifikant, karakterforandring. Det er en intensjon om at tidsbegrensningen skal underbygge motivasjon, stimulere optimisme, minimalisere regresjon, forebygge magisk tenking og minske avhengighet.

I den siste fasen av terapien er fokuset på selve avslutningen. Her nevner Book at CCRT vil bli aktivert som en konsekvens av den avsluttende fasen i terapien, enten ved at det utvikles økt bevissthet rundt hans eller hennes CCRT, eller gjennom en ubevisst utspilling av den. Pasienten vil med andre ord få en ny sjanse til å gjennomarbeide sin CCRT. Terapeuten må derfor i denne avsluttende fasen være spesielt oppmerksom på følelser, reaksjoner eller

atferd hos pasienten som kan settes i sammenheng med deres sentrale CCRT, og med dette hjelpe pasienten til vellykket bearbeiding av dysfunksjonelle interpersonlige mønster.

**James Mann: Tidsbegrenset terapi.** Denne modellen har sitt utgangspunkt i Mann (1973) sitt teoretiske ståsted som kan beskrives som integrativt (Messer & Warren, 1995). Dette innebærer en integrasjon av driftpsykologi, selvpsykologi, objektrelasjonspsykologi og utviklingspsykologi. Sistnevnte innebærer at det blir lagt vekt på både regresjon og modning i et livsløp av biologisk, fysisk og følelsesmessig vekst. Både terapi og ”normal modning” kan stabilisere og endre psykopatologisk utvikling, slik at pasienten kan fortsette den naturlige utviklingen.

Innenfor spekteret av KDP-modeller, er det kanskje Mann (1973) sin modell som i størst grad vektlegger tidsbegrensning som et terapeutisk redskap. Her tilbys det en behandling på nøyaktig 12 timer, uten unntak. Dette er i følge Mann minimumet av tid som skal til for at sentrale psykodynamiske prosesser skal utfolde seg, slik at de blir tilgjengelige for bearbeiding. Det tilbys heller ikke videre terapeutisk oppfølging eller henvising til ny terapeut etter endt terapi. Riktignok foretar Mann en oppfølging per brev eller telefon etter tre, seks eller tolv måneder. Pasienten blir ikke informert om oppfølgingen, ettersom pasienten da kan få en opplevelse av at det kun er en pause i terapien, noe som kan kontaminere den terapeutiske betydningen av avslutningsfasen.

Den terapeutiske prosessen innebærer i henhold til Mann (1973) å gjenskape de opprinnelige ambivalente følelsene knyttet til separasjon, slik at disse nå kan bearbeides i behandlingen. Målet er at pasienten opplever og internaliserer en mer moden og positiv reaksjon til atskillelse og tap, fremfor tidligere følelser som sinne, svik og skyld. Pasienten vil kunne få mulighet til å få konsolidert de dynamiske kreftene, og til å skape mening og innsikt i sin aktuelle livssituasjon. Disse dynamiske endringene vil, i følge teorien, raskt bidra til reduksjon av pasientens symptomer (Mann, 1973).

Mann (1973) ser på tidsavgrensningen som den grunnleggende provokatøren som utløser endring hos pasienten. Tidsbegrensningen i seg selv vil signalisere mulighetene for å oppnå bedring på kort tid, noe som i sin tur vil bidra til å styrke pasientens opplevelse av autonomi og mestring. Videre hevder han at terapi uten fastsatt avslutningsdato eller tidsramme vil kunne medføre at pasienten får en opplevelse av tidløshet. Jo lenger terapien er, desto lenger vil pasienten være i denne tidsløsheten. Ved å aktivt bruke tidsbegrensningen som et redskap i terapitimene, hevder Mann at pasienten i større grad tvinges til å forholde seg til den realistiske tiden, noe som vil resultere i en økt evne til å binde sammen fortid, nåtid og fremtid med de følelsene som er knyttet til dette. Sagt med andre ord, måten vi opplever tid og forholder oss til tid på, kan ha en betydning for prosessene og endringene i terapiforløpet. Vi kommer nærmere inn på dette neste kapittel.

### **Tidsbevissthet i terapi**

For å kunne få en forståelse av måten tidsbegrensning påvirker terapien og de terapeutiske prosessene, kan det være nyttig å se nærmere på hvordan vi som mennesker oppfatter tid, og hvordan denne tidsopplevelsen utvikles i løpet av oppveksten.

### **Kategorial og eksistensiell tid**

I følge Molnos (1995) er det et klart skille mellom det bevisste, lineære tidsbegrepet og den mer ubevisste, retningsløse opplevelsen vi kan ha av tid. Mann (1973) betegner den førstnevnte observerbare og målbare tiden for kategorial tid. Den blir sett på som noe lineært som strekker seg fremover, inn i fremtiden. Imidlertid, når det er snakk om vår opplevelse av tid, er den ikke alltid i samsvar med kategorial tid. Mann (1973) betegner denne mer uangripelige og tidløse ”her og nå” opplevelsen som eksistensiell tid. Når vi for eksempel utøver engasjerende og tidsoppslukende aktiviteter kan vi ”glemme” at tiden går, og de gode

minnene man opplever knyttet til dette, ”golden memories”, er tidløse, raske og umerkbare. De er vanskelige å plassere i tid og rom, og man føler ikke tiden i gode perioder. Når man derimot opplever motgang og vansker, er tidsopplevelsen mer tilgjengelig, og tiden oppleves å bevege seg langsommere. I denne forbindelse er det da sentralt å stille seg spørsmål om hvordan opplevelsen av tid utvikles, og måten denne gryende tidsfornemmelsen virker inn på oss.

### **Uvikling av tidsopplevelsen**

Fra fødselen av, har spedbarn en forestilling om kontinuerlig behovstilfredsstillelse, og ingen idé om avslutning eller død eksisterer i deres tidløse paradisi (Bonaparte, 1940). I oppveksten vil barnet imidlertid kunne oppleve at det oppstår en avstand i tid mellom behov og tilfredsstillelse, altså en midlertidig behovsdeprivasjon. En opplevelse av tid vil utvikles i denne prosessen, og barnet vil tilegne seg en forståelse av varighet, som er grunnlaget for utvikling av en forståelse av nåtid, fortid og fremtid. Bevisstheten om kategorial tid vil dermed først utvikle seg når barnet er eldre og har erfart, og forholdt seg til frustrasjonsopplevelser knyttet til begrensninger og hindringer for den umiddelbare behovstilfredsstillelsen.

Måten utfordringene knyttet til separasjon og manglende behovstilfredsstillelse blir persipert og håndtert på, har en betydelig innvirkning på barnets emosjonelle utvikling og fornemmelse av tid (Molnos 1995). Blant annet Winnicott (1965) ser denne utviklingen av tidsopplevelse som en nødvendighet for å kunne mestre de gjentatte tapene som man må komme seg i gjennom i løpet av livet. Med andre ord, disse tidlige universelle erfaringene og fantasiene i oppveksten vil sette farge på den måten en forholder seg til den realistiske tiden senere i livet.

### **Frykt og unnvikelse for lineær tid**

Mann (1973) hevder at opplevelsen av tidløshet knyttet til eksistensiell tid, symboliserer en fantasi om mor og barn i en evig union, mens den lineære tiden symboliserer opphør av denne symbiosen. Den kategoriale tiden oppleves som noe endelig. Den akselererer kontinuerlig i løpet av livene våre, og skaper en frykt som er iboende i alle mennesker (Bonaparte, 1940). Frykten er koblet til våre bekymringer om fortapelse og død (Hartocollis, 1983). Slike ubevisste affekter og forventninger kan utløse betydelig angst og ubehag, og kan medføre en motstand knyttet til det å måtte forholde seg til den lineære tiden. Vi mennesker forsøker å rømme vekk fra dette ved å utføre aktiviteter der man får en opplevelse av evighet og tidløshet, der den realistiske tiden forbigås. Dette kan omfatte ulike oppslukende fritidsinteresser, søvn, meditasjon og dagdrømming, eller mer destruktive former for flukt som rusmisbruk eller ”å arbeide nærmest døgnet rundt”. Ved å eliminere tidsopplevelsen, vil man også foreta en unngåelse av den ultimate separasjonen som kommer som en følge av tid, døden. Vi søker etter en unngåelse av tilintetgjørelsen ved å unngå tid (Mann 1973).

### **Pasientopplevelser og overføringsreaksjoner**

Som nevnt har vi mennesker en naturlig tendens til å trekkes mot det tidløse. Dette er også tilfellet i terapien. Ved terapistart kan mange pasienter kvie seg for å ta opp eller gå inn i de opplevde problemene, for å slippe ubehaget dette utløser. Videre kan mange pasienter ha en magisk forventning om at tiden kan skrues tilbake, og alt vil bli bra igjen. De kan også ha en opplevelse at de har ubegrenset tilgjengelig tid og innehar et hav av fremtidige muligheter, slik at de kan utsette vesentlige bidrag til den terapeutiske prosessen. Dette synet støttes blant annet av Saul (1972), som hevder at terapiavhengigheten som blir påpekt av mange terapeuter, faktisk kan være en avhengighet av det tidløse.

Når avslutningsfasen kommer i terapien, vil imidlertid denne opplevelsen av tidløshet bli konfrontert og utfordret. Dette kan utløse reaksjoner som symptomoppblomstring, eller de kan introdusere nye problemer i sluttfasen av terapien. Videre kan de uttrykke skuffelse og utilfredshet over varigheten av behandlingen (Mann 1973; Strupp & Binder, 1984). Disse følelsene og reaksjonene kan sees på som et uttrykk for pasientens motstand og protest mot avslutningen, og som et forsøk på å få terapeuten til å forlenge terapiforløpet, slik at den trygge tidløsheten kan gjenoppstå.

Det er imidlertid viktig at man ikke automatisk antar at avslutning kun er en smertefull prosess for en pasient. Ofte kan han eller hun oppleve en følelse av stolthet og håp med tanke på hva de har oppnådd i løpet av terapien og fremtiden som kommer (Fortune, 1987; Marx & Gelso, 1987)

### **Tidsbevissthet som virkemiddel for endring**

Grunntanken bak tidsbegrensning som virkemiddel i KDP er å fremskynde og systematisk benytte de prosessene som øker tidsbevisstheten. Mann (1973) hevder at all psykoterapi som er tidsbegrenset vil gjenopplive konflikten mellom tidløshet, fantasi og udødelighet på den ene siden, og på den andre siden, begrensninger, virkeligheten og dødelighet. Ved å sette en tidsavgrensning tidlig i forløpet, vil både pasient og terapeut utvikle en forståelse av at en intensivt innsats er nødvendig for at det skal kunne skje en endring i det tilgjengelige tidsrommet. En slik tilnærming vil med andre ord motvirke en søken mot det tidløse og en passiv venting på endring. Opplevelsen av den begrensede mengden tid, med ubehaget som er forbundet med separasjon og tap er noe man må erkjenne og forholde seg til, enten man liker det eller ei. Målet er å få pasienten til å være i stand til å forholde seg til tid på en mer ”voksen” og moden måte, fremfor barnets umodne følelser av tidløshet. Dersom et terapiforløp utvikler seg på en god måte vil ikke lenger tidsbegrensningene bli sett på som noe



negativt, men i større grad fungere som forutsigbare og trygghetsskapende rammer som stimulerer til endring. Vi vil i neste kapittel fremheve en spesiell prosess som er påvirket av tidsbevissthet, nemlig motoverføring.

### **Forlengende faktorer for terapiforløpet: Motoverføring**

Tidsbegrensning og tilhørende avslutning er ofte en vanskelig prosess, spesielt for uerfarne korttidsterapeuter (Levenson 1995). Det vil dermed kunne bli utløst motoverføringer, som bredt definert er alle tanker, følelser og reaksjoner som oppstår i terapeuten innenfor terapisituasjonen (Nielsen & von der Lippe, 1993). En form for motoverføring som kan oppstå, er at terapeuten finner ”gode unnskyldninger” for å rettferdiggjøre utvidet terapilengde, noe vi nå skal beskrive mer detaljert.

### **Passivitet og unnvikelse**

Molnos (1995) hevder at det er en iboende tendens hos mange terapeuter å forsøke å unngå å korte ned på terapilengden. Det mest ”behagelige”, og dermed en naturlig fristelse, er å søke det trygge og forutsigbare i et terapiforløp med få konfrontasjoner og lavt aktivitetsnivå. Men, det er ikke nødvendigvis en selvfølge at det som er mest behagelig for terapeuten, er i samsvar med det som er til det beste for pasienten. Terapeuten må derfor utøve kontroll over sin egen tendens til å gli tilbake til en mer komfortabel form for terapi. Passivitetsreaksjonen som kan oppstå, kan ha stor innvirkning på terapiforløpet, og er i følge Malan (1976) den mest betydningsfulle forlengende faktoren i psykoanalysen. I følge Molnos (1995) kan passivitet og unnvikelse medføre at terapeuten ubevisst begynner å sabotere sitt eget arbeid. Ved blant annet å benytte seg av for passive terapeutiske teknikker kan pasientens forsvarssystemer i for liten grad bli konfrontert. I verste fall kan dette føre til at den defensive veggen som beskytter de underliggende følelsene styrkes og utvikles til et sekundært problem,

som det kreves ytterligere tid for å løse. Videre kan denne tidsunnvikelsen føre til at terapeuten undervurderer den sentrale betydningen tid har på behandlingsforløpet i KDP (Mann, 1973).

### **Avslutning- og separasjonsproblematikk**

Mange pasienter kan oppleve avslutningsfasen av terapi som problematisk, og kan som en følge av dette uttrykke motstand i forhold til det å avslutte terapien. Terapeuten kan i slike tilfeller finne det vanskelig å takle pasientens direkte og indirekte forespørsler om å få fortsette i terapi etter det oppsatte avslutningstidspunktet, særlig hvis terapeuten selv opplever ubehag og vansker knyttet til separasjons- og avslutningstemaer (Levenson 1995). For å kunne utføre KDP, må terapeuten ikke bare forholde seg til og takle pasientens reaksjoner og følelser, men også sine egne i forhold til tidsavgrensning og avslutning av terapiforløpet. Problemer knyttet til avslutningsfasen er selvsagt noe som også gjelder for langtids dynamisk psykoterapi (LDP), men de er mer sentrale i KDP, siden avslutningen blir presisert fra begynnelsen av forløpet. I KDP er en på vei til avslutning allerede fra starten av (Murdin, 2000).

Når terapien går mot slutten, vil terapeuter på bakgrunn av sin egen individuelle historie og erfaring oppleve konflikter i forhold til tilknytning og separasjon. Dette kan omfatte både separasjonsfrykt og problemer med å knytte nære og intime bånd til andre mennesker. Denne tidligere opplevde tilknytningsbakgrunnen kan gjenspeiles i terapisituasjonen. Ved avslutning kan terapeuten oppleve et savn over det å miste et intens og tilfredsstillende forhold, samt en sorgprosess knyttet til at vedkommende ikke lenger er et objekt for pasientens avhengighet (Goldberg, 1975). Terapeuten kan da begynne å forsvare seg mot sine egne intense følelsesmessige reaksjoner ved å trekke seg unna og bli passiv. En konsekvens kan bli at terapeuten foretar en uhensiktsmessig forlengelse av terapien, for slik å beholde de trygge og

kjente pasientene han eller hun har knyttet emosjonelle bånd til. Denne tendensen kan ytterligere forsterkes av frykten for en eventuell avvisning fra en ny ukjent pasient, som skal erstatte den forrige kjente og tillitsfulle pasienten. Pasientene kan med andre ord ende opp med å gå i terapi, ikke på grunnlag av faglige kliniske vurderinger, men snarere på grunnlag av terapeutens egen separasjonsfrykt.

### **Unike motoverføringer i KDP**

Vi har til nå beskrevet motoverføringsreaksjoner som er felles for, og kan dukke opp i avslutningsfasen i all terapi. Imidlertid, det blir hevdet at tidsavgrensingen også vekker en spesiell type motoverføring som er unik for KDP (Book, 1998; Mann, 1986). Dette kan omfatte antatte universelle følelser, reaksjoner og tanker som kan oppstå hos de fleste terapeuter som utøver KDP, og kan resultere i en forlengelse av terapiforløpet.

**Skam og skyldfølelse.** En vanlig emosjonell reaksjon hos utøvere av KDP er skyld og skam knyttet til deres opplevelse av å ikke kunne gi et fullverdig tilbud (Messer & Warren, 1995; Bauer & Kobos, 1995). Videre vil terapeuten kunne oppleve frykt for at pasienten skal se på vedkommende i et negativt lys, for eksempel som en sadistisk, tilbakeholden og avvisende person (Levenson, 1995). Det kan som en følge av dette lett oppstå en gnagende følelse av at dersom man hadde hatt fem ekstra timer, fem ekstra måneder, eller ytterligere et år eller to, ville man kunne være i stand til å kurere pasienten.

Når en terapeut opplever skyld, eller kjenner en følelse av å avvise pasienten, kan dette resultere i en motoverføring der vedkommende uttrykker sinne og skuffelse overfor pasienten, noe som medfører at avslutningen blir en mindre positiv og produktiv erfaring for pasienten. Slike følelser hos terapeuten kan også manifestere seg i et sinne mot "systemet", representert av klinikken, helsevesenet eller samfunnet, for at de ikke i stor nok grad prioriterer behovene til hjelpetrequende pasienter (Levenson, 1995). En konsekvens av dette kan bli at terapeuten

får en økt kritisk holdning til tidsbesparende og effektiviserende tiltak, eller til føringer som kommer fra helseforetak.

**Narsissistiske og perfeksjonistiske ønsker og behov.** Mange nye terapeuter starter sin kliniske karriere med overdrevne håp og forventninger, både bevisste og ubevisste, om å befordre en fullstendig "helbredelse" av sine pasienter, der alle deres problemer vil bli løst (Bauer & Kobos, 1995; Messer & Warren, 1995). Dette er ikke en uventet eller unormal reaksjon, siden de fleste har valgt å bli terapeuter fordi de ønsker å hjelpe mennesker med problemer. De har en forventning om å være vitne til pasientens fremgang, og oppleve tilfredsstillelsen som kommer med dette. Jo grundigere arbeidet gjøres, desto større blir den opplevde tilfredsstillelsen. Slike magiske fantasier om total og rask "helbreding" er det er imidlertid vanskelig å tilfredsstille i den virkelige kliniske hverdagen, der både egne personlige begrensninger og praktiske forhold setter rammer for hva som er mulig å gjennomføre. Dette gjelder ikke minst i KDP.

En vanlig reaksjon når man nærmer seg terapiavslutning, er at man opplever å ha for lite tid igjen til å nå de ofte urealistiske narsissistiske og perfeksjonistiske målene. Dette kan resultere i at terapeuten blir overivrig og begynner å gjennomføre alt for mange tiltak på en gang, for derigjennom å kompensere for tidsmangelen. Terapeuten kan for eksempel sette i gang en intens og uheldig rådgivningsaktivitet mot slutten av terapien, som et desperat forsøk på tilføre pasienten mest mulig nyttig informasjon. Det kan også resultere i at terapeuten begynner å tolke absolutt alt i forhold til et teoristyrte fokus, slik at den terapeutiske prosessen blir for intellektuell, og går over hodet på pasienten (Messer & Warren, 1995). Resultatet kan bli en forvirret pasient, som er misfornøyd med behandlingstilbudet.

Når man går inn i en hjelperolle, innebærer det at man får en opplevelse av å være betydningsfull, fordi man tilfredsstiller en hjelpetrequendes behov og ønsker. Det kan i noen tilfeller også innebære at terapeuten selv får en opplevelse av omsorg, å bli tatt vare på, ved å

hjelpe andre. Slike opplevelser kan være en viktig drivkraft og ressurs for en terapeut. Det kan imidlertid også være en fare for at behovet for denne formen for belønning blir for sterk, slik at terapeuten får en avhengighet til det å være i hjelperollen, noe som kan forlenge terapien.

**Opplevelse av utilstrekkelighet.** I KDP er det behov for effektivt og målrettet arbeid noe som gjør at mange opplever denne terapiformen som mer krevende enn langtidsterapi (Levenson, 2003; Messer & Warren, 1995). Som en konsekvens vil KDP derfor lett føre til et økt antall av potensielle bekymringer. Når det for eksempel tidlig i forløpet utarbeides et definitivt mål for behandlingen, blir suksess eller fiasko mer tydelig, noe som kan forsterke usikkerhet og bekymring i forhold til egne evner og ferdigheter som terapeut. Det kan også være at terapeuten opplever frykt for at terapien har feil fokus, eller at man opplever å følge sin egen agenda, på bekostning av pasientens "egentlige" ønsker og behov. Ved å forsøke å presse gjennom, og påtvinge pasienten sitt syn, kan terapeuten "overkjøre" pasienten, og vedkommende kan få en ubehagelig opplevelse av å bli angrepet. Videre kan det være bekymring fra terapeuten sin side, for at terapien beveger seg for "dypt", for fort, eller at den kan blir for overfladisk.

Noe av den usikkerheten som kan oppstå kan tilskrives et behov hos terapeuten om å være med på hele endringsprosessen, som en aktiv reiseleder og observatør fra start til slutt. Når det settes tidsbegrensninger i terapien, vil terapeuten forhindres fra å fortsette å bidra i pasientens videre arbeid med å få innsikt i sitt eget liv. Det er imidlertid verd å merke seg at endringsprosessen som er påbegynt i terapi, ofte fortsetter hos pasienten etter endt terapiforløp (Cummings, 1990; Hoyt, 1990). Mye av denne misnøyen kan derfor være ubegrunnet, ved at endringene har funnet sted, men de har bare ikke blitt observert. Uansett, slike behov hos terapeuten kan resultere i at han eller hun kjenner en følelse av skuffelse, og opplever usikkerhet knyttet til egen tilstrekkelighet som behandler. Når disse følelsene blir for sterke og ukontrollerbare, vil det uintendert eller ubevisst kunne bli videreformidlet til pasienten,

som igjen kan reagere på en måte som bekrefter og forsterker de opprinnelige negative antagelsene. Manglende erkjennelse av egne menneskelige begrensninger, og en undervurdering av de ukontrollerbare og begrensende faktorene i terapien, kan dermed medføre en uhensiktsmessig forlengelse av terapiforløpet.

**Makt og autoritet.** Teknikkene som benyttes av terapeuter som arbeider innenfor drift/struktur tradisjonen forutsetter at terapeuten er aktiv. Dette er særlig betydningsfulle elementer i Davanloo (1978) og Sifneos (1972) sine respektive tilnærming, som er kjennetegnet av direkte konfrontering av pasientens forsvar. For å kunne utføre dette på en god måte, må terapeuten fremstå med autoritet og selvsikkerhet. Imidlertid, ved å ta for mye kontroll og styring kan det være en fare for at det blir et høyere aktivitetsnivå i timen enn det som er komfortabelt og som ligger innenfor pasientens toleransevidu. I motsatt fall, kan terapeuten oppleve angst knyttet til sin erfaring av egne aggressive impulser, noe som kan resultere i at vedkommende blir overdrevent passiv for å ikke provosere pasienten. Maktbehovet kan også resultere i at terapeuten blir irritert på pasienter som ikke aksepterer deres autoritet og motsetter seg å utføre arbeid i terapien. Å utøve rollen som en autoritetsfigur på en feil, og lite tilpasset måte vil være uheldig for terapien, både direkte, og mer indirekte ved at det forsøkes å kompensere for feilene som er gjort i form av en uhensiktsmessig forlengelse av behandlingsforløpet.

**Reaksjoner utløst av problematiske terapiforløp med uegnede pasienter.** Som tidligere nevnt, er seleksjon av pasienter ett av flere felles kjennetegn ved KDP-modellene. I enkelte tilfeller kan imidlertid terapeuten et stykke ut i behandlingen oppdage, etter at ubevisste tema har blitt avdekket, at pasienten ikke var egnet for denne terapiformen. Terapeuten kan dermed få en opplevelse av å ha igangsatt en prosess han eller hun ikke har tilstrekkelig med tid til å gjennomføre, og kan derfor oppleve å ha utrettet mer skade enn nytte. På motsatt side kan terapeuten sitte igjen med en opplevelse av at det "virkelige" problemet

aldri har kommet opp, eller at det har kommet for sent til å kunne bearbeides i tilstrekkelig grad innenfor den tilgjengelige tidsrammen (Messer og Warren, 1995).

At en terapeut sitter igjen med slike negative og ubehagelige emosjoner knyttet til pasient og terapiforløp er naturligvis ikke optimalt for en behandling innenfor en KDP ramme. I alle tilfeller er det viktig å merke seg at det også kan være andre faktorer ved behandlingen som kan bidra til at terapiprosessen får positive utfall (Schafer, 1973). Terapien kan ha igangsatt en prosess eller en indre konflikt, som over tid kan resultere i symptomlette, og en økning av konstruktive handlinger etter avsluttet behandling. Dette kan virke positivt inn på pasientens fungering, i form av en økt autonomi og mestringsopplevelse, som ytterligere forsterker endringene.

### **Håndtering og bruk av motoverføringsreaksjoner**

Motoverføringsreaksjonene vi har beskrevet blir håndtert ulikt innenfor de ulike psykodynamiske retningene. I de relasjonelle KDP-modellene anbefales en aktiv bruk av motoverføringen i form av terapeutens selvavsløring (Levenson, 1995). Når en terapeut ved gjentatte anledninger i terapien opplever negative emosjoner som frustrasjon og irritasjon ovenfor pasienten, ansees dette å være verdifull informasjon som på egnet vis, og til egnet tid bør deles med pasienten. Innen Levensons modell vil det sentrale spørsmålet dermed ikke være om, men heller hvor og når man kommer med slike selvavsløringer. Formålet er at selvavsløringen i størst mulig grad skal tjene utforskningsprosessen av det *sykliske maladaptive mønsteret*, som vil gi pasienten ny erfaring.

I drift/strukturmodellene blir følelsene som utløses hos terapeuten i liten grad benyttet eller formidlet direkte til pasienten. En grunn kan være at driftmodellene forutsetter en strengere seleksjonsprosess og derfor selekterer bort de ”vanskelige” pasientene, samt at de ikke har et så stramt fokus på negative overføringer. Videre kan dette sees i sammenheng med

terapeutens aktive tolkningsarbeid, og at behandlingen har for kort varighet til at det er mulig å identifisere tydelige motoverføringstema (Messer & Warren, 1995). Behandlere med dette teoretiske utgangspunktet deler i større grad det klassiske synet på motoverføring, der terapeutens følelser overfor pasienten er uttrykk for terapeutens egne, ubearbeidede konflikter, som vil virke negativt på behandlingen (Nielsen & von der Lippe, 1993).

Dersom en terapeut opplever intense følelsesreaksjoner knyttet til sin rolle som terapeut, vil det være fordelaktig for han eller hun å søke hjelp tidligst mulig for å gjennomarbeide dette i form av støtte fra kolleger, eller gjennom veiledning og egenbehandling. Det kan også være betryggende at det foreligger forskning som støtter effektiviteten og nytteverdien av KDP, i form av enkeltstudier (e.g., Durham et al., 1994; Gallagher-Thompson & Steffen, 1994; Leichsenring et al., 2009; Wiborg & Dahl, 1996) og meta-analyser. (e.g., Anderson & Lambert, 1995; Crits-Christoph, 1992; Driessen et al., 2010; Leichsenring, 2001; Leichsenring & Leibing, 2003; Leichsenring, Rabung, & Leibing, 2004).

Videre anbefaler Malan (1963) å benytte seg av kaskonferanser, der medlemmene i fellesskap kan formulere pasientens problem og psykodynamikk. Slike gruppediskusjoner vil redusere sjansene for at terapeuten skal overse viktige opplysninger og bidrar til at han eller hun kan føle seg tryggere på sin formulering. I tillegg kan bruk av psykologiske tester som kartlegger egnethet for KDP, medføre at terapeuten føler seg tryggere på sin vurdering (Messer og Warren, 1995).

I medisinsk behandling for somatiske plager er det en del pasienter som i liten grad responderer på behandlingen de blir gitt. Det samme gjelder selvsagt også for poliklinisk behandling av psykiske vansker. Det kan derfor være viktig å erkjenne og akseptere dette i problematiske terapiforløp, fremfor å bebreide seg selv som terapeut, eller ved å foreta en hensiktsløs og lite konstruktiv forlengelse av terapien.



Generelt er det viktig at terapeuten er seg mest mulig bevisst de følelsene, reaksjonene og tankene som kan oppstå i terapiforløpet. Ved å være bevisst, og være i forkant av disse, vil vedkommende være bedre rustet til å identifisere, konfrontere og løse disse potensielt negative og destruktive faktorene. Samlet sett vil det ikke bare redusere usikkerheten, men også bidra til et mer effektivt forløp og økt utbytte av KDP behandlingen.

### **Faktorer som påvirker bruken av KDP**

Som nevnt kan det i KDP oppstå en rekke motoverføringer som terapeuten bør være oppmerksom på, og som kan resultere i forlenging eller utviding av terapiforløpet. En annen faktor som påvirker bruken av KDP er selvsagt pasientens egne, individuelle egenskaper og preferanser. I det følgende vil vi først se nærmere på noen empiriske studier som viser til hvor lenge pasienter faktisk forblir i terapi, noe som kan gi en pekepinn på pasientens reelle preferanser for varighet av et terapiforløp.

### **Pasienters preferanser for tidsbegrensning**

Det er fra terapeutens synsvinkel lett å tenke at pasientens ønsker om en best mulig behandling, innebærer et behov om et lengst og bredest mulig terapeutisk forløp. Imidlertid tyder mye på at dette ikke er helt i samsvar med virkeligheten. Etter en gjennomgang av relevant litteratur, konkluderte Garfield (1994) med at pasienter i offentlige klinikker, vanligvis hadde et forløp som kun varte mellom fem og åtte timer. Hele 70 % av pasientene avbrøt terapien før de hadde gjennomført 10 timer. Disse resultatene blir støttet av funn i undersøkelser av henholdsvis DeLeon, VandenBos og Bulatao (1991) og Olafson og Pincus (1994).

Det er lett å tolke avbrutte behandlingsforløp som et tegn på at terapien har vært mislykket. En annen, alternativ måte å se dette på, er at pasienten opplever å ha fått den

hjelpen han eller hun ønsket i forhold til sine plager og presenterte problemer, og er tilfreds med det som er oppnådd. Videre kan faktorer utenfor selve terapien spille inn, slik at pasienten velger å avslutte behandlingen uten samråd med terapeuten.

Det foreligger lite forskning når det gjelder pasientpreferanser i forhold til KDP eller LDP. Cummings (1988) beskrev et privat drevet helseprosjekt kalt Biodyne, der spesifikke tiltak blir individuelt tilpasset pasientens psykologiske behov. Kartleggingsarbeidet foretatt i denne modellen indikerte at 85 % av pasientene foretrakk færre enn 15 timer, med et gjennomsnitt på 6,2 timer, mens kun 10-15 % vurderte å ha behov for langtidsterapi.

I motsetning til dette, i en studie av Gelso, Spiegel og Mills (1983, ref i Messer & Warren, 1995), ble både pasienter og terapeuter spurt 18 måneder etter avsluttet behandling, om hvilket terapiforløp de verdsatte høyest. Både pasientene og terapeutene foretrakk terapi uten tidsbegrensning fremfor en 8 timers tidsbegrenset terapi. Det er imidlertid verd å merke seg at den gjennomsnittlige lengden for langtidsterapien i dette studiet kun var på 20 timer, noe som ligger klart innenfor det man til vanlig definerer som KDP.

Mye tyder på at en pasients forventninger til varighet av terapien har en positiv sammenheng med den reelle lengden på terapien. I en spørreundersøkelse av Pekarik og Wierzbicki (1986), utført ved terapistart, ble det funnet at antall timer pasientene hadde forventning om å få, stod i samsvar med antall avholdte timer. Et særlig interessant resultat i denne undersøkelsen var at 65 % av terapeutene foretrakk terapi som varte mer enn 15 timer, men kun 12 % av pasientene hadde ønsker om å delta på så mange timer.

Howard, Kopta, Krause, og Orlinsky (1986) utførte det som senere har blitt standarden for såkalte *dose-effektstudier*. Dette kan sees som en parallell til medisinske eksperiment, der dose av medikament blir sammenlignet med korresponderende bedring av symptom. Det overordnede resultatet til Howard et al. var en positiv sammenheng mellom dose og effekt. Desto mer terapi pasientene mottok, desto større var graden av bedring. Etter 8 ukentlige

timer hadde 53 % av pasientene blitt bedre, etter 26 timer fant man en bedring på 74 %, og etter 52 timer viste hele 83 % tegn på bedring. Med andre ord, det ser ut til at mer enn halvparten av pasientene opplevde bedring innen 20 timer. Tilsvarende funn er registrert i naturlige settinger (Seligman, 1995).

Resultatene fra denne typen studier peker i retning av at pasienter svært ofte foretrekker å bruke kort tid i terapi, ettersom de kan ha opplevd substansiell bedring av sine hovedproblem, og kjenner at de kan fortsette det videre arbeidet på egenhånd etter endt terapi. Likefullt, dette står ikke i samsvar med en mulig utbredt oppfatning blant klinikere, om at de fleste pasienter mottar langtidsterapi. Cohen og Cohen (1984) kaller dette fenomenet for en *klinisk illusjon*, som oppstår som en følge av at et lite antall pasienter bruker det meste av de tilgjengelige terapiressursene.

Howard, Davidson, O'Mahoney, Orlinsky og Brown (1989) gjennomførte en studie med 405 pasienter selektert for psykodynamisk terapi. De som hadde mer enn 26 timer (32 %) disponerte 76 % av den totale terapitiden, mens de som benyttet mer enn 52 timer (16 %) beslagla hele 56 % av timene. Lignende resultater ble funnet av Philips (1985), i form av en "attrisjonskurve" som illustrerte at prosentandelen av klienter som forblir i terapi minsker ettersom antall terapitimer øker. Kurven var ikke påvirket av diagnose, alder, kjønn, presentert problem, etnisk tilhørighet, eller tidslengde av behandling. Disse resultatene fra offentlige klinikker står i samsvar med funn fra undersøkelser foretatt hos privatpraktiserende (Koss, 1979; Langsley, 1978).

Oppsummert ser det ut til at pasienter ofte har en forventning om å tilbringe kort tid i psykoterapi. Imidlertid er det verd å merke seg at en stor andel av denne preferansen kan tilskrives kortvarige behandlingsforløp der det ikke er planlagt en tidlig avslutning fra starten av. Dette er forløp der pasienten selv velger å avslutte terapi når han eller hun har behov for det, eller ser det som lite ønskelig å fortsette etter at de primære aktuelle problemene er løst.

Denne typen terapi bør skilles fra en planlagt KDP, der avslutningspunktet er avtalt på forhånd og det blir utført en mer aktiv og systematisk bruk av tidsvariabelen.

### **Terapeuts preferanser og verdisyn i forhold til tidsbruk i terapi**

Mye tyder på at de fleste terapeuter i større eller mindre grad benytter seg av noe korttidsterapi i sin praksis (Levenson, Speed, & Budman, 1995). På lik linje med pasienter, indikerer undersøkelser på at de fleste terapeuter har et nyansert syn på tidsbegrensning i terapi og tilpasser seg pasientens individuelle behov i forhold til dette. Imidlertid er det variasjon blant terapeuter når det gjelder valg av tidsrammer i terapi. Dette kan ha sitt grunnlag i terapeutens verdisyn, klinisk bakgrunn og erfaring, eller ytre påvirkningskilder fra fagmiljø. Først skal vi ta for oss den betydningen verdisyn kan ha for tidsavgrensingen.

**Betydning av terapeuters verdisyn for tidsbruk i KDP og LDP.** Preferansene en terapeut har til tidsbegrensning i psykoterapi kan ha sin rot i deres grunnleggende verdier og antagelser i forhold til hva psykoterapi er, og hvordan den skal gjennomføres (Bolter, Levenson, & Alvarez, 1990). Særlig Budman og Gurman (1983) hevder at det er en grunnleggende forskjell i verdisyn mellom KDP-terapeuter og LDP-terapeuter. De hevder at et kriterium for å definere korttidsterapi, er at det kan ansees som en innstilling eller sinnsstemning ("state of mind") hos pasient og terapeut, fremfor antall timer eller varighet av terapiforløpet. Av særlig betydning for tidsbruken er variasjonen når det gjelder synene på målene og endringsprosessene som bør finne sted i en vellykket behandling.

**Syn på mål for terapi.** Tilhengere av LDP og KDP har ulike syn på hva som kan oppnås i løpet av kontaktperioden for at en terapi skal bli sett på som vellykket. LDP og KDP har en rekke felles målsetninger. Begge vektlegger symptomreduksjon og en forbedret interpersonlig fungering. Målene i psykoterapi er selvsagt avhengig av, og tilpasses omfanget av den enkelte pasients symptom, somatisk status, samt levevilkår og grad av motivasjon.

Nedenfor blir forskjeller i målene for LDP og KDP listet opp for å fremheve ulikhetene ved disse to tilnærmingene.

*Mål i LDP.* Powers og Alonso (2004) nevner at LDP tar sikte på omfattende karakterforandring, utvikling av intimitet og kreativitet. LDP skal også bidra til at pasienten fullt ut forstår den underliggende dynamiske konflikt. Videre oppsummerer Gabbard (2004) ulike mål for LDP. Han nevner at selvkunnskap er et sentralt mål ved LDP. Dette er beslektet med opplevelsen av ektehet, og Winnicotts (1965) skille mellom falskt og ekte selv. De generelle målene for LDP er at pasienten skal lære en sunn, frisk og emosjonell moden måte å fungere på og kunne oppleve en indre fred og tilfredsstillelse (Saul, 1972).

Mange LDP-terapeuter har en idé om grunnleggende endring i pasientens personlighetsstruktur, med en fullstendig "helbredelse" som resultat. Målet er dermed at pasienten skal få hjelp til å håndtere hvert eneste aspekt av alle mulige problemer de opplever, noe som kan minne om "terapeutisk perfektjonisme" (Malan, 1963). Holdningen blant LDP-terapeuter er at lengde, varighet og dybde i terapien står i direkte samsvar med resultatet av behandlingen.

Molnos (1995) hevder at psykoanalysen har utviklet seg på en måte der målet med behandlingen har blitt veldig bredt, med fokus på en dypest mulig utforskning av det ubevisste. Terapeuten har en forståelse av at problemet må utforskes fra alle tenkelige vinkler, for slik å bidra til helbredelse av pasienten en gang for alle. Det problematiske med denne innstillingen er at terapeutene kan få et for stort fokus på avdekking av det ubevisste, fremfor å gi pasienten best mulig hjelp i forhold til hans eller hennes presenterte problemer. Konsekvensene av dette kan bli en uhensiktsmessig forlengelse av terapien, som ikke står i samsvar til nytteverdien.

*Mål i KDP.* De samme målene for LDP nevnt ovenfor er verdsatt for KDP, men tidsrammen i KDP setter en tydeligere begrensning for hva som kan oppnås innenfor den

tilmålte tiden. I KDP er det et fokus på den sentrale nevrotiske konflikten, og mulige mål i terapi er derfor avhengig av utformingen av denne konflikten. Som en følge av dette vil målene for KDP, i større grad enn i LDP, være farget av spesifikke symptomer og problemer hos den individuelle pasient, der en begrenset forandring i personlighetsstrukturen kan komme i etterkant. Likefullt legger blant annet Luborsky og Crits-Christoph,(1998) frem et mål om begrenset, men signifikant forandring i karakteren til pasienten, og Davanloo (1978) tar endatil sikte på mer ambisiøse mål i form av omfattende karakterforandring, på linje med LDP.

De overordnede målene i LDP, i form av omfattende helbredelse av psykopatologi, er ikke i samsvar med de grunnleggende prinsippene i KDP (Feltham, 1997). Korttidsterapeuter har ikke et mål, eller en forventning om en total helbredelse. Mennesker, selv de mest gjennomanalyserte, vil i større eller mindre grad måtte kjenne på og forholde seg til ubehagelige og uønskede psykiske opplevelser. Tilbakefall i form av nye problemer kan ofte være regelen fremfor unntaket. Det er dermed ikke hensiktsmessig at man fortsetter terapien lenger enn nødvendig i håp om å unngå noe som i mange tilfeller er uunngåelig.

***Syn på endringsprosessen i terapi.*** I tillegg til det ulike synet når det gjelder terapeutiske mål, eksisterer det ulike oppfatninger i forhold til de grunnleggende synene på utvikling, moding og endring.

***LDP terapeuters syn på endring.*** I en LDP-tilnærming blir de presenterte problemene sett på som refleksjoner av underliggende psykopatologiske forstyrrelser, der betydelig spontan psykologisk endring er lite sannsynlig, og rask bedring kan bli oppfattet som motstand mot å gå dypere inn i problemene. Langtidsterapeuter vil som en følge av dette, i større grad enn korttidsterapeuter, verdsette det tidløse i terapien. De ser personlighet som noe stabilt og delvis rigid (Bolter, Levenson og Alvarez, 1990). Kun omfattende og kontinuerlig terapi over et langt tidsrom vil kunne skape dyptgående og varig endring. Minimale endringer

eller tilbakefall tilskrives i all hovedsak manglende pasientmotivasjon eller utilstrekkelig terapidose, slik at en større dose terapi blir et nødvendig tiltak.

Videre synes det å eksistere et syn blant langtidsterapeuter om at det "å være i terapi" innebærer en total forpliktelse fra pasientens side. Jo mer rotfestet terapeuten er i den langtidsterapeutiske modellen, desto sterkere ønske har han eller hun om at pasienten skal ofre sine private behov for terapien (Budman & Gurman, 1983). Som representant for dette synet skriver blant annet Yalom (1975) at den ideelle terapeutiske tilnærmingen for en pasient er at de vurderer den terapeutiske relasjon ("therapy group experience") som den viktigste begivenheten i deres liv.

*KDP-terapeuters syn på endring.* En KDP-tilnærming innebærer et noe annet syn på endringsprosessen. Det hevdes at endring i et område av psykologisk fungering, vil få ringvirkninger inn i andre områder av pasientens liv. En behandling bør derfor begynne med den minst kostbare, minst kompliserte og minst dyptgående intervensjon. Videre ser KDP-terapeuter på mennesket som adaptivt, i konstant endring og utvikling. De har et mer voksent utviklingsperspektiv, der det skjer en gradvis kontinuerlig personlighetsutvikling igjennom hele livet (Gilligan, 1982; Neugarten, 1979; Vaillant, 1977).

En KDP-terapeut har tiltro til at endring kan skje på "utsiden" av terapirrommet, og at tidsavgrensning intensifiserer den terapeutiske prosessen (Bolter et al., 1990). Det er denne delen av livet som er det mest sentrale og betydningsfulle for at vedkommende skal få ordnet sine livsproblemer. Handlinger og endringer må skje på samme sted som problemene, i den virkelige verden, her og nå. Ut ifra dette synet er terapeutenes oppgave å benytte sin tid og sine ressurser til å maksimere denne endringsprosessen ved å hjelpe pasienten med deres aktuelle livsproblemer, og bidra med de intervensjonene som resulterer i vekst. Et grunnleggende syn innen korttidsterapi er fokus på helse fremfor sykdom, noe som innebærer å bygge videre på vedkommendes eksisterende styrker, evner og kapasitet (Budman & Gurman, 1983).

Samlet sett danner disse forskjellene i verdisyn mellom LDP og KDP grunnlaget for hvordan terapiforløpet legges opp, og hvilke terapeutiske intervensjoner som benyttes i behandlingen. LDP ivaretar en holdning om mennesket som et "lukket system" der alle underliggende konflikter må bli gjennomarbeidet, og først da er pasienten fullstendig ferdigbehandlet. KDP ivaretar i større grad en holding om mennesket som et "åpent system" (Shectman, 1986). Det legges vekt på at det alltid vil eksistere konflikter, angst og problemer i livet. Ved å hjelpe pasienten på et område i livet, vil dette ha en positiv effekt på selvbildet, som igjen vil bidra til nye og mer positive responser fra omgivelsene. Ergo, det startes en positiv akselererende "snøballeffekt". Terapi skal bare fjerne blokkeringene som hindrer "snøballen i å rulle", slik at en kan fortsette normal utvikling og modning. Samtidig må det fremheves at de fleste terapeuter praktiserer både lang- og korttidsterapi, slik at det er få rene idealiserte eksempler på de ulike verdisynene i den virkelige verden (Budman & Gurman, 1983). Videre så er en terapeuts hovedanliggende pasientens ve og vel, og de færreste terapeuter lar seg styre blindt av sine grunnleggende holdninger og verdisyn.

**Betydning av klinisk bakgrunn og erfaring for tidsavgrensning.** Ulike faktorer kan virke inn på etablering og utvikling av holdninger og verdisyn i forhold til KDP. Dette kan omfatte variasjon når det gjelder arbeidserfaring og kjennskap til denne terapiformen.

Burlingame og Behrman (1987) oppdaget i en studie at typen av behandlingsforetak som terapeutene arbeidet for, stod i samsvar med deres opplevelse av hvor dyktige de vurderte seg selv til å utføre tidsavgrenset terapi. Mer spesifikt viste det seg at, terapeuter som arbeidet for offentlige foretak og helseinstitusjoner vurderte seg som best kvalifisert til å utøve tidsavgrenset terapi, i motsetning til privatpraktiserende terapeuter som rapporterte ingen forskjeller i kvalifikasjoner når det gjaldt de to tilnærmingene. Mye tyder på at denne variasjonen kan tilskrives ulik erfaring med bruken av og kjennskap til tidsavgrensning.



Privatpraktiserende terapeuter har sannsynligvis større valgfrihet når det gjelder valg av terapi, noe som ofte kan resultere i at de i større grad velger å benytte seg av terapi uten avgrensning. Videre virker det som om at det er en sammenheng mellom erfaring med tidsbegrensning og tiltro til virkningen av den. Nærmere bestemt, jo mer erfaring en terapeut har med å utøve en form for korttidsterapi, desto sterkere tiltro har de til effekten av å tidsbegrense et behandlingsforløp (Levenson, Speed og Budman, 1995).

Til tross for at det ble vist en sammenheng mellom erfaring og bruk av KDP for terapeuter i offentlige helseforetak, vurderte klinikerne i undersøkelsen den helhetlige verdien av korttids- og langtidsbehandling likt (Burlingame & Behrman, 1987). Det ble imidlertid funnet en interaksjon mellom diagnose og behandlingsform, der KDP ble vurdert som best egnet for tilpasningsreaksjoner, mens terapi uten fastsatte tidsbegrensninger ble vurdert som mest positiv for nevrotisk depresjon, andre nevroser, personlighetsforstyrrelser og psykoser.

Mye tyder riktignok på at terapeuter kan endre synet på den terapeutiske betydningen av tid i løpet av et karriereforløp. Mahoney og Craine (1991) foretok en undersøkelse i to ulike psykoterapeutiske miljøer. I tilbakemeldingene ble det rapportert en signifikant reduksjon i deres tiltro til at lengden på terapi var en av de mest betydningsfulle faktorene for vellykket behandling.

Oppsummert så fremgår det at erfaring innenfor offentlig sektor ser ut til å være en faktor som øker bruk og tiltro til korttidsformat i behandling, og at oppfatningen om virkningsfullheten av behandlingens lengde svekkes i løpet av karrieren.

**Sanksjoner til tidsavgrensning innen LDP-fagmiljøet.** Molnos (1995) hevder at en av mest betydningsfulle faktorene bak negative eller avvisende innstillinger til bruk av KDP, er kulturen som eksisterer i mange psykodynamisk orienterte fagmiljøer. For å kunne utøve KDP må en gå imot strømmen, og motstå det hovedsakelige usynlige sosiale presset fra kolleger

som er representanter for en ”jo lenger desto bedre” holdning. Enkelte terapeuter kan derfor oppleve skamfølelse over å utøve ulike former for korttidsterapi, og vil dermed kvie seg for å meddele dette til overordnede eller kolleger. De synes å være opptatt av faren for å miste ansikt og status i fagmiljøet. I følge Molnos er det kun tre unntak der det vil kunne bli sett på som akseptabelt å benytte seg av korttidsterapi for langtids dynamiske psykoterapeuter. Det første er når godt motiverte pasienter på egenhånd kommer med en klar ”bestilling” med fastlagt avslutningsdato. Videre, kan det ”sees gjennom fingrene” når det gjelder dynamiske terapeuter som arbeider i det offentlige helsevesen, der det er begrensede ressurser og et krav om effektivitet. Det siste unntaket er erfarne psykoterapeuter som allerede har opparbeidet seg en høy faglig status som ikke svekkes dersom de utøver, og er forkjempere for dynamisk korttidsterapi.

Det er noe usikkerhet knyttet til betydningen sanksjoner og negative holdninger fra det psykodynamiske fagmiljøet har på dagens utøvelse av KDP. I løpet av de 15 årene som har gått siden Molnos (1995) skrev dette, har bruken av KDP økt i omfang, med god empirisk støtte for effekten av denne terapiformen (e.g., Leichsenring & Leibing, 2003, 2007). Videre er det noe usikkerhet når det gjelder relevansen av disse påstandene med hensyn på norske forhold. Den norske psykologutdannelsen og utøvelsen av terapi har i mindre grad hatt et ensrettet fokus på en bestemt terapiform, slik at det er relativt få ”rene” psykodynamiske terapeuter i Norge. Den klassiske freudianske psykoanalysen har heller ikke fått et like godt fotfeste her til lands sammenlignet med enkelte andre kulturer, jamfør eksempelvis de sterke egopsykologiske miljøene i USA på 1950- og 60-tallet, de britiske objektrelasjonsmiljøene på samme tid og de kleinianske miljøene i Storbritannia og Sør-Amerika. Som resultat er det derfor sannsynlig at det norske psykodynamiske miljøet er noe mindre konservativt, slik at sanksjoner og kritikk av KDP vil være mindre fremtredene.

## **Kultur og samfunnsfaktorer**

De nevnte verdisyn, holdninger og motoverføringer som kan påvirke bruken av KDP og forlenge terapien, kan alle beskrives som individfaktorer. Imidlertid, Messer og Warren (1995) hevder at fremveksten av KDP i større grad er et produkt av samfunnsmessige, økonomiske, kulturelle faktorer, enn fremgang innen psykodynamisk forskning og teori. På bakgrunn av dette vil vi nå se nærmere på de samfunnskraftene som er med på å diktere bruken og oppblomstringen av KDP. Disse kraftene dreier seg blant annet om senmodernistiske ideal og mål, som effektivitet, tidspress og vektlegging av det selvstendige individuelle mennesket.

**KDP i senmoderniteten.** I den tidsepoken vi nå befinner oss, senmoderniteten, er vi alle innbundet i, og omgitt av en kultur som legger vekt på effektivitet og kostnadsbegrensning (Jørgensen, 2005). Dette gjenspeiles i det offentlige helsevesenet som er utsatt for et konstant press om å kutte ned kostnadene og effektivisere helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998). Når helsekøene er lange, og presset på poliklinisk sektor øker, blir KDP en behandling som lett får appell med tanke på effektivitet, økonomisk gevinst og overholding av regelverk for pasientrettigheter.

Kultur- og samfunnsforhold er i stor grad med på å utforme vår forståelse av og forventning om hvordan sykdom oppstår og behandles (Jørgensen, 2002). Dette gjelder også for KDP, som er utformet og tilpasset moderniteten, ved at det tilbys en effektiv behandling innen en tidsavgrenset periode. Det utvikles en idé og forventning om at endring og forbedring skal skje raskt, i likhet med det øvrige samfunn, der det meste er i kontinuerlig og rask forandring. Vi har simpelthen ikke "råd" til å tilbringe lang tid i terapi. KDP kan derfor sees som et symbol på senmoderniteten.

I tillegg vil det i et samfunn alltid være noen egenskaper som er verdsatt av kulturen, ofte på bekostning av andre mindre verdsatte egenskaper (Jørgensen, 2005). Dette legger

føringer på våre valg og handlinger, og gjenspeiles i kulturelle normer og vaner. Relevant for tidsdimensjonen i terapi er de universelle behovene for avhengighet og individuasjon. I dagens samfunn er autonomi og personlig frihet i stor grad verdsatt, og blir foretrukket fremfor tilknytning og avhengighet (Good, 1987). En mulig forklaring på KDP sin appellerende posisjon kan derfor være at den reflekterer de kulturelle verdsatte normene som preger vår vestlige kultur. Pasient og terapeut vil derfor ha en naturlig preferanse for KDP, der pasientens uavhengighet og selvstendighet i terapiprosessen prioriteres på bekostning av avhengighet og tilknytning i en "tidløs" terapeutisk relasjon.

**Norske forhold: Et samfunn i endring.** Kritiske røster hevder at de overnevnte senmodernistiske faktorene har en negativ effekt på terapien. Deriblant at KDP fremtrer som en "eksternt bemyndiggjort korttidsterapi" (S. Stern, 1993), som kan bli betraktet som en nødløsning for å tilfredsstille de rådende sosialpolitiske regler og krav. Det er i denne forbindelse viktig å presisere at mye av denne kritikken er rettet mot forhold i det amerikanske helsevesen, der finansieringen av mentalhelsetilbudet i stor grad er overlatt til forsikringsselskaper og egenfinansiering fra pasient (DeLeon et al., 1991). I motsetning, så er den norske stønaden til psykologisk og psykiatrisk behandling i langt større grad dekket av det offentlige. Ideen om at alle skal behandles likt er sterkt fotfestet her i landet, og skepsisen til forskjellsbehandling er sterk.

Etter folketrygdlovens § 5-3 betaler pasienter i Norge en egenandel opp til et visst beløp, for deretter å motta et frikort slik at de slipper å betale egenandeler resten av kalenderåret (Arbeidsdepartementet, 1997). Det økonomiske presset og krav om effektivitet vil derfor være betydelig svakere, slik at norske terapeuter har større handlefrihet og færre hindringer for å utføre langtidsterapi i de tilfeller der det ansees som best egnet. Respektfull og rettferdig behandling, kombinert med at de best stilte borgere respekterer skrevne og

uskrevne regler, og ikke føler seg hevet over andre, er avgjørende for at den såkalte norske modellen ikke rakner.

Det er imidlertid verd å merke seg at det norske samfunnet er i endring. Stadig flere ressurssterke nordmenn tegner privat sykeforsikring. Det kan med andre ord være en fare for at det er i ferd med å skje en gradvis ”amerikanisering” av helsetilbudet, der de private aktørene vil kunne trekke til seg de friskeste og mest ”lønnsomme” pasientene. I kontrast, vil da det offentlige helsevesen kunne sitte igjen med de dyreste og mest resurskrevende pasientene, noe som på sikt kan svekke kvaliteten på helsetilbudet. Denne utviklingen kan allerede ha startet, og statens helsetilsyn har gjennom tilsynsrapporter i flere år satt søkelyset på at de svakeste pasientene ikke alltid får det tilbudet de har krav på (e.g., Statens helsetilsyn, 2007). For helsepersonell er det viktig å være i forkant av den aktuelle utviklingen av helsetilbudet i form av et økt samfunnsetisk fokus.

### **Samfunnsetikk og KDP**

En terapeut kan bli stilt ovenfor et utall ulike valgsituasjoner der ulike behov og interesser kan stå i motsetning til hverandre. Det er derfor utarbeidet etiske retningslinjer som legger føringer på terapien, slik at det skjer en best mulig beskyttelse og ivaretagelse av pasienten og hans eller hennes behov. Slike retningslinjer vektlegger spesielt forhold ved terapeut- pasientrelasjonen. Det kan være retningslinjer for å sikre at pasienten får best mulig utnytte av terapien, at pasientens autonomi og selvråderett beskyttes, eller at hans eller hennes konfidensialitet blir respektert (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

Spesifikke retningslinjer og definitive ideer i forhold til etiske spørsmål på et samfunnsmessig nivå, har i langt større grad blitt oversett og nedprioritert blant terapeuter (Austad, 1996). Dette omfatter retningslinjer for å maksimere det helsemessige utbyttet av de

tilgjengelige økonomiske midlene, og en rettferdig fordeling av de begrensede terapeutiske ressurser for alle individene i en helsepopulasjon.

Noe forenklet kan man si at LDP har et etisk hovedfokus på den individuelle pasients ønsker og behov. Til sammenligning tar KDP i større grad samfunnsmessige hensyn, der de individuelle behovene og ønskene i større grad veies opp mot samfunnsøkonomiske og ressursmessige forhold. Målet er å gi en nødvendig og effektiv behandling, som på samme tid er kosteffektiv og sosialt rettferdig, noe vi nå kommer nærmere inn på.

### **Tidsavgrensning og helseressurser**

Det er høyt sannsynlig at en terapeuts altruistiske eller narsissistiske behov i størst grad tilfredstilles når hjelpen gis direkte, ansikt til ansikt på et individuelt nivå. Ved å forsøke å tilfredsstille alle pasientenes ønsker og behov vil også sannsynligheten for positiv anerkjennelse øke. Videre vil sjansene for personlig kritikk bli redusert, dersom han eller hun ikke tar ansvaret med å sette rammer og begrensninger på terapien. Imidlertid, dersom det ikke legges føringer og begrensninger på tilbudet som gis en pasient, vil det legges et altfor stort press på en tjeneste med begrensede ressurser. Samlet sett, kan altså terapeuten oppleve forpliktelse ovenfor sine pasienter medføre en overkompensasjon i form av unødig bruk av tid og ressurser.

Konsekvensene kan fort bli at pasienter med lite eller intet bedringspotensial okkuperer de fleste tilgjengelige behandlingsplassene, på bekostning av resterende ubehandlede pasienter som ville hatt større utbytte av behandlingen. Helsetilbudet som opprinnelig skulle være rettferdig og likeverdig, vil slik, ironisk nok, kunne utvise forskjellsbehandling og en ujevn fordeling av helseressursene.

I Norge finansieres psykisk helsevern enten i form av direkte støtte til offentlige helsetilbud, eller i form av driftstilskudd og refusjonsordninger for private helseforetak. Et

viktig spørsmål å stille i den forbindelse er om ressursene som investeres i psykoterapi, lar seg rettferdiggjøre med hensyn til den helhetlige samfunnsøkonomien.

Psykiske problemer kan føre til somatiske helseplager som kan sette begrensninger på pasientens evne til å arbeide og hans eller hennes daglige fungering. Dette kan være direkte konsekvenser av de psykopatologiske belastningene, eller mer indirekte manifestasjoner i form av destruktiv atferd, somatisering eller svekket immunforsvar. Samlet sett øker dette pasientens frekvens av medisinsk oppfølging fra helsevesenet, økt sykefravær, samt utgifter knyttet til medisiner og sykepenger (Abbass, 2003).

Et kostnadsbesparende tidseffektivt fokus for terapien, slik KDP har, kan medføre at noe av denne økonomiske belastningen på helsebudsjettene kan reduseres. Ulike empiriske kostnadsanalyser har funnet en sammenheng mellom KDP og reduserte helsekostnader (e.g., Guthrie et al., 1999). Ved å tilby relativt kortvarige psykologiske intervensjoner vil dette kunne skape en ringvirkning i form av forbedret allmennhelse. Dette vil resultere i kostnadsbesparelser som faktisk kan overgå utgiftene som benyttes til terapi. Resultater fra ulike kostnad-nytte studier peker i retning av at kostnadene for pasienter som gjennomgår KDP er lavere enn for de som gis alternativ behandling eller "treatment as usual" (for en gjennomgang se Abbass, 2003).

Kort oppsummert vil pasienter i langvarig terapi som ikke lenger oppfyller diagnostiske betingelser, binde opp begrensede terapiressurser i hans eller hennes streben etter personlig vekst og "selvrealisering". Det vil derfor være etisk betenkelig, både med henblikk på uheldig bruk av samfunnets ressurser og pasientens tid og ressurser, å ikke benytte seg av mer tidseffektive behandlingsformer, siden disse tilnærminger kan være likeverdige med hensyn til utfall.

### **Tiltak for ivaretagelse av et samfunnsetisk fokus**

Så hvilke tiltak eller endringer kan gjennomføres for å ivareta de samfunnsetiske forpliktelsene på en mest mulig forsvarlig måte? Fra en behandlers ståsted er det viktig at han eller hun vedkjenner seg og forholder seg til samfunnsmessige forpliktelser om rettferdig ressursfordeling, i samme grad som han eller hun forsøker å ivareta det beste for den individuelle pasient. Tiltak i helsevesenet og de enkelte helseforetak er også av betydning. Det kanskje viktigste virkemidlet er økt fokus på forskning, utdanning og veiledning om tidsbruk og kosteffektivitet i terapien, og verdien av å utvise forsiktighet når det gjelder bruk av terapi med åpen avslutning.

Det er imidlertid ikke alltid enkelt å gjøre det beste for både individ og samfunnet som helhet på samme tid, og det kan ofte oppstå motsetninger og konflikter mellom ulike prioriteringer. Det kan lett bli en tendens til nedprioritering av samfunnsetiske hensyn, siden man ikke opplever de negative konsekvensene like direkte og personlig. Det kan også være vanskelig å si nei og sette grenser for videre behandling til pasienter som uttrykker frykt og fortvilelse. Det kan derfor være fruktbart at andre personer, som ikke er personlig involvert i det kliniske arbeidet, er delaktige i prosessen med å legge begrensninger og føringer for tid og ressursbruk. Dette kan omfatte fagpersoner med klinisk bakgrunn som avholder vurderingsmøter eller teammøter der de følger opp hverandres saker, eller at det gis eksterne retningslinjer av relevante og ansvarlige helsemyndigheter.

Kritiske røster (e.g., S. Stern, 1993) hevder det er uetisk at uavhengige eksterne personer i hjelpeapparatet, som ikke er direkte involvert i den aktuelle kliniske behandlingen, og som gjerne mangler en førstehånds kunnskap og erfaring i det spesifikke terapeutiske forløpet i en gitt sak, skal avgjøre tidsrammene for terapien. Byråkratiske og økonomiske vurderinger hevdes å sette den aktuelle terapeuts faglig klinisk vurdering til side. Det er imidlertid grunn til å bemerke at en terapeut er ekspert i behandling, ikke i samfunnsøkonomi



og rettferdig fordeling av goder fra helsebudsjett. Andre ansatte i helseforetak, med ikke-klinisk bakgrunn kan derfor være mer kompetent til å foreta en rettferdig og samfunnsetisk vurdering når det gjelder prioriteringer og ressursfordelinger til behandling. For at helsetilbudet samlet sett skal kunne bli det beste, er det derfor av betydning at klinikerne og til må finne seg i å inngå faglige kompromisser, for på den måten best å bidra til den allmenne folkehelsen.

### **Konkluderende bemerkninger**

Korttidsbehandling har i de siste tiår utviklet seg til å bli normen i psykoterapi. Den klassiske psykoanalysens vektlegging av romantiske ideal om en uendelig og tidløs utforsking av det ubevisste, er ikke lenger i samsvar med tidens normer og verdier om av hva som er god psykoterapi. Terapien har i stor grad måtte tilpasse seg til den aktuelle politiske, sosiale og økonomiske virkelighet, fremfor å være basert på terapeuters idealiserte ønsketenkning. Tids- og pengebruk må dekkes inn, og det vil alltid være noen som må betale for det, enten enkeltindivider eller samfunnet som helhet. Tid har i så måte blitt en dimensjon og en begrenset ressurs som man må forholde seg til også i psykoterapi.

For arbeid innenfor den psykodynamiske tradisjon bør KDP, som aktivt legger vekt på tidsvariabelen, være den primære behandlingstilnærming for pasienter som søker psykologhjelp. Eventuelle pasienter som ikke antas å kunne nyttiggjøre seg denne behandlingsformen kan henvises videre til mer egnede behandlingstilbud etter kartlegging og vurdering. Det er en terapeuts plikt å gi den best mulige terapien, både til den enkelte pasient og pasientpopulasjonen i helhet. Med tanke på tidsdimensjonen kan dette kan dette omfatte terapeuters bevisste bruk av tidsavgrensning som et terapeutisk redskap, aktive forsøk på å motstå forlengende faktorer, eller ytre samfunnsmessige føringer på tidsbruk i terapi.

Det kan være vanskelig for både terapeut og pasient å vurdere hvor stor tids- og ressursinvestering som er nødvendig for å løse de aktuelle problemene, og det finnes ikke alltid noen enkle svar. Tidsrammer kan presse forpliktelse, forutsigbarhet og tydelige grenser inn i terapien, noe som i seg selv kan være en kurativ pådriver i terapien. Frustrasjonen og den manglende gratifikasjonen som kan oppstå, øker bevisstheten om tid. Gjennom å oppleve det tapte, og erfare at man ikke alltid eller umiddelbart får det man ønsker, trer det frem en gradvis bevissthet om at det er begrensninger på hva som er realistisk og gjennomførbart i livet, og at problemer ikke alltid lar seg løse, kun ved å la tiden gå.

Det er samtidig nødvendig å understreke at enkelte pasienter kan ha så omfattende og sammensatte problemer at de ikke lar seg løse i korttidsterapi. Enkelte pasienter vet ikke hva de søker hjelp for i terapi, eller har problemer med å konkretisere og navnsatte sine lidelser. I tillegg trenger enkelte pasienter tid for å gjøre seg klar eller åpne seg opp til en fremmed, og begi seg inn i den kampen de må gjennomføre for å oppnå bedring. Tidsavgrensning kan også ha en negativ effekt ved at pasienten får en opplevelse av at det blir stilt for høye krav til dem. Et for stort tidspres i denne sårbare fasen kan resultere i at pasienten kan velge å avbryte terapien eller holde tilbake sentral informasjon, fremfor å konfrontere seg selv og sine problemer i terapien. Enkelte pasienter kan derfor dra nytte av å være i den trygge tidløsheten i en begrenset periode, slik at de kan ha et trygt fristed for utforskning av seg selv og sine problemer. På bakgrunn av dette burde kanskje terapeuter og pasienter i større grad forsøke å tolerere ambivalens, og innse at raske og enkle løsninger ikke alltid finnes. Faktisk kan det som terapeut være fordelaktig å ha kjennskap til opplevelsen av det tidløse, og akseptere at forandring av enkelte problem kan ta lang tid, for å kunne benytte tidsdimensjonen i terapi på en fullgod måte.

Tidsbevissthet bør være et sentralt begrep i terapi, også i de tilfeller der LDP blir vurdert som den best egnede tilnærmingen. Det er av stor betydning at ikke misforståelser,

utilstrekkelig kunnskap eller manglende klinisk erfaring, medfører reservasjon mot å bruke tid som en ressurs eller redskap i terapien. Selv om det ikke er satt noen avslutningsdato, er det viktig at pasient og terapeut har en felles enighet om hvordan avslutning skal skje. Dette vil aktualisere avslutningsprosessen, samtidig som det ikke legger så sterkt press på pasienten som når et forutbestemt avslutningstidspunkt blir avtalt. Langtidsterapi behøver heller ikke å innebefatte 50 minutters timer fem ganger i uken. Det er ikke en gang sikkert at pasienten har behov for ukentlige samtaler. Å avholde timer månedlig, eller ha en avtale om at pasienten selv tar kontakt ved behov, kan i mange tilfeller være tilstrekkelig for å gi pasient et nyttig og forsvarlig helsetilbud.

All psykoterapi kan ansees som tidsbegrenset, enten man velger å ha et fokus på tidsrammene fra starten av, eller ha en mer åpen tilnærming, der avslutning finner sted når det er en felles enighet om dette mellom pasient og terapeut. Terapeuten tjener på å være seg bevisst på det faktum at det er pasienten selv som avgjør hva han eller hun vil endre på, og når han eller hun er klar for, og motivert for, en slik endring. Det blir derfor viktig å tilpasse behandlingen etter pasientens individuelle behov og vise fleksibilitet i forhold til tidsbruk der dette vurderes riktig.

### Referanser

- Abbass, A. A. (2003). The cost-effectiveness of short-term dynamic psychotherapy. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research, 3*, 535-539.
- Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy*. London: University of Nebraska Press.
- Anderson, E. M., & Lambert, M. J. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 15*, 503-514.
- Arbeidsdepartementet. (1997). *Lov om folketrygd*. Retrieved March 29, 2010, from <http://www.lovdatab.no/all/hl-19970228-019.html>
- Austad, C. S. (1996). *Is long-term psychotherapy unethical? Toward a social ethic in an era of managed care*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bauer, G. P., & Kobos, J. C. (1995). *Brief therapy: Short-term psychodynamic intervention*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2002). *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. London: Analytic Press.
- Bolter, K., Levenson, H., & Alvarez, W. (1990). Differences in values between short-term and long-term therapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 21*, 285-290.
- Bonaparte, M. (1940). Time and the unconscious. *International Journal of Psycho-Analysis, 21*, 427-468.
- Book, H. E. (1998). *How to practice brief psychodynamic psychotherapy: The core conflictual relationship theme method*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1 Attachment*. London: Hogarth Press.
- Breuer, J., & Freud, S. (1955). Studies on hysteria. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The*

- standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 2, pp. 1-307). London: Hogarth Press. (Original work published 1893-1895)
- Budman, S., & Gurman, A. (1983). The practice of brief therapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 14*, 277-292.
- Burlingame, G. M., & Behrman, J. A. (1987). Clinician attitudes toward time-limited and time-unlimited therapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 18*, 61–65.
- Cohen, P., & Cohen, J. (1984). The clinician's illusion. *Archives of General Psychiatry, 41*, 1178-1182.
- Crits-Christoph, P. (1992). The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry, 149*, 151-158.
- Cummings, N. A. (1988). Emergence of the mental health complex: Adaptive and maladaptive responses. *Professional Psychology: Research and Practice, 19*, 308-315.
- Cummings, N. A. (1990). Brief intermittent psychotherapy throughout the life cycle. In J. K. Zeig & S. G. Gilligan (Eds.), *Brief therapy: Myths, methods, and metaphors* (pp. 169-184). New York: Brunner.
- Davanloo, H. (1978). *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy*. New York: Spectrum Publications.
- DeLeon, P. H., VandenBos, G. R., & Bulatao. (1991). Managed mental health care: A history of the federal policy initiative. *Professional Psychology: Research and Practice, 22*, 15–25.
- Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S. C., Abbass, A. A., de Jonghe, F., & Dekker, J. J. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 30*, 25-36.
- Durham, R. C., Murphy, T., Allan, T., Richard, K., Treliving, L. R., & Fenton, G. W. (1994). Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for

- generalised anxiety disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 165, 315-323.
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Feltham, C. (1997). *Time-limited counselling*. London: Sage Publications.
- Fortune, A. E. (1987). Grief only? Client and social worker reactions to termination. *Clinical Social Work Journal*, 15, 159-171.
- Freud, S. (1961). Introductory lectures on psycho-analysis. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 15, pp. 3-239). London: Hogarth Press. (Original work published 1916-1917)
- Freud, S. (1961). The ego and the id and other works. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 3-293). London: Hogarth Press. (Original work published 1923)
- Gabbard, G. O. (2004). *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Gallagher-Thompson, D., & Steffen, A. (1994). Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 543-549.
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 190-228). New York: Wiley.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. London: Harvard University Press.
- Goldberg, A. (1975). Narcissism and the readiness for psychotherapy termination. *Archives of General Psychiatry*, 32, 695-699.
- Good, P. (1987). Brief therapy in the age of reagentics. *American Journal of*

*Orthopsychiatry*, 57, 6-11.

Guthrie, E., Moorey, J., Margison, F., Barker, H., Palmer, S., McGrath, G., Tomenson, B., et al. (1999). Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. *Archives of General Psychiatry*, 56, 519-526.

Hartmann, H. (1958). *Ego psychology and the problem of adaption*. New York: International Universities Press.

Hartocollis, P. (1983). *Time and timelessness, or, the varieties of temporal experience (a psychoanalytic inquiry)*. New York: International Universities Press.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006: Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Retrieved February 26, 2010, from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop.html?id=578514>

Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Lov om pasientrettigheter*. Retrieved March 19, 2010, from <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html>

Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth: The struggle toward self-realization*. New York: Norton.

Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Howard, K. I., Davidson, C., O'Mahoney, M., Orlinsky, D. E., & Brown, K. (1989). Patterns of psychotherapy utilization. *American Journal of Psychiatry*, 146, 775-778.

Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.

Hoyt, M. (1990). On time in brief therapy. In R. A. Wells & V. J. Giannetti (Eds.), *Handbook of the brief psychotherapies* (pp. 115-143). New York: Plenum Press.

Jones, E. (1957). *The life and work of Sigmund Freud*. New York: Basic Books.

Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. New York: International Universities

Press.

Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.

Koss, M. P. (1979). Length of psychotherapy for clients seen in private practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 210–212.

Langsley, D. (1978). Comparing clinic and private practice of psychiatry. *Journal of Psychiatry, 135*, 702-706.

Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review, 21*, 401–419.

Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 160*, 1223-1232.

Leichsenring, F., & Leibing, E. (2007). Psychodynamic psychotherapy: A systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 80*, 217-228.

Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry, 61*, 1208-1216.

Leichsenring, F., Salzer, S., Jaeger, U., Kachele, H., Kreische, R., Leweke, F., et al. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: A randomized, controlled trial. *American Journal of Psychiatry, 166*, 875.

Levenson, H. (1995). *Time-limited dynamic psychotherapy: A guide to clinical practice*. New York: Basic Books.

Levenson, H. (2003). Time-limited dynamic psychotherapy: An integrationist perspective.



*Journal of Psychotherapy Integration*, 13, 300–333.

Levenson, H., Speed, J., & Budman, S. H. (1995). Therapist's experience, training, and skill in brief therapy: A bicoastal survey. *American Journal of Psychotherapy*, 49, 95–117.

Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference: The core conflictual relationship theme method (2nd ed.)*. Washington, DC: American Psychological Association. Retrieved January 15, 2010, from <http://psycnet.apa.org/books/10250/001>

Mahoney, M. J., & Craine, M. H. (1991). The changing beliefs of psychotherapy experts. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 207–221.

Malan, D. H. (1963). *A study of brief psychotherapy*. London: Tavistock Publication.

Malan, D. H. (1976). *The frontier of brief psychotherapy: An example of the convergence of research and clinical practice*. New York: Plenum Press.

Mann, J. (1986). Transference and countertransference in brief psychotherapy. In H. C. Meyers (Ed.), *Between analyst and patient: New dimensions in countertransference and transference* (pp. 119-127). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Marx, J. A., & Gelso, C. J. (1987). Termination of individual counseling in a university counseling center. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 3-9.

Messer, S. B. (2001). What makes brief psychodynamic therapy time efficient. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 5-22.

Messer, S. B. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 21-25.

Messer, S. B., & Warren, C. S. (1995). *Models of brief psychodynamic therapy: A comparative approach*. New York: Guilford Press.

Murdin, L. (2000). *How much is enough? Endings in psychotherapy and counselling*. London: Routledge.

Neugarten, B. (1979). Time, age, and the life cycle. *Journal of Psychiatry*, 136, 887-894.

- Nielsen, G. H., & Lippe, A. L. von der (1993). Dynamisk psykoterapi. I G. H. Nielsen & A. L. von der Lippe (Red.) *Psykoterapi med voksne: Fem perspektiver på teori og praksis* (s. 21-49). Oslo: TANO.
- O'Dowd, W. T. (1986). Otto Rank and time-limited psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 23, 140–149.
- Olafson, M., & Pincus, H. (1994). Outpatient psychotherapy in the United States, II: Patterns. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1289-1294.
- Pekarik, G., & Wierzbicki, M. (1986). The relationship between clients' expected and actual treatment duration. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 23, 532-534.
- Phillips, E. L. (1985). *Psychotherapy revised: New frontiers in research and practice*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Powers, T. A., & Alonso, A. (2004). Dynamic psychotherapy and the problem of time. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34, 125-139.
- Rachman, A. W. (2007). Sandor Ferenczi's contributions to the evolution of psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 24, 74–96.
- Rank, O. (2002). *Fødselstraumet og dets betydning for psykoanalysen* (B. Nake, Overs.). Frederiksberg: Det Lille Forlag. (Originalt utgitt i 1924)
- Reich, W. (1972). *Character analysis* (V. R. Carfagno, Trans.) (3rd ed.). New York: Farrar, Straus and Giroux. (Original work published 1933)
- Schafer, R. (1973). The termination of brief psychoanalytic psychotherapy. *Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 2, 135-148.
- Seligman, M. E. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 50, 965–974.
- Shectman, F. (1986). Time and the practice of psychotherapy. *Psychotherapy*, 23, 521–525.

- Sifneos, P. E. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge: Harvard University Press.
- Statens helsetilsyn. (2007). *Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser* (Rapport nr 8). Oslo: Author. Retrieved March 26, 2010, from [http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2007/helsetilsynetrapport8\\_2007.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2007/helsetilsynetrapport8_2007.pdf)
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, S. (1993). Managed care, brief therapy, and therapeutic integrity. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30, 162–175.
- Stolorow, R. D., & Atwood, G. E. (1992). *Contexts of being: The intersubjective foundations of psychological life*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Strupp, H. H., & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to life*. Boston: Little, Brown and Company.
- Weiss, J. (1993). *How psychotherapy works: Process and technique*. New York: Guilford Press.
- Weiss, J., Sampson, H. & The Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations, and empirical research*. New York: Guilford Press.
- Wiborg, I., & Dahl, A. (1996). Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? *Archives of General Psychiatry*, 53, 689-694.
- Winnicott, D. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. London: Hogarth Press.

Yalom, I. D. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.