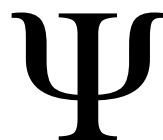




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



Identifisering av fokus i korttids dynamisk psykoterapi

HOVEDOPPGAVE

Profesjonsstudiet i psykologi

Ailin Brekkhus og Mona Svensson

Vår 2012

Veileder:

Geir Høstmark Nielsen

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har gitt oss en god innføring og nyttig kunnskap om korttidsdynamisk psykoterapi, særlig om Hanna Levensons terapiretning. Dette er praktisk og anvendbar kunnskap som kan implementeres i arbeidet som psykolog. Det vil rettes en særlig stor takk til vår veileder Geir Høstmark Nielsen som har vært faglig ressurs gjennom hele prosessen.

Sammendrag

Korttids Dynamisk Psykoterapi (KDP) har røtter i tradisjonell psykoanalyse, og kjennetegnes av planlagte tidsavgrensede terapiforløp, fokusavgrensning og aktive terapeuter. Denne oppgaven vil ta for seg fokusbegrepet mer spesifikt, hvordan identifisering av fokus foregår i Hanna Levensons integrative modell kalt Time-Limited Dynamic Psychotherapy (TLDP) som er utviklet i forlengelse av Hans Strupp og Jeffrey Binders TLDP modell. Det gis en gjennomgang av de historiske røttene til dagens KDP, og i den forbindelse en redegjørelse for de forutgående drift/struktur-modellene og utviklingen frem til Levensons integrative, relasjonelt funderte modell. Identifisering av fokus i TLDP skjer ved bruk av en mal kalt Cyclic Maladaptive Pattern (CMP). CMP fungerer som en guide for innhenting av relevant informasjon, der formålet er å oppnå forståelse av pasientens relasjonelle problemer. Fokusedentifiseringen legger grunnlag for det videre terapiforløpet. Gjennom analyse av autentisk videomateriale med to ulike pasienter blir det demonstrert hvordan Levenson som terapeut fremdriver fokus ut fra denne modellen.

Abstract

Brief dynamic psychotherapy has its origins in traditional psychodynamic therapy. The most important features of brief dynamic psychotherapy include preplanned time-limited therapy, identifying and holding on to a focus, and an active therapist stance. More specifically, this thesis will address the concept of focus and how focus is identified in Hanna Levensons integrative model, called Time-Limited-Dynamic Psychotherapy (TLDP). The model is a further development of the TLDP model originally proposed by Hans Strupp and Jeffery Binder. We describe the historic development of TLDP, from the classical drive/structural models until today's brief dynamic psychotherapy, represented by Levensons integrative, relation-oriented TLDP. The Cyclic Maladaptive Pattern (CMP) guides the process of identifying a focus. CMP works as a guideline for selecting relevant information about the patient, and the way the patient relates to other people. This lays the foundation for the therapy process. How a focus is identified in practice is demonstrated by analyzing authentic video material with Levenson as therapist.

Innhold

1.0 Innledning.....	7
1.1 <i>Oppgavens formål</i>	8
1.2 <i>Metode</i>	9
1.3 <i>Fokus og KDP</i>	9
2.0 Historiske røtter.....	10
2.1 <i>Første generasjon</i>	10
2.2 <i>Andre generasjon</i>	13
2.3 <i>Drift/struktur modellene</i>	19
2.4 <i>Tredje generasjon: Den relasjonelle vending</i>	21
3.0 Strupp og Binders TLDP.....	23
3.1 <i>Teoretisk rasjonale</i>	24
3.2 <i>Fokusformulering</i>	26
4.0 Hanna Levensons integrative modell.....	29
5.0 Hvordan utarbeider Levenson fokus: Analyse av video materialet.....	34
5.1 <i>Første kasantalyse</i>	34
5.1.1 <i>Tabell 1. Syklisk maladaptivt mønster (CMP). Identifikasjon av informasjon</i>	51
5.2 <i>Andre kasantalyse</i>	52
6.0 Diskusjon.....	68
7.0 Avslutning.....	76
Referanser.....	80

1.0 Innledning

Identifisering av fokus i korttids dynamisk psykoterapi

Innenfor den psykodynamiske tradisjon har det skjedd en dreining bort fra tradisjonell langtidsbehandling og over mot mer tidsbegrenset dynamisk psykoterapi (Messer & Warren, 1995). Sentrale kjennetegn ved korttidsorienterte psykoterapiformer er planlagt tidsavgrensede terapiforløp, fokusavgrensning og aktive terapeuter. Korttids dynamisk psykoterapi (KDP) har røtter i tradisjonell psykoanalyse og ble fra 1970-tallet av et reelt behandlingsalternativ. På denne tiden dukket det opp ulike varianter av KDP, utviklet av blant andre Malan (1976), Sifneos (1972), Mann (1973) og Davanloo (1978, 1980). Det er flere grunner til skiftet henimot kortere terapiforløp. I likhet med annen kunnskapsutvikling er dynamisk psykoterapi påvirket av samtidens føringer. Den psykodynamiske tradisjonen har forholdt seg til vesentlige endringer i helsevesenet de siste tiårene. I USA har det i løpet av de forutgående 50 år skjedd en markant økning av utgifter innenfor helsevesenet, noe som har medført at myndighetene og sykeforsikringselskapene ønsker en mer kostnadseffektiv og kvalitetsbevisst behandlingstjeneste. Allerede på 1970-tallet dukket begrepet om empirisk understøttet behandling opp innenfor det medisinske fagfelt. I 2006 formulerte den amerikanske psykologforeningen (APA) en definisjon av evidensbasert psykologisk praksis, en definisjon som Norsk psykologforening senere har sluttet seg til. APA sin definisjon ble utformet på grunnlag av ”Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice” (Levant, 2005). Levant (2005) formulerte det slik: ”Evidensbasert praksis i psykologi er integrasjonen av den beste tilgjengelige forskning med klinisk ekspertise, i kontekst av pasientens egenskaper, kultur og preferanser” (oversatt av Rønnestad, 2008, s. 4). Det er utenfor denne oppgaves rammer å gå videre inn på en diskusjon om hvorvidt KDP møter kravene til evidensbasert behandling. Det blir i denne omgang viktigere å påpeke at KDP gjennom sitt vesen lettere lar seg forene med prinsippet om evidensbasert behandling

enn for eksempel tradisjonell psykoanalyse og langtids psykoanalytisk orientert terapi. Dette kan være med på å fasilitere den økende interessen for korttidsbehandling. Det blir særlig tydelig gjennom det som betegnes som ”tredje generasjons” KDP (Messer & Warren, 1995), noe vi kommer tilbake til.

Undersøkelser viser at de fleste som utøver psykoterapi, uavhengig om det er intensjonelt eller ikke, praktiserer terapiforløp av relativt kort varighet. I en undersøkelse fra 2000 fant Levenson og Davidovitz at rundt 90 % av psykologene i utvalget deres benyttet en terapiform som med hensikt er tidsbegrenset og fokusert. Av alle intenderte kortvarige terapiforløp ble en fjerdedel utført av psykodynamisk orienterte terapeuter (Levenson & Davidovitz, 2000). Medianen på behandlingsvarighet var på seks timer, noe som i praksis betyr at en betydelig andel av alle terapiforløp er korttidsterapi (Levenson, 2010). Skal disse funnene legges til grunn vil en sannsynligvis være tjent med å anvende *intensjonell* korttidsterapi for å maksimere pasientens behandlingsutbytte. KDP er i lys av det overstående interessant å se nærmere på, ikke bare ut fra kliniske- og teoretiske hensyn, men også i et samfunnsmessig perspektiv.

1.1 Oppgavens formål

Det å velge ut og opprettholde fokus gjennom hele terapiforløpet er et definisjonskriterium ved KDP. I denne oppgaven vil vi ta for oss identifisering av fokus innenfor KDP, med hovedvekt på Hanna Levensons *Time-Limited Dynamic Psychotherapy* (TLDP). Levensons TLDP er blitt til i forlengelsen av Strupp og Binders (1984) opprinnelige modell. Det vil derfor være nødvendig med en forståelse også av den modellen. Arbeid med fokus vil bli eksemplifisert ved analyse av videomateriale fra to inntaksintervjuer, utført av Levenson selv. Det vil i forkant bli gitt en historisk gjennomgang for å redegjøre for hvordan

tidligere teoretikere og klinikere innenfor dynamisk psykoterapi har forholdt seg til fokusbegrepet.

1.2 Metode

Denne oppgaven baserer seg på litteraturstudium, supplert med analyse av videomateriale fra to kvalifiserte korttidsbehandlinger. Videomaterialet er utgitt av APA, og den ene filmen inneholder seks terapitimer med Hanna Levenson som terapeut, mens den andre inneholder første time av et terapiforløp. Da vårt formål er å redegjøre for utarbeidelse av fokus, er det i hovedsak den første terapitimen som vil bli analysert.

1.3 Fokus og KDP

Avgrenset fokus er et definisjonsmerke ved KDP. Fokus kan forklares som en sammenfattet formulering av hypoteser vedrørende pasientens problemer, hvordan de arter seg, deres mulige opprinnelse og opprettholdende faktorer (Binder, 2004). Et fokus skal hjelpe terapeuten til å innhente, gjenkjenne og organisere relevant informasjon for deretter å guide hva det skal arbeides systematisk med gjennom terapiforløpet. Fokuset avgrenser måten terapeut og pasient bruker timene på, og er et verktøy for effektiv anvendelse av tilmålt tid (Binder og Strupp, 1984). Relatert til fokusavgrensningen er å ha begrensede mål for terapien. Målet er ikke å ”helbrede” eller lindre alle pasientens plager innenfor det korte tidsrommet slik terapi utføres i. En tenker heller at det fasiliteres for endringer i pasients atferd, tanker og følelser, slik at endringsprosessen vil kunne fortsette også etter endt terapiforløp (Levenson, 2010). Det er stor variasjon i fokusvalg. Både innhold og form varierer ut fra ulike teoretiske ståsted, og ut fra hvilken terapeut som utfører terapien. Litteraturen innenfor KDP legger heller ingen begrensninger for potensielle fokale tema. Et fokus kan for eksempel være uttrykt i form av kardinalsymptomer, eller det kan omhandle en spesifikk intrapsykisk konflikt. Som

det vil fremkomme i den historiske gjennomgangen, var fokus i tidlig KDP nesten uten unntak intrapsykisk. Levenson er derimot relasjonelt orientert, og fokus kan sies å være interpersonlig eller interpsykisk. Likesom fokusvalg varierer, finnes det heller ikke en felles forståelse for hvordan fokus skal formuleres eller for hvordan en skal evaluere kvaliteten av fokusformuleringer. Den rådende tendensen har vært at terapeuten har hvilt seg på klinisk intuisjon og erfaring i sitt fokusarbeid (Binder, 2004). Fokuskonseptet kan derfor fremstå som vagt, og som Binder (2004) påpeker, er det lite litteratur som konkret tar for seg eksplisitte prosedyrer for fokusformuleringer. Binder og Strupp har gjennom sin ”Time limited Dynamic Psychotherapy” tilstrebet å lage retningslinjer for utarbeidelsen av fokus, slik vi vil vise senere i oppgaven. Dette har Levenson (1995, 2010) videreført og benyttet seg av.

2.0 Historiske røtter

Hvordan har veien fra tradisjonell psykoanalyse til dagens mange varianter av korttids dynamisk psykoterapi utviklet seg? Hvordan forstår tidligere klinikere og teoretikere fokusbegrepet? Crits-Christoph og Barber (1991) beskriver i hovedsak tre generasjoner innenfor den psykodynamiske tradisjon. I første generasjon finner en blant andre Freud, Ferenczi, Rank, Alexander og French, i andre generasjon Malan, Davanloo, Sifneos og Mann, og i tredje generasjon er blant andre Strupp og Binder. Generasjonene kan også knyttes opp til et paradigmeskifte innenfor den psykodynamiske tradisjon: Fra drift til relasjon (Killingmo, 1988).

2.1 Første generasjon

De tidligste terapiforløpene til Sigmund Freud kan beskrives som en form for aktiv korttidsterapi. Freud foresto for eksempel et slikt terapiforløp med Gustav Mahler. Etterhvert som Freuds karriere utviklet seg falt imidlertid aktiv intervensjon mer i disfavør, og hans

terapistil ble tilbaketrasket og mindre fokusert. Rådende innenfor det psykoanalytiske miljøet var lange terapiforløp. Etterhvert var det likevel flere som ønsket å reversere tendensen med stadig lengre forløp. Her kan Sandor Ferenczi, Otto Rank, Franz Alexander og Thomas French nevnes. Spesielt Ferenczi fremstår som en foregangsmann ved å eksperimentere med metoder som resulterte i kortere terapiforløp. Han etterlyste mer aktivitet både fra pasientens og terapeutens side. Ferenczi trodde dette ville føre til en større etterlevelse fra pasienten i forhold til fri assosiasjon og derfor fasilitere raskere utforskning av det ubevisste.

Otto Rank samarbeidet med Ferenczi, og sammen publiserte de i 1925 ”The development of psychoanalysis”. I denne lille boken introduserer de mange ideer som gjør seg gjeldende for måten en praktiserer KDP på også i dag. De fokuserte på pasientens aktuelle liv i motsetning til det overveldende fokus på barndommen som var det typisk innenfor daværende psykoanalyse (Crits-Christoph & Barber, 1991). Rank og Ferenczi gjorde sammen således pionerarbeid hva gjelder røttene til KDP.

Rank bidrog også på egenhånd med to viktige momenter, henholdsvis tidsavgrensningens effekt på terapiforløpet og anerkjennelse av pasientens egen motivasjon som medvirkende faktor i behandlingsprosessen. Rank lanserte en teori som tar for seg menneskets traume ved fødsel. Videre fokuserte han på separasjon. Han lot pasientens separasjon fra sin terapeut bli en sentral komponent i behandlingsprosessen ved å bruke tidsavgrensning og avslutningsdato for terapi som virkemiddel. Når det gjelder motivasjonskomponenten, fremhevet Rank betydningen av pasientens egen vilje i terapiprosessen: Hvis pasienten selv var tilstrekkelig innstilt på endring kunne lengden på analysen innskrenkes betydelig (Crits-Christoph & Barber, 1991). Ferenczi og Rank sitt arbeid la grunnlaget for en ny type terapi innenfor en overbygning av psykoanalytisk forståelse.

I 1946 gav Franz Alexander og Thomas French ut boken ”Psychoanalytic Therapy”.

Boken utfordret mange av de tradisjonelle antagelsene innenfor datidens psykoanalyse og står i dag igjen som et viktig bidrag i utviklingen av KDP. I moderne korttidsterapi er begrepet *korrektiv emosjonell erfaring* sentralt. Dagens forståelse av begrepet fokuserer på det relasjonelle aspektet. Dette innebærer å skape ny erfaring innenfor den terapeutiske relasjon, der pasienten får mulighet til å utforske sin måte å samhandle med andre på og økende innsikt i hvordan relasjonelle mønstre kan være dysfunksjonelle. I terapirelasjonen blir pasienten møtt på en ny og tryggende måte. Begrepet korrektiv emosjonell erfaring innebærer med andre ord at pasienten gjenopplever en tidligere uløst konflikt, som i terapirelasjonen får et nytt utfall (Levenson, 2010). Situasjoner som før har vært for vanskelige å håndtere gjenskapes innenfor terapisituasjonens trygge rammer, og kan på den måten oppleves annerledes og føre til ny emosjonell opplevelse. Alexander og French (1946) fremhevet at korrektiv emosjonell erfaring også forekommer utenfor terapirommet, men at den overføringsrelasjonen som oppstår i terapi vil ha særegne og spesifikke kvaliteter som fører til at pasienten kan løse opp gamle konflikter (Crits-Christoph & Barber, 1991).

Antagelsen om at korrektiv emosjonell erfaring også kan oppstå utenfor og mellom terapitimene, bryter med tradisjonell analyse hvor en antok at endring hovedsakelig skjer i timene, befordret gjennom terapeutens tolkninger og pasientens nye innsikt. Alexander og French åpnet for tanken om at terapeutiske prosesser fortsetter utover terapitimene, og strekker seg inn i pasientens dagligliv. De mente også at mange terapiforløp var unødvendig lange. I tradisjonell psykoanalyse ble det typisk satt opp daglige timer, mens Alexander og French tenkte seg at det ville være mer gunstig med lengre timeintervaller. De tenkte videre at dette kunne være med på å fasilitere intensiteten i den emosjonelle erfaringen, i motsetning til daglige møter som ville dempe intensiteten. Alexander og French foreslo også planlagte avbrudd i terapiforløpet, gjerne av flere måneders varighet. Bakgrunnen for dette var at det ville kunne legge til rette for å ta opp separasjons- og avhengighetsproblematikk (Crits-

Christoph & Barber, 1991).

Alexander og French bidro vesentlig til dagens KDP, både i henhold til utarbeidelse av fokus på korrektiv emosjonell erfaring, og med økt fleksibilitet i henhold til lengde og form på terapiforløpet. I deres samtid møtte bidraget deres stor motstand da de brøt med mange etablerte ”sannheter” innenfor psykoanalytiske miljøer. Begrepet ”fokal terapi” krediteres gjerne til Michael Balint på 1950-tallet. Det er derfor interessant å påpeke at allerede på 1940-tallet vektla Alexander behovet for en begrenset målsetting, et fokus, i terapien (Rawson, 2002).

2.2 Andre generasjon

I perioden fra 1960 til 1980 dukket flere aktører opp med bidrag: David Malan (1963, 1976), Habib Davanloo (1978, 1980), Peter Sifneos (1972, 1979) og James Mann (1973). Det er ved disse bidragene at den moderne epoke av KDP begynner. De nevnte forfatterne eksperimenterte i forhold til lengde på terapiforløpet, og de tok i bruk veletablerte psykoanalytiske teknikker for å korte ned forløpet. (Messer & Warren, 1995).

Malan fra Tavistoc klinikken i London representerer en tilnærming kalt ”Intensive Brief Psychotherapy” (IBP). Han mente, som Ferenczi tidligere hadde gjort, at terapiforløpet ble unødvendig forlenget av passive terapeuter. Ved å identifisere og avgrense et bestemt fokus for behandlingen ville lengden kunne kortes ned, samtidig som en fikk mulighet til en fullverdig oppløsning av intrapsykisk konflikt og konfliktfortolkning (Malan, 1976). Så hvordan identifiserer Malan et fokus? I arbeidet med å formulere en terapeutisk plan, er flere faktorer avgjørende. Det er særlig tre betingelser som må vies oppmerksomhet. For det første må den nåværende konflikten pasienten opplever, vurderes. Videre identifiseres et fokalt problem, en kjerne- (nuclear) konflikt. For å få et bilde av pasientens kjernekonflikt, må tidligere hendelser som kan tenkes å lede opp til den nåværende konflikten vurderes. Videre

vil tidlige traumatiske erfaringer, familiekonstellasjoner og gjentakende mønstre gjøre seg gjeldende. Som en tredje betingelse er det av betydning å vurdere hvorvidt den nåværende konflikten, og den antatte kjernekonflikten samsvarer eller ikke. Den nåværende konflikten, og kjernekonflikten er i bunn og grunn den samme, så disse bør være i kongruens (Malan, 1976). I Malans IBP er det avgjørende å identifisere det såkalte konfliktriangleret (the triangle of conflict) og det tilhørende persontriangleret (the triangle of persons eller the triangle of insight). Gjennom konfliktriangleret kommer en frem til det fokale problem. Konfliktriangleret er det som utgjør en persons særegne forsvar i respons til angstfremkallende følelser og impulser: forsvar-angst-impuls. Forsvaret blir først synlig når personen ønsker å beskytte seg selv mot angstfremkallende ("forbudte") ønsker, følelser og impulser. For å bevisstgjøre dynamikker innenfor konfliktriangleret brukte Malan tolkning. Eksempelvis kunne han registrere at en pasient tok til tårene i stedet for å uttrykke et tydelig sinne. Persontriangleret representerer signifikante andre fra fortiden, andre personer i pasientens nåtidige liv og terapeuten. Også her brukes tolkning for å klargjøre emosjonelt ladede forbindelser mellom de ulike representasjonene. Et slikt scenario kunne utspille seg for eksempel ved at Malan observerte og påpekte en pasients tendens til å intellektualisere, og hvordan dette hadde likheter med hvordan pasienten håndterte angst i barndommen (Malan, 1963). Malan presiserte hvor viktig det er å holde seg til et fokus, og kunne tilsynelatende neglisjere mindre relevante deler av det kliniske materialet som fremkommer i timene. Fem tiår senere fremstår dette som sentralt innenfor moderne dynamisk korttidsterapi (Levenson, 2010).

Sifneos fra Massachusetts General hospital i Boston utviklet "Short-Term Anxiety-Provoking Psychotherapy" (STAPP) i løpet av 1960-tallet (Sifneos, 1979). Målet med hans terapeutiske tilnærming er å oppløse patologisk intrapsykisk konflikt og å bidra til at pasienten derigjennom kan finne alternative måter å være på i interpersonlige relasjoner på. Hovedtrekk ved STAPP-tilnærmingen innebærer at terapien er kortvarig, at pasienten skal

oppnå ny erfaring gjennom bevisstgjøring av avstengte affekter, fokus på problemløsning og begrenset målsetting. STAPP-terapeuten anvender tolknings- og innsiktsbaserte teknikker, og eventuelle pasienter må være i stand til å nyttiggjøre seg en slik tilnærming. Dette kriteriet får konsekvenser for inklusjon- og eksklusjon av pasienter. STAPP er en korttidsterapi der det legges opp til at det spesifikke timeantallet tilpasses hver enkelt pasient. Terapiens utfall blir vurdert etter henholdsvis symptomatiske, tilpasningsorienterte, og psykodynamisk, intrapsykeiske kriterier. På den tid Sifneos utarbeidet STAPP-modellen var den rådende optimale behandlingsanbefaling for pasienter innenfor det nevrotiske spektrum, langtidspsykoanalyse.

Sifneos utforming av STAPP-modellen hadde sitt opphav i behandlingen av et spesielt kasus fra 1956 (Sifneos, 1972). En mann i slutten av tjuetårene kom til klinikken med ulike somatiske plager som magesmerter, skjelving, pustevansker, forbigående impotens og diaré. Han hadde vært til mange undersøkelser, men symptomene lot seg ikke forklare gjennom somatiske utredninger. Mannen hadde hatt deler av disse symptomene siden barndommen, men det hele eskalerte og ble akutt etter at han og hans forlovede hadde bestemt at de skulle gifte seg. Mannen ønsket bedring av sin tilstand før bryllupet som skulle stå tre måneder frem i tid. Sifneos sine kollegaer mente det ville være umulig med en betydelig symptomreduksjon på så kort tid, og vurderte behandlingsforløpet til minst tre år. På tross av datidens rådende oppfatninger, tilbød Sifneos pasienten en tidsavgrenset psykodynamisk terapi. Men hva skulle være fokus for terapien? Sifneos kasusformulering sentrerte seg rundt pasientens uløste ødipalkonflikter. I løpet av seks terapitimer oppnådde pasienten innsikt i sammenhengen mellom opplevde symptom, sine seksuelle ønsker angående sin mor i barndommen, følelser rundt biologisk fars død og senere ønsker om sin stefars død. Behandlingen ble vellykket, og Sifneos ønsket å identifisere virkningsmekanismene i og begrensningene til denne type terapi. En potent endringsfaktor som Sifneos fremhevet var å møte ubehagelige emosjonelle

konflikter. Terapiforløpet kan karakteriseres som mer angstfremkallende enn angstdempende. Gjennom bruk av angstprovoserende spørsmål og en konfronterende tilnærming prøvde Sifneos å fremkalle en form for emosjonell krise hos pasienten. En slik krise ble antatt å føre til endring av pasientens forsvarsmønstre ved å mobilisere hans iboende problemløsningsevner (Nielsen & Barth, 1991).

Som eksempelet viser, antas endringsmekanismene i STAPP å være at pasienten lærer å gjenkjenne maladaptive reaksjonsmønstre. Ved å bli i stand til å relatere disse til deres ødipale opprinnelse, vil pasienten oppnå ny innsikt og egoautonomi. Viktig for endring er også pasientens mulighet til å oppleve korrektiv emosjonell erfaring i relasjon til terapeuten. Terapien blir med andre ord et sted der pasienten lærer gjennom nødvendig, emosjonell erfaring og mobiliserer egne problemløsningsevner. Resultatet blir en ny indre dialog som gjør pasienten mer motstandsdyktig mot indre- og ytre stressorer (Nielsen & Barth, 1991).

Hvilke konsekvenser får så en slik forståelse av dynamisk korttidsterapi og dens virkningsmekanismer for fokusvalget? I første møte med en pasient, vil terapeuten lytte til pasienten mens han eller hun presenterer sine opplevde vansker. Terapeuten vil videre kommentere på det pasienten forteller på en slik måte at det blir tydelig for vedkommende at det som oppleves som vanskeligst skal fokuseres på, mens andre momenter må velges bort. Ofte representerer pasientens opplevde vansker, konkrete situasjonseksempler på det samme underliggende problemet. Det er dette underliggende problemet som Sifneos redefinerer i ødipale termer. Gjennom denne måten å arbeide på kan identifisering av fokus fremstå som et felles prosjekt for pasient og terapeut, der pasienten er den som tar den endelige avgjørelsen i forhold til hvilket problemområdet som skal utforskes i terapiarbeidet (Rawson, 2002).

Davanloo ved Montreal General hospital i Canada utviklet ”Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy” (ISTDP) (1978, 1980). Tilnærmingen tar sikte på å bryte igjennom pasientens defensive barrierer ved å ta i bruk aktive og konfronterende teknikker, i tillegg til

tolkning. Tilnærmingen vektlegger affekt som en viktig komponent. Davanloos tilnærming er påvirket av forutgående psykodynamiske bidrag. En ser arv fra Freuds aktive og konfronterende teknikker i hans tidlige arbeid, fra Ferenczi og Rank sin forståelse av hvordan intellektuell innsikt og forståelse uten affekt fungerer som motstand og fra Alexander og Frenchs sterke betoning av korrektiv emosjonell erfaring som sentral terapeutisk endringsmekanisme. Davanloo skiller mellom to pasientgrupper: De med mindre motstand uten karakterpatologi, og de med mer motstand som har en rigid karakterstruktur. For den første gruppen antas endring å skje ved at terapeuten frembringer affektiv og kognitiv opplevelse av undertrykte, konfliktfylte lyster og følelser, samtidig som påfølgende forsvar, symptomer og angst blir bevisstgjort og forklart. Ved at terapeuten stadig konfronterer motstand hos pasienten i forhold til opplevelse av følelser og impulser, vil det oppstå en intrapsykisk krise. Denne krisen fører til intens affekt som gir tilgang på ubevisste tanker, minner og følelser, og den terapeutiske allianse aktiveres ubevisst. Når det gjelder pasientgruppen med høyere grad av forsvar og rigiditet i deres karakterstruktur, antas deres tilgang til følelser og impulser å være trangere. Det behøves derfor en fase med restrukturering av forsvar før den emosjonelle krisen kan fasiliteres. En viktig endringskomponent er analyse av overføring i terapirelasjonen, og dette er spesielt nyttig hvis pasienten fremviser mye motstand. Som orienteringskart for å løse ugunstige interpersonlige mønstre og nevrotiske symptomer i begge pasientgruppene tas det tidligere nevnte persontriangelet og konflikttriangelet i bruk. Dette skjer gjennom en stadig sammenknytning av persontriangelet, som består av overføring, nåværende personer og tidligere personer, med konflikttriangelet, som består av impulser følelser, angst og forsvar (Crits-Christoph & Barber, 1991). Sifneos og Davanloo identifiserer og arbeider med fokus på ulike måter. Likevel har de det til felles at de redefinerer pasientens problemer i ødipale termer (Rawson, 2002).

Mann fra Boston University School of Medicine utviklet "Time-Limited Psychotherapy" (TLP). Hans tilnærming kan sies å være en integrativ modell og bygger på fire ulike psykodynamiske tradisjoner, nemlig betoningen av henholdsvis: Driftsteori, egopsykologi, objektrelasjon og selvspsykologi. Manns modell kan likevel sies å tilhøre andre generasjon fordi terapiens fokus i hovedsak er intrapsykisk, heller enn interpersonlig/interpsykisk.

I tillegg til det integrative utgangspunktet fremhever Mann tidens mange betydninger gjennom separasjon, tap og død. Dette fremstår som sentrale komponenter i TLP. Mann tenker seg at små barn oppfatter tiden som uendelig. Dette settes i sammenheng med opplevelsen av omnipotens, egen udødelighet og lystprinsippet. Etter hvert som barnet modnes endres opplevelsen av tid til "virkelig tid" eller "kategorisk" tid. Dette sees da i sammenheng med realitetsprinsippet. I tråd med driftsteori oppstår det en konflikt mellom lystprinsippet og realitetsprinsippet, og da også mellom uendelig tid og reell tid.

Mann merket seg at mange pasienter ble behandlet over svært lang tid. Grunnet terapeutenes opplæringsløp ble de på visse tidspunkt videreført til andre terapeuter uten store reaksjoner på tap av sin nåværende terapeut. Det fremstod for Mann som at pasientene fikk sine avhengighetsbehov møtt så lenge de ble henvist til nye terapeuter og fikk fortsette i behandling. Med andre ord: Avhengighetsbehovene ble tilfredsstilt, men i virkeligheten ble lite effektiv terapi utført. Med denne bakgrunn utviklet Mann TLP som et terapiforløp med en forhåndsbestemt tidsramme på tolv timer. Dette gir grunnlag for å utforske pasientens kontinuerlige utfordringer knyttet til separasjon og tap, og den påfølgende angstfølelsen og tristheten som kan oppleves i sammenheng med dette. (Crits-Christoph & Barber, 1991).

Så hvordan identifiserer Mann et fokus? Terapiens hovedformål er å redusere pasientens negative selvbylde. Det tenkes oppnådd ved å arbeide med *det sentrale tema* (the central issue) hos pasienten. Mann mener at TLPs begrep om det sentrale tema i skiller seg fra

fokusbegrepet som brukes innenfor andre retninger av KDP. Det sentrale tema inkorporerer både tidsaspektet, affekter og pasientens negative selvbylde. Det sentrale tema består av pasientens nåværende og kroniske smerte. Identifisering av det sentrale tema skjer ved å aktivt lytte etter pasientens underliggende problem, dvs. kjerneproblemet. Mann fremhever at en som terapeut ikke bare må lytte på det situasjonelle nivå, men også utforske hvilke følelser pasienten kan ha opplevd da han eller hun første gang erfarte de tilgrunnliggende hendelsene. Mann leter etter pasientens kroniske smerte. Pasienten sitter med en følelse av at ting alltid vil forbli det samme, og en overbevisning om at selvet ikke kan endres. Dette fremkommer ofte gjennom kommentarer som ”...jeg har alltid følt det slik og vil alltid føle det slik”. Tidlig i terapiforløpet knyttes grunnleggende antagelser om selvet til tid og varighet og til intense affekter. Gjennom pasientens tilpassede reaksjonsmønstre, blir det sentrale tema skjult. En konsekvens av dette er at pasientens grunner for å oppsøke terapi aldri er uttalt som det sentrale tema (Crits-Christoph & Barber, 1991). En implikasjon av å fokusere på pasientens underliggende, kroniske smerte versus pasientens nåværende opplevde vansker, er at identifisering og valg av fokus for terapien i hovedsak tilfaller terapeuten. Dette står i kontrast til Sifneos sin tilnærming der valg av fokus i større grad kan sees på som et felles prosjekt for terapeut og pasient (Rawson, 2002).

2.3 Drift/struktur modellene

Disse fire bidragsyterne, Malan, Sifneos, Davanloo og Mann, representerte alle noe nytt og brøt på mange måter med sin samtids rådende oppfatning av hva psykoterapi skulle være. Men som Warren og Messer (1995) påpeker, er det gjennomgående lite argumentasjon for det teoretiske utgangspunkt i opphavsmennenes fremstilling av de respektive terapiformene. Selv om de anerkjente behovet for et alternativ til sin samtids rådende psykoanalytiske behandlingsformer, utarbeidet de sine terapiformer ut fra samme teoretiske

ståsted som sine forgjengere. I deres tekster ligger det en taus selvsagthet som innebærer at eventuelle lesere også er innforstått med premissene for psykodynamisk teori. I stedet for en teoretisk drøfting av behandlingsmodellenes underliggende teoretiske rasjonale, er modellbeskrivelsene mer en formidling av modellenes rent tekniske aspekter (Messer & Warren, 1995).

I tråd med tradisjonen fra Freud, blir både personlighet og utvikling av psykopatologi forstått gjennom intrasystemisk konflikt. For eksempel bygger Malan og Davanloos persontriangel og konflikttriangel på Freuds strukturelle og dynamiske komponenter. De strukturelle komponentene består av id, ego og superego, mens de dynamiske komponentene omhandler konflikt- og meningsrelaterte aspekter ved drift/struktur-modellen. Når det gjelder innvirkningen pasientens familie- og oppvekstforhold antas å ha på nåværende problem, anses dette mer som konstituerende faktorer enn som selve årsaken til pasientens problemer. Mor, far og søsken ”tilbyr” en arena der medfødte drifter kan spilles ut. Driftenes form preges også av hvor pasienten befinner seg i de ulike utviklingsfasene: oral-, anal-, fallisk, latens- og genital fase. I drift/struktur modellen forstås tilknytning til andre mennesker som å utvikles gjennom erfaring med driftstilfredsstillelse og driftsfrustrasjon. Tilknytning er kun delvis tilstede tidlig i livet, og det antas ikke som selvfølgelig at dette er en medfødt iboende egenskap hos mennesket. Begrepet ”objekt” brukes konsekvent i stedet for ”person”. Dette gjenspeiler det faktum at driftene søker tilfredsstillelse og anvender personer som objekter for å nå dette målet. Drift/struktur-modellen er på mange måter en *en-persons psykologi*, hvor konfliktelementer oppstår innad i personen og projiseres på objekter. Det er et lukket biologisk system som må få utløp for energi slik at homeostase kan opprettholdes (Messer & Warren, 1995).

I drift/struktur-modellen er Ødipuskomplekset særlig viktig. I det ubevisste sinn oppstår det seksuelle ønsker knyttet til forelderen av motsatt kjønn. Dette innebærer i neste omgang et

ønske om å overta plassen til forelderen av samme kjønn. Av frykt for konsekvensene av slik rivalisering og faren knyttet til å miste foreldrenes kjærlighet oppgis dette prosjektet, og søkes erstattet med annen tilfredsstillelse. Ødipale konflikter oppløses på ulike måter, avhengig av individet og miljøfaktorer rundt det. Ønskene forsvinner imidlertid aldri helt, og kan aktualisere seg under andre omstendigheter på nye tidspunkt. Freud pekte på Ødipuskomplekset som en av de viktigste faktorene når det gjelder utvikling av nevroser og behandling av disse. Ødipale konflikter er av avgjørende betydning også for Davanloo, Malan og Sifneos, og det er gjennom vurdering av objektrelasjoner i ødipalfasen at en pasients problem vurderes som egnet eller ikke for korttids dynamisk psykoterapi (Messer & Warren, 1995). Disse definerer da fokus for terapiforløpet gjennom en formulering i tråd med Ødipuskomplekset og psykoanalytisk teori.

2.4 Tredje generasjon: Den relasjonelle vending

På 1980- og 90 tallet dukker det som kan betegnes som tredje generasjons KDP-utviklere opp. Sentrale bidragsyttere er blant andre Lester Luborsky (1984) med sin ”supportiv-expressive” psykoterapi, Mardi Horowitz (1988) med sin personlighetsorienterte modell av KDP, Joseph Weiss og Harold Sampson med terapi basert på kontrollmestringsteori (1986) og Hans Strupp og Jeffery Binder (1984) med ”Time-Limited Dynamic Psychotherapy” (TLDP). Med den relasjonelle vending skifter fokus fra drift til relasjon, fra ego til selv og fra objektivitet til intersubjektivitet (Killingmo, 1988). Den relasjonelle tilnærmingen er ikke en egen skoleretning, men kan forstås som en overordnet og integrerende betegnelse på interpersonlig psykoanalyse, objektrelasjonsteori, psykoanalytisk selvpsykologi, mentaliseringsteori og kontrollmestringsteori. Den relasjonelle forståelsen er historisk forankret i arbeidene til blant andre Sandor Ferenczi, Melanie Klein, W.R.D. Fairbairn, D.W. Winnicott, Harry Guntrip og deres etterfølgere. Det som i hovedsak bringer

disse ulike teoretiske retningene sammen, er steget bort fra drifter og instinktbaserte ønsker som primær motivasjonskonstrukt, og henimot forståelsen av motivasjon som forankret i menneskets relasjonelle orientering. I motsetning til drift/struktur-modellen antar en innenfor den relasjonelle modellen at mennesket har iboende strukturer som organiserer og frembringer den mentale representasjonen av selvet og av relasjoner mellom selvet og andre. Både personlighetsstruktur, psykopatologi og den terapeutisk prosess, forstås og forklares gjennom internaliserte objektrepresentasjoner. Psykopatologi antas å være interpersonlig og intersubjektivt forankret. Samtlige ovenfor nevnte terapiutviklere ser psykopatologi i sammenheng med gjentakende mønstre av interpersonlig atferd som er maladaptiv. Nåværende relasjoner blir påvirket og konstrueres i lys av tidligere erfaringer. Spesielt påvirkingsdyktige er erfaringer fra den tidligste barndom. I drift/struktur-modellen relateres konflikt til infantile, seksuelle- og aggressive impulser. Dette er ikke nødvendig innenfor den relasjonelle modellen hvor konflikter antas å oppstå i sammenheng med motstridende ønsker i relasjon til andre mennesker. Intrapsykisk konflikt forklares altså ikke primært gjennom instinktive drifter, men inkluderer også det faktiske miljøet og dets begrensninger og tilkortkomninger. Som følge av at det faktiske miljøet pasienten har vokst opp i anses som viktig, fremkommer et fokus på det adaptive aspektet ved psykopatologiske relasjoner. En pasient kan for eksempel ha vokst opp i omgivelser der det var helt nødvendig å klare seg selv og ikke stole på andre. Samme atferd kan senere i livet, under tryggere omstendigheter, bli maladaptiv – altså virke mot sin hensikt. I tråd med dette blir ikke pasientens forsvar sett på som forsvar mot instinktive impulser som gir seg til kjenne i pasientens bevissthet. Forsvar blir snarere forstått som adaptive mekanismer som beskytter pasienten mot forventet ubehagelige affekter eller traumatiserende hendelser. Dette kan skje ved at pasienten forsøker å kontrollere relasjoner hvor negative affekter og erfaringer er forventet. Innenfor det relasjonelle perspektivet blir det også lagt vekt på nåværende faktorer som bidrar til å

oppretholde psykopatologi. Dette står i kontrast til drift/struktur-modellens klare kausale fokus på psykopatologi og fortid. Relasjonelle teoretikere forstår psykopatologi som en dynamisk og selvoppfyllende prosess. Antagelsen og frykten knyttet til visse relasjonelle erfaringer fører til en type atferd som kan framkalle og gjenskape nettopp det uønskede resultatet i relasjon til andre (jf. onde sirkler).

For de aller fleste KDP-teoretikere er det å definere fokus både et avgjørende og sentralt trekk ved terapi. De relasjonelt orienterte terapeutene skiller seg fra drift/struktur-modellen på flere måter. De tar for eksempel i bruk forhåndsbestemte ”guider” som er hjelpelige når det gjelder kasusformulering og søken etter et hensiktsmessig fokus for behandlingen. I fokusvalget har de frigjort seg fra en klar teoretisk sammenheng med Ødipus komplekset; i stedet vektlegges erfaringsnære og interaksjonelle aspekter. Dette resulterer i en større grad av variasjon i forhold til fokusinnhold enn hva en finner innenfor drift/struktur-modellene.

3.0 Strupp og Binders TLDP

Strupp og Binders korttids dynamiske psykoterapi tilstreber en integrering av klassisk og interpersonlig psykoanalytisk teori (1984). Det grunnleggende teoretiske fundamentet for modellen er psykoanalytisk, og begrep som overføring og motoverføring blir rekonseptualisert i relasjonelle termer. Personlighetsutvikling og psykopatologi forklares fra et interpersonlig og objektrelasjonelt perspektiv (Strupp og Binder, 1984). Strupp og Binder søker å legge sin TLDP tett opp til data fra kliniske observasjoner. Argumentasjonen for dette er ønsket om å unngå komplekse teoretiske konstruksjoner som ikke har åpenbare konsekvenser for terapeutisk handling (Binder, 2004). Strupp og Binder (1984) har også innlemmet funn fra forskning om terapiprosess og utfall fra forskningsgruppen ”Vanderbilt Psychotherapy Research Team” i sin teoretiske forståelse. Noe av bakgrunnen for disse studiene var ønsket om å utvikle mer konsistente kriterier for å bedømme og evaluere

psykoterapeutisk kompetanse. Vanderbilt I og Vanderbilt II studiene undersøkte om systematisk opptrening av terapeuter hadde effekt på terapiprosessen og på utfallet av terapi. Strupp og Binders terapimodell kan således også sies å bære preg av å ville imøtekomme krav om evidensbasert praksis.

3.1 Teoretisk rasjonale

TLDP vektlegger mennesket som et grunnleggende relasjonelt vesen. Gjennom samhandling med andre tilegner en seg multiple relasjonelle erfaringer som internaliseres i form av strukturer. Strukturene er en type skjema eller kategorier av generalisert viten som både kan tilpasses, endres og tillegges ny informasjon (Binder, 2004). Disse strukturene legger i sin tur grunnlaget for personligheten. Begrep som assimilasjon og akkomodasjon hentet fra utviklingspsykologi og Piaget-tradisjonen er sentralt for denne tankegangen (Piaget, 1954). Den etablerte personlighetsstruktur, og individets korresponderende interpersonlige stil vil påvirke hvordan vedkommende tolker og responderer i interpersonlige situasjoner. Dette blir indre arbeidsmodeller som guider atferd både ubevisst og bevisst (Binder, 2004).

Utvikling av psykopatologi forklares og ut fra relasjonelle erfaringer med andre. Binder og Strupp (1984) vektlegger menneskets tilknytningsbehov i psykopatologiutvikling. Tilknytningsteori postulerer at mennesket har et nedarvet pre programmert behov for å ville oppnå og opprettholde fysisk og emosjonell nærhet til andre (Bowlby, 1969, 1973, 1980). Bowlby vektla det emosjonelle båndet mellom spedbarn og omsorgsperson for adekvat fungering, og han redegjorde for hvordan psykopatologi oppstår og utvikles i mangel av dette. Antagelsen er at spedbarn har utviklet et instinktivt atferdsregister gjennom evolusjon for å opprettholde fysisk nærhet til omsorgspersonen (Bowlby, 1969, 1973, 1980). Spedbarnets eksistens er avhengig av dette for å overleve, og må derfor kontinuerlig utløse oppmerksomhet (tilknytningsatferd) fra omsorgspersonen. Båndet antas å bli opprettholdt

gjennom resiprok sosial forsterkning. Individuer som gjennomgående har opplevd stabile og trygge relasjoner antas å ha et fleksibelt atferdsrepertoar og en god mental fungering.

Utvikling av psykopatologi kan oppstå hos individer som ikke har opplevd trygghet og nærhet med signifikante andre. Individuer som lever under stressende og traumatiske betingelser vil tilegne seg reaksjonsmønstre som er adaptive for å fungere best mulig i disse betingelsene. Hvis slike betingelser vedvarer over tid, kan mønstre bli generaliserte og motstandsdyktige. Det blir forventninger individet vil bære med seg over i nye interpersonlige settinger (Strupp & Binder, 1984). Forventingene vil omhandle hvordan en blir møtt av andre, og hvordan en skal møte andre. Forventningene og samsvarende samhandlingsmønstre er ikke adaptive i nye betingelser og fører til lite fleksibel samhandling. Det vil i sin tur være til hinder for oppfyllelse av ønsker og behov (Strupp & Binder, 1984). I Strupp og Binders (1984) modell er det de nåværende, interaksjonelle mønstrene som er betydningsfulle for pasientens fungering. Det vektlegges likevel å utforske hvordan mønstrene har oppstått og hvorfor de til stadighet gjentas.

Terapeutens overordnede oppgave i TLDP er å identifisere tema fra pasientens indre objektrelasjonsrepresentasjoner som ikke lenger korresponderer med pasientens nåværende interpersonlige realitet (Strupp & Binder, 1984). I terapien utforskes hvilke antagelser pasienten har bygd sine interpersonlige skjema på, og hvilke negative konsekvenser disse antakelsene har skapt. Det tenkes også at pasientens karakteristiske samhandlingsmønstre vil utspille seg i terapirommet med terapeuten, her-og-nå og at dette kan brukes direkte i terapi. Terapeuten kan ved å skape bevisstgjøring rundt dette, samt legge til rette for korrektive erfaringer, kunne bidra til begynnende endringsprosesser. Et av målene er at pasienten skal få innsikt i hvordan hans eller hennes antakelser om andre og de negative interaksjonsmønstrene med andre har bidratt til holdninger og affekter som er negative overfor selvet. Et annet mål er å åpne opp for at pasienten kan konstruere en annen oppfatning. Det tenkes at innsikt i egne

interpersonlige mønstre vil fasilitere utvikling av mer adaptive samhandlingsformer, noe som igjen fører til at pasienten vil oppleve å få oppfylt viktige interpersonlige behov. En slik endring assosieres med en mer overordnet fungering, og reduserer symptombelastning (Binder, 2004).

Innenfor en relasjonell tradisjon er de terapeutiske strategier tett sammenvevd med, og inkorporert i, den interpersonlige kontekst mellom pasient og terapeut. Det er derfor vanskelig å sortere ut spesifikke endringsmekanismer i Binder og Strupps modell. I deres TLDP fokuseres det på *prosess*, og prosessen blir terapeutisk fordi pasientens maladaptive mønstre også utspilles i samhandling med terapeut. Terapeuten må finne ut hvilken latent mening det er pasienten formidler med sin atferd, og skape en økt bevissthet hos pasienten for dette. Når pasienten oppnår slik innsikt, vil han eller hun kunne begrense maladaptiv atferd, og de påfølgende negative responsene pasienten har vekket hos andre eller i interaksjon med andre svekkes eller faller helt bort (Strupp & Binder, 1984).

3.2 Fokusformulering

Arbeid med et avgrenset fokus og tilhørende begrenset målsetting er som nevnt et definisjonskriterium på KDP generelt. I TLDP har terapeuten et klart ”bevisst kognitivt kart”, eller en arbeidsmodell å identifisere og avgrense fokuset. Her må det inngå en oversikt over pasienten, konteksten rundt, og pasientens plager. Det må foreligge tilstrekkelig informasjon, slik at terapeuten kan se problemet og designe intervensjonsstrategier ut fra dette. I TLDP tenkes problemene å være av grunnleggende relasjonell art. Terapeuten må samle inn og organisere terapeutisk viktig informasjon for så å inkorporere denne informasjonen systematisk i terapien. Å avgrense og formulere et fokus er forstått som en sentral del av det terapeutiske arbeidet, og både prosess og utfall av denne aktiviteten er nyttig for pasienten.

TLDP-fokuset kan ifølge Binder (2004) forstås som en ad hoc individualisert teori. Det skal klargjøre og knytte sammen atferd og erfaringsmessige fenomen som ellers fremstår som urelaterte. Fokus i TLDP formuleres i henhold til en spesifikk struktur som er designet for å gjøre terapeutisk relevant informasjon mer oversiktlig og lettere tilgjengelig. Dette formatet kalles "Cyclic Madaptive Pattern" (CMP) og har som formål å hjelpe til med tydeliggjøring av fokus (Binder, 2004). Formulering av CMP er et verktøy eller en guide som skal holde terapeuten fokusert på innhenting, sortering og organisering av sentral informasjon. CMP søker å fange opp pasientens antakelser om det egne selvet og om andre, hvordan pasienten ubevisst gir seg selv og andre roller og hvordan disse spiller seg ut i uheldige interaksjonssekvenser. CMP ser også på sammenhengen dette har med tendensen til å nedvurdere seg selv og de negative affektene pasienten opplever som følge av dette (Strupp & Binder, 1984).

Selve formatet for et CMP inneholder fire kategorier med informasjon. Den første kategorien er handlinger som selvet utfører av privat eller offentlig art ("egenhandlinger"). Den andre kategorien er forestilte forventninger pasienten har om andres reaksjoner på ens egne handlinger, både bevisste og ubevisste. Den tredje kategorien er selvets observasjoner av handlinger utført av andre mot selvet. Selvets tolkninger av andres handlinger og intensjoner baseres ofte på feilkonstruksjoner eller misoppfattelser som samsvarer med ens fryktede og forutinntatte forventninger. Den fjerde kategorien er handlinger utført av selvet mot selvet. Dette er handlinger som refererer til hvordan en behandler seg selv og bærer ofte preg av å være av selvkontrollerende eller selvstraffende karakter.

Terapeuten bruker CMP-formatet både for å fremdrive pasientens forankrete livshistorie, for å drive frem hva som blir fokuset for terapien, og for å skape spesifikk, individuell mening (Strupp & Binder, 1984). En utarbeidet CMP-formulering skal kunne reflektere pasientens rigiditet, og tendens til å gjenta sine maladaptive mønster, og det tenkes

at mønstrene har en syklisk karakter. Alt i alt skal CMP-formuleringen gi en integrert forståelse av pasientens problem og fasilitere videre arbeid. Pasientens individualiserte CMP blir selve fokuset for resten av terapien, en arbeidshypotese som guider den terapeutiske prosessen, men som likevel kan justeres og tilpasses.

Fokusvalget i TLDP bygger på to prinsipper. Det første er at mennesker konstruerer sin livshistorie i en interpersonlig arena. Det andre prinsippet er at tilgang på ens livshistorie skjer ved å fortelle om den. Denne prosessen kalles *narrasjon*, og kan beskrives som en oppdagelsesprosess eller en organisert utforskning (Strupp & Binder, 1984). Termen *narrasjon* har en kognitiv kvalitet, men i TLDP kreves det en emosjonell opplevelse for at det skal være et terapeutisk nyttig fenomen. Termen *renarrasjon* referer i utgangspunktet til det å fortelle om eller endre ens livshistorie. En omfortelling av en livshistorie kan skape en ny og alternativ forståelse. I TLDP foregår *renarrasjon* ved at terapeut og pasient sammen tar for seg det som har vært sentrale interpersonlige dilemma i pasientens liv. I en omfortelling vil den tidligere maladaptive atferd forstås som å ha skjedd av nødvendige grunner i den særskilte verden som pasienten levde i på daværende tidspunkt. Gjennom omfortelling søker en å finne alternative muligheter å kunne forstå, føle og handle på som gir bedre og mer kontrollerbare utfall i pasientens nåværende realitet (Strupp & Binder, 1984).

I TLDP vektlegges *mennesket som handlingsagent*, og terapeuten prøver å strukturere handlingene til pasienten i mønstre ved hjelp av CMP. Det gir en oversikt over de forutsigbare situasjonsbetingede mønstre av følelser, ønsker og handlinger som pasienten har. Mange aspekter av mønstrene er ubevisste, og pasienten vil derfor leve de ut som om de representerer absolutte sannheter. Pasienten trenger derfor å bevisstgjøres på at dette kun er en av flere mulige versjoner av virkeligheten. Gjennom arbeid med fokuset genereres viten om pasientens livshistorie, slik at terapeut og pasient sammen kan se den nåværende problematiske opplevelsen som relativ og meningsfull i lys av tidligere erfaring. Deretter kan

det foretas passende revisjoner og legges til rette for en ny forståelse. En ønsker at pasienten skal kunne reflektere over seg selv, differensiere og regulere følelser og tanker, og kunne observere seg selv og andre i interaksjon på en bedre måte (Strupp & Binder, 1984).

Det første steget for å finne fokus er å observere og lytte til pasientens særskilte måte å fortelle sin historie på, med sitt eget språk og egen struktur. Hva er det pasienten tar med og hva unnlates i historien? Dette gir verdifull informasjon om hvordan han eller hun organiserer sin livshistorie og grunnleggende antakelser om selvet og andre på som terapeuten kan sette inn i CMP-formularet. Det neste steget er å etterspørre og utforske det pasienten ikke forteller noe om, slik at alle fire komponentene i CMP blir oppfylt. Når dette er gjort, kan terapeuten gjennom den terapeutiske prosessen begynne arbeid med å at pasienten skal bli bevisst dette mønsteret og dets maladaptive natur (Strupp & Binder, 2004).

4.0 Hanna Levensons integrative modell

Hanna Levenson har videreutviklet Strupp og Binders originale TLDP fra 1984. Levensons TLDP er mer integrativ av natur fordi hennes terapeutiske tilnæringsmåter bygger på flere ulike teoretiske og metodiske bidrag (Levenson, 2010). Levenson vektlegger også endring gjennom affektiv opplevelse i større grad. Det tenkes at nye affektive opplevelser vil modifisere maladaptive antagelser om interaksjonsmønstre med andre mennesker i større grad enn innsikt alene. Innenfor terapiens trygge rammer legges det til rette for korrektive opplevelser ikke bare i relasjon til terapeuten, men også i forhold til signifikante andre. Terapeuten kan gi hjemmeoppgaver som omfatter spesifikke typer av samhandling med andre. Det kan være utfordrende for pasienten å eksponere seg for dette, men gjentatte korrektive erfaringer vil svekke hans eller hennes negativt ladede forutinntatte antakelser. Pasienten får en økende forståelse for at det finnes alternative måter å samhandle på i mellommenneskelige relasjoner, og derved også andre måter å bli oppfattet på som gir

mer tilfredsstillende utfall. Levenson (2010) bygger i stor grad på Binder og Strupps TLDP, men innlemmer flere aspekt fra tilknytningsteori, interpersonlig-relasjonell teori og opplevelse-affektiv teori. John Bowlbys klassiske bidrag om tilknytning, separasjon og tap (1969, 1973, 1980) har i stor grad påvirket Binder og Strupp sin modell og kommer eksplisitt til syne også i Levensons modell. Forskning gjort av Meltzoff og Moore (1977) har funnet evidens for at spedbarnets tilknytningsatferd ikke er lært, men tilstede i atferdsregisteret allerede få timer etter fødselen. Behovet for trygghet og kjærlighet antas å være på lik linje med andre basale menneskelige behov. Får ikke barnet dekket behovet, vil det kunne gi negative konsekvenser og svekke evnen til å skape og opprettholde nære bånd til andre senere i livet.

Bowlby beskriver (1988) hvordan tilknytningsbehov og atferd fortsettes utover livsløpet, der en som voksen skaper og forblir tilknyttet til nære personer. I voksen alder kommer tilknytningsatferd i større grad til uttrykk under stressende betingelser, det er da en trenger å vende seg til andre for å søke trøst og bekreftelse. Det finnes evidens for at voksne med sikker tilknytning har større autobiografisk hukommelse og bedre menaliseringsevner sammenlignet med voksne med usikker tilknytning (Fonagy & Target, 2003). Slike ferdigheter anses å være sentrale for affektregulering og ses på som en indikasjon på god mental helse. I Levenson (2010) sin variant av TLDP settes tilknytning i sammenheng med utvikling av indre arbeidsmodeller som guider hvordan en opptrer og forventer å bli møtt i den relasjonelle verden. Individet har forventninger for hvordan det vil bli behandlet av andre basert på tidligere erfaringer. Dette påvirker og organiserer i sin tur hvordan individet ser og føler om seg selv. Individ som er trygt tilknyttet antas å ha adaptive måter å uttrykke seg på og å handle på i forhold til andre. Individ som ikke er trygt tilknyttet antas å ha utviklet maladaptive interaksjonsmønstre. Formålet med terapien er for Levenson å vise pasienten at det finnes alternative måter en kan forholde seg til seg selv og andre på. I Strupp og Binders

modell er det hovedsakelig innsikt om dette som vektlegges, mens det hos Levenson (1995, 2010) i større grad tilstrebes opplevelsesbasert læring. Men hvordan kan så slik læring oppnås? Levenson (2010) poengterer hvordan nye erfaringer og opplevelser en pasient skal tilegne seg ikke vil være innholdsbasert, men snarere prosessfokusert. Det lar seg vanskelig definere spesifikt hvordan ny erfaring kan oppnås, da den presise formen for en slik ny type erfaring i en terapeutisk situasjon sjelden kan predikeres. Et individs indre arbeidsmodeller vil også være stabile og motstandsdyktige mot endring fordi de har vedvart over lang tid. Modellenes motstandsdyktighet ses også i sammenheng med at individet fremdeles bruker modellene i mangel på andre måter å relatere seg til andre på. Det er derfor det trengs gjentatte korrektive erfaringer som kan utfordre gyldigheten av modellene.

I Levensons modell får emosjoner større plass enn hos Strupp og Binder. Det har de siste årene kommet betydelig empirisk belegg for emosjoners betydning for god mental helse og fungering. Tomkins (1963) har bidratt med sin scriptteori og Lazarus (1991) med hvordan kognisjon og motivasjon kan predikere og forklare emosjoner. Videre bidrag er Damasio med somatisk markørteori (1999) og Ledoux (1996) som har vist hvordan emosjoner virker bidireksjonalt, der kropp og hjerne gjensidig påvirker hverandre, og kan øke eller minske emosjonell reaktivitet. Disse og flere har gitt viten om emosjoner som adaptive, organiserende og kommunikative agenter som guider individet i handling mot seg selv og andre (Levenson, 2010). Pasienter som oppsøker terapi har ofte manglende evne til å skille mellom emosjoner, eller har liten toleranse for å kjenne på dem (Holthe, Rønnestad & Nielsen, 2000, s.71-90). I terapi kan pasienten bli mer bevisst på, og få erfare og prosessere emosjoner på mer adekvate måter. Stadig flere terapeuter som tidligere definerte seg som å tilhøre tradisjonelle psykodynamiske retninger lar seg nå inspirere av slik tankegang. Det er blant annet utviklet en egen terapiform av Greenberg (2002) som rendyrker dette, der av navnet ”emosjonsfokusert terapi”, med formål om å øke pasientens tilgang til sine emosjoner

samt øke pasientens refleksjonsevne rundt dette. Forskning av blant annet Whelton (2004) har gitt evidens for at dypere emosjonell opplevelse i terapi er relatert til mer positive terapiutfall. Levenson (2010) vektlegger opplevelse av emosjoner i terapi med bakgrunn i den overnevnte begrunnelsen. En opplevelse av affekter og pasientens mulighet for å erfare og teste ut ny atferd vil i større grad forsterke muligheten til endring. Nye erfaringer kan avkrefte negative forventinger, og gi nye positive opplevelser, der pasienten ser at det er mulig å bli respondert annerledes på. Gjentatt erfaring av dette vil i neste omgang kunne føre til endring av ens gjennomgående interpersonlige mønster.

I Levensons TLDP er det, som i originalmodellen de nåværende interpersonlige mønstrene som skaper og opprettholder dysfunksjonelle relasjoner. Fokus blir derfor å identifisere maladaptiv interaksjonsstil. Men hvordan identifiseres dette? Levenson bruker Strupp og Binders opprinnelige CMP i utarbeidelse av fokus, men har i lagt til en femte kategori (Levenson, 2010). Denne femte kategorien er terapeutens motoverføring, dvs. terapeutens emosjonelle reaksjoner til pasienten av både indre og ytre responser. Levenson tenker seg at denne type informasjon, altså hva pasienten vekker i terapeuten, kan gi viktig forståelse av pasientens dysfunksjonelle mønster.

Levenson (1995) introduserer også begrepet ”*fem minutters formulering*”. Hun tenker at en terapeut allerede etter fem minutters interaksjon kan ha innhentet mye relevant informasjon som gir grunnlag til å utarbeide arbeidshypoteser. I Levensons fem minutters formulering ses det etter spesifikke ting. Det ses om problemene pasienten presenterer er forenelig med TLDP, dvs. om problemene forklares ut fra et relasjonelt perspektiv. Det ses også etter motoverføringen. Hva er det spesifikt pasientens væremåte vekker i terapeuten? Det kan imidlertid være vanskelig for terapeuten å både være oppmerksom på egne reaksjoner og samtidig være inntunet til pasienten (Levenson, 2010). Et annet viktig aspekt med motoverføring er at terapeuten ikke må dras inn i pasientens maladaptive relasjonelle mønster.

Hvis en person vekker ubehag i oss med sin væremåte, vil en automatisk ha lyst til trekke seg unna eller avvise denne personen. Hvis dette har vært pasientens reaksjonsstil i møte med andre, må terapeuten klare å avstå fra å reagere slik, og lage en plan for hvordan en som terapeut kan opptre annerledes, for å forhindre at pasienten kjenner seg avvist og derigjennom igjen får konfirmert sine antagelser om den relasjonelle verden.

Levenson (2010) redegjør for hvordan en som terapeut benytter intuitive ferdigheter og innsikt i fokusarbeid. Dette er gjerne ferdigheter som er opparbeidet etter mange år som kliniker. Men hvordan skal ferske terapeuter kunne lære seg slike ferdigheter? Levenson (2010) har gjennom sitt arbeid tatt for seg dette der hun i opplæring av klinikere tar i bruk videomateriale av autentiske kasus for å demonstrere eksplisitt hvordan en driver frem fokus. Videre anbefalinger Levenson gir (2010) er for eksempel å tegne opp CMP i forkant av hver sesjon slik at en kan fylle ut og skrive ned stikkord underveis. Det er også viktig å nevne at det ikke ligger konkrete føringer for hvilken kategori en først begynner med i en CMP-formulering. Dette vil avhenge av hva pasienten starter med å fortelle. Levenson (2010) vektlegger at det ikke er viktig hvilken av kategoriene en setter inn ulik informasjon i, da kategoriene primært er laget for å hjelpe terapeuten til å organisere store mengder data, og alle kategoriene til slutt vil være kombinert i et narrativ ut fra CMP. For det er det CMP skal være i følge Levenson, et mulig narrativ av pasientens interpersonlige realitet, som et kart over terrenget, men ikke som selve terrenget.

Levenson oppstiller fokusformuleringsprosessen inn i tre deler: måling, konseptualisering og behandlingsplanlegging. Den første delen, måling, ligner mye på hva Strupp og Binder (1984) redegjør for i sin modell, nemlig at pasienten får fortelle sin historie på sin egen måte uten føringer. Terapeuten kan da legge merke til hvordan historien fortelles (dramatisk versus kjedsommelig), hva som inkluderes og hva som ekskluderes. Terapeuten søker så å få frem en forankret historie, ved å stille utdypende spørsmål der informasjon

mangler. Terapeuten lytter og vender også oppmerksomheten mot det emosjonelle aspektet i historien. Det at terapeuten er inntunet til det emosjonelle er mer eksplisitt uttalt hos Levenson enn hos Strupp og Binder. Det utforskes også hvordan den emosjonelle og interpersonlige konteksten er relatert til pasientens symptombilde. Terapeuten lytter etter tema i pasientens atferd og emosjoner og prøver å få et overblikk i hvordan pasientens relasjoner arter seg.

5.0 Hvordan utarbeider Levenson fokus: Analyse av videomateriale

I TLDP utarbeides et forslag til fokus for behandlingen tidlig i prosessen. Om mulig, gjerne i løpet av første time, og allerede i løpet av fem minutter skal en ha fått et visst overblikk over problemenes natur. I påfølgende avsnitt vil vi vise hvordan Levenson utarbeider fokus. Dette blir gjort på grunnlag av videomateriale utgitt av APA, to filmer, der den første består av seks terapitimer over et tre måneders tidsintervall. Den andre filmen består av første terapitime. Da det i vår sammenheng er utarbeidelse av fokus som er av interesse, vil kun den første av terapitimene belyses.

5.1 Første kasantalyse

Pasienten er en kvinne på 25 år. Hun er student ved et universitet, og har gjennom sitt studiested fått tilbud om et seks timers terapiopplegg med Hanna Levenson som terapeut. Hun er på forhånd klar over at terapitimene blir filmet. Utover denne informasjonen, vet Levenson ingenting om henne som person eller hennes bakgrunn. Med dette som utgangspunkt, hvordan starter Levenson å identifisere og formulere et meningsfylt terapeutisk fokus? Etter en kort introduksjon av noen sekunder, stiller Levenson følgende spørsmål:

Terapeut: *So I really don't know anything about you and what brings you here, so maybe you can fill me in?*

Levenson starter altså med et åpent spørsmål. Dette er i tråd med hennes versjon av TLDP, der det er ønskelig at pasienten forteller historien på sin egen måte

Pasient: *I'm currently a student at Louise University going for my master in psychology. So when I got the call about this, I was really excited to see how this all works. So I am going fulltime for that, and also two summer classes, and I am kind of little bit stressed over that right now. So, basically full time for the next two years. Intense, but it's going to be good I want to get it done so I can go on to my PhD like you have. So I am really exited.*

Terapeut: *Terrific.*

Pasient: *And then aaa, I currently work at a bank. As part time, and that's been kinda stressful to. Just a lot of different things happening at work.*

Terapeut: *M-m.*

Pasient: *We had a few people leave, and you know, I am part time and I am really working a fulltime schedule and doing school, So it is just a lot of work. So I am kinda dealing with that right now. And then in the mean time, I have a boyfriend. He lives in Kankakee, witch is about an hour form here, so about an hour from my house, and so that is a little stressful, just getting there and back and just trying to fitting everything in to my schedule. So, that's the three main issues that are affecting, are big issues in my life right now.*

Terapeut: *Right, so you are going to school fulltime, you almost got a fulltime job, and then you got a fulltime relationship.*

Pasient: *Yes, it is a lot of fulltime stuff. It is not enough hours in the day. So I am just dealing with that.*

Det er nå gått tre minutter av terapitimen. I løpet av denne tiden har Levenson latt pasienten beskrive med egne ord, hva hun føler bringer henne til terapi. Pasienten har fått snakke fritt, hvor så Levenson oppsummerer og reflekterer på en kortfattet måte den informasjonen hun har fått til nå. Videre følger Levenson opp med et spørsmål som kan åpne for konkretisering av hva pasienten faktisk ønsker å arbeide med i løpet av de tildelte terapitimene.

Terapeut: Is there something in particular, in trying to juggle all of that, that concerns you?

Pasient: aaa, just the stress level.

Det neste minuttet forteller pasienten om stressnivået som øker og en forestående presentasjon av en oppgave i forbindelser med studiene. Pasienten forteller at hun blir nervøs og kjenner på angst i forbindelse med presentasjonen fremfor klassen. Altså er stress og angst noe pasienten opplever. Levenson fortsetter med en direkte tilnærming, og undersøker hvordan hun kjenner angst og stress i kroppen.

Terapeut: And when you get really anxious Becky, what goes on for you, how do that manifest itself, how do you feel it, what happens?

Pasienten forteller at hun kan kjenne at hjertet slår raskere og at pusten er tyngre, at hun opplever å tenke på fremtidige oppgaver som igjen gjør at hun kjenner seg anspent. Hun beskriver en følelse av å være overmannet, ha for lite tid og for mange oppgaver. Levenson oppsummerer og reflekterer til pasienten det hun har fortalt. Pasienten opplever også å ha søvnproblemer.

Pasient: *I have a hard time falling asleep, and then I tend to wake up, and then I wake up at least three times with aaa, I freak out because I think I've missed my alarm. I wake up like three o'clock in the morning and be like Oh my god did I miss my alarm. Because at the bank you have to be there with two people to open up the bank, and if I am not there, I am really letting someone down. I can't do that, that's just how I am.*

Det er nå gått seks minutter av terapitimen. I dette sitatet, fremkommer det antagelser pasienten har om seg selv, "If I'm not there, I'm really letting someone down. I can't do that, that's just how I am". Det kan fremstå som viktig for pasienten å leve opp til faktiske og forestilte krav. Hun ønsker å fremstå som en selvstendig og mestrende person, samtidig kan det virke som om hun er ivrig etter å etterleve andres ønsker, kanskje på bekostning av egne behov. Pasienten fremstår svært velvillig i disse første minuttene av terapitimen også. Til dels fremstår kroppsspråk og mimikk noe avvikende fra beskrivelsene av hvor vanskelig hun opplever sin stressende livssituasjon akkurat nå. I forhold til pasientens opplevde stress, går Levenson videre med å finne ut om dette er langvarig- eller mer akutt opplevelse av stress.

Terapeut: *It's been like this not just recently, but in the past to or?*

Pasient: *Yes, even when I was younger we were always...I was in like four or five different sports, we had school, then homework, basically we go like: wake up, school, get out early from school so you could go to practice, I did gymnastics, and that was four hours, and then come home, eat three bowls of cereals, do homework and go to bed...that's the only time I'd eat, until lunch and till then so...That's been my life since I can even remember. So it's normal, but lately the sleeping, usually I don't have that, the three times waking up, so that's a little bit more recently.*

Terapeut: *I see.*

Pasient: *But the whole being on the go, it's kind of how I am, but the stress is just accumulating, were I'm having a hard time dealing with it I think.*

Levenson går nå inn og oppsummerer det pasienten har fortalt. Hun sjekker ut om hun har forstått det riktig. Det å være på farten hele tiden og ha mye energi er mer et karaktertrekk ved pasienten enn situasjonsbetinget, men har i den senere tid endret seg og manifesterer seg som angst på nåværende tidspunkt. Pasienten bekrefter at det blir vanskeligere og vanskeligere å håndtere. Levenson går videre med mestringsaspektet og sjekker ut hvilke strategier pasienten har tatt i bruk for å håndtere den opplevde angsten.

Terapeut: *Are there ways you try to deal with this anxiety?*

Pasienten forteller at hun trener mye, at dette oppleves som terapeutisk da hun ikke er oppslukt i egne tanker, men fokuserer på bevegelsene hun utfører. Videre har hun endret spisevaner og spiser sunnere mat. Pasienten avslutter med å si “and then I wanted to try and do some talk therapy, and that's way I am really here to day”.

Terapeut: *Great, I think you've really laid it all out there, very succinctly and straightforward. I appreciate that, and wonderful that you've found exercise to be of help coping with anxiety because that's one of the ways that's really been proven to be extremely helpful. What kind of exercise do you do?*

Pasienten forteller at hun trener en til to timer minst fem ganger i uken. Hun har mistet en del vekt, og er fornøyd med det hun har oppnådd. Levenson bruker tid på å sjekke ut pasientens forståelse av eget vekttap. Pasienten formidler at hun ikke nødvendigvis ønsker å gå mer ned i

vekt, men at hun vil at kroppen skal fremstå som veltrent. Gjennom oppvekst og ungdomstid har vekten variert, og pasienten sier at hun nå ønsker å ta kontroll over dette.

Terapeut: *It sounds like there are a number of areas in your life where you are kind of taking control, is that right?*

Pasient: *Yes I guess others would say I am a control freak..I like the things how I like them, and it's not like if you don't do it my way I see it as a problem but if I can kind of tell you why I do it may way, and you can respect that I do it my way, then we are not going to have any problems. I mean, I want to hear your way, maybe I can fix my way, maybe I can make improvements, but it's just important for me to be an overall strong person. Strong and independent in all aspects.*

Det er nå gått femten minutter av timen. Innholdet i samtalen har beveget seg fra å handle om trening og målrettethet, til pasientens mer generelle opplevelse av ønsket om å se seg selv som en sterk og uavhengig person.

Terapeut: *Where did you learn this?*

Pasient: *I don't know. I guess I get it from my dad. He is very much like, you know, I want you to get an education, I want you to support yourself. So I guess I just developed it from...*

Terapeut: *He is kind of a role model for you?*

Pasient: *Yes, absolutely. He's like a great person. He works every day, he's an electrician. He's up at four o'clock in the morning, works until three, and then he coaches softball. My sister plays right now for Purdue, she's a great, great athlete. So my dad actually coaches a bunch of the kids that are in the neighborhood, he does that til nine o'clock and then he goes to bed. So my life is busy, but his life is crazy busy. Because on the weekends he has*

tournaments with my sister. I guess I aspire to have that busy life, to never have a dull moment.

Levenson fortsetter å skape en forankret historie, utvider frem og tilbake i tid med sine spørsmål. Hun utforsker pasientens familie nærmere, og spør om de andre familiemedlemmene. Er de også på farten og fulle av energi? I korte trekk fremlegger pasienten et bilde av familien sin som energifulle, får ting til å fungere og samarbeider for å oppnå dette. Levenson fortsetter videre med å utvide historien i andre enden, er det noe som kunne vært annerledes?

Terapeut: *Was there anything about your childhood that you wish there would have been, or been less of looking back?*

Pasient: *Less of or more? Uhm..I wish I would have had more friends. Because we moved when I was younger. I had like a lot of friends when I was I second or third grade, and then I moved, and then it just got hard because you know the clicks are already formed in that young age. Even to be a new person in a new school is hard. And then my life revolved around gymnastics, when people were out playing, I were at the gym.*

Pasienten fortsetter å fortelle at dette med venner var vanskelig på videregående skole også. Hun har en forståelse av at hun selv har valgt venner vekk og prioritert skole og sport. Hun fokuserer på at det å få venner var vanskelig på grunn av dårlig tid. Levenson utvider, og spør om det var vanskelig på andre måter enn tidsmessig.

Pasient: *I don't know. I just sometimes dislike the way I am controlling, and I try not to, but you know sometimes I guess I turn people off. I'll be very blunt with you, I'll tell you what I*

think and some people don't like that. My goal is to respect your boundaries, but I want you to respect mine. And understand that I have things I want to say, and that I have a lot I want to do in my life and if you can't support me or if you can't understand that, than maybe it is not meant to be.

Terapeut: *Right.*

Pasient: *So my life is crazy enough as it is with so many friends that I have now. So I could not imagine having more.*

Terapeut: *So there are friends in your life now?*

Pasienten forteller at hun har mange venner gjennom sin kjæreste. Hun sier at hun ikke har behov for å skaffe flere venner på egenhånd siden de alle finner på ting sammen. Videre forteller pasienten om et år på universitet da hun bodde på campus. Hun følte seg svært isolert og hadde ingen venner. Pasienten forteller at dette endret seg da hun flyttet hjem igjen.

Terapeut: *So now through your boyfriend you've got as many friends as you need?*

Pasient: *I got a lot of friends. Yes, so I feel he has definitely helped me with that. Just to open up out of my shell. I always have been kind of a shy person. You would not think so because I can talk a lot, but around people I get really...I don't know what they are thinking, I don't know what's going on, so it just takes a little while for me to open up. I think it is a defense mechanism for all the times you get hurt by people.*

Terapeut: *You've had gotten hurt?*

Pasient: *Yes, well I think everyone has, at least in some form.*

Terapeut: *Umh. Is there an incident that kind of comes to mind about getting hurt, and how you've learned how to pull back a bit and check things out a bit more, and also have a lot*

going on just in your own personal life. Is there an incident that kind of give me a sense of how that might have been like for you?

Pasient: *Yes, absolutely. There are a few, but the one that really stands out.....*

Pasienten forteller om en nær barndomsvenninne som hun mistet kontakten med på videregående. Hun forteller at de hadde vært nære venner i seks-syv år, da de på et tidspunkt begynte å skli fra hverandre. Pasienten forsøkte flere ganger å gjenoppta vennskapet, men denne venninnen ønsket ikke det.

Pasient: *I am kind of glad that we ended up separating, but I was so close to her. You know, I was just...it was just really a strong connection, but it just faded and that really hurt me. She didn't want to connect with me.*

Terapeut: *So that was painful because you kept going to her, you felt very close to her, and you kept getting rejected.*

Pasient: *Yes, absolutely yes.*

Det er nå gått tjuseks minutter av timen. Pasienten fortsetter å fortelle om denne nære venninnen som antagelig representerer en tidlig signifikant andre i pasientens liv.

Terapeut: *That really hurt you, and somewhere you kind of know that I am not going to get my self in this kind of position over and over again.*

Pasient: *Right.*

Terapeut: *Because that really hurt.*

Pasient: *And also I think it really hurt because I wasn't getting my needs met. She wasn't reciprocating, so I have a hard time with that. I think when I try and make friends now, I put*

all this effort in to it, you know. I would go out of my way, I'll find things or make ideas or suggestions or something. I am thinking that if I put in all this effort they will give me something, but I am just always on the defense, and sometimes I don't feel like I am getting anything back.

Terapeut: *Wow, that can also be very dismaying.*

Pasient: *It's frustrating because I want them to...you know, you got to meet somewhere. And I feel like I am always the one giving, and it is just...it is not, it is upsetting.*

Terapeut: *M-m, and does this get played out at all with your boyfriend?*

Pasient: *Absolutely, because I am the one, I guess, in the relationship that would go every time to his house.*

Pasienten forteller videre at hun skulle ønske at kjæresten hennes tok initiativet til å være sammen med henne også når det ikke var beleilig for han av andre grunner, for eksempel nærhet til jobb og lignende.

Terapeut: *So Becky, what's going on inside for you right now? I see something's going on.*

Pasient: *It's upsetting.*

Terapeut: *Yes, I can see that in your face.*

Pasient: *Just frustrated (gråt).*

Terapeut: *Yes, this hurts. I see that. It's like, why isn't he going out of his way for me? When I go out of my way for him, why isn't he giving when it is not convenient. This is of concern to you.*

Pasient: *It's like the relationship with the friends, I give and I give, and I want something back.*

Terapeut: *Does he know how much this hurts you?*

Pasient: (rister på hodet).

Terapeut: *No, you kind of kept that from him?*

Pasient: *I am scared.*

Terapeut: *Tell me about it.*

Pasient: *I am afraid he would leave. I'll say my needs and then he'll leave. It scares me, because I just don't think I could find anyone else, and I don't want to. It just terrifies me, and I guess what I do, which is bad, because I enable, because I don't bring it up, I don't show that it hurts me in real ways like tell him, I am more subtle about it. And I know that I can't expect him to read my mind, but at the same time I wish he would see all the effort I put in, and respect that I try really hard. I love him and I want him to do the same, meet me half way, because I feel like I just give and I give and I get nothing back.*

Terapeut: *Wow, who would know that there's all this pain underneath going on for you. I really appreciate that you're feeling such bind.*

Pasient: *I do. You know, I am just struggling between telling him and not telling him, and I want to tell him but I am, you know, I am scared.*

Terapeut: *You're scared. It sounds like somehow you don't believe that you'd be enough, you know. That he really just loves the you that's the giving, giving, giving?*

Pasient: *Yes, absolutely. I think I am not, I have to keep giving to make sure I am enough for him. I absolutely feel that way, and I think about it all the time, and I'll cry, I'll cry about it and it is just frustrating to, I know, I am a very goal oriented person, I know what I would have to do, I just don't know if he would leave.*

Pasienten fortsetter å fortelle om hvor vanskelig det er for henne å si til kjæresten at hun blir såret av hans oppførsel. Hun forteller at det skinner igjennom på andre måter, for eksempel ved å starte en krangel om noe som egentlig er uvesentlig. Det er nå gått trettitru minutter av

timen. På dette tidspunktet har Levenson allerede fått et inntrykk av pasientens relasjonelle mønster, og et CMP begynner å ta form. Levenson ønsker å konkretisere dette, og spør pasienten etter eksempler på situasjoner der hun føler at hun gir uten å motta noe tilbake. Pasienten forteller om ulike situasjoner der hun opplever det som tydelig at kjæresten ikke prioriterer å tilbringe tid sammen med henne, likevel nedlegger pasienten stor innsats i å besøke han/vente på han.

Terapeut: How do you understand this how do you make sense of it, because obviously you thought a lot about it.

Pasient: Yes I have. I make sense of it because I guess I rationalize his busy life, and I say you know what, I know he's got stuff going on and I understand that, you know, he want to hangout with the guys, and I understand that, and I guess I just accept it as me being selfless again, me being putting up with it. I drove an hour to see you, you don't want to see me evidently, so I guess I will give up my time and stay there, and then you can leave.

Terapeut: So you say you rationalize that behavior, so you make it sounds like you don't fully believe it when you tell yourself that story?

Pasient: No, not at all.

Pasienten forteller om en episode der kjæresten hennes forlot henne til fordel for å dra på byen med venner. Det er nå gått trettiåtte minutter av timen. Levenson responderer med å oppsummere tidligere informasjon.

Pasient: I cry that whole night, because he was drunk the whole night, he basically past out in the car. I cry the whole way home.

Terapeut: *But he doesn't know that you are crying the whole night, he doesn't know how you are feeling so slighted by his behavior. He doesn't know this. You fear that if you tell him he will say, who needs you, if you are going to complaint or need something from me, who needs you.*

Pasienten utdyper og bekrefter dette i form av å sitere utsagn hennes kjæreste har kommet med tidligere. Levenson fortsetter med å utvide sin oppsummering, og presenterer til slutt det fremskridende mønsteret for pasienten.

Terapeut: *This must be even more painful because you've led your life kind of being very in to yourself, even that painful time when you first went away to school and crochet, you went to the computer games, and you remembered back to that friend, you know, that childhood chum who than turned her back on you.*

Pasient: *That is basically what I say.*

Terapeut: *And so, I mean this must be like, here I have aloud my self to really get close, I have aloud my self to really attach to you and to care about you, and to give to you, and now this is particularly frightening because, oh my goodness, now that I am out on a limb, what will happen if he cut that limb back.*

Pasient: *And I am very independent but...*

Terapeut: *Right, you're kind of complex. There's that independent side of you, you workout, you're going to school, you're working at the bank and you are making your life, and then there's the side of you that really want's to be connected, and want's to bee seen and appreciated for who she is and to be given too, and to have a kind of a give and take, give and take.*

Pasient: *Absolutely.*

Terapeut: *So there are all those parts to you, and here you are, they are all kind of coming together all at ones.*

Pasient: *Yes I know, taken ahead there. Frustrating.*

Terapeut: *You're almost right up against yourself. It is almost like you are right up against a pattern, right, that you have established over your life that kind of be okay, but now it is not okay, that way of operating in the world, that way of give and give and give, doing, doing. It's not okay right now. You want something more, but now it's like, if I dear ask for something more, what's going to happen. It is an important time for you.*

Pasient: *Yes, life changing.*

Terapeut: *Could be.*

Pasient: *I think so.*

Terapeut: *It sounds like it's some kind of self-esteem issue going on. Is that right?*

Pasient: *Yes, always. That's forever.*

Terapeut: *And here you are, really dealing with it.*

Pasient: *Finally, twenty-two years later. I deal with it now.*

Terapeut: *But this is maybe part of way you're here. It's kind of steering you in the face right now. Some of it has to do with my boyfriend, but some of it has to do with me. What I feel I am deserving of, is that right?*

Pasient: *M-m. I defiantly agree. And I have always known it, you always have a feeling, and I can talk it out but actually doing it is completely different, and that's with everything. I think if I can make one change with the whole exercising and, you know, eating right, I think I could make some more changes.*

Terapeut: *I see what you are saying. I shifted this in my life, and doing something healthy for my self, and maybe I can shift over here and do something healthy for my self.*

Pasient: *That's what I want.*

Første terapitime er over, og en kan tydelig se konturene av et CMP. Denne DVDen inkluderer et kort intervju med Levenson etter hver terapitime. Her gir hun uttrykk for at det har vært en god start, og at hun er optimistisk med tanke på muligheten for å gjøre et stykke arbeid med denne pasienten. Hun forteller at hun i første time har fokus på å oppnå en god, terapeutisk allianse. Videre ønsker hun å høre pasientens historie. Levenson er som nevnt mer opptatt av emosjoner enn Strupp og Binder, allerede i første sesjon utforsker hun pasientens emosjonelle bevissthet. Pasienten i dette eksempelet forteller at hun opplever angst som følge av sitt hektiske liv. Levenson utforsker hvordan angsten manifesterer seg i pasientens kropp. Ved å få pasienten til å fokusere på kroppslige reaksjoner, kan Levenson få en pekepinn på hvor bevisst pasienten er sine egne emosjoner (Levenson, 2010). Rasjonale bak en slik måte å arbeide på er at opplevelse av emosjoner har betydning for endring. Levenson anser det som positivt for pasientens prognose når hun fremviser forståelse for både det fysiske og mentale aspektet ved egne opplevelser. Underveis når pasienten forteller sin historie, lytter Levenson aktivt og assosierer hele tiden. Disse tankene er på nåværende tidspunkt kun antagelser, og lar seg endre og forme etter hvert som pasientens historie utfolder seg.

Levenson bygger deler av sin forståelse for utvikling av psykopatologi på tilknytningsteori. Hvordan gjør dette seg gjeldene hos denne pasienten? Hvorfor er det slik at hun skjuler hvordan hun har det og ikke kan si hva hun trenger fra andre? Er det fordi det ikke har vært akseptabelt for henne å kreve dette? Har det ikke vært rom for det i samhandling med tidlige omsorgsgivere og signifikante andre? Er det nå blitt en del av hennes mestringsstil å undertrykke disse behovene? Dette er eksempler på løse tanker og hypoteser som kan dukke opp på nåværende tidspunkt av terapien, og de er justerbare. Levensons TLDP er prosessbasert og ikke tematisk innholdsbasert. I sammenheng med dette kasuset kan det for eksempel bety at for å oppnå effekt av behandling kreves det ikke at pasienten slår opp med

kjæresten sin. Fokuset er derimot på å få nye erfaringer og ny forståelse som vil hjelpe henne til å frigjøre seg fra rigide antakelser og atferdsmønster som har skapt emosjonelle- og atferdsmessige dysfunksjonelle mønstre. Når dette er sagt, ser vi likevel at Levenson er opptatt av å få frem konkrete eksempler. Hun sier i intervjuet etter første terapitime at "the devil is in the details". Det er altså viktig å spørre om spesifikke hendelser og eksempler for å forstå hva som leder til hva, og hvilke følelser som henger sammen med det pasienten snakker om. I denne prosessen er det viktig å ikke bli opphengt i spesifikt tematisk innhold, men få frem det underliggende og vedvarende aspektet ved hjelp av de konkrete eksemplene. På denne måten kan konturene av et CMP ta form.

Handlinger utført av selvet. Denne kategorien inneholder pasientens tanker, følelser, motiver, oppfattelser og atferd av interpersonlig natur. Pasienten uttrykker frustrasjon og unnskylder seg samtidig. Hun gjør alt for å etterleve andres ønsker og behov. Videre viser hun ikke andre hvordan hun selv har det eller hva hun trenger.

Neste kategori er: *Forventninger om andres reaksjoner.* Denne kategorien omhandler hvordan pasienten forestiller seg at andre vil reagere på en selv. Dette fremkommer gjerne i form av utsagn. Pasienten er redd for at kjæresten hennes vil forlate henne hvis hun krever noe fra han i retur. Det fremkommer også en lignende dynamikk mellom henne og venner: Hvis jeg uttrykker mine behov, vil kjæresten forlate meg fordi jeg er en "klengete og masete" kjæreste. Hvis jeg er ærlig og uttrykker hvem jeg er og hva jeg trenger, vil jeg bli "avvist" og forkastet. Det kan antas å være en del av pasientens tilknytningsstil. Slik antakelser oppstår i barndom i samhandling med tilknytningsspersoner. Levenson tar aktivt i bruk tilknytningsteori for å komme frem til et fokus.

Handlinger utført av andre mot selvet. Denne kategorien består av pasientens observasjoner, oppfattelser og tolkninger av andres atferd. De tar henne for gitt, imøtekommer ikke henne og respekterer henne ikke.

Videre består CMP av: *Handlinger utført av selvet, mot selvet (introjekter).* Denne kategorien rommer alle pasientens tanker, følelser og atferd som angår selvet. Becky sitter inne med en forståelse av at hun bare må gi, og undertrykke egne behov. ”Ingen kan elske meg for kun meg, jeg må fortsette å gi for å forsikre meg om at jeg betyr noe og er av verdi for han (hennes kjæreste). Jeg kan ikke få kreve noe”. Levenson har lagt til en femte kategori til CMP, nemlig motoverføringsreaksjoner. Her tillater terapeuten å kjenne på hva pasienten vekker i han eller henne. Hvilke samhandlingsmønstre trekkes terapeuten inn i sammen med denne pasienten? Hva opplever terapeuten i form av tanker, følelser og intuisjon? Dette er kilder til viktig informasjon. Pasientens virkning på terapeuten vil trolig ikke være veldig annerledes enn virkningen pasienten har på andre mennesker i sitt eget liv. Pasienten i dette kasuset, er særdeles entusiastisk og imøtekommende, videre står ikke kroppsspråket alltid i stil med det tematiske innholdet pasienten formidler med ord. Dette endrer seg noe etter omtrent tretti minutter ut i terapitimen. Samtalen handler nå om venner, og om pasientens vansker med å inngå i gjensidige relasjoner. Det at pasienten i utgangspunktet er så velvillig som pasient, kan være et hinder for terapeutisk fremgang. Denne atferden kan i første omgang vekke positive følelser hos terapeuten, men det er viktig at terapeuten ser igjennom dette, da det i realiteten er pasientens dysfunksjonelle mønstre som utspiller seg også i terapirommet.

Levenson tar i bruk de fem kategoriene når hun arbeider med å finne frem til pasientens CMP. I slutten av første time, formidler Levenson det aktuelle CMP til pasienten. Levenson er tydelig på at det aktuelle mønstret har vært fordelaktig for pasienten på et tidspunkt i livet, hun validerer at det har fungert på en adaptiv måte, men at dette nå har endret seg. I løpet av første terapitime har Levenson kommet frem til et fokus for det videre

terapiarbeidet. Det er med utgangspunkt i denne viktige delen av arbeidet, at terapiforløpet kan planlegges.

5.1.1 Tabell 1. Syklisk maladaptivt mønster (CMP). Identifikasjon av informasjon.

Handlinger utført av selvet	<p>I think when I try and make friends now, I put all this effort in to it, you know. I would go out of my way, I'll find things or make ideas or suggestions or something. I am thinking that if I put in all this effort they will give me something, but I am just always on the defense, and sometimes I don't feel like I am getting anything back.</p> <p>Terapeut: Wow, that can also be very dismaying.</p> <p>Pasient: It's frustrating because I want them to...you know, you got to meet somewhere. And I feel like I am always the one giving, and it is just...it is not, it is upsetting.</p>
Forventninger om andres reaksjoner	<p>I am afraid he will leave. I'll say my needs and then he'll leave.</p>
Handlinger utført av andre mot selvet	<p>Terapeut: I see that. It's like, way isn't he going out of his way for me? When I go out of my way for him, way isn't he giving when it is not convenient. This is of concern to you.</p> <p>Pasient: It's like the relationship with the friends, I give and I give, and I want something back.</p> <p>Pasient: Yes I have. I make sense of it because I guess I rationalize his busy life, and I say you know what, I know he's got stuff going on and I understand that, you know, he want to hangout with the guys, and I understand that, and I guess I just accept it as me being selfless again, me being putting up with it. I drove an hour to see you, you don't want to see me evidently, so I guess I will give up my time and stay there, and then you can leave.</p> <p>Pasient: I cry that whole night, because he was drunk the whole night, he basically past out in the car. I cry the whole way home.</p>
Handlinger utført av selvet mot selvet	<p>Terapeut: It sounds like somehow you don't believe that you'd be enough, you know. That he really just loves the you that's the giving, giving, giving?</p> <p>Pasient: Yes, absolutely. I think I am not, I have to keep giving to make sure I am enough for him.</p>
Motoverføringsreaksjoner	<p>Levenson vil trolig kjenne på at hun har en god kjemi med denne pasienten fordi pasienten er åpen og responderer fint på spørsmålene som stilles. Etter 30 minutter er de allerede i gang med tema som er vanskelig for pasienten. Dette vil trolig også vekke emosjoner hos terapeuten, for eksempel engasjement. På den andre siden kan det virke som om pasienten prøver å være en "god pasient" og gjøre det hun tror terapeuten ønsker (være entusiastisk og følge med). Da denne etterlevelsen er en del av hennes dysfunksjonelle mønster, kreves det en oppmerksom terapeut, slik at ikke terapiprosessen stagnerer når det utspiller seg i terapirommet.</p>

(Forts. neste side)

Mål: Ny erfaring**Intrapersonlig**

Siden pasienten har en tendens til å etterleve og glede andre selv om dette går på bekostning av de faktiske, autentiske emosjonene pasienten opplever, bør terapeutiske intervensjoner ta sikte på å fremme pasientens opplevelse av seg selv som verdifull. Videre, fremme pasientens evne til å si hva hun tenker og føler på en måte som gir rom for selvhevdelse.

Interpersonlig

Terapeuten ønsker at pasienten skal få en opplevelse av at hun er interessert i henne for den hun er, og ikke fordi denne kvinnen er ettergivende og ivaretagende i pasientrollen.

Mål: Ny forståelse**Intrapersonlig**

Terapeuten ønsker at pasienten skal få en forståelse for hvordan det å undertrykke egne emosjoner kan føre til en opplevelse av selvet som mindre verdifullt.

Interpersonlig

Videre vil det å ikke ha et autentisk uttrykk for egen emosjoner, fremkalle de samme reaksjonene fra omgivelsene som hun i så stor grad frykter (for eksempel at hennes kjæreste ikke prioriterer henne når det ikke er beleilig for han).

Rammeverket for tabellen er hentet og oversatt fra: *Time-Limited Dynamic Psychotherapy: A Guide to clinical Practice*, by H.Levenson, 1995.

5.2 Andre kasusanalyse

I den andre filmen er pasienten en 35 år gammel kvinne. Det fremkommer ikke noe bakgrunnsinformasjon annet enn at hun frivillig har gått med på å delta. Kvinnen sitter ovenfor Levenson, med et bord i mellom dem.

Terapeut: *Well hello Cheryl! My name is Hannah Levenson, first of all I would say I really appreciate you coming here today, dealing with the cameras and all.*

Levenson åpner med å skape en trygg atmosfære som videre kan fasilitere en god terapeutisk relasjon.

Pasient: *It's a bit nerve-racking.*

Terapeut: *It's frustrating, but they'll fade into the background as we go on. We have 45 minutes here today and I am wondering if you had any thought about where you'd like to go today, how you'd like to use the time today?*

Levenson setter rammene for sesjonen. Videre er hun raskt ute med å oppfordre pasienten til å fortelle sin historie uten noen føringer. Hun stiller et åpent, men fokusert spørsmål.

Pasient: *Well actually I'm recently divorced. I got divorced in September and it was my second divorce, so now I'm well, I should say, we were separated a year and a half, so I've been single now for almost two years, and I'm starting to date little more seriously, so I just wonder, I am very worried that I'm going to repeat the same, you know the same relationships that I just got divorced from. So that's yeah, that's kind of what I'm curious about.*

Levenson oppsummerer det pasienten har sagt, og spør hvordan det oppleves for pasienten å være singel. Pasienten utdyper dette og kommer inn på at hun ikke har ønsket noen nye forhold etter dette, men at hun den siste tiden nå har datet en mann i 4 måneder. Hun kjenner at forholdet er i ferd med å bli seriøst, og er bekymret for at hun velger samme type mann som tidligere. Levenson sjekker ut om det er paralleller fra første ekteskap og det andre ekteskapet. Pasienten mener at det ikke er det. Det første ekteskapet ble inngått da hun var 18 år og var et bra forhold med en snill mann. Det endte fordi pasienten savnet et vanlig ungdomsliv, og ville separere seg. Etter dette innledet hun raskt et forhold til en ny mann som hun ikke giftet seg med. Forholdet deres var ikke bra, og det er den relasjonelle karakteren fra dette forholdet som går igjen i pasientens andre ekteskap. Levenson sjekker ut hvor lenge forholdene varte og om pasienten har barn. Pasienten forteller at hver av hennes tre forhold har vart i fem år og at hun fikk sitt første barn med mann nummer to og sitt andre barn med mann nummer tre. Levenson oppsummerer informasjonen pasienten kommer med.

Terapeut: *So are you seeing a pattern here or not, you say the first marriage was more that ended because you were 18 and you were young and...*

Pasient: *You know, I wonder, my first marriage, everything was really good but it just didn't feel comfortable. It was not the kind of relationship I saw with my parents growing up, it just did not feel comfortable to me, you know, and I think it is because I never made it my home, you know. I never just really was connected to it and after I left, you know the second relationship I met somebody. I mean with the same conflict, the same drama, you know of my childhood, it was exactly the same kind of nonsense that went on while I was growing up and then although I was unhappy in that relationship it felt more comfortable for me.*

Terapeut: *It felt more comfortable because it was familiar.*

Pasient: *Yes.*

Terapeut: *And what was that dynamics that was similar?*

Levenson konstaterer det pasienten sier og sjekker videre ut hvorfor det følte kjent. Levenson fremstår som om hun prøver å forstå informasjonen ut fra pasientens verden uten å være forutinntatt. Pasienten forteller at det kjentes komfortabelt fordi det minner henne om hennes oppvekst. Levenson ønsker å få dette nærmere spesifisert, det vil si, hvordan og hva det er som minner henne om egen oppvekst, og formulerer sine spørsmål deretter. Pasienten forteller at den andre mannen hennes ikke hadde arbeid, og lente seg på henne mens hun hadde 2-3 jobber, samt en liten baby og gikk på skole. Hun gjorde alt og han ingenting. Han var vanskelig å gjøre glad og var misfornøyd med henne på tross av alt hun gjorde. Pasienten begynner så å fortelle hvordan dette var likt forholdet mellom hennes mor og far, og henne selv og far. Pasienten går over til å snakke om far. Far var vanskelig å gjøre glad, ikke interessert i henne, og de hadde en dårlig relasjon. Pasienten sier at hun følte seg som en liten robot i forholdet til mann nummer to og det kjentes ikke bra. Levenson sjekker ut om hun

også følte seg som en robot som barn, pasienten bekrefter det. En kan se at allerede her begynner konturene av et gjentakende mønster å danne seg. Det er kun gått 5 minutter av sesjonen. Levenson arbeider fokusert med å fremdrive CMP. Pasienten snakker videre om far som var deprimert, og forteller at han hadde en dårlig oppvekst. Levenson ønsker å få informasjon om alle CMPs kategorier og fremdriver fokusert dette ved å etterspørre detaljer, sjekke ut og få bekreftet opparbeidede hypoteser underveis. Hun ønsker å sjekke ut flere interpersonlige tema, og spør om pasientens forhold til mor. Pasienten sier mor var og fremdeles er en type person som gjorde alt, en martyr som ikke tenkte på seg selv, men hele tiden ville "please" andre. Hun hadde ikke egne meninger eller et eget liv. Pasienten sier de har et godt forhold, men at mor av og til så på pasienten som en voksen samtalepartner og snakket til henne som en venninne under oppveksten.

Terapeut: *And how do you understand her dynamics, why she ended up in this martyr role?*

Pasienten sier mor sin bakgrunn var preget av alvorlig misbruk. Pasienten tror derfor ikke mor utviklet et egentlig selvkonsept, og har lav selvfølelse. Mor traff far da hun var 14-15 år, og det var nok for henne at han aksepterte henne. De ble så gift. Levenson sjekker ut om hun har forstått hvordan relasjonen var mellom dem med å si følgende:

Terapeut: *So they did not have any role models for what it would be in an intimate loving relationship?*

Pasienten bekrefter dette og forteller om dysfunksjonelle familieforhold både på mor og far siden, med manglende rollemodeller og alkoholisme. Far hadde ingen utdanning, men mor hadde relativt høy utdanning. Pasienten tror far var sjalu over denne forskjellen og at dette forårsaket konflikt mellom foreldrene. Levenson trekker pasienten så tilbake til hennes eget liv, da hun var 18 år og ble gift. Dette for å finne ut mer om henne og de øvrige komponentene hun søker etter i CMP. Pasienten forteller at hun ble kastet ut hjemmefra som

17-åring av far som prøvde å skade henne. Hun møtte rømme og være hos venner, og ”bli voksen på en helg”. Hun forteller hvordan hun måtte få penger til leilighet og skaffe seg jobb. Hun traff i denne perioden sin første ektemann. Han var 8 år eldre, og hjalp henne med skole. Pasienten sier han oppdro henne, og hun begynte etterhvert å se denne mannen som en farsfigur, hun klarte da ikke å ha en romantisk relasjon til han og separerte seg. Det er nå gått tolv minutter av timen, og allerede har pasienten kommet med mye sensitiv informasjon om seg selv og sine signifikante andre.

Levenson spør om det kjentes som en lettelse, og om det var en positiv erfaring å møte denne omsorgsfulle mannen. Pasienten forteller hvordan alt med han var helt motsatt av hva hun vokste opp med. Levenson ønsker å finne ut mer om pasientens relasjoner til menn. Hun spør om forhold nummer to, hvordan det oppsto og artet seg. Pasienten forteller at hun var ute etter å ha det gøy, hun hadde aldri gått på en bar før. Det fikk hun mulighet til med denne nye mannen hun traff tilfeldig. Han var nyrik etter å ha arvet penger, hadde fin bil, og de hadde det mye gøy sammen. Forholdet var bra helt til pengene tok slutt, og han ble deprimert.

Pasient: *“That’s where his true colors started to come out. You know I did not realize he could be so bitter and so hateful and so mean until, you know, that changed.*

Terapeut: *So when the money ran out he ended up being mean and abusive to you?*

Pasient: *Yes I don’t know that I could say physically abuse, but definitively verbally abuse. And there were some physical, but I didn’t feel, I mean, I gave it back just as much as he gave to me. It just was not a good relationship.*

Levenson ønsker ytterligere spesifisering av hvordan forholdet artet seg, og pasienten forteller. De fikk barn, og han forlot dem da barnet var tre år. Dette var de enige om.

Pasienten sier han ikke brydde seg om barnet.

Pasient: *That's to me I just could not stay around with somebody, He didn't fulfill his role as a father at all. He was just a big kid so that I just didn't want to be with him after that*

Terapeut: *Right, and that must also have clicked on some earlier dynamics between like what you went through with your father.*

Pasient: *Exactly!*

Terapeut: *Where he wasn't really a father.*

Pasient: *Yeah, he was very similar to my father and you know he did not want to work; my dad didn't work, because he would say it was too hard and you know that person did not like him. He couldn't fit in a place of business and this, my second relationship couldn't either. I mean it was always...and I tried so hard to make his jobs work out for him. I would help him with start to school or whatever just to make him into something so I could stay with him and it just didn't work.*

Terapeut: *Right, so you tried to do that help, help him shore things up and then that didn't work and he left and...*

Pasient: *So then after that I met my second husband and he was in my eyes at that time he was the exact opposite of this second relationship. He was highly educated, he has a medical PHD, I mean I went from one extreme to the other.*

Terapeut: *Right!*

Pasient: *and I saw all this financial security that I did not have before, I mean, I can see that when you go from one relationship to the next, it's always the extreme you know.*

Terapeut: *Right!*

Pasient: *I think but then things also all these patterns that or, you know similarities that are underlying that I don't see at first. But you know, as opposite as he appeared to in a way he was just the same.*

Terapeut: *Just the same as...*

Pasient: *Yeah, I mean not on the surface of course because he did have a great job and he did, you know he was nicer at first to me in a way. I mean he was kind of a combination of the other two but he was an alcoholic and you know once the nice times ran out, he was just the same.*

Terapeut: *The same in terms of being mean?*

Pasient: *Oh yeah.*

Terapeut: *Yeah.*

Pasient: *Yeah he was worse than any of them.*

Det er nå gått atten minutter, Levenson har allerede etablert en relativt trygg terapeutisk relasjon. Det er rimelig å anta dette, da pasienten velvillig har delt mye av sin historie med Levenson allerede. Videre forteller pasienten at denne mannen misbrakte henne fysisk.

Terapeut: *And then you also had another child?*

Pasient: *And again I got pregnant right away, yeah we got married and I was pregnant within the first two weeks probably.*

Terapeut: *Wow!*

Pasienten forteller at det tok tid før hun oppdaget at han drakk hver dag. Da hun fant ut dette, var hun allerede gravid. Hun prøvde å forlate han mange ganger, men beskriver det som et typisk "honeymoonabuse". Etter at han hadde misbrukt henne og dratt, kom han tilbake og var snill, og hun tilga han. Slik gjentok mønsteret seg, og han fortsatte å gjøre grusomme ting mot henne over flere år.

Levenson signaliserer et empatisk støttende kroppsspråk, hun viser at hun lever seg inn i og prøver å forstå pasientens opplevelser, ved bruk av bekreftende gester, samt inntonet

stemmeleie. Levenson signaliserer hvor belastende det må ha vært for pasienten. Det fremstår som om pasienten føler seg ivaretatt og sett.

Terapeut: *So this kind of sounds like your mother?*

Levenson påpeker likheten, hvordan pasientens oppførsel og relasjon til denne mannen ligner hennes mors relasjon til far.

Pasient: *Yes absolutely, absolutely just repeating again and you know, I have been to therapy before for after, well we went to marriage counseling but the marriage counseling was too far gone but the counseling itself really helped me, but it was too late. So that repeated a pattern or behavior similar to my mother but I have since worked on that quite a bit so...*

Terapeut: *The counselor helped you see that dynamic for yourself.*

Pasient: *Yes.*

Pasienten sier hun bare hadde fokus på mannen, ikke på seg selv. Hun utdyper hvordan hun gjorde alt for å imøtekomme han og prøvde å være en perfekt legefrue. Hun mistet seg selv. Hun torde ikke forlate han, hun ville ikke bli alenemor igjen, nå med ansvaret for to barn. Levenson sjekker ut hva som skjedde i tidsrommet mellom pasientens forhold. Med dette ønsker hun å finne ut hvordan pasienten fungerer når hun ikke var i et forhold med en mann. Det fremkommer at pasienten var rask med å innlede nye forhold. Hun hadde således ikke tid til å bearbeide de forestående bruddene og relasjonene før hun gikk inn i nye. Hun sier hun ikke trivdes som singel fordi hun var ukomfortabel med å være alene. Pasienten sier at det ikke er slik nå, at hun etter det siste bruddet opplevde det som frigjørende å være alene og slippe å bli kontrollert.

Terapeut: *But know that you started to date again the fears are coming up about uh-oh what will happen in this fourth relationship?*

Levenson forsøker å dra pasienten inn i fokuset igjen, for å øke hennes bevissthet og innsikt i hvordan hennes tidligere maladaptive mønster utspiller seg nå igjen når hun har begynt å date en ny mann.

Pasient: *So now I'm very concerned I just watch him like a hawk, you know every move he makes.*

Terapeut: *Yeah, I can imagine.*

Pasient: *I analyze and I know that is also an extreme behavior.*

Terapeut: *And when you say you are watching him like a hawk, what are you looking for?*

Levenson ønsker å forstå hva det innebærer for pasienten i hennes forståelsesverden å se etter noen som en hauk. Hun ønsker å få en mer spesifisert forståelse av hvordan pasientens atferd og oppfattelse av andres atferd manifesterer seg for å fremdrive ytterligere komponenter av CMP.

Pasient: *I'm looking for any sign of control, or that he is trying to control me, or any disrespect, you know, because I really do feel like in my other relationships I missed the signs, you know that they were there and I chose to ignore them, so I try to be very aware and not ignore the next sign.*

Terapeut: *Are you picking up anything?*

Pasient: *I just don't trust myself, I don't really know, I mean, I just don't trust my judgment. Am I picking up anything? Yeah I mean, there are certain aspects of this relationship that scare me.*

Terapeut: *Tell me about one of them.*

Pasient: *Well he is another doctor, so it's a repeated thing with that and you know, he just, he's a powerful kind of person, and I don't see myself as it's, you know like I could see where he would want to be more powerful than me.*

Levenson søker igjen spesifisering, hun spør etter konkrete eksempler. Hun fremstår som å vise at hun er genuint interessert i å høre på pasientens historie, og oppriktig interessert i å finne ut hva det er som skremmer henne. Dette kan være et forsøk fra Levensons side på å fasilitere ny emosjonell erfaring. Pasienten forteller videre at den nye mannen er fra Latin-Amerika, og har et tradisjonelt syn på kjønnsroller. Pasienten sier han respekter henne, men at den kulturelle bakgrunnen bekymrer henne. Hun blir også nervøs hver gang han blir sint, og er redd for hva som kan skje da. Levenson søker å få rede på hva det vekker i henne at han blir sint, hva hun gjør da, når hun kjenner at hun blir så nervøs? Igjen fremstår dette som eksempler på hvordan Levenson fremdriver komponentene av CMP.

Pasient: *That's the thing, I don't think I speak up, I think a lot of times I just let it go.*

Terapeut: *I see*

Pasient: *Yeah I mean I try to be better about giving my opinion but it just doesn't happen naturally, it's an effort and sometimes I do give my opinion and on the inside I'm very worried that he's going to dump me, but then at the same time I think, If he did dump me, I wouldn't care, that's why I say I don't trust my judgment.*

Terapeut: *If he did dump you wouldn't care, but maybe you would.*

Pasient: *Yeah, I think if I could dump him on my own terms, then that would be different but I don't know. It's like I am afraid to put myself out there for him, but maybe somehow I already have. I don't know, I just don't trust my judgment when it comes to relationships.*

Terapeut: *It sounds like in addition to not trusting your own judgment it sounds like you're not trusting that it's okay for you to say what's going on with you in relationship to him.*

Pasient: *Yes, that's very true.*

Pasienten utdyper ved å fortelle at hun tidligere aldri hadde en mening, eller torde uttrykke sinne eller andre emosjoner ovenfor andre i frykt av at ingen brydde seg om henne likevel. Når pasienten sier dette, skjer det noe med henne. Levenson kommenterer eksplisitt:

Terapeut: *Cheryl, what's going on with you right now, what is happening right now?*

Levenson er ikke bare ute etter tematisk innhold, en del av denne måten å arbeide på er å lytte etter det emosjonelle innholdet, og det som skjer her og nå i terapirommet. Terapien er *prosessorientert*, og derfor må terapeuten være inntonet i forhold til det pasienten forteller, samtidig også være oppmerksom på det som skjer fra øyeblikk til øyeblikk. Det virker som om Levenson prøver å legge til rette for å skape ny emosjonell erfaring. Hun ønsker å vise at hun er nysgjerrig og oppriktig oppmerksom på henne, at hun ser pasienten og at det skjer noe med henne. Dette kan være en begynnende start på en (ny) erfaring om at andre bryr seg om henne. Pasienten sier hun er sint på seg selv, og hun klandrer seg selv fordi hun ikke har hatt tatt bedre vare på seg selv. Hun er sint fordi hun lot noen misbruke henne i fem år. Levenson søker etter det emosjonelle, hva er det pasienten kjenner på når hun snakker om dette?

Pasienten sier verbalt at hun er sint, men Levenson søker etter å finne ut hva som foregår på innsiden:

Terapeut: *And when you say it outside, what's the feeling that's starts coming up?*

Pasient: *I don't know, disgust or something, just very mad at myself.*

Terapeut: *Mad at yourself.*

Pasient: *Yeah because, you know, not only did I let myself be abused. My kids were there, and my daughter saw just horrible things you know. I'm mad that I didn't do anything before it got there or that I didn't even do anything after and then after I didn't even say that was wrong.*

Levenson oppsummerer og formidler det hun oppfatter pasienten sier implisitt: at pasienten opplever å ha sviktet seg selv og nå er redd det igjen vil skje i det nye forholdet. Levenson påpeker at de er inne på viktig aspekt her, og gir pasienten en begynnende forståelse av

hvordan hennes maladaptive mønster arter seg, og hvordan det hindrer pasienten å si det hun føler og mener i sitt nye forhold.

Terapeut: *You can't trust that, if you come forward and say that you're really thinking what you're really feeling, that he's going to stick around.*

Pasient: *Yeah I don't trust that.*

Terapeut: *Or that you get punished.*

Pasient: *Yeah I'm just waiting for something to happen, and yet he really tries to communicate with me.*

Pasienten forteller at de skal ut å reise og at hun gruer seg fordi hun har dårlige erfaringer fra tidligere reiser med eksmannen. Hun sier hun er skrekkslagen, og at hun også er redd for det hun kaller andre små ting, som for eksempel å forlate huset. Når pasienten snakker, fremstår det som om hun minimerer problemene sine. Pasienten sier hun klarer å fungere bra.

Levenson kommenterer på at hun utad fungerer, men at det kanskje inni henne ikke føles bra.

Levenson validerer pasientens problemer. Pasienten forteller om da far prøvde å drepe henne da hun var 17 år og hvordan han urettferdig alltid tenkte det verste om henne, selv om hun ikke gjorde noe galt. Levenson er igjen opptatt av hvordan det må ha vært for pasienten å oppleve dette, og spør hvordan hun følte det da far gjorde dette mot henne. Det er nå gått trettifem minutter av timen. Noe skjer med pasienten her, hun begynner å gråte. Levenson formidler med kroppsspråk at dette er en trygg plass å uttrykke følelser og sjekker videre ut i forhold til om pasienten har posttraumatiske stress symptomer. Pasienten fremstår som å ha noen slike symptomer, og har vansker med å snakke om detaljer vedrørende hendelsen. Det var slåssing, pasienten måtte gjemme seg under sengen, og hun blødde. Neste dag dro hun og bodde hos venner, før hun fant seg et billig bosted og en jobb.

Terapeut: *You were almost killed.*

Pasient: *I never really thought about it like that, but yeah.*

Terapeut: *I am so sorry that happened to you.*

Levenson validerer alvorligheten i det pasienten har opplevd, og viser henne at dette ikke er hendelser som skal minimeres.

Pasient: *I just, I never even said that out loud I mean it kind of make sense why I never feel at home.*

Terapeut: *Yeah home is not exactly a safe place, is it?*

Pasienten gråter, sier hun ikke tok seg tid til å reagere, men bare fortsatte som før etter hendelsen. Hun begynte på skolen. Pasienten sier hun ikke hadde noe støtteapparat rundt seg fordi far spredde falske rykter om at hun brukte narkotika og prostituerte seg. Levenson speiler hvordan hun ikke hadde noen til å beskytte seg.

Terapeut: *Maybe we are beginning to understand why it's really hard for you to feel like you're home.*

Pasient: *Yeah and I am really worried that I am just going to give up upon relationships. I mean I can almost see just not even going there again because it just hasn't worked for me, but then I hate to think of spending my whole life alone, I'm very conflicted in a way.*

Levenson oppsummerer de traumatiske opplevelsene pasienten har opplevd. Hun ønsker å gi pasienten en begynnende forståelse av hvorfor hun ikke klarte å håndtere og bearbeide det den gang. Levenson åpner for at pasienten nå trenger å arbeide med å integrere dette i livet sitt.

Videre sier Levenson at å snakke om det kan minske grad av emosjonelt stress som pasienten nå kjenner på. Pasienten fremstår som enig, hun sier hun har skjøvet det unna ved å være travel, og at det har vært hennes måte å håndtere ting på. Levenson påpeker at den måten å håndtere ting på ikke er adaptiv eller fungerer for henne lenger. Levenson spør så hvordan det

har vært for pasienten å komme til terapi i dag. Pasienten sier hun er overrasket over at hun har snakket så åpent om disse tingene, at det er noe hun aldri har gjort før. Hun sier også at det kjennes litt lettere etter å ha satt ord på noe av dette. Levenson formidler avslutningsvis håp for videre arbeid.

Ut fra denne timen har Levenson laget en arbeidsmodell for pasientens maladaptive mønster som vil guide videre terapiforløp. Levenson har gjennom førtifem minutter fått innblikk i pasienten relasjonelle mønster, hvordan dette oppsto, gjentar seg og fremdeles skaper problemer for pasienten i hennes nåværende relasjoner. Levenson beveger seg raskt fremover, sannsynligvis både som følge av lang terapeutisk erfaring, men også fordi hun klarer å skape en god atmosfære som fasiliterer utforskning av vanskelige tema. Pasienten er også motivert og velvillig. En kan anta at denne kvinnen ikke har en sikker tilknytningsstil da hun vokste opp i et turbulent hjem med massiv omsorgssvikt. Hun måtte tidlig klare seg selv. Et barn som vokser opp i et slikt hjem vil gjerne prøve å tilpasse seg miljøet ut fra forutsetningene for å oppnå en viss trygghet. En kan videre anta at denne pasienten ikke ble tilstrekkelig speilet av sine omsorgspersoner og erfarte at det er best å være en "liten robot" som følger seg etter andre og ikke ytrer sine meninger fordi de uansett ikke ville bli hørt. Pasienten har med seg disse ervervede antagelsene inn i videre relasjoner: "Hvis jeg gjør det som er forventet og tilpasser meg andre vil jeg kanskje ikke bli straffet." Pasienten erfarer likevel at mishandlingen og den dårlige behandlingen av henne fortsetter. Hun undertrykker samtidig sine egne behov og emosjonelle reaksjoner ved å holde seg selv aktiv med andre ting. Når hun ikke klarer å ytre sine behov eller sin mening, vil det også være stor sannsynlighet at andre fortsetter å behandle henne dårlig. På den måten virker det hun gjør lite adaptivt, og hun medvirker således ubevisst, til å få nettopp den responsen hun frykter mest fra sine omgivelser. Det er dette Levenson vil gi pasienten innsikt i. Ved å minimere seg selv

og sine behov får man dem heller ikke møtt. Dette igjen vil kunne føre til psykisk symptomtrykk.

Noe av det viktigste i Levensons TLDP er muligheten til å skape nye erfaringer. Hun søker aktivt å fasilitere dette, og allerede i første terapisesjon prøver hun å gi pasienten erfaring om at noen er interessert i å høre og forstå det hun sier, og hvordan hun har det. Vi ser også at fokusformuleringen er inkorporert i selve prosessen. Levenson må bevisst passe på å ikke bli dratt inn i pasientens mønster. Når pasienten prøver å minimere sine plager, klarer Levenson å motstå å akseptere dette, og således bygge opp om denne antakelsen videre. Hun gjør det eksplisitt ved å påpeke at det er store og alvorlige ting pasienten sliter med, og poengterer at pasienten faktisk ble forsøkt drept. Levenson åpner opp for at dette er ting pasienten må gi seg selv tid til å bearbeide.

I forhold til de konkrete komponentene av CMP fremkommer dette som et mulig narrativ. *Handlinger utført av selvet:* Pasienten er som en robot. Hun følger seg etter andre. Hun klarer ikke si sine meninger, eller vise andre hva det er hun føler eller ønsker. Hun vokter andre for å se hva hun kan gjøre slik at de ikke vil forlate henne eller være slem mot henne. Hun undertrykker egne behov.

Neste kategori er *forventninger om andre:* Hun forventer at andre forlater henne eller straffer og terroriserer henne. Hun er redd hun vil bli dumpet av sin nye mann hvis hun formidler eller uttrykker følelser og egne meninger. Disse forventningene har oppstått i barndommen og har vedvart i flere av hennes relasjoner til menn.

Handlinger utført av andre mot selvet: Hun oppfatter andre som ikke interessert i henne, som å neglisjere henne, ikke være inntonet til henne og ikke ha lyst til å kjenne henne eller respektere henne.

Handlinger utført av selvet, mot selvet: Hun blir trist og sint på seg selv, klandrer seg selv og stoler ikke på sine egne bedømmelser, hun tror hun ikke mestrer forhold og er redd dette mønsteret vil forfølge henne. Hun minimerer sine problemer og forsetter å distrahere seg selv ved å være aktiv, isteden for å gi seg selv muligheten til å bearbeide det hun har opplevd.

Den femte kategorien i CMP er *motoverføringer*. Det pasienten vekker i terapeuten er trolig en parallell til hva pasienten typisk vekker hos andre mennesker. Pasienten har en tendens til å minimere sine problemer, og det er derfor fort gjort at en tenker at det ikke er så farlig med henne, og på den måten distanserer seg fra hva pasienten forteller og bagatelliserer problemene. Pasienten fremstår som distansert fra det emosjonelle innholdet i hennes egen historie og det er trolig at det kan smitte over på hvordan andre vil reagere. Denne distansen pasienten har kan også oppfattes som en slags fremmedgjøring, og føre til at heller ikke terapeuten klarer å få tilgang til det emosjonelle aspektet ved pasientens opplevelser. I løpet av timen prøver Levenson flere ganger å fokusere på hva som foregår inni pasienten for å overkomme dette, og det fremkommer på filmen at det er vanskelig å bryte gjennom og åpne for noe pasienten ikke har tillat seg å kjenne på tidligere.

Den siste delen av CMP er *mål om å skape ny erfaring og ny innsikt*. Ny interpersonlig erfaring, for denne pasienten kan være terapeutiske intervensjoner som fremmer pasientens opplevelse av å være betydningsfull, bli hørt på og forstått. Øvelse i å faktisk formidle sine tanker og følelser til andre, vil sannsynligvis være nødvendig. Interpersonlig ny erfaring kan være at terapeuten ikke minimerer hennes problem, men ser alvorlighetsgraden i dem, samt er genuint interessert i henne som menneske. Ny intrapersonlig forståelse, kan være at pasienten får en forståelse av at det å neglisjere og løpe fra problemer ikke fører til at de forsvinner, og ikke fungerer adaptivt for bearbeidelse av traumatiske hendelser. Hun trenger også forståelse for at bearbeidelse og arbeid med vanskelige tema vil kunne føre til at det mister noe av kraften som har ført til emosjonelt stress. Interpersonlig ny forståelse: Hvis hun ikke uttrykker

eller fremstår som å ikke ha meninger, vil det være lettere for andre å prøve å ta kontroll over henne. Hvis pasienten derimot øker sin selvhevdelse, det vil si våge å representere seg selv tydeligere, vil hun lettere kunne forhindre dette og få mer respekt.

6.0 Diskusjon

Kan en ut fra de to kasanalysene se noen fellestrekk for hvordan en arbeider med å identifisere og velge fokus ut fra CMP? Bruker Levenson samme fremgangsmåte ovenfor begge pasientene? Hvordan skiller eventuelt fremdrivelsen av fokus seg fra hverandre?

I begge kasusene begynner Levenson med åpne spørsmål. Fra et fenomenologisk utgangspunkt søker hun å få innsikt i hvordan de to pasientene konstruerer sin verden, sin forståelse av den, og hvordan de handler i denne verden. Ved ikke å legge noen føringer, åpnes det opp for at de kan snakke fritt. Ut fra åpningen med Becky får en inntrykk av at hun ønsker å fremstå som en tøff jente; hun påpeker at hun har tenkt å ta en PhD og gå i samme yrkesretning som sin terapeut. Becky fremstår som intelligent og velformulert. Hun snakker om trivielle tema som høy arbeidsbelastning på jobb og skole og om stress som følge av dette. I åpningen med Becky får en ikke umiddelbart innblikk i tema av relasjonell karakter. Hvordan kan Levenson få den informasjon hun trenger for å fremdrive fokus? Hun navigerer fokuset mot kroppslige reaksjoner når hun utforsker hvordan Becky opplever angst. Fokuset dras da over til det Becky kjenner på inni seg. Dette er et strategisk terapeutisk grep Levenson tar, og det fasiliterer utforskning av emosjoner og etter hvert Beckys emosjoner relatert til andre mennesker. Dette er et eksempel på hvordan Levenson aktivt etterspør og leter etter relasjonelle tema med Becky på en fokusert måte.

Hva så med Cheryl? Også hun er en intelligent, velformulert og reflektert kvinne. Cheryl forteller allerede i åpningsfasen om sine relasjonelle mønstre, Levenson får dermed

informasjonen mer eksplisitt enn hos Becky. Cheryls gjentakende mønstre synes å handle om å velge samme type menn. Cheryl identifiserer selv allerede i starten konturene av sin maladaptive reaksjonsmåte. Cheryl har også teorier om hvorfor det er slik, basert på tidlige opplevelser knyttet til far. Dette er et godt utgangspunkt for Levenson, som sammen med Cheryl utforsker videre og reflekterer rundt det Cheryl allerede har identifisert. Selv om Cheryl har en viss innsikt i sin tendens til å velge samme type menn, mangler hun innsikt i hvordan hun er som aktør i disse relasjonene og hvordan hennes atferd fungerer dysfunksjonelt og bidrar til å vekke nettopp de reaksjonene hun frykter mest hos de mennene hun involverer seg med. Det er en videre forståelse av dette Levenson søker å avdekke. Levensons integrative modell betoner i større grad enn Strupp og Binders en opplevelse av det emosjonelle (2010). Levenson ønsker å fasilitere emosjonell opplevelse ved å fokusere på det som skjer med pasienten fra øyeblikk til øyeblikk. Hun flytter fokuset fra det rent semantiske og over til hva det er pasienten kjenner på ved å snakke om dette. Hos begge pasientene kan det imidlertid synes vanskelig å få dette frem. Becky fremstår som tøff og hard og Cheryl fremstår som noe emosjonelt frakoblet.

Hva gjør Levenson i slike situasjoner? Cheryl fremstår som relativt distansert til det hun forteller. Måten hun snakker på og hennes fremtoning utad stemmer ikke overens med alvorlighetsgraden og det vanskelige innholdet i det hun formidler. Levenson etterstreber å få Cheryl til å bli oppmerksom på hva som skjer akkurat nå og hva som skjer inni henne. Dette er et fokusert grep som Levenson bruker for å få Cheryl til å kjenne etter. Cheryl vil trolig trenge øvelse i dette, da hun i lengre tid har forsømt og unnlatt å lytte til sine emosjonelle signaler. Det vil også kunne bli en terapeutisk utfordring å til stadighet etterstrebe denne opplevelsen.

TLDP sin fenomenologiske åpning av et terapiforløp kan ses på som alternativ til en mer strukturert tilnærming, der det benyttes en ferdig utformet mal for innhenting av

anamestisk informasjon. Det er trolig fordeler og ulemper med begge deler. Som terapeut er en påkrevd å sjekke ut suicidalitet. Dette er ofte innlemmet som et eget punkt i strukturerte inntaksintervju. Dette fremkommer ikke like eksplisitt i Levensons TLDP. I CMP er det ikke lagt inn egne punkter for suicidalvurderinger. Det betyr likevel ikke at det ikke vektlegges. I begge terapiene utforsker Levenson viktig informasjon av ikke-relasjonell karakter. Når pasienten kommer med utsagn som hentyder til psykiske symptomer, sjekkes dette ut selv om det ikke primært er knyttet til det relasjonelle fokuset. Når det gjelder Becky ser en at Levenson utforsker om det kan foreligge en spiseforstyrrelse, mens hun med Cheryl utforsker eventuelle PTSD symptomer. Det kan synes som om Levenson her tar i bruk opparbeidet nosologisk kunnskap, og at hun gjør dette delvis intuitivt når det er behov for det. Dette er trolig en terapeutisk kompetanse ervervet og utviklet gjennom lang erfaring. Når spørsmålet er avklart, navigerer Levenson raskt tilbake til utforskning av pasientens relasjonelle handlingsmønstre. Dette er i tråd med fokuset i TLDP, som ikke primært er knyttet til reduksjon av symptomer, men heller til endring av interpersonlig og relasjonellstil (Levenson, 2003).

Det synes som om Levenson raskt får en god arbeidsallianse både med Becky og Cheryl; hennes empatiske tilstedeværelse synes å gjøre pasientene trygge nok til å åpne opp for å snakke om vanskelige tema. Det vektlegges i TLDP at terapeutisk stil vil variere ut fra hvem som utøver TLDP (Levenson, 2003). Ut fra videoanalysen virker det som om Levensons veksling mellom å være aktivt utforskende og empatisk tilbaketil fungerer god i relasjon til både Becky og Cheryl.

I TLDP brukes relasjonen som utvikler seg mellom terapeut og pasient for å fostre fundamentale endringer i måten pasienten opptrer relasjonelt på. For å få komme i posisjon til dette må pasienten føle seg sett, møtt og forstått. Det fremstår som om Becky og Cheryl kjenner seg møtt og forstått av Levenson. Hun sjekker kontinuerlig ut hvorvidt hennes

oppfattelse er korrekt, og hun søker fokusert etter mer spesifisering hvis hun er i tvil om noe. Denne navigeringen er en del av den fokuserte identifiseringen av CMP. Når Levenson har fått tilstrekkelig informasjon, beveger hun seg fremover for å kartlegge og fremdrive flere arbeidshypoteser om pasientenes maladaptive mønster.

I begge kasuistikkene har Levenson etter første time kommet frem til en arbeidshypotese om pasientens CMP. Hun etterstreber også som en del av sitt fokusarbeid å tidlig gi pasienten innsikt i det hun kartlegger med CMP. Eksempelvis forteller hun Becky direkte om hennes mønster, som har vedvart over lang tid og som fungerer negativt. I terapien med Cheryl sier Levenson eksplisitt at hun begynner å få en forståelse av hvorfor Cheryl ikke klarer å kjenne seg hjemme noen plass og at Cheryls har måter å håndtere ting på som ikke lenger fungerer for henne. Cheryl ble nesten drept av far, og har fra tidlig av opplevd omsorgssvikt og misbruk. Levenson vektlegger at Cheryl har behov for å bruke tid på å bearbeide opplevde traumatiske hendelser. En kan dermed anta at Levenson i det videre terapiforløpet med Cheryl vil innlemme intervensjoner relatert til traumer. Arbeid etter TLDP forutsetter en pragmatisk holdning (Levenson, 2003) og tillater således at det også blir brukt teknikker fra andre terapiretninger. I dette tilfellet kunne Levenson for eksempel ha tatt i bruk teknikker fra evidensbaserte traumebehandlingsmetoder, som ”eye movement desensiaztion and reprosessing” (Shapiro, 2002).

I første time med Becky fremkommer det ikke informasjon som antyder samme type omsorgssvikt eller traumatiske hendelser som de Cheryl har opplevd. En interessant betraktning er imidlertid at det senere i terapiforløpet blir avdekket at Becky har opplevd vanskelige hendelser knyttet til mors mangeårige alkoholmisbruk og som Becky trolig vil trenge tid på å bearbeide. Det blir vanskelig å si noe om hvorfor Becky ikke velger å fortelle om dette allerede i første time og hvorfor dette først avdekkes senere i selve terapiforløpet, men det viser en interessant forskjell mellom de to kasuistikkene.

En vesentlig del av fokusformuleringen i TLDP er å være oppmerksom på hvordan pasientens dysfunksjonelle mønster også utspiller seg i terapirommet. Beckys og Cheryls dysfunksjonelle måter å være på i interaksjon med andre gjenkjennes også i deres relasjon til Levenson. Fra et interpersonlig perspektiv er dette en ideell mulighet der Levenson kan etterstrebe å opptre på en annen, ikke-forventet måte ovenfor pasientene, og derigjennom bidra til korrigerende emosjonell erfaring. Dette skjer i begge terapiene. Cheryl har ikke blitt speilet og validert av sine foreldre. Hennes far brydde seg ikke, og mor fremstår som vag og lite tilstede. Cheryl har problemer med å uttrykke det hun føler til andre fordi hun har erfart at andre ikke vil høre på henne. Levenson viser at hun vil lytte, og at deres relasjon ikke endrer seg selv om Cheryl viser seg sårbar. Levenson viser at hun er oppriktig interessert, og hun validerer Cheryls følelser. Hos Becky går Levenson inn for å validerer at Becky har behov uavhengig av hva andre mener, og at hun har lov å ha disse behovene og å uttrykke de ovenfor andre.

Som vist i kasuistikkene, identifiserer Levenson fokus på effektiv og presis måte. I den terapeutiske kontekst er det *to* hovedaktører: pasienten og terapeuten. Kan det tenkes at særegne kjennetegn ved disse aktørene kan påvirke identifisering av fokus? I så fall: på hvilken måte?

Når det gjelder pasientkarakteristika, vektlegger de relasjonelt orienterte psykoterapeutiske retningene seleksjonskriterier i mindre grad enn hva tilfellet er i drift/struktur-modellene. Når det er sagt, påpeker likevel Strupp og Binder (1984) noen pasientkarakteristika som antas å medvirke til vellykket behandling. Dette innebærer blant annet at pasienten må oppleve tilstrekkelig emosjonelt ubehag slik at hjelp søkes; videre må pasienten utvise tegn på grunnleggende tillit. Han eller hun må også kunne utforske sine problemer i henhold til et interpersonlig rammeverk. I denne konteksten må pasienten evne å utforske egne emosjoner. Det legges også til grunn at pasienten har kapasitet til modne

relasjoner. Med dette menes at pasienten evner å relatere seg til andre mennesker som separate individer, slik at relasjonelle predisposisjoner kan utforskes og gjenskapes gjennom terapeutisk samhandling. Den siste og avgjørende faktoren er pasientens motivasjon for behandlingen som tilbys (Strupp og Binder, 1984). Pasientselektering foretas da ikke i henhold til diagnostiske kategorier eller presenterte symptomkluster. Med et slikt utgangspunkt kan i prinsippet personer med alvorlig personlighetsforstyrrelser, nevrotisk karakterkonstellasjon, borderlineproblematikk og avhengighetsproblematikk inkluderes. Ved nærmere ettersyn fremstår likevel en del av de etterspurte pasientkjennetegnene som uforenlige med visse typer alvorlig psykopatologi. Det er kanskje særlig utfordrende for disse pasientene å inngå i modne, selvstendige relasjoner til andre, uavhengig av tidligere relasjonelle erfaringer. Gjennom de nevnte pasientkjennetegnene, blir det antatt at en form for seleksjon foretas, noe som resulterer i at pasientene som får tilbud om TLDP, er rimelig velfungerende individer. Med denne bakgrunn, ser vi at de to kvinnelige pasientene i denne oppgavens kasuistikker, også faller inn under denne kategorien.

Både Becky og Cheryl kan antas å være velfungerende i henhold til visse standarder. Becky er i gang med universitetsutdannelse, har jobb ved siden av studiene og har en kjæreste. Cheryl har også studert, samtidig som hun har oppfostret to barn. Et nærliggende spørsmål er selvsagt om dette er nok til å betrakte dem som velfungerende? Etter hvert som Levenson går i gang med identifisering av fokus, er det nettopp de områdene i pasientens liv som representerer utfordringer, hun bringer frem i lyset. Som eksemplifisert gjennom kasuistikkene, gjør Levenson dette på en virkningsfull måte. Men hvordan hadde dette artet seg med pasienter med mer alvorlig psykopatologi? For eksempel, en person med høyt paranoid beredskap, ville en slik personen ha kunnet imøtekomme seleksjonskriteriet grunnleggende tillit? Det er nærliggende å anta at arbeidet med å identifisere fokus ville forløpt annerledes enn ved de to aktuelle kasuistikkene. Paranoid beredskap hos pasienten vil

med stor sannsynlighet representere en betydelig utfordring for relasjonen mellom pasient og terapeut. Det er derfor avgjørende innenfor TLDP å skape en kontekst der det interpersonlige kan utforskes i fellesskap, ikke bare de relasjonelle erfaringer pasienten tar med seg inn i terapirommet, men også det som skjer her og nå mellom de to. Altså er det nærliggende å anta at også spesifikke pasientkjenner gjør seg gjeldende i arbeidet med å identifisere fok

Er det at Levenson kommer frem til et tydelig fokus i løpet av første time avhengig av overnevnte pasientkarakteristika ved de to aktuelle kasusene, eller er det andre faktorer som spiller inn? En fellesnevner for de to behandlingsforløpene er *terapeuten*. Ville en annen terapeut enn Levenson være i stand til å identifisere det aktuelle CMP på en like kompetent og treffsikker måte? Er det egenskaper ved Levenson som terapeut, hennes opparbeidede ekspertise på området, eller den tydelige fremgangsmåten i arbeidet med CMP, som gjør seg gjeldende ved effektiv identifisering av fokus?

Individualterapi, kan sies å innebære en arbeidsallianse mellom terapeut og pasient, altså foregår arbeidet innenfor en interpersonlig kontekst der både pasientkarakteristika og egenskaper ved terapeuten gjør seg gjeldende. Rønnestad (2008) referer til en rekke studier som dokumenterer en betydelig terapeuteffekt. I et stort studie med 1200 pasienter og 60 terapeuter utført av Lutz, Leon, Martinowitz, Lyans og Stiles (2007), ble det funnet at 8 % av totalvariansen og ca. 17 % av variansen i pasientforbedring kunne tilskrives til terapeutene. Selv om tallene fra ulike studier varierer, finner en til og med terapeuteffekter også i studier hvor man bevisst har prøvd å eliminere terapeuteffekter i så stor grad som mulig, for eksempel ved å anvende manualbasert terapi.

Men hva ligger så i begrepet terapeuteffekter? Når en ser på samlet behandlingsresultat eller terapeutisk utfall, blir terapeuteffekten den delen av resultatet som kan forklares av terapeutkjenner i motsetning til for eksempel pasientkjenner eller spesifikke teknikker. Terapeuteffekter kan for eksempel være et resultat av god

alliansebygging. To tiår med forskning viser at det er en robust sammenheng mellom terapiens utfall og kvaliteten på alliansen mellom terapeut og pasient (Horvath, 2001). Studier viser også at det faktisk er den tidlige allianse (første til tredje time) som er den beste kliniske indikator på behandlingsutfall. Dette er særlig interessant, ettersom Levenson allerede etter første time med Becky og Cheryl formidler en opplevelse av å ha kommet godt i gang, og videre, at det er dette utgangspunktet som gjør at hun kan navigere seg raskt fremover når det gjelder identifisering av fokus. I begge kasuistikkene tilnærmer Levenson seg pasienten på en imøtekommende og åpen måte. Hun stiller åpne spørsmål og inviterer pasientene til å fortelle med egne ord hva som bringer dem i terapi. Horvath (2001) referer til seks studier som viser en positiv effekt når terapeuten klarer å formidle forståelse og aksept for pasientens fenomenologiske ståsted. Dette er interessante funn. Vurdert ut fra videoopptak og transkripsjon av innhold, er det tydelig at Levenson evner å møte pasienten på en åpen og aksepterende måte. Dette er egenskaper ved henne som terapeut, men samtidig etterlever hun fremgangsmåten for identifisering av fokus innenfor TLDP, nettopp ved å starte med et åpent spørsmål.

Impliserer de nevnte forskningsresultatene at terapeutens interpersonlige ferdigheter er mer avgjørende enn pasientkarakteristika og tekniske intervensjoner for effektiv identifisering av fokus? På mange måter ser det ut til at en god allianse har forrang fremfor tekniske intervensjoner. Det gjør seg særlig gjeldende i terapiens startfase. Men dette er ikke hele bildet. Forskning viser at i tillegg til personlige faktorer ved terapeuten, påvirkes alliansebygging av terapeutens ekspertise og ferdigheter i faget. Studier på impact av terapeutens opplæring og erfaring, er varierende og til tider motstridende (Horvath, 2001). Dette kan kanskje forklares av forskningsfunn som viser at pasienter som har vansker med å forme og vedlikeholde nære relasjoner, har bedre allianse med mer erfarne terapeuter. Pasientgruppen som ikke innehar klare relasjonelle vansker responderer ikke forskjellig når

det gjelder alliansebygging med svært erfarne terapeuter versus mindre erfarne terapeuter. En annen forklaring kan være at terapeuter med mye erfaring lettere oppdager en allianse i forfall, og kan på den måten lettere gå inn og foreta endringer for å styrke den (Horvath, 2001). I et intervju med Levenson i etterkant av første terapitime med Becky, påpeker hun nettopp at terapeuter med mindre erfaring og ekspertise innenfor TLDP, vil kunne trenge mer enn en time for identifisering av fokus. Det at terapeutens ekspertise gjør seg gjeldende i arbeid med pasienter som har relasjonelle vansker, er interessant å se i sammenheng med ønskede pasientkjennetegn og seleksjonskriterier innenfor TLDP. Når det gjelder de to kasesene som her er benyttet, er det nærliggende å anta at en god pasient-terapeut allianse er mulig å oppnå for terapeuter både med og uten omfattende erfaring. Som nevnt tidligere, kan de to pasientene betegnes som relativt velfungerende individer. Skal forskningen tas i betraktning, kunne det vært interessant å åpne for personer med alvorligere psykopatologi og sett hvordan terapeutens ekspertise gjør seg gjeldende i arbeidet med identifisering av fokus også hos denne pasientgruppen.

7.0 Avslutning

Formålet med denne oppgaven har vært å se på hvordan en identifiserer og fremdriver fokus innenfor TLDP gjennom en analyse av autentisk videomateriale med Hanna Levenson som terapeut. Levenson har i forlengelsen av Strupp og Binders TLDP bidratt til å utvikle en spesifikk måte å utarbeide fokus på der en tar i bruk en arbeidsmal kalt CMP. Vi har vist hvordan Levenson eksplisitt identifiserer fokus i inntakssamtaler med to pasienter i løpet av sesjoner på 45 minutter. Analysen har tatt sikte på å konkret vise hvordan Levenson har kommet frem til fokuset.

Levensons versjon av TLDP er et eksempel på hvordan en kan bruke tilmålt tid i psykoterapi på effektiv måte. Det er relevant da de fleste av dagens terapiforløp forventes avsluttet innenfor et relativt begrenset tidsrom, det er lange pasientkøer og tiltagende krav om effektiv behandling. Forskning finner imidlertid at mange psykologer kjenner seg dårlig forberedt til å imøtekomme økte krav om stadig kortere terapiforløp (Levenson & Davidovitz, 2000). Det ser ut til at mange av de som utfører korttidsterapi ikke har fått tilstrekkelig opplæring i utøvelse av korttids terapiforløp. Opplæring i korttidsterapi er viktig, både for å trygge terapeuten og for å kvalitetssikre behandlingen, samtidig som det sikrer at en på en best mulig måte kan imøtekomme kravene om tid og kostnadseffektiv behandling. Levenson & Davidovitz (2000) uttrykker skepsis vedrørende hvilken type opplæring terapeuter benytter seg av for å opparbeide terapeutisk kompetanse i KDP, og de hevder at det trengs spesifikk utdanning i denne modaliteten for å være kompetent nok til å benytte seg av spesifikke korttidsintervensjoner. Når Levenson & Davidovitz (2000) undersøkte hvilken type opplæring erfarne terapeuter hadde benyttet seg av for å lære seg KDP, fant de at en overraskende stor andel hadde basert sin opplæring på selvvalgt litteratur. Levenson & Davidovitz (2000) tematiserer hvordan en ikke umiddelbart opparbeider seg terapeutisk kompetanse etter å ha lest seg opp på et tema. De tenker at tilegnelse av terapeutiske ferdigheter gjennom lesing alene ikke vil være tilstrekkelig, og de argumenterer for at en optimal KDP-opplæring bør innlemme både veiledning, konsultasjon og workshops for (Levenson & Davidovitz, 2000). Det er gode grunner for at nettopp opplæring og utdanningsprogram i større grad bør tilstrebe en slik opplæringsprosess (Levenson & Evans, 2000). Levenson og Evans anbefaler at det bør satses på økt KDP-kompetanse hos psykoterapilærere, og at det tas i bruk mer video i undervisnings og opplærings situasjoner. Det tenkes at man kan ha betydelig læringsutbytte av å se både seg selv og mer erfarne kollegaer utføre terapi.

Som det fremkommer i vår gjennomgang av KDPs historiske røtter, har KDP møtt og utfordret mange tradisjonelle ”selvsagtheter” innenfor dynamisk psykoterapi. Av særlig betydning kan nevnes den relasjonelle vending fra drift/struktur-modellenes fokus på pasientens barndom og tidligere erfaringer, til et her-og-nå fokus (Levenson, 2010): Fra et tematisk fokusinnhold, eksempelvis ødipalkonflikt, til et prosessorientert fokus; fra et mål om innsikt, og som resultat en kur, til et samarbeid mellom pasienten og terapeuten i arbeidet med å identifisere et nyttig CMP som kan resultere i ny innsikt, men og så ny erfaring.

Det er mange endringer som har ført frem til utviklingen av Levensons TLDP. Hennes modell er integrativ, og den åpner opp for dialog med andre terapeutiske retninger. Det har betydning for utførelsen av TLDP. Levenson åpner for en fleksibel terapeutisk prosess. Når det er sagt, er det likevel spesifikke retningslinjer som gjelder innenfor TLDP, eksempelvis identifisering av fokus gjennom CMP. Det er også utviklet manualer for TLDP, med særlig henblikk på opplæring av uerfarne terapeuter. Levenson og Davidovitz (2002) peker på nødvendigheten av tilstrekkelig opplæring, herunder type opplæring. Videre vil det være interessant å se dette i sammenheng med terapeuteffekter. Som nevnt tidligere, viser forskning at den terapeutiske relasjonen er den viktigste enkeltfaktoren for prediksjon av behandlingsutfall (Horvath, 2001). Dette modifiseres noe ved at terapeutens ekspertise og erfaring gjør seg gjeldende i arbeid med pasienter som opplever primært relasjonelle vansker. Hvordan dette vil gjøre seg gjeldene i forhold til TLDP og ulike pasientgrupper, ville være interessant å finne ut av. Som nevnt i diskusjonen, er gjerne pasientene som selekteres til TLDP relativt velfungerende individer. Vil en erfaren terapeut kunne gjennomført tilfredsstillende TLDP med en pasientpopulasjon, der også alvorlig psykopatologi er inkludert? Dette er ett av mange interessant spørsmål. Generelt vil det være spennende å se nærmere på både terapeuteffekter, pasientpopulasjon og hvilke diagnoser, og under hvilke

omstendigheter tilfredsstillende behandlingsresultater lar seg oppnå - på både kort og lang sikt.

Referanser

- American Psychological Association (Producer). (2008). *Time-Limited Dynamic Psychotherapy* [Motion picture]. (Available from www.apa.org/books).
- American Psychological Association (Producer). (2010). *Brief Dynamic Therapy Over Time* [Motion picture]. (Available from www.apa.org/videos/series8.html).
- Alexander, F., & French, T. M (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York, NY: Ronald Press.
- Binder, J. L. (2004). *Key competencies in brief dynamic psychotherapy: Clinical practice beyond the manual*. New York, NY: Guilford Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation anxiety and anger*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss, sadness and depression*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London, England: Routledge.
- Crits-Christoph, P., & Barber, J. P. (Eds.). (1991). *Handbook of short-term dynamic psychotherapy*. New York, NY: Basic Books.
- Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens*. New York, NY: Harcourt, Brace.
- Davanloo, H. (Ed.). (1978). *Basic principles and techniques in short-term therapy*. New York, NY: S. P. Medical and Scientific Books.
- Davanloo, H. (Ed.). (1980). *Short-term dynamic psychotherapy*. New York, NY: Jason Aronson.
- Fairbairn, W.R.D. (1954). *An object relations theory of personality*. New York, NY: Basic Books.

- Ferenczi, S., & Rank, O. (1925). *The development of psychoanalysis*. New York Washington: Nervous and Mental Disease Publishing Company.
- Fonagy, P., & Target, M. (2003). *Psychoanalytic theories: Perspectives from developmental psychopathology*. London: Whurr.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York, NY: Guilford Press.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Horowitz, M. J. (1988). *Introduction to psychodynamics: a new synthesis*. New York, NY: Basic Books.
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy*, 38(4), 365-372.
- Killingmo, B. (1988). Teoriutvikling innen klinisk dynamisk psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 25, 39-45. (Supplementsbind).
- Lazarus, R. S. (1991). Progress on a motivational- relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46(8), 819-834. US: American Psychological Association.
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Levant, R. F. (2005). *Report of the 2005 Presidential task force on evidence-based practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Levenson, H. (1995). *Time-limited dynamic psychotherapy: A guide to clinical practice*. New York, NY: Basic Books.
- Levenson, H. (2003). Time-limited dynamic psychotherapy: An integrationist perspective. *Journal of Psychotherapy Integration*, 13, 300-333.
- Levenson, H. (2010). *Brief Dynamic Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Levenson, H., & Davidovitz, D. (2000). Brief therapy prevalence and training: A national survey of psychologists. *Psychotherapy, 37*, 335-340.
- Levenson, H., & Evans, S.A. (2000). The current state of brief therapy training in American Psychological Association accredited graduate and internship programs. *Professional Psychology: Research and Practice, 31*, 446-452.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*. New York, NY: Basic Books.
- Lutz, W., Leon, S. C., Martinovich, Z., Lyons, J. S. & Stiles, W. B. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology, 54*, 32-39.
- Malan, D. H. (1963). *A study of brief psychotherapy*. New York, NY: Plenum.
- Malan, D. H. (1976). *The frontier of brief psychotherapy*. New York, NY: Plenum.
- Mann, J. (1973). *Time limited psychotherapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science, 198*, 75-78.
- Messer, S. B., & Warren, C. S. (1995). *Models of brief psychodynamic therapy: A comparative approach*. New York, NY: Guilford Press.
- Monsen, J.T., & Monsen, K. (2000). *Affekter og affektbevissthet: et bidrag til integrerende psykoterapimodell*. I A. Holte, M. H. Rønnestad & G. H. Nielsen (Red.), *Psykoterapi og psykoterapiveiledning: teori, empiri og praksis* (s. 71-90). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nielsen, G., & Barth, K. (1991). Short- term anxiety-provoking psychotherapy. In P. Crits-Christoph & J. P. Barber (Eds.), *Handbook of short-term dynamic psychotherapy*. New York, NY: Basic Books.

- Piaget, J. (1954). *The construction of reality in the child*. (M. Cook, Trans.). New York: Basic Books.
- Rawson, P. (2002). *Short-term psychodynamic psychotherapy. An analysis of the key principles*. London: Karnal Books.
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(4), 444-454.
- Shapiro, F. (2002). *EMDR treatment: Overview and integration*. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism* (pp. 27-55). Washington, DC: American Psychological Association.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the organization of self*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sifneos, P. E. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Sifneos, P. E. (1979). *Short-term dynamic psychotherapy: Evaluation and technique*. New York, NY: Plenum.
- Strupp, H. H., & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York, NY: Basic Books.
- Tomkins, S. (1963). *Affect, imagery and consciousness: The negative affects. (Vol 1)*. New York, NY: Springer.
- Whelton, W. J. (2004). Emotional process in psychotherapy: Evidence across therapeutic modalities. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 89-106.
- Weiss, J., Sampson, H., & Mount Zion Psychotherapy Research Group. (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations, and empirical research*. New York, NY: Guilford Press.