



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Psykoterapeutprogrammet

Urval, bedömning, metod och teknik i psykodynamisk tidsbegränsad korttidsterapi

Kvalitativ intervjustudie av psykoterapeuter

Madeleine Gyllenbåga-Conradsen

Psykoterapeutexamensuppsats Vt 2012

Handledare; Håkan Johansson

Abstract

This study explored how psychotherapists' reason around assessment, selection and treatment in time-limited short-term psychodynamic psychotherapy. Semi-structured interviews were conducted with six practicing therapists. Data was analyzed by thematic analysis and eight themes were identified. The results showed that two different techniques are used for assessing suitability, clinical interview and trial-therapy and that assessment of patients with a reasonably integrated personality is considered unproblematic. However, it was highlighted that the psychotherapists are faced with a dilemma as to assess whether patients with more serious personality- and complex mental disorders can benefit from, and not be harmed by, time-limited psychotherapy. Sometimes patients are included where the usefulness of time-limited psychotherapy can be questioned. In those cases the psychotherapists argue that there are no other treatment options to offer and they end up modifying the treatment of choice to the patient instead and minimizing the goal of treatment. Another finding was that focus on emotions is considered an essential part of treatment. However, it differs whether this focus is on conscious or unconscious emotions. The study also highlighted different views whether confrontational or affirmative techniques have a transforming effect and whether interpretation is to be applied or not. Moreover, the study showed that the majority of therapists do not use a specific short-term model, but seem to rely on techniques developed in long term psychotherapy, and various short-term models, making it integration to their own model. The results are discussed in relation to their implication for practice and further research in the area of the assessment for time-limited psychodynamic psychotherapy.

Keywords: assessment, assessment techniques, psychodynamic time-limited short-term psychotherapy, selection, degree of psychopathology, personality problems, treatment, techniques, thematic analysis

Sammanfattning

Syftet med den här studien var att utforska hur psykoterapeuter resonerar kring urval/bedömning och behandling i tidsbegränsad psykodynamisk korttidspsykoterapi. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med sex psykoterapeuter. Data analyserades med tematisk analys och åtta teman identifierades. Studien visade att två skilda tekniker för bedömning av lämplighet tillämpas, klinisk intervju och försöksterapi, och att bedömningen av patienter med en någorlunda integrerad personlighet upplevs vara oproblematiske. De huvudsakliga fynden belyser det dilemma psykoterapeuterna ställs inför då de ska bedöma om patienter med allvarig personlighetsproblematik och komplexa psykiska störningar kan tillgodogöra sig, och inte ta skada av, tidsbegränsad terapi, att terapi ibland inleds med patienter där nyttan är tveksam med argumentet att det inte finns något annat att hänvisa dem till, att behandlingen då modifieras och målsättningen minimeras. Vidare visade studien att fokus på känslor anses vara en väsentlig del i behandlingen, men att det skiljer sig avseende om medvetna eller omedvetna känslor fokuseras. Resultaten belyste också olika inställningar till huruvida konfrontativa eller affirmativa tekniker har en förändrande effekt, samt uppfattning om tolkning ska tillämpas eller inte. Ett annat fynd var att flertalet av terapeuterna inte använder en specifik korttids-modell utan tycks förlita sig på tekniker utvecklade i långtidsterapi och olika korttids-modeller som de har integrerat till att bli deras egen modell. Resultaten diskuteras i förhållande till deras implikation för praktik och vidare forskning kring bedömningsprocessen inför tidsbegränsad psykodynamisk psykoterapi.

Nyckelord: bedömning, bedömningsteknik, tidsbegränsad psykodynamisk korttidspsykoterapi, urval, grad av psykopatologi, personlighetsproblematik, behandling, teknik, tematisk analys.

Inledning

Den samlade psykoterapiforskningen visar att psykoterapi har varaktig och stabil effekt på olika typer av psykiska störningar (Abbass, Town & Driessen, 2011; Lambert & Ogles, 2004; Leichsenring & Rabung, 2011; Wampold, 2001). Effekt kan uppnås efter endast några få psykoterapisessioner (Abbass, Joffres & Ogradniczuk, 2008; Brech & Agulnik, 1998), en del patienter uppnår en förbättring efter 10 psykoterapisessioner, medan 50 % behöver fler än 20 psykoterapitimmar för att förbättras, och 75 % förbättras efter 50 psykoterapitimmar (Lambert, Hansen, & Finch, 2001). För komplexa psykiska störningar antyder forskning att långtidspsykoterapi, minimum 50 behandlingstimmar, är mer effektiv än kortare psykoterapi (Leichsenring, 2008; Leichsenring & Rabung, 2011; Vinnars m fl, 2007).

I mitten av 1900-talet började man behandla patienter med psykodynamisk korttidspsykoterapi (Balint, 1972; Malan, 1963; Malan, 1976). I de första korttids-modellerna angavs relativt god integrationsnivå i personligheten som krav, för att en person skulle kunna gynnas av behandlingen. Besparingskrav och krav på att korta ner väntelistor har de senaste decennierna ställt krav på att korta ner behandlingstiden även med patienter som har mer komplex psykopatologi och personlighetsproblematik. Det har också skett en utveckling av olika varianter av psykodynamiska korttidsmodeller samt modifieringar för att kunna behandla svårare psykiska störningar (Beutel, 2010). Det finns också starkt forskningsstöd för att olika varianter av psykodynamisk korttidssterapi, såväl som andra psykoterapimetoder, som interpersonell psykoterapi och KBT har god och varaktig effekt vid behandling av olika störningar (Ogradniczuk & Abbass, 2009; Leichsenring, Rabung & Leibing, 2004; Driessen m fl., 2010; Salzer, Winkelbach, Leweke, Leibing & Leichsenring, 2011; Messer, Stanley, Abbass & Magnavita, 2010). Dessutom tycks patienter som erhållit psykodynamisk psykoterapi fortsätta att förbättras efter att behandlingen har avslutats (Leibing, Rabung & Leichsenring, 2005; Shedler, 2010).

Flera tidsbegränsade psykoterapier på psykodynamisk grund får också effektstöd i studier, exempelvis PFPP, 24 timmars behandling för panikångest (Milrod, 2012) och 16 timmars interpersonell psykoterapi, ITP, för depression (Graham m fl., 2008). Manns 12 sessioners modell (Mann, 1973) är en tidsbegränsad psykoterapi som många terapeuter har erfarenhet av. Det finns ett visst forskningsstöd (Hoglund, 1988) och uttalanden om dess effektivitet av psykoterapeuter som tillämpat den i över trettio år (Viola Argus i föreläsning anordnad av Riksföreningen för Psykoterapicentrum, 13 okt, 2011) men då den inte forskats på i tillräckligt hög utsträckning och inte i enlighet med gällande kravnivå på

forskningsdesign, finns det i nuläget inget starkt empiriskt forskningsstöd för metodens effektivitet.

Olika skolbildningar inom psykoterapi, t ex kognitiv beteende terapi och psykodynamisk psykoterapi, utgår från antagandet att framgångsrik psykoterapi till stor del beror på specifika metoder, tekniker och förhållningssätt som har sin grund i specifika psykologiska teorier (Lundh, 2009). Studier av skillnader i behandlingsresultat mellan helt olika psykoterapimetoder samt försök att isolera påverkan av methodspecifika faktorer tyder på att olika psykoterapimetoder har likvärdiga effekter (Ahn & Wampold, 2001; Norcross & Lambert, 2011; Stiles, 2008). Flera forskare, t ex Frank (1991) och Wampold (2001) menar därför att det finns faktorer utöver den psykoterapi-specifika tekniken och metoden som påverkar behandlingseffekten, faktorer som är gemensamma för skilda psykoterapi-metoder.

Begreppet ”gemensamma faktorer” täcker in en mängd sinsemellan olikartade faktorer som exempelvis i vilken utsträckning terapeut och patient tror på metoden, är överens om behandlingsmål och hur man ska nå dit, terapeutens skicklighet att bedöma om en patient lämpar sig för behandlingen och terapeutens lojalitet gentemot metoden, det vill säga att hon arbetar utifrån de tekniker som metoden anger (Lundh, 2009). Hur definieras då psykodynamisk korttidsterapi?

Hobbs (2006) ger en sammanfattande beskrivning av de olika modeller av korttidsterapi på psykodynamisk grund som kollektivt går under termen STDP (Short Term Dynamic Psychotherapy). Där innefattas behandlingar som har utvecklats av Balint (1972), Malan (1963, 1976), Sifneos (1972, 1987), Mann (1973), Strupp and Binder (1984), Davanlo (1980), Wolberg (1980). De flesta varianter av STDP har gemensamma kännetecken: de består av ett begränsat antal sessioner, selektionskriterier anges avseende vem som är lämplig patient, det formuleras ett tydligt avgränsat terapeutiskt fokus, ökad aktivitet hos terapeuten, terapeuten fokuserar på relationen/överföringen, och speciell uppmärksamhet ägnas avslutningen. STDP syftar till att minska ångest och försvar och undvikande av känslor.

Abbas (2003) beskriver STDP som en behandling som syftar till att hjälpa patienter att lösa problem som uppstår på grund av försvarsmässigt hanterande av omedvetna känslor eller konflikter, som är orsakat av förluster, brister i känslomässig omsorg av primära omvårdnadspersoner eller andra trauman i livet. När omedvetna känslor eller konflikter aktiveras av stressutlösande händelser i nuet aktiveras ångest och psykologiska försvar mobiliseras vilket resulterar i en kombination av ångest, somatisering, depression, undvikande, själv-attackerande mönster och interpersonella problem (Abbas, 2003). Psykoterapiprocessen syftar till att patienten i allt högre grad ska tolerera känslor vilket gör

det möjligt att i viss mån uppleva en läkning av känslomässiga sår från det förflutna (Abbass, 2003).

Många STDP modeller använder sig av konflikt- och persontriangeln (Menninger, 1963; Malan, 1963, 1976) vilka ursprungligen förutsatte en viss mognadsgrad i personligheten, att personen i huvudsak var strukturerad på en oidipal nivå/hade uppnått den depressiva positionen (Malan, 1976; Mann, 1973; Sifneos, 1972). Tidiga STDP metoder har också lagt stor vikt vid ångestframkallande tekniker som kluster A och kluster B personlighetsstörningar (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders[DSM-IV], 2002), enligt psykodynamisk teori, inte har ansetts klara av varför de har exkluderats för sådan behandling (Malan, 1976; Sifneos, 1972). På senare tid har dock flera psykodynamiska korttidsterapiformer modifierats för att kunna omfatta även patienter med lägre integrationsnivå (Davanloo, 1995; Della Selva, 2004; Fosha, 2000; Mc Cullough, 2003) och man har i studier kunnat visa att STDP ger varaktig effekt vid behandling av psykiska symtom hos personer med komplex psykopatologi och olika typer av personlighetsstörning enligt DSM-IV, (Abbass, Town & Drissen, 2011; Lewis, Dennerstein & Gibbs, 2008; Messer, Abbass, & Magnavita, 2010; Town, Abbass & Hardy, 2011). I några korttidsmodeller genomförs bedömningen inför en behandling i form av försöksterapi medan i andra modeller tillämpas en mer klassisk klinisk intervju (Crits-Christoph & Baber, 1991).

I Sverige erbjuds i dagsläget psykoterapi inom ramarna för högkostnadsskydd främst inom öppenvård psykiatrisk verksamhet samt i form av kortare kontakter på de vårdcentraler som har tillgång till psykoterapeutisk kompetens. Utöver den terapeutiska verksamhet som erbjuds inom primärvård och öppenvård psykiatri finns det ett flertal privatpraktiserande psykoterapeuter och psykologer som har möjlighet att ta emot fler patienter. Några av dessa har avtal med landstinget som gör att de kan ge behandling inom ramen för högkostnadsskydd.

I Skåne har det tidigare varit möjligt att erhålla psykoterapeutisk behandling hos privatpraktiserande psykoterapeut upp till två år inom ramarna för högkostnadskort. I vårdavtalet från 2009 mellan Region Skåne och privata psykoterapeuter (se bilaga 1) anges att behandlingen avser korttidsterapi omfattande högst 20 behandlingstillfällen med möjlighet att undantagsvis förlänga behandlingstiden, vilket då ska godkännas av psykoterasamordnaren. Remiss till psykoterapeuter med Region Skånes vårdavtal kan komma från läkare och psykolog inom offentligt finansierad vård, leg psykoterapeut samt att patienten kan söka själv direkt genom självremiss. Psykoterapeuten gör sin egen bedömning om behov av psykoterapi finns och inleder i sådana fall behandling enligt avtalet.

Det finns, som redovisats, i dagsläget flera varianter av korttids-modeller som visat sig vara effektiva i studier, några med modifieringar för att kunna behandla även patienter som tidigare inte ansetts kunna tillgodogöra sig behandling på så kort tid. Även om det fortfarande saknas kunskap om precis vilka ”ingredienser” i olika metoder som leder till förändring så har det enligt ”common factor-hypotesen” betydelse att terapeuten tror på sin metod, tillämpar dess tekniker och kan bedöma om en enskild patient har nytta av metoden (Norcross & Wampold, 2011). Crits-Christoph & Barber (1991) understryker också betydelsen av att terapeuten skickligt kan välja ut lämpliga patienter och ringa in huvudproblemet för att en korttidsterapi ska vara effektiv. En intressant fråga är därför hur psykoterapeuter resonerar i sin vardagspraktik, när de gör bedömning av vem som är lämplig och vilka metoder som fungerar i tidsbegränsad psykodynamisk korttidsterapi. Det finns inga kvalitativa studier, som författaren känner till, som har fokuserat den frågan, och den här studien är en ambition att öka kunskapen i det området.

Den grupp psykoterapeuter, som sedan 2009, har erfarenhet av att ge tjugo timmars tidsbegränsad psykoterapi enligt vårdavtalet med Region Skåne, lämpar sig mycket väl för en sådan undersökning.

Syfte och frågeställningar

Den här studien vill undersöka hur psykodynamiska psykoterapeuter, i sin vardagspraktik, resonerar kring urval, bedömning och behandling i tidsbegränsad korttidsterapi på tjugo timmar. Med avseende på:

- vem som anses kunna tillgodogöra sig tidsbegränsad korttids-terapi.
- hur terapeuterna går till väga för att bedöma denna lämplighet.
- vad de anser kan förändras hos patienten i den tidsbegränsade psykoterapin.
- hur de resonerar kring vad det är i behandlingen (tekniker, metoder, förhållningssätt) som leder till förändring i tidsbegränsad psykoterapi.

Metod

Rekryteringsprocess och beskrivning av intervjupersonerna

Urvalet gjordes utifrån psykoterapeuter med psykodynamisk inriktning som har vårdavtal med Regions Skåne. Sexton terapeuter kontaktades genom muntlig och skriftlig förfrågan (bilaga 2) och de sex första som accepterade att delta i studien blev intervjuade. Samtliga intervjuade är legitimerade psykoterapeuter, majoriteten är psykologer i sin

grundyrkesutbildning. Alla intervjupersoner är etniska svenskar, i ett åldersspann mellan 45-60 år, bägge könen är representerade. Psykoterapeuterna har mellan tjugofem till trettiofem års erfarenhet av psykoterapeutiskt arbete och arbetar parallellt eller har arbetat inom psykiatrisk verksamhet. De informerades om att de inte kommer att namnges eller knytas till olika utsagor.

Intervjuförfarandet

För att bäst fånga psykoterapeuternas tankar, reflektioner och erfarenheter genomfördes denna studie i form av en kvalitativ undersökning genom individuella intervjuer som spelades in på ljudband.

Intervjuerna genomfördes på psykoterapeuternas egna mottagningar i form av en halvstrukturerad intervju under ungefär en timme utifrån en intervjuguide med frågeställningarna som stöd (bilaga 3). Intervjupersonerna hade innan intervjutillfället fått veta att författaren var intresserad av deras erfarenheter av att arbeta med tidsbegränsad psykoterapi. Kvale (2009) betonar att intervjuarens förtrogenhet med ämnet är en förutsättning för att kunna göra skickligt bruk av intervjumetoden. Författaren gick inför studien igenom aktuell litteratur om psykodynamisk korttidspsykoterapi och psykodynamisk tidsbegränsad psykoterapi, såväl utifrån forskningsartiklar som utifrån handböcker i ämnet, se teoriavsnittet. En fullständig genomgång av all litteratur i ämnet var inte möjlig inom ramarna för detta arbete. Författarens erfarenhet redovisas nedan.

Intervjuerna syftade till att täcka in intervjupersonernas tankar, reflektioner och erfarenheter kring frågeställningarna och var på det sättet styrda mot de områden som önskades undersökas, samtidigt som alla frågor ställdes i öppen form och intervjupersonerna uppmanades att reflektera utifrån sina subjektiva tankar och erfarenheter. Uppföljningsfrågor ställdes med utgångspunkt från intervjupersonernas svar för att vidareutveckla och klargöra aspekter i uttalanden. Författaren strävade efter att förstå/tolka meningen i det intervjupersonen beskrev under själva intervjun, för att "sända tillbaka" meningen så att intervjupersonen fick möjlighet att bekräfta, korrigera eller vidareutveckla sina tankegångar. Ledande frågor samt användning av psykologiska/psykodynamiska begrepp eller ordval undveks helt och hållet om inte intervjupersonen själv spontant använde sig av sådana.

Analysmetod

Bearbetning av intervjumaterialet gjordes i form av tematisk analys som är oberoende av teori och epistemologi (Braun & Clarke, 2006) varför det är viktigt att vara tydlig med den vetenskapsteoretiska position som studien tar avstamp i. Den här studien har en hermeneutisk

ansats, vilket innebär ett intresse för individuella upplevelser och kunskap om hur individen skapar mening utifrån sina erfarenheter.

Braun och Clarkes (2000) tematiska analysmetod följer sex faser. 1) Materialet transkriberas och texten läses i sin helhet tills man fått en bra överblick. 2) Texten går igenom med markeringar av det som är relevant för frågeställningen och anteckningar av eventuella nyckelord. 3) Citaten sorteras utifrån preliminära teman. 4) Sedan tas ett tema i taget och hela texten går igenom igen för att söka efter ytterligare citat som hör till respektive tema, i syfte att skapa en slags tematisk karta. 5) Därefter görs en definition och definitiv benämning av teman. 6) Slutligen sammanfattas varje tema med författarens egna ord i en rapport och de citat som bäst belyser innehållet väljs ut.

Analysen i den aktuella undersökningen genomfördes i en strävan att följa Braun och Clarkes metod. Alla intervjuer genomlyssnades och transkriberades ordagrant av författaren. Texten lästes i sin helhet för att få en uppfattning av varje enskild intervju och för att få en helhetsbild av materialet i stort. Markeringar gjordes i texten av det som var relevant utifrån frågeställningen. Citat och markeringar sorterades utifrån teman som författaren kunde hitta i materialet. Hela texten lästes därefter igenom igen utifrån varje tema för att söka efter fler citat som kunde hör till respektive tema. Slutligen sammanfattades materialet under varje tema och relevanta citat valdes ut för att belysa dessa.

Författaren anser, liksom Braun och Clarke (2006), att teman inte finns inneboende i materialet i sig, utan är ett resultat av den uttolkning som görs av materialets möjliga innebörder utifrån författarens frågeställningar. Den tematiska analysen är därför delvis subjektiv, eftersom författaren väljer vilka teman som är intressanta och hur de ska presenteras. Att öppet specificera teoretisk orientering, erfarenheter, intressen och antaganden som kan tänkas påverka analysen är ett sätt att hjälpa läsaren att tolka den förståelse av data som författaren för fram och gör det möjligt att beakta möjliga alternativ (Elliot, Fischer & Rennie, 1999). Författaren har 12 års erfarenhet av arbete som psykolog med psykodynamisk inriktning, nio år av dessa har ägnats åt psykodynamisk psykoterapi, tre år inom LVM- vård, sex år på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning, övervägande med icke tidsbegränsade psykoterapier men i viss mån också med korta tidsbegränsade psykoterapier. Den här rapporten är det slutliga examensarbetet i författarens utbildning till psykoterapeut.

Etiska överväganden

Intervjupersonerna i den här undersökningen informerades om studiens konfidentialitet, att data avidentifierades samt att alla inspelningar förstördes efter transkriberingen. En strävan var också att avidentifiera citat för att säkerställa deltagarnas anonymitet.

Resultat

Resultaten har strukturerats utifrån de på förhand valda frågeställningarna och de teman som kommer fram i psykoterapeuternas beskrivningar, resonemang och reflektioner kring bedömningsprocessen och behandlingen i en tidsbegränsad korttidspsykoterapi på tjugo timmar. En sammanställning av hur teman har strukturerats ges i tabell 1. För att underlätta läsningen används genomgående begreppen ”hon/henne” vid referens till de intervjuade psykoterapeuterna och begreppet ”han/honom” då det refereras till patienter.

Tabell 1. Sammanfattning av teman; urval/bedömning och behandling i tidsbegränsad psykoterapi

Bedömningsprocessen:

I Tema – Risker, möjlighet att tillgodogöra sig tidsbegränsad psykoterapi

Specifika bedömningsvariabler:

II Tema - Psykopatologi i form av symtomdiagnos

III Tema - Betydelsen av personlighetens integrationsnivå

IV Tema - Motivation är avgörande

V Tema - Målsättningens betydelse

Undertema - Teori om vad som kan förändras

Undertema - Rimlig förändring

VI Tema - Källor där information för bedömning söks

Undertema - Problembeskrivning, anamnes och överföring

Undertema - Försöksterapi

Undertema - Information genom relaterandet/överföringen

VII Tema - Bedömningen utmynnar i en problemformulering/fokus

Behandling:

VIII Tema- Metod/tekniker

Undertema - Lekturyrme/hållande kontext

Undertema - Hög aktivitet

Undertema - Fokus på känslor

Undertema – Affirmativa/konfrontativa tekniker/tolkning

Undertema – Tekniker utifrån specifik korttids-modell

Undertema – Egen modell

Risker, möjlighet att tillgodogöra sig tidsbegränsad psykoterapi

Bedömningsprocessen handlar både om att utforska om det finns *några risker* med att inleda en tidsbegränsad psykoterapi och om en patient kan tänkas *tillgodogöra sig* en sådan. Detta

utforskas via variabler hos patienten som psykopatologi, integrationsnivå i personligheten och motivation. Informationen söker de ur den aktuella problembeskrivningen, anamnesen, det som händer i relationen/överföringen och genom provterapi. Hur psykoterapeuten tänker kring målsättning och metod/teknik påverkar hur dessa patientvariabler värderas då hon tar ställning för om en tidsbegränsad psykoterapi ska inledas. Bedömningen utmynnar i en problemformulering, en överenskommelse om vad som ska fokuseras i terapin.

Psykopatologi i form av symtomdiagnos

Psykoterapeuterna framhåller vikten av att sålla bort personer där de anser det vara förenat med risk att inleda en tidsbegränsad psykoterapi. De betonar vikten av att inte ta på sig något som de sedan inte reder ut. Det måste gå att avsluta terapin efter tjugo behandlingstimmar utan att patienten tar skada och allt som kan tänkas förlänga terapin måste därför utforskas noga. Samtliga psykoterapeuter exkluderar patienter där det finns psykopatologi av en sådan svårighetsgrad, att det i sig, med eller utan psykoterapi, kan innebära allvarlig risk för patientens säkerhet.

Förekomst av vissa symtomdiagnoser enligt Diagnostical Statistical Manual (DSM) eller International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD), som pågående missbruk, svåra depressioner med suicidrisk, flera suicidförsök i anamnesen och psykosgenombrott gör att en patient exkluderas av samtliga terapeuter.

[...]det kan ju ha varit att det funnits psykosgenombrott eller väldigt djupa depressioner som har krävt inläggning, då måste jag ju utforska det, allt som skulle kunna förlänga terapin måste utforskas, så att man inte sen hamnar i något man inte kan ta hand om.

Betydelsen av personlighetens integrationsnivå

Personlighetens integrationsnivå är ett tema som psykoterapeuterna genomgående resonerar utifrån i bedömningen. De beskriver hög integrationsnivå som att problemen i huvudsak uttrycks i form av inre konflikter, att problemen upplevs vara jag-dystona, att de kan se flera tecken på jag-styrka, som exempelvis att patienten kan formulera ett centraltema och att det finns en viss ångesttolerans och där försvaren är övervägande mogna. Det går då ganska lätt att få en allians med patienten kring det som är problematiskt, överföringen känns inte av så starkt och terapeuten upplever sig som "ett gott objekt" för patienten. Låg integrationsnivå beskrivs som att problematiken kan förstås utifrån bristbehov, att patientens upplever problemen som jag-syntona, att de läggs utanför patienten själv, att det finns hög grad av orealistiska latent förväntningar, och att överföringen känns av på ett mer kraftfullt sätt.

Patienter med svåra personlighetsstörningar, där det finns gravt utagerande och svårt självskadebeteende exkluderas på grund av den fara som detta utgör: ”[...] där det finns gravt utagerande på borderline nivå, så att säga, om man ser att det finns ett stabilt instabilt liv över lång tid, då förstår man ju att det här är något allvarligare, nej det går inte.”

Personer med stor sårbarhet där terapeuterna bedömer att det kan innebära en risk att inleda en psykoterapi exkluderas också. De menar att det kan göra mer skada än nytta att dra i gång något kring saker som har varit svåra länge, och sedan inte arbeta igenom det så att det blir färdigt: ”[...] om man har dragits med saker under en lång tid, och börjar röra om i dem, då finns det en risk att man släpper dem i golvet för tidigt.”

Stora brister i anknytningsförmåga där en positiv överföring inte överväger ses som ett hinder då ”det inte finns tid till att bygga upp tilliten.” En terapeut pratar om risken för att patienten blandar ihop sig själv med terapeuten och utvecklar ett primitivt beroende som gör att det inte blir möjligt att avsluta efter tjugo gånger utan att det skadar:

[...] det är nästan omöjligt att inte knyta an till terapeuten, om man gör ett någorlunda bra jobb och då finns det en risk (hos den här patientgruppen) att regrediera och få svårt att skilja ut sig själv från terapeuten, och då blir det alldeles för svårt att separera efter så kort tid.

Flera terapeuter uttrycker att det måste finnas en viss integrationsnivå för att det ska vara meningsfullt att inleda en tjugo timmars tidsbegränsad korttidsterapi. Där låg integration inte ses som en riskfaktor anses det innebära att det ”tar för lång tid”. Några menar att alla inte kan tillgodogöra sig en tidsbegränsad psykoterapi, att det krävs vissa jag-resurser, som att det relativt snabbt går att hitta en arbetsallians. Det nämns också att det bör finnas rimliga intellektuella resurser och reflektionsförmåga, förmåga att kunna se på sitt inre utifrån. Några understryker att det måste finnas en viss ångesttolerans eftersom den kan öka i en tidsbegränsad psykoterapi. Om patienten får en meningsfull upplevelse av det första mötet så är det ett gott tecken: ”[...] att de genom vårt samtal känner sig förstådda och kan förstå sig själva bättre i relation till sina problem.”

Flera menar att om det finns allt för rigida, massiva eller primitiva försvar så är det ett hinder för att tillgodogöra sig en tidsbegränsad psykoterapi:

Det måste gå att se problemen som något som finns inom dem, som inre konflikter, när det finns för mycket av projektioner, att alla andra är dumma och oförstående och det inte går att se sin egen del i det, då går det inte [...] problemet måste i alla fall delvis vara jag-dystont, om det är väldigt jag-syntont, så att det inte går att tänka

något annat, om det inte går att få någon allians med patienten kring det här symtomet man vill bli av med, då blir det svårt.

Ibland handlar det om gränsfall där avvägningen är svår. Några säger att de inleder tidsbegränsad psykoterapi med patienter där det finns en hel del bristproblematik, om de tycker att patienten kan knyta an och se terapin som ett potentiellt gott objekt, att det går att få kontakt med någon liten frisk del hos patienten som de kan arbeta med: *”Jag har en hel del personer med tidiga störningar, men där finns ändå själva förmågan att kunna skapa en god kontakt, som kanske ändå i korttidsterapi är avgörande.”* Det uttrycks också att det bör finnas något fungerande område i patientens liv *”så att det finns något som håller så att man inte hamnar för djupt”*.

Motivation är avgörande

Ett tema som terapeuterna resonerar utifrån, när de gör sin bedömning av om en patient ska erbjudas tidsbegränsad psykoterapi, är motivation. Detta uttrycks som att det måste finnas en nyfikenhet hos patienten kring sig själv, att det måste finnas en ärlig önskan att utforska sitt inre, att vilja förstå bakomliggande orsaker till symtomet eller det som är svårigheten. Flera betonar också att patienten måste våga titta på sig själv och hur han bidrar till sina svårigheter, att det måste finnas en genuin önskan att förändra något hos sig själv. Lidandet nämns också som en viktig källa till motivation, men det räcker inte i sig. En av terapeuterna konstaterar att många patienter inte söker en förändring hos sig själva utan bara vill få en bekräftelse på sitt lidande och hur drabbade de är av en oförstående och försumlig omgivning: *”[...] man kanske är rädd för att titta på hur man själv bidrar, att bara använda terapin för att prata om sitt lidande, att ösa och klaga, det brukar inte leda till så mycket.”*

En terapeut betonar att patienten måste uttrycka terapeutiska mål och att det måste finnas en genuin vilja hos patienten att aktivt delta i behandlingen: *”[...] de kanske har latent förväntningar, att det ska gå snabbare (än vad som är möjligt) eller att man bara vill bli av med symtomen utan att vara beredd att jobba på det, eller jobba så hårt som det kräver.”* Motivation anses av några psykoterapeuter vara så väsentligt att det i vissa fall överskuggar exkluderande svårigheter som beskrivits ovan. Patienter som egentligen skulle avvisas, erbjuds tidsbegränsad psykoterapi om de bedöms vara starkt motiverade: *”Svårighetsgraden har egentligen mindre betydelse, konflikt eller brist, jag kan behandla de flesta, bara man kan hitta ett fokus och de är tillräckligt motiverade.”*

Målsättningens betydelse

Psykoterapeuterna utesluter att det finns några risker med, och bedömer om patienten kan tänkas tillgodogöra sig, en tidsbegränsad psykoterapi utifrån de teman som redovisats ovan. Hur de resonerar kring dessa teman hänger samman med ett annat tema, som framträder; målsättningen med behandlingen, vad de tänker är möjligt att förändra på tjugo timmar, och vad som kan beskrivas som minsta rimliga förändring som de kan acceptera som målsättning. Resonemangen skiljer sig något mellan dem.

Teori om vad som kan förändras. Integrationsnivån anses ha betydelse för hur omfattande förändring som kan ske på den begränsade tiden. Flertalet av terapeuterna menar att det är större sannolikhet att uppnå djupgående förändringar med patienter som har mindre svår patologi, där det övervägande handlar om konflikt- och mindre om brist problematik och mogna försvar överväger. Att ju bättre integrerad en person är, desto lättare och snabbare går det att hitta en allians kring problemet. De flesta terapeuter uttrycker att det kan ske omfattande, djupgående förändringar hos många patienter. De beskriver sådana förändringar i form av att jagets förmåga expanderar, att det sker en uppmjukning av ett strängt överjag, att det blir en strukturell förändring i personligheten. De uttrycker det också som att patienten får insikt om sina ursprungskonflikter, ökad förståelse för sidor hos sig själva som håller i gång deras egen problematik, att de får kontakt med genuina känslor, att de är mer tillåtande mot sig själva och blir mer sunt självhävdande. En terapeut berättar om en patient som, då terapin inleddes hade svåra problem och stort lidande och som när behandlingen avslutades uttryckte att han *"hade fått ett nytt liv nästan"*. *"[...]han blev ju ganska så medvetandegjord om de ursprungliga traumana och även efter hand medvetandegjord om hur han själv höll i gång den där cirkeln."*

Några menar att dessa förändringar i personligheten, eller uttryckt som insikt om den bakomliggande konflikten, sedan leder till både symtomreduktion, förbättringar i relaterandet till andra och förmåga att hantera många områden i sitt liv på ett bättre sätt. En terapeut menar att: *"[...] det är väl den stora förändringen, ett mindre strängt och mer av ett gott överjag, de blir lite snällare föräldrar till sig själva, inte så hårda och kritiska, och effekten visar sig i att symtomen minskar."* En annan terapeut säger:

[...] det hela syftar ju till att få kontakt med det omedvetna, och med ökad tillgång till känslor, ökad ångesttolerans, ökar ju "ego-capacity", förmåga hos egot att veta vad man själv vill, kunna tillgodose sina egna behov, inte passivt invänta att andra ska se det eller agera ut något där olika försvar kommer in.

Flertalet betonar att, vad som kan förändras är en komplex fråga, att det är mycket som spelar in och att svårighetsgraden inte alltid är avgörande. Förmågan till kontakt och anknytning anses ha betydelse hos patienter med brist-problematik. Det uttrycks att med den gruppen handlar det om att försöka bygga några slags strukturer genom att skapa meningsfullhet i det kaos som finns: *”Ofta kommer de med att ingenting fungerar, klarar inte att hålla tider, kan inte organisera sig [...] att förstå att det återspeglar hur det kanske står till här inne”*.

[...] en något större förståelse av vad det är som de här känslomässiga bristerna tar sig för konkreta uttryck som skapar svårigheter i relation till andra eller i den konkreta verkligheten, jag tror man kan komma till en känsla av att inte vara så alienerad från sig själv och andra.

Det uttrycks att det kan vara svårt att bedöma hur långt man kan komma, med patienter som har mer komplexa störningar och personlighetsproblematik. De flesta terapeuter menar att de patienter de har behandlat, oavsett vad de har kommit med, uttrycker de att de fått en större förståelse för sig själva och sina problem, även om de inte är symptom-fria och problemen inte alltid är borta.

Flera menar att man ibland kan komma förvånansvärt långt på tjugo timmar. Det berättas om patienter där de känt tveksamhet, som sedan har visat sig ha förvånansvärt stor nytta av behandlingen, mediciner har satts ut och långtidssjukskrivna har påbörjat arbete. En terapeut berättar om en patient med massiva narcissistiska försvar, som hon trots tvivel inledde en terapi med, där det blev en oväntad genuin kontakt som gjorde att han kunde tillgodogöra sig behandlingen: *”[...] plötsligt öppnade han upp och det blev en genuin kontakt, han började prata om hur illa han egentligen bär sig åt för att han är så lättkränt ... det var när jag pratade om honom som spädbarn [...]”*

Uppfattningen att tidsbegränsad psykoterapi för en del patienter kan vara början till förändring uttrycks också av några av terapeuterna. De menar att tjugo behandlingstimmar kan *”hjälpa patienten en bit på väg”*, att de kan få verktyg så att de klarar sig en tid framåt, när de inleder tidsbegränsad psykoterapi med patienter där det finns svårare psykopatologi. En terapeut menar att målet med patienter som har mycket av brist också är att förstå sig själv bättre, men inte i form av insikt, utan mer utifrån begrepp som att *”skapa mening, att göra det som är splittrat och kaotiskt mer begripligt”*.

Någon menar att en tidsbegränsad psykoterapi på tjugo timmar inte kan leda till någon verklig strukturell förändring: *”[...]det handlar mer om att patienten kanske ser att det finns*

olika sätt att hantera saker på, en förändring riktigt på djupet, det tror jag det behövs mycket längre tid till men en symtomlindring blir det ju [...]”.

Även om terapeuterna uttrycker att de ibland kan komma förvånansvärt långt där det finns stora svårigheter, säger de också att *”med de här personerna räcker de här tjugo gångerna naturligtvis inte till”*, och de tar sig ofta an patienter för att de inte har något annat att anvisa dem till och menar att *”tjugo timmar är ibland bättre än ingenting.”*

[...] det gör man, inte för att det är brist på patienter, det är överfullt, utan för att människor har ett enormt hjälpbehov, och de kommer inte till någon annan stans, det finns ingen hjälp att få, och de har inte råd att betala själva.

Rimlig förändring. Vad som anses vara en rimlig målsättning med terapin är ett tema som kommer upp. En terapeut resonerar utifrån en korttids-modell hon arbetar utifrån, där målet med terapin är att uppnå betydande förändring, att det ska bli en strukturell förändring där patienten ska få kontakt med tidigare omedvetna känslor. Om hon märker att det inte blir möjligt på tjugo gånger på grund av massiva försvar/motstånd eller hög ångestnivå så blir det exkluderande för att arbeta med den metoden. Hon säger att om känslor kommer upp till ytan och leder till att patienten får kontakt med minnen och får en upplevelse av något känslomässigt meningsfullt, under den provterapi bedömningsamtalen är, då är det ett tecken på att han kan gynnas av en tidsbegränsad korttidsterapi (enligt den modellen): *”Patienten ska gå ifrån samtalet och ha en upplevelse av sitt känslomässiga spektrum, då vet man att det här kan fungera.”* Hon säger att hon kan tänka sig att ta sig an en patient där det inte går att uppnå en sådan förändring på tjugo gånger genom att sänka målsättningen: *”[...] då handlar det i så fall om att lägga över det i någon slags stödkontakt.”*

En terapeut uttrycker att målet alltid är att patienten ska komma så nära sina känslor som möjligt men att det beroende på patientens förutsättningar, skiljer sig hur långt det är möjligt.

Flera psykoterapeuter beskriver hur de försöker att hitta en *”rimlig målsättning”* så att de kan inleda en tidsbegränsad psykoterapi med patienter som de egentligen tänker behöver en längre psykoterapi. En terapeut ger exempel på hur hon tagit sig an en patient med omfattande brist, social problematik och missbruks-problem genom att formulera ett väldigt blygsamt behandlingsmål, *”att försöka hitta motivation att söka vidare för behandling av missbruket.”* Om det inte går att hitta något sådant så blir det exkluderande. En terapeut ger exempel på en patient med omfattande problem som uttryckte att han *”ville må bra”*.

[...] det är omöjligt på tjugo gånger [...] den patienten beskrev också att han grubblade mycket, att tankarna gick runt, runt i hans huvud, så där kom vi fram till att en rimlig målsättning kunde vara att dela tankarna med någon annan.

En terapeut säger att hon tar sig an patienter med tunga psykiska sjukdomar och menar att vilka problem patienten än kommer med så handlar det alltid om att hitta bättre sätt att hantera problemen på, och hon använder sig av en problemformulering som fungerar oavsett typ och svårighetsgrad: *"[...] det handlar mycket om att patienten ska hitta mer välfungerande strategier."*

Terapeuterna understryker att, när de inleder tidsbegränsad psykoterapi med någon som har omfattande svårigheter och de inte kan avgöra hur långt de kan komma, är noga med att klargöra hur de ser på det för patienten: *"[...] och då är jag noggrann med det att ... du har de här och de här problemen, vi kommer någonstans, men vart det blir det får vi se."*

I nödfall, då det anses vara oansvarigt och risk för patientens säkerhet att avsluta efter tjugo behandlingstimmar, använder sig terapeuterna av möjligheten att förlänga terapin. Flera uttrycker att det vore önskvärt med möjligheten att redan initialt kunna erbjuda vissa patienter en längre kontakt.

Källor där information för bedömning söks

Bedömningen görs genom att information från olika källor vägs samman.

Problembeskrivning, anamnes och överföring. De flesta utgår från aktuell problembeskrivning, anamnes och överföring. Flertalet av terapeuterna beskriver detta som ett utforskande och inhämtande av information utan några andra interventioner än klargörande frågor. De lyssnar efter vilken typ av problem som beskrivs; problematiska teman, konfliktområden, brist, vilken typ av brist, känslor i relation till det, typ och nivå av försvar mm och hur patienten beskriver och reflekterat kring problemen. Information de får ur anamnesen används för att fördjupa förståelsen för de aktuella problemen som beskrivs. De frågar efter relationen till föräldrar och syskon, om det hänt något som patienten tycker har haft särskild betydelse, viktiga utvecklingsfaser, relation till kamrater, skolgång, kärleksrelationer mm. De ser både till vad som beskrivs och hur det beskrivs:

Om jag bestämmer mig för att träffa en person så gör jag det vid två tillfällen. Den viktigaste frågan är ju vad det är som gör att man söker hjälp just nu. "Vad är problemet och hur tänker jag kring problemet?" Jag gör en noggrann undersökning hur det började, hur länge det har funnits och vad man tänker om det, och så gör jag

ju förstås en ganska ordentlig intervju kring anamnes, hur det har sett ut tidigare i ens liv.

Försöksterapi. Två terapeuter förlänger det första bedömningsamtalet i tid och genomför en försöksterapi. En av dessa säger att hon *inte* vill att patienten ska börja med att berätta sin livshistoria förrän han har haft kontakt med sitt omedvetna. Hon söker först och främst information om relationen mellan omedvetna känslor, försvar och ångest utifrån patientens reaktioner på hennes interventioner i en provterapi. Hon börjar, som de andra terapeuterna, i patientens problembeskrivning, och försöker därifrån mycket aktivt att få patienten att närma sig de känslor han omedvetet har i relation till detta. Vilken nivå på försvar som patienten reagerar med (om detta sker), och vilken kanal ångesten tar (om patienten reagerar på det sättet), ger väsentlig diagnostisk information om det är möjligt att arbeta effektivt på tjugo timmar. Först när patienten har kommit förbi försvaren och kommit i kontakt med något djupt känslomässigt som tidigare varit omedvetet anser hon att det är det meningsfullt att hämta in anamnesen, eftersom det utan denna kontakt med genuina känslor blir en ”tillrättalagd” historia, där försvaren finns lagda i det hela. Hon menar att anamnesen ofta kommer av sig självt när detta sker: *”[...] ofta kommer ju minnen då, att patienten får kontakt med vad det egentligen handlar om, det kan vara att man ser sig själv i någon speciell situation tillsammans med t ex mamma [...].”*

Information genom relaterandet/överföringen. Den information som fås i relationen/överföringen, vem terapeuten känner att ”de blir” för patienten och den känslomässiga kontakten, betonas av flertalet psykoterapeuter vara av stort diagnostiskt värde. Genom den känner de av hur pass i kontakt med sig själv och sina känslor patienten är, och kan avgöra vilken nivå personen är strukturerad på/integrationsnivå. Flera terapeuter säger att de med ökad erfarenhet lyssnar alltmer på det som händer i överföringen och mindre på själva innehållet i det patienten talar om. De betonar att de framförallt känner av laddningar de får på sig när patienten har primitiva försvar såsom splitting, projektiv identifikation, misstänksamhet, infantilt beroende, eller en väldig avstängdhet. Laddningar av ett slag som de säger inte känns av med personer som är mer strukturerade i sin personlighet och har mer av mogna försvar:

[...] jag känner efter hur den känslomässiga kontakten blir, om det blir en tillitsfull känsla så är det ju ett gott tecken, eller om det känns att det finns en stark misstänksamhet, då är det ett sämre tecken [...] de som har ett gott objekt inom sig som är deras eget, har ju inte så kraftfulla projektioner.

Problemformulering/fokus

Alla intervjuade terapeuter gör en problemformulering tillsammans med patienten. De flesta syr ihop den centrala problematiken utifrån de aktuella problemområden som beskrivs tillsammans med information ur anamnesen och en rimlig målformulering. Som beskrivits ovan kan målsättning/problemformulering också formuleras mer i pragmatiska termer, som att *”dela tankarna med någon annan”*, eller *”att hitta bättre strategier”*.

Två av terapeuterna säger att de utgår från specifika korttids-modeller. En av dem beskriver hur hon går till väga då hon formulerar fokus utifrån två skilda modeller. Utifrån Manns modell utgår hon från det som kommer fram i patientens problembeskrivning och anamnes och formulerar ett så kallat *”empatiskt fokus”*, ett *”centraltema”*, ett livstema, som utgår från det man benämner som patientens dominerande smärta genom livet, hur han har adapterat till det och hur det påverkar honom i nuet.

Hon menar att det i Davanlos modell inte handlar om att formulera ett tema/fokus *”på det sättet”* utan betonar patientens upplevelse av det som händer i interaktionen mellan dem, i rummet här och nu. En sammanfattning av vad patienten känslomässigt har varit med om under försöksterapin utgör problemformuleringen:

Man sammanfattar och lyfter upp att först hände det, sen hände det, alltså i timmen för patienten är ju med om någonting känslomässigt som den inte har koll på, på det sättet, det blir en slags rekapitulation av vad timmen har handlat om [...] och det är det här vi skulle kunna fortsätta att jobba på [...]

En terapeut uttrycker att hon tänker utifrån konfliktmodellen när det är sådan problematik: *[...] när det är konflikt det handlar om, tänker jag i relationen mellan ångest, försvar, överjag, lite mer Freudianskt i sitt ursprung [...]*”

Några terapeuter säger att de inspireras av flera olika korttids-modeller utan att klargöra på vilket sätt det tar sig i uttryck. Andra uttrycker att de har integrerat lite olika modeller som blivit till deras egna och inte använder sig av någon särskild korttids-modell. Det betonas av flera att problemformuleringen ska formuleras vardagligt och känslomässigt ligga nära patienten, gärna med samma ord som patienten använder, att patienten ska känna att det stämmer på den. En terapeut säger att hon tidigare tänkte utifrån korttids-modeller, t ex Mann och Malan, men att hon har frångått det då hon tycker att det blir *”för teoretiskt och långt ifrån patienten”*.

Alla terapeuter gör, förutom den problemformulering som görs tillsammans med patienten, också en egen formulering utifrån psykodynamisk teori, som de betraktar som arbetshypotes, och inte delar med sig av till patienten.

Behandlingsmetoder/tekniker

Terapeuterna resonerar utifrån olika teman angående vad det är i behandlingen som leder till förändring. Hur de arbetar i en tidsbegränsad behandling påverkar också hur de tänker om vem som kan tillgodogöra sig/klara av behandlingen.

Lekutrymme/hållande kontext. Några av terapeuterna understryker att det mest väsentliga är att terapirummet blir en hållande kontext, att det skapas ett lekutrymme, för att patienten ska våga börja titta på sina problem. Patienten måste klara av att gå in i ett sådant relativt snabbt för att det ska gå att arbeta på kort tid.

Hög aktivitet. Samtliga av de intervjuade terapeuterna säger att man i en tidsbegränsad terapi måste vara mer aktiv men det skiljer sig något i hur de förklarar vad det innebär. Några betonar vikten av att använda tiden effektivt, aktiviteten syftar då till att accelerera tempot genom att hålla sig till det som är relevant utifrån det fokus de kommit överens om. Flera säger att det inte finns utrymme för att låta saker och ting utvecklas i sin egen takt, *"man kan inte luta sig tillbaka och vänta in så som man kan unna sig i en längre terapi."* Patienten uppmanas till fria associationer och det är terapeutens ansvar att hålla fokus. En terapeut uttrycker att *"[...]oavsett vad patienten pratar om, så kommer ju det som är problemet han söker för in i det och då fokuserar man på det.* En annan säger: *"ibland får man föra patienten tillbaka till det som det handlar om så att man inte slösar tid på sådant som är oväsentligt."*

En av terapeuterna menar att hög aktivitet innebär att eventuella konfrontationer och tolkningar måste komma mycket snabbare (än i en längre psykoterapi) och för att detta ska vara möjligt måste patienten vara beredd att *"släppa in henne"* ganska så omgående: *"[...]det är ju samma sak man gör (i lång som kort terapi)det är bara skillnad i timing över tid [...] det har mer med patientens patologi att göra så att säga, när det är möjligt."*

En annan terapeut uttrycker att hon numera även är mer aktiv i sitt förhållningssätt även i långa terapier. Hon menar att det sätt hon arbetade på tidigare på ett onödigt sätt förlängde terapierna: *"[...]jag har gjort allt det där med att vänta in och vänta in och börja timmen utan minne [...]jag är helt emot det nu."*

En terapeut tycker att den erfarenhet hon har fått av att göra många nya bedömningar och arbeta med många korta terapier (enligt avtalet med Region Skåne) samt en strävan att

tillämpa ISTDP (Intensive Short-term-Dynamic-Psychotherapy) hjälper henne att öka aktiviteten, något som hon säger är nödvändigt korttidsterapi: *"Jag märker att jag tidigt i kontakten vågar mycket mer, tidigt testa med försökstolkningar, jag är mer direkt nu än vad jag varit tidigare."*

Några terapeuter förklarar att den höga aktiviteten framförallt syftar till att förhindra regression, i synnerhet hos lite mer sköra patienter. Detta görs genom att hålla fast vid ett fokus som inte är så djupt och genom att vara snabb med att ta upp det som händer i överföringen. En av terapeuterna reflekterar över att det blir mer av verklighetstestande på det viset: *"[...] om jag inte hade varit så fokuserad så hade de nog sjunkit ned för djupt [...] det behöver man ju inte i en långtids-terapi, då kan man tillåta att det blir regressivt och primitivt och får komma upp till ytan [...]"*

Fokus på känslor. Fokus på känslor är något som nämns av flera terapeuter som en väsentlig teknik i behandlingen. *Hur* de beskriver fokus på känslor skiljer sig något mellan dem, och ställer olika krav på patientens jag-resurser. Några fokuserar medvetna känslor, andra betonar att det är de omedvetna som ska fokuseras och det sker genom olika tekniker.

Affirmativa/konfrontativa tekniker, tolkning. Någon terapeut beskriver fokus i huvudsak på patientens medvetna känslor i relation till det problem han pratar om utanför terapirummet med interventioner som utforskande, klargöranden och speglingar, affirmativa tekniker som syftar till att patienten ska känna sig sedd och förstådd och som inte ställer höga krav på introspektion eller ångesttolerans. Andra betonar att de fokuserar medvetna känslor som patienten reagerar med, här och nu i rummet i relation till dem själva: *"[...] du reagerade när jag sa det eller det, vad känner du?" [...] jag märker att du spände dig när jag [...] hur uppfattar du mig nu?"*

En av terapeuterna säger att det är väsentligt att hitta en öppning hos patienten till det som är känslomässigt laddat, men understryker att hon inte konfronterar patienten med försvar och att hon inte gör några tolkningar *"i den här typen av behandlingar"*. Hon menar att om man konfronterar en patient med *"något som inte har fått växa till sig"* så finns det en risk att han går i försvar och stänger sig. Tolkningar tycker hon inte att det finns tid till i en tidsbegränsad psykoterapi, för att patienten inte hinner ta dem till sig. Om *"det som är känslomässigt laddat"* är något som är omedvetet för patienten benämner hon det som händer på en medveten nivå på ett icke ångestväckande sätt:

[...] jag kan inte presentera en tolkning och låta den verka som patienten behöver flera veckor på sig att förstå [...] i en längre terapi så får den ju vara med (tolkningen)

[...] knyter ihop gör jag ofta, att det hänger ihop med det, men inte rena tolkningar så som i en längre psykoterapi, att jag kopplar det till det omedvetna [...]

Några terapeuter som betonar vikten att fokusera det som är känslomässigt laddat menar då även, eller i synnerhet, det som är omedvetet och att det verksamma i behandlingen är tekniker som konfrontation och tolkningar. Vilket ställer vissa krav på introspektiv förmåga, förmåga att formulera ett inre problem och ångesttolerans hos patienten: ”[...] det är ju inte alla som klarar av att få kontakt med det tidigt.”

En av terapeuterna beskriver hur hon varierar interventioner utifrån patientens integrationsnivå, hon menar att terapi-målet alltid är att patienten ska få bättre kontakt med känslor som de är rädda för eller inte förstår sig på, att hon har Davanloos ISTDP som en utgångspunkt, men att när patienten inte klarar konfrontativa tekniker använder hon i stället affirmativa sådana:

Med en mer välintegrerad person kan man vara mer rak och med hjälp av humor säga rättframma saker, det kan man inte med skörare patienter för då blir man ett ont förföljande objekt, där måste man mer försöka vara varsam.

Betoning av relationen. En terapeut uttrycker att det egentligen inte spelar någon roll vilka tekniker man använder, det som leder till förändring är att patienten på djupet känner sig förstådd. Hon menar att det som är väsentligt är hur hon som terapeut förhåller sig till patienten, att hennes teknik är ett sokratiskt förhållningssätt där hon aldrig kommer med påståenden, att hon är närvarande, förmedlar hopp och tillit samt visar respekt. Hon betonar att det är viktigt att som terapeut inte vara förmäten: ”Det handlar om sättet att betrakta den andre på, jag tänker aldrig i termer av patient och terapeut utan mer i du och jag[...]det viktiga är att det finns en annan som faktiskt är intresserad.”

Tekniker utifrån specifik korttids-modell. En terapeut resonerar utifrån två specifika korttids-modeller som hon tillämpar och menar att det är ”metoden som avgör vem den lämpar sig för”. Hon konstaterar att hon känner en klar skillnad i vem hon kan ta med den ena och med den andra metoden, framförallt när det gäller krav på ångesttolerans. I Davanloos modell måste patienten klara att få kontakt med sina omedvetna känslor under en tre timmar lång försöksterapi. Hon menar att det som har effekt i behandlingen är att peka på försvaren, konfrontera försvaren, och få patienten att vända sig mot sina försvar, så att den omedvetna känslan frigörs. Tekniken går att tillämpa både vid konflikt- och vid bristpatologi eftersom hon hela tiden studerar vilken slags ångest patienten reagerar med, och när ångesten blir för hög så reglerar hon den. Patienten måste dock klara av konfronterandet under bedömnings-

/försöksterapin utan att reagera med allt för stark ångest eller med att försvaren ökar så de blir ogenomträngliga för att det ska vara möjligt att komma någonstans på tjugo behandlingstimmar:

[...] I Davanlos modell reser man ju försvaren direkt och sedan kör man på och attackerar tills man når en så kallad "unlocking of the unconscious", så att man får upp känslorna rent och rakt ut, utan försvaren lagda i det hela. Sitter de då med väldiga karaktärsförsvar, som dessutom är jag-syntona, eller reagera med ångest som måste regleras, då kan det ju ta längre tid, och det säger mig, att vi inte hinner det här på tjugo gånger.

Hon betonar att konfronterandet "inte handlar om att vara taskig och att patientens omedvetna känner att man vill få kontakt med något väsentligt inom honom". Hon beskriver hur hon i den modellen lokaliserar var patienten befinner sig just nu genom att tänka utifrån Malans person- och konfliktriangler. Det handlar om att förstå relationen mellan känslor, ångest och försvar, som har sitt ursprung i relationer i det förflutna och som kommer till uttryck i pågående relationer utanför terapirummet och i överföringsrelationen till henne som terapeut: "Jag jobbar där patienten är, det kan vara att de börjar i 'current' [...] när man tjar om känslan och konfronterar försvaren, då blir de till slut förbannade, och oj, nu finns det plötsligt känslor mot mig här [...]" Hon understryker att tolkningar utan känslöförankring inte leder till någon förändring och reflekterar över hur hon arbetade tidigare: "jag kunde göra tolkningar utan att de varit där, de kunde sitta där och prata om och prata om, de kunde ha lagt ihop det utan känslöförankring, där kunde man sitta och bena med dem förr, visa och förklara och ha sig."

Hon uttrycker att det ofta handlar om en komplex blandning av olika omedvetna känslor, ofta sorg, men att det oftast börjar med vrede i överföringsrelationen, eftersom den konfronterande tekniken ofta väcker den reaktionen. Hon beskriver hur hon i provterapi drar i den omedvetna aggressionsfantasin genom att uppmana patienten att i fantasin leva ut känslans handlingsimpuls riktat mot den person som det handlar om utifrån persontriangeln. Hon menar att när patienten har levt ut fantasin, som ofta handlar om att ha haft ihjäl personen, då kommer också skulden och försoningen, och att tolkningen kommer efter att allt detta skett. Hon poängterar att utlevandet av känslan inte i sig är tillräcklig:

Det är noga med det, att detta inte är någon katarsismetod, det är inte bara att leva ut "murderers rage", utan det är också att få ihop det. Först kommer mordisk vrede, sedan kommer skuld, sorg och försoning som en sekvens, och det är det som blir verksamt, att se att det inte bara är raseri När man sammanfattar det som hänt under

timmen, då förstår de sammanhanget [...] ”det kan ju vara så att du har blivit så rädd för dina aggressiva impulser att du helt har förklamat dig själv av rädsla för att göra illa” [...]

Med Manns metod är hennes första kriterium att det ska gå att formulera ett centraltema, och om patienten kan ta det till sig det, så blir det inkluderande. Eftersom centraltemat har ett ”empatiskt fokus”, som uttrycks så att det inte ska väcka ångest eller försvar, krävs det inte att patienten ska ha hög ångesttolerans:

[...] i Manns modell jobbar man precis tvärtom, man reser inte försvaren från början, man ser till att det börjar i den s.k. ”offerpositionen”, och man är mer utforskande, det blir inte lika hotfullt (...)man ser kanske att det finns ett mer djupliggande psykodynamiskt fokus men det nämner man inte. Man nämner bara centraltemat, för det väcker inga försvar.

Egen modell. Flertalet av de intervjuade terapeuterna arbetar inte utifrån någon specifik korttids-modell, de säger att de inspireras av flera olika modeller som de har integrerat till något som blivit till deras eget arbetssätt. En terapeut nämner att hon tänker utifrån Manns modell men redogör inte för hur hon tillämpar det i sin praktik: *”[...] Mann är det ju viktigt att hålla koll på, att det finns en början, en mitt och ett slut [...] fast när du frågar så här nu så blir jag lite osäker på precis vad det är han säger.”* En annan terapeut säger att hon inspireras av det affektfokus som finns i flera av de senaste varianterna av korttids-modeller, men redogör inte heller för hur detta konkret kommer till uttryck i behandlingen: *”[...] sen är det ju av hon med affektfobin, det blir man ju inspirerad av, att man fokuserar på känslorna.”*

De terapeuter som inte tillämpar en specifik modell tycks på sitt eget sätt ”skräddarsy” behandlingen för varje enskild patient, framförallt genom målformuleringen men också genom att modifiera arbetsmetoden. Flera betonar t ex att, när de tar sig an en patient där det finns en hel del bristproblematik, innebär det en begränsning som måste hanteras. De beskriver hög aktivitet som ett sätt att förhindra regression framförallt hos den patientgruppen. Som tidigare nämnts görs detta genom att terapeuten ser till att hålla sig till det begränsade, inte så djupt liggande fokus, man har kommit överens om och att stoppa överföringen genom att ta upp den omedelbart, utan att tolka den:

[...] om det finns suicid i anamnesen då är det ju ännu viktigare, att om vi ska jobba ihop, att vi hittar ett fokus, inte för djupt, och håller oss till det. Man får också vara mer ”på” och inte sjunka ner i associationer, mota bort överföringarna.

En av terapeuterna modifierar behandlingen, förutom på det sätt som nämnts ovan, genom att glesa ut och jobba mycket med struktur för att förhindra regression och på så sätt kan hon ta sig an patienter med ganska omfattande bristproblematik.

Diskussion

Resultatdiskussion

Bedömning av risker och möjlighet att tillgodogöra sig tidsbegränsad psykoterapi.

Resultaten visar att bedömningsprocessen handlar om att utforska allt som kan tänkas utgöra riskfaktorer för patientens säkerhet och allt som kan innebära att det inte går att avsluta efter tjugo behandlingstimmar, utan att patienten tar skada samt att ta ställning för om en patient kan tänkas tillgodogöra sig en tidsbegränsad psykoterapi och vad som i så fall ska fokuseras. Resonemangen kring exklusionsvariabler stämmer väl överens med generella riktlinjer vid korttidsterapi, se exempelvis Malan, (1976), Davanloo, (1980) och Mann, (1972).

Vad terapeuten menar med att tillgodogöra sig, vad som anses vara en rimlig förändring, blir sedan avgörande för om en patient erbjuds terapi. Cullbergs riktlinjer (Cullberg, 1995) som utarbetades på uppdrag av Stockholms län, för vem som ska erbjudas (icke tidsbegränsad) psykoterapi, betonar förutom hindrande riskfaktorer, behovsprincipen och motivation också förmåga till patientens medverkan. De intervjuade psykoterapeuterna är överens om att det bör finnas vissa jag-styrkor för att djupgående, omfattande förändringar ska vara möjlig på kort tid. Även detta överensstämmer med flera modellers inklusionskriterier där egenskaper som jagstyrka, psykologiskt sinneslag, förmåga att skapa allians med terapeuten, anges som förutsättningar för att ha nytta av de korttids-modeller som har hög ambitionsnivå avseende förändring. Terapimetoder som ser insikt om den bakomliggande, omedvetna konflikten som behandlingsmål förutsätter därmed också då att en sådan struktur är etablerad (Mann, 1972; Sifneos, 1972; Malan, 1976; Davanloo, 1980). Det finns dock fortfarande inget starkt stöd för att sådana kriterier pålitligt leder till ett bra resultat, medan exklusion av svåra personlighetsstörningar förbättrar utfallet med 15 %, se t ex Sigal, Paris, Kardos, Zimmerman & Buonvino (1999).

I undersökningen framkommer också en känsla av press hos terapeuterna, att i högre grad än de behövt göra tidigare, behandla personer med mer av bristbehov i kort terapi, personer som inte har den personlighetsstruktur som de flesta korttids-modeller utgår från. Flertalet menar att personer med brist-problematik kan ha nytta av tjugo timmars terapi, men att bedömningen av detta många gånger kan vara svår, att de ställs inför det de uppfattar som

gränsfall. Svårigheten handlar om bedömning av hur pass stora brister det får lov att finnas för att en person inte ska ta skada av, utan faktiskt gynnas, av en kort tidsbegränsad psykoterapi.

Finns det möjligtvis ett behov av att utveckla tekniker för att öka precisionen i den svårbedömda gruppen? Terapeuterna i studien har erfarenhet av terapier som har haft förvånansvärt god effekt för patienter som de initialt bedömt som svårbehandlade. Erfarenhet av mindre lyckade eller misslyckade terapier framkommer däremot inte. Detta kan kanske förklaras av en intuitivt skicklig urgallring från deras sida, det kan också vara så att frågan inte penetrerades tillräckligt under intervjun. Att det blir förvånansvärda resultat, även om dessa är positiva, antyder ändå att det vore önskvärt med säkrare bedömning. Frågan är om detta är möjligt.

Bedömning genom klinisk intervju eller försöksterapi. Vilket är då det bästa sättet att genomföra bedömningsprocessen för att avgöra vem som kan tillgodogöra sig tidsbegränsad psykoterapi? Två skilda sätt att besvara den frågan visar sig i den här studien. Det ena sättet är att väga samman information ur aktuell problembeskrivning, anamnesen och hur det känns i kontakten, både utifrån den reella relationen och i form av överföringsmaterial. Värdet av att ta fasta på sina egna reaktioner stöds också av studier som visar att kluster A, B och C väcker sinsemellan skilda motöverföring reaktioner hos terapeuter medan vart och ett av klustren väcker liknande reaktioner (Betan, Heim, Conklin & Westen, 2005).

Terapeuterna i den här studien understryker vikten av att *"det går att forma någon form av allians"*, att det måste gå att *"hitta någon frisk del hos patienten"* för att det ska vara möjligt att hjälpa patienter med brist, samt att patienten uttrycker en önskan om förändring genom att förstå sig själv bättre. Owen och Hilsenroth (2011) visar också att just allians tidigt i terapin korrelerar med positiva resultat och att allians interagerar med psykodynamiska interventioner i att predicera bra utfall. Patientens skattning av alliansen är dock mer prediktiv än terapeutens (Horvath, 2005; Martin, Graskie & Davis, 2000), kanske skulle en sådan initial skattning underlätta bedömningen.

Terapeuterna lyssnar också efter om det finns ett psykologiskt sinneslag, reflektionsförmåga, en genuin önskan att ändra något hos sig själv och utifrån det gör de ett kvalificerat antagande om nytta. Psykologiskt sinneslag, att kunna tillämpa "språket", att förstå och tillämpa psykoterapeutens interventioner, och kvalitet i objektrelationer, att kunna etablera en samarbetande relation, har också empiriskt visat sig vara förmågor som predicerar ett bra utfall i en korttids-terapi, se exempelvis Joyce & McCallum (2004) och Höglend (1993).

Det andra sättet är att göra hela bedömningsprocessen till en försöksterapi, med försökstolkningar, vilket rekommenderas i flera modeller, bland annat av Malan (1976), Sifneos (1972) och Davanloo (1980) och tillämpas av ett par terapeuter i den här undersökningen. Ett syfte med försöksterapi i Davanloos modell är avgöra om patienten har en neurotisk eller mer skör (fragile) karaktär (Della Selva, 2004) och en av terapeuterna säger att hon i försöksterapi får svar på om patienten kommer att klara en sådan behandling på tjugo timmar.

Allians handlar ju delvis om att patienten och terapeuten ska vara överens om att metoden fungerar och att ”prova metoden” är ett praktiskt sätt att komma fram till det. Howard (1999) har också visat att den största förändringen sker under de allra första behandlingstimmarna för att senare plana ut, och att de som inte har en ganska snabb effekt, har sämre nytta. Vilket talar för att försöksterapi är ett effektivt sätt att bedöma om en patient kommer att kunna ha nytta. Dessutom tycks det som att patienter som bedöms genom ISTDP försöksterapi får en omedelbar symtomreduktion i jämförelse med standard bedömning (Abbass, Joffres och Ogrodnuczuk, 2008, 2009).

Om korttidsterapi ska kunna tillämpas så effektivt som möjligt är det av vikt att bedömningsprocessen i så hög utsträckning som möjligt ger svar på om en person kan gynnas av behandlingen. Kanske är försöksterapi, att utsätta patienten för den metod terapeuten tillämpar sig av, och noggrant studera patientens reaktioner på dess interventioner, oavsett om den är expressiv eller stödjande, med konfrontativa tekniker eller inte, det mest effektiva sättet att få svar på den frågan.

Modifiering av mål och behandling för att inkludera patienter med stor sårbarhet. Undersökningen visar vidare att terapeuterna ibland tar sig an patienter som de egentligen anser inte har särskilt goda förutsättningar att genomgå någon större förändring på den begränsade tiden, där det uttrycks att ”*de egentligen behöver mycket mer*”, utifrån argumentet att det inte finns något annat att erbjuda dem, att ”*tjugo timmar är bättre än ingenting.*” Man är då noga med att förmedla till patienten hur man ser på hans problem och den begränsade behandlingens längden, ”*vi kommer någonstans men vart det blir det får vi se*”.

De ser alltså till behovskriteriet som Cullberg anger (1995), men är det verkligen så, kan ”bättre än ingenting” anses vara ett rimligt behandlingsmål? Målet med terapi för patienter som brister i integration, där personligheten inte uppnått den depressiva positionen, och inte har uppnått en struktur i form av ett det, jag och överjag, är att öka integrationen, att bygga upp strukturer, något som anses ta lång tid. Hur långt går det att komma i det arbetet på tjugo timmar, och hur bestående blir det eventuella resultatet? Frågan är då, om den gruppen

av patienter, som inte anses ha någon egentlig nytta, utifrån ett samhällsekonomiskt resurs-effektivt perspektiv, över huvud taget ska erbjudas tjugo timmars terapi.

Många korttidsmodeller är expressiva och har ambitiösa behandlingsmål, som att lösa den underliggande, omedvetna konflikten (Davanloo, 1980; Malan, 1976; Mann, 1972; Sifneos, 1972), där förändring anses ske genom känslomässig och kognitiv insikt, ofta i överföringsrelationen, och här tillämpas tekniker som konfrontation och tolkning av motstånd och försvar.

Med de patienter där man är mycket tveksam, modifieras behandlingen genom att målsättningen minimeras, genom att vara extremt noga med att hålla sig till ett begränsat, inte för djupt fokus, och genom att glesa ut behandlingens frekvens. Det betonas att regressivt beroende inte får utvecklas. Att patienter med svårare personlighetspatologi har en benägenhet att etablera mer primitiva former av beroende-överföring nämns av flera teoretiker, exempelvis Mann (1973) och Baker (1991) och det är något som måste förhindras i en kort tidsbegränsad behandling eftersom det annars riskerar att förlänga den. De tekniker som rekommenderas för att stoppa regression är desamma som intervjupersonerna beskriver att de tillämpar.

Behandlingsmål med gruppen som har bristproblematik uttrycks i den här undersökningen som *"att hitta bättre strategier"*, *"att dela tankar med någon annan"* och i termer av *"att förstå sig själv bättre"*, men inte i form av insikt, utan mer utifrån begrepp som att *"skapa mening, att göra det som är splittrat och kaotiskt mer begripligt"*. Detta är något som också betonas i en korttids-modell som utgår från Kohuts självpsykologi (Baker, 1991). Där är fyra begrepp centrala; 1) det empatiska perspektivet, 2) begreppet självobjekt, 3) självets motiverande funktion och 4) symtomen förstås som ett sätt att bevara självkänslan. Här betonas terapeutens empatiska förståelse av kognitiva och känslomässiga aspekter hos patienten och spegling av förståelsen till patienten. Terapeuten ses som ett självobjekt i positiv bemärkelse, och speglingen leder till ökad sammanhållning av självet. Förändring sker i två steg, 1) genom att på djupet känna sig förstådd och 2) befastande av detta genom tolkning. Baker (1991), anser dock att den självreglerande förmågan initialt får lov att vara svag inom *vissa* områden men *inte* genomgripande, för att det ska gå att arbeta effektivt i en korttidsterapi.

Fokus/problemformulering används också för att sänka målsättningen när terapeuterna i undersökningen tar patienter som inte uppfyller "gängse kriterier" för korttidsterapi. Det är ett synsätt som stämmer överens med ett resonemang Levenson och Strupp (1997) för fram, att en tidsbegränsad behandling inte kan "bota" patienten, att det inte är en "behandling en

gång för alla”. De ser det mer som att patienten får hjälp att lösa ett begränsat problem och kan söka en ny terapi senare om det behövs, och menar att det därför är väsentligt att formulera modesta målsättningar så att förväntningarna blir rimliga.

De allra flesta korttids-modeller har, som nämnts, målsättningar som är högre än ”*en bit på väg*”. Fokus/problemformulering enligt dessa modeller fyller syftet att ringa in och koncentrera patientens kärnproblematik för att accelerera behandlingsprocessen (Malan, 1976; Mann, 1973; Sifneos, 1972).

Behov av flexibilitet avseende behandlingens längd. Några av de klassiska korttidsmodellerna, som har den ambitiösa målsättningen att lösa bakomliggande konflikter, har de senaste decennierna modifierats för att det ska vara möjligt att behandla även personer med allvarligare personlighetsproblematik och komplexa störningar (Della Selva, 2004; Foscha, 2000; McCullough, 2003). Det finns också några studier som visar att den patientgruppen kan ha nytta av korttidsterapi (Abbas m fl., 2011; Leichsenring m fl., 2004; Town, m fl., 2011). Modifieringen i exempelvis Davanlos modell innebär att tekniker för att reglera ångest tillämpas tillsammans med tekniker som konfrontation, vilket gör att konfrontation också kan användas i psykoterapi med personer som initialt har lägre grad av ångesttolerans.

I den modellen, och i andra korttids-modeller anges dock att, även om det går att komma långt på relativt kort tid även vid svårare störningar, räknar man med en behandlingstid på upp till 40-50 timmar (DellaSelva, 2004). Det är en behandlingstid som stämmer överens med längden på de terapier som visar positiva resultat med den patientgruppen (Leichsenring, 2004) och som också förs fram i den här undersökningen av den intervjuperson som arbetar utifrån Davanlos modell. Andra studier visar också att, med personer som har personlighetsstörningar, går förändringsprocessen långsammare (Vinnars m fl, 2007; Leichsenring, 2008; Leichsenring & Rabung, 2011). Vidare visar forskning att 50% av patienter behöver fler än 20 psykoterapitimmar för att förbättring ska ske, och 75 % förbättras efter 50 timmar (Lambert, m fl., 2001).

Tidigare har det i Skåne varit möjligt, att inom ramen för högkostnadskort, få en psykoterapi-behandling på upp till två år, medan det nu begränsas till maximalt tjugo behandlingstimmar oavsett den sökandes svårighetsgrad. Som nämnts har behandlingsmetoder nu utvecklats så att det framgångsrikt går att hjälpa även personer med komplexa problem på endast 40-50 behandlingstimmar. Bland annat Abbas, (2002) visar hur kostnadseffektivt det är för ett samhälle, i form av minskade sjukskrivningar, färre sjukhusbesök, minskat användande av mediciner mm, att satsa på psykoterapi för personer som kanske inte arbetar och som konsumerar mycket sjukvård på grund av psykopatologi.

Flera av terapeuterna i den här undersökningen minimerar som nämnts behandlingsmålen och tillämpar mer av affirmativa tekniker med en grupp patienter som eventuellt skulle kunna göra mer genomgripande och bestående förändringar med dubbelt så många behandlingstimmar i en mer expressiv terapi. Ett flexibblare avtal, där personer med mer komplex problematik kan erbjudas upp till 40 – 50 timmar vore kanske en bättre samhällsekonomisk lösning för region Skåne än det nuvarande avtalet. Det mest önskvärda ur ett humanistiskt perspektiv vore naturligtvis, att det vore möjligt för alla människor att få den tid de behöver för att läkas.

Tillämpande av specifik korttids-modell eller ”egen modell” utifrån integration av olika modeller och klinisk erfarenhet. Det framkommer också att flertalet av terapeuterna i den här studien inte använder någon specifik korttids-modell när de gör tidsbegränsad behandling utan tycks använda sig av en allmän psykodynamisk metod. Några menar att de är inspirerade av olika modeller men differentierar inte mellan dem och uttrycker sig något oklart över modellernas specifika innehåll. Andra uttrycker att de har integrerat olika teorier och modeller som blivit till deras egen modell. Man kan fråga sig vilken betydelse, om någon, detta har för effektiviteten i behandlingen.

Alla intervjupersoner har mycket lång erfarenhet, mellan tjugofem till trettiofem år, att luta sig mot. Crits-Christoph & Barber (1991) understryker betydelsen av att terapeuten skickligt kan välja ut lämpliga patienter och ringa in huvudproblemet för att en korttidsterapi ska vara effektiv. Lång erfarenhet torde bidra till ökad precision av sådana förmågor. För en del terapeuter avtar sannolikt behovet av att ”hålla sig till en modell” med ökad erfarenhet. Detta är något som uttalas av den terapeut som säger att hon har frångått modeller hon tidigare tillämpat.

Binder (1999) påpekar att sambandet mellan följsamhet till en viss teknik och behandlingsutfall inte är särskilt starkt och att en anledning till det är att tillämpande av teknik i sig inte är tillräckligt, det måste också göras på ett skickligt sätt, och enligt Binder ökar skickligheten hos den erfarne terapeuten. Mentala processer hos yrkesutövande terapeuter kan beskrivas utifrån begreppet ”arbetsmodell”. Arbetsmodellen är involverad då terapeuten organiserar klinisk information; a) tillskriver den mening, b) integrerar aktuell information med tidigare erfarenheter, c) använder teoretiska begrepp för att organisera kliniska data, d) konstruerar sammanhängande mönster och d) förutser händelser.

Binder menar att den inre ”arbetsmodellen” skiljer sig mellan en erfaren och en novis terapeut. Den novisa psykoterapeuten tenderar att vara mer ytlig och fragmenterad, och i allt för hög grad förlita sig på ”deklarativ” kunskap, teoretiska begrepp och för lite på konkret

kliniskt material. Medan erfarna terapeuter förlitar sig mer på automatiserad procedurkunskap, ett slags ”knowing-in-action”, en intuitiv förståelse av det konkreta kliniska materialet, där interventioner görs mer spontant.

Det finns ett visst stöd för att fler års erfarenhet av tillämpa korttidsterapi tekniker ger ökad kompetens. Currat med kolleger (2008) fann att mer erfarna terapeuter var skickligare än oerfarna. Utvecklingen sker framförallt de första åren av praktik, och efter drygt fyra års erfarenhet uppnådde novisa terapeuter optimal skicklighet.

Fördelen med specifika korttids-modeller är att de tillhandahåller tydliga riktlinjer för vem som är lämplig, tydliga behandlingsmål och tekniker för att nå dit. Skulle de terapeuter i den här studien som inte tillämpar korttids-modell kunna öka sin precision i lämplighetsbedömningen och sin behandlings-effektivitet om de använde sig av modeller? Alla intervjupersonerna framhåller exempelvis vikten av att hålla sig till ett fokus i behandlingen. Det finns i dag manualbaserade psykodynamiska behandlingsmetoder för specifika störningar, t ex en manual utifrån Luborskys expressive-supportive (SE) terapi för social fobi (Leichsenring, Beutel & Leibing, 2008), Panic Focused Psychotherapy for Panic Disorder (PFPP) vid panikstörning (Milrod, 1997) och Interpersonell Psykoterapi (IPT) vid depression (Graham m fl., 2008). Skulle det möjligtvis vara ett sätt att i framtiden arbeta mer effektivt med varje patient, att i högre grad fokusera behandlingen utifrån specifik störning? Det finns ett visst stöd för att skilda modeller har olika effekt på olika typer av svårigheter. Vanligtvis innebär exempelvis personlighetsstörning att behandlingseffekten blir lägre och tar längre tid (Messer & Abbass, 2010). En studie av PFPP (Milrod, Lein, Barber, Markowitz & Graf (2007) visade motsatta resultat, att hos personer med panikstörning och samtidigt kluster C personlighetsstörning, ökade behandlingseffekten. Forskarna förklarade detta med att modellen konsekvent fokuserar underliggande teman i störningen, konflikter kring självhävande och autonomi.

Flera korttids teoretiker understryker också att psykodynamisk korttids behandling är något särskilt, som skiljer sig från en lång icke tidsbegränsad psykoterapi, att det inte är fråga om att göra samma behandling på kortare tid, exempelvis Malan, (1976) och Sifneos, (1973). Enligt det sättet att se det, går det inte i korttids-terapi, att förlita sig på generella tekniker i utvecklade psykodynamisk långtidspsykoterapi.

Många korttids-modeller har också tillämpats i olika forskningsprojekt och därmed fått stöd för att de har effekt. Utifrån forskningsresultat modifieras också tekniker i syfte att bredda inklusionskriterier och maximera utfallet. Exempelvis har, som tidigare nämndes, Davanlos konfrontativa teknik kompletterats med samtidig ångestreglering, och

anknytningsteorin och affektteorin har lagts till i de klassiska strukturella modellerna (Foscha, 2000; McCullough, 2003). Skulle det kunna gå snabbare att komma till en förändring även vid svårare patologi, i tidsbegränsad psykoterapi, om man tillämpade de senaste tekniker som föreskrivs i specifika modeller? Är en del av terapeuterna i den här undersökningen möjligen lite för försiktiga, skulle de kunna vara mer konfronterande av destruktiva försvar om de tillämpade graderad ångestreglering (Della Selva, 2004)? Eller snabbare komma förbi försvar genom att ”smälta” dem enligt Foschas (2000) teknik som beskrivs nedan? Samtidigt kan man kanske ifrågasätta det kravet på att allt måste gå allt snabbare. Det finns åtskilligt beskrivet i analytisk terapi om risken med att förstå saker och ting för snabbt och att göra prematura tolkningar. Flera terapeuter i studien uttrycker också fördelen med att i längre terapier kunna ”*luta sig tillbaka och låta saker få tid på sig att utvecklas och växa fram*”. En av terapeuterna menar dock att detta förhållningssätt, som hon hade tidigare, på ett onödigt sätt förlängde terapin utan att det ledde till någon förändring, ”*jag har gjort allt det där med att vänta in och vänta in och börja timmen utan minne*”.

De terapeuter som inte tillämpar en specifik korttidsmodell tycks skraddarsy behandlingen utifrån varje enskild patient, vilket framförallt tycks möjliggöra inklusion av patienter med svårare psykopatologi och personlighetsproblematik. De uttrycker stor säkerhet och trygghet i hur de arbetar med patienter med olika svårighetsgrad och använder sig av korttids-tekniker. Att de inte fullt ut tillämpar en specifik korttids-modell betyder ju inte att de inte har en väl fungerande egen modell, som de utvecklat utifrån sin långa erfarenhet.

Synen på metodspecifika tekniker, gemensamma faktorer, relationen som teknik. Möjligtvis går det att förstå tillämpandet eller inte av specifik modell utifrån ett annat perspektiv, nämligen hur man ser på specifika behandlingstekniker. Man kan i den här studien skönja två inställningar till metodik/teknik som liknar en debatt som pågått i forskningsvärlden, huruvida metodspecifika faktorer eller faktorer som är gemensamma i olika metoder kan förklara utfallet i en psykoterapi (Frank, 1991; Wampold, 2001).

En inställning är att man inte tycker att de specifika teknikerna har så stor betydelse och i högre grad förlitar sig på mer generella, relationell faktorer som exempelvis allians. Denna uppfattning kan anas hos den terapeut som säger att ”*det spelar ingen roll vad man gör, det viktiga är att patienten känner sig förstådd*”, ”*jag tänker inte i terapeut-patient, utan mer i du och jag*”, och den terapeut som inte formulerar fokus utifrån någon modell för att ”*det känns som att det hamnar för långt ifrån patienten.*”

Det går också att förstå den förste terapeutens uttalande utifrån det perspektiv som Foscha (2000) och Baker (1991) lyfter fram, att en genuin förståelse som ges av en terapeut

som har gedigen kunskap om psykodynamiska teorier är en specifik affirmativ teknik och inte en ”gemensam faktor” även om inte den intervjuade terapeuten utvecklade resonemanget på det sättet. Lundh (2009) lyfter också fram ”relationen som teknik”, att den terapeutiska relationen skiljer sig från en vanlig mänsklig god relation.

Den andra inställningen är att de specifika teknikerna som metoden anger har stor betydelse för utfallet. Det är ett synsätt som, i synnerhet, den av intervjupersonerna som tillämpar två specifika korttids-modeller med tydlighet framhåller. Det finns studier som belyser interaktioner mellan relation och teknik. Exempelvis kunde lyckade behandlingsutfall hos patienter som skattade hög allians i Owens och Hilsenroths studie (2011) också relateras till specifika tekniker som 1) att länka aktuella känslor till det förflutna, 2) fokus på återkommande mönster i olika relationer över tid, och 3) identifiering av samband mellan handlingar, upplevelser och känslor.

Teoretiska modeller för att sortera material och planera interventioner. Malans konflikt- och persontrianglar (1976) är en enkel modell som terapeuten kan ha i huvudet för att sortera det aktuella materialet och för att systematisera interventioner med en neurotiskt strukturerad patient. Flera terapeuter uttrycker att de ”bedömer var patienten är” just nu genom att tänka utifrån trianglarna. Finns det ett behov av en liknande modell för att underlätta tänkandet kring patienter som är mer ostrukturerade? Della Selva (2004) poängterar att det kan vara svårt att tillämpa trianglarna i tänkandet kring personer med ett mycket skört ego, som tenderar att dissociera och har svårt att skilja mellan olika känslor, ångest och försvar. Hon menar att problematiken hos den patientgruppen bättre kan förstås utifrån en cirkel av konflikter.

McCullough (2003) använder dock, i sin integrativa affekt-fobi modell, konflikttriangeln också vid fokus av rekonstruktion av själv och objekt-bilder genom att placera bristbehov i triangelns botten. Kanske Foschas (2000) bidrag ändå är det som bäst lämpar sig för tänkande kring svårare patienter. Hon använder Malans trianglar, men för att omfatta dynamiken både av det som är hälsosamt och patologiskt skiljer hon på trianglar av expressivt och defensivt fungerande. Hon introducerar också en triangel som beskriver relationen mellan självet, den andre och emotionen, vilket ju är ett sätt att formulera själv-objekt relationer med den sammanbindande affekten i form av en triangel. Och det är ju objekt-relations-teorier, förståelse av dyadiska relationer som bäst beskriver pre-oidipal problematik.

Fokus på känslor, affirmativa, expressiva, konfrontativa tekniker. Gemensamt för terapeuterna i den här studien är att de anser att fokus på känslor är väsentligt i en

tidsbegränsad behandling. Detta betonas också i Malans (1976) och Davanlos (1980) modeller och lyfts upp ytterligare genom att samtidigt kompletteras med affekt-teoretiska och anknytnings-teoretiska perspektiv av McCullough (2003) och Foscha (2000). Att behandlingseffekten ökar när terapeuten hjälper patienten att få kontakt med och uttrycka känslor får också stöd i flera studier (Diner, Hilsentoth och Wienberg, 2007).

Att endast spegla medvetna känslor räcker inte enligt ovan nämnda teoretiker och kliniker, det handlar om att se samband mellan känslor man inte klarar av, ångest och försvar. Målet är att få kontakt med genuina, i grunden adaptiva känslor, som trängts bort till det omedvetna. I Davanloos (1980) metod konfronteras försvaren för att framkallar en ”psykisk kris”, som i sin tur provocerar fram omedvetna känslor nära den medvetna ytan. McCullough (2003) menar också att försvar ska medvetandegöras men hennes teknik är inte konfrontativ, snarare ska försvaren enligt hennes modell uppmärksammas försiktigt, med en validering av varför de behövs och vad det skyddar mot, den adaptiva affekt som har kommit att associeras med något hotfullt.

Ett helt annat sätt att få kontakt med patientens omedvetna emotioner presenteras av Foscha (2000). Hon utvecklar den klassiska korttids-modellen med konflikt- och persontriangelarna genom att föra in anknytningsteorin. Även hon menar att blockering av genuina känslor genom försvarsmässigt fungerande måste förändras för att psykopatologi ska kunna läkas. Hon betonar att alla känslor som upplevs direkt och intuitivt/instinktivt, i frånvaro av försvar och ångest, har en läkande/förändrande effekt, och att en förutsättning för sådana upplevelser är ett någorlunda intakt själv *eller* en relationell hållande kontext. För att uppnå en fullkomlig förändrande effekt behöver känslan uttryckas och kommuniceras till någon som är känslomässigt närvarande och mottaglig.

Hon understryker hur försvarsmässigt fungerande utvecklas i tidiga relationer som misslyckats med att vara ”affekt-underlättande”. Enligt henne finns en inneboende drift hos alla människor att reparera bristande respons från omgivningen, något som kan användas terapeutiskt. Terapeutens förhållningssätt, genom att vara mycket nära patienten, intonande och empatisk, bredvid och inom honom, med värme och ömhet, kan enligt hennes modell få försvar/motstånd att smälta, utifrån resonemanget att i en trygg anknytningsrelation kan och vågar man utforska tillvaron.

Affirmativa tekniker rekommenderas också av bland annat Killingmo (1989) och Luborsky (1984) då det är fråga om bristbehov, då det handlar om att bygga upp strukturer hos personer med bristande sådana. Fonagy (2007) som utgår från anknytningsteori i mentaliserings baserad psykoterapi (MBT), betonar också hur markerad spegling underlättar

utveckling av representationssystem, affektreglering och symbolisering, att det hjälper personen att gå från ett fysiologiskt själv till ett psykologiskt själv.

Kernberg (Clarkin m fl, 2006) och Masterson (2005) anser dock att konfrontation och tolkning är en väsentlig teknik även i arbete med personlighetsstörningar för att förändring ska kunna ske. Bland annat Luborsky (1984) beskriver i sin stödjande-expressiva modell hur interventioner kan varieras utifrån nivån (brist eller konflikt) på det aktuella materialet som patienten presenterar.

I den här undersökningen framträder två skilda inställningar till tekniker för att nå fram till det som är känslomässigt betydelsefullt, som återspeglar de olika förhållningssätten som beskrivs av teoretikerna ovan. Några lyfter fram effektiviteten i Malans (1976), Sifneos (1972) och Davanloos (1980) teknik, att konfrontera försvar tills dess att den genuina känslan bryter igenom, parallellt med ångestreglerande tekniker så snart ångestnivån blir för hög. De betonar att konfrontation av försvar inte är detsamma som att ”*vara taskig*”. Det betonas också i modellen att syftet inte är att ta bort alla försvar, utan att minska destruktiva försvar samtidigt som patienten får hjälp att bättre hantera ångest och reglera emotioner, med en så kallad graderad teknik (Messer, Stanley & Abbass, 2010).

Andra understryker vikten av att skapa en hållande kontext och försöker hitta öppningar till det känslomässiga på ett mer försiktigt sätt för att inte skrämna patienten, med en betoning av att inte konfrontera eftersom man ser en risk att patienten går i baklås om man är för mycket ”på” i det avseendet. Vilket liknar den hållning Mc Cullough (2003) och Foscha (2000) har, och även Baker (1991) som anser att konfrontativa tekniker skapar ett ”avbrott” i viktiga självobjekt-aspekter i den terapeutiska relationen. Han resonerar utifrån själv-psykologiska teorier när han förstår Sifneos (1972) och Davanloos (1980) terapeutiska framgång och understryker att de, som personer, lyckas bevara en god allians *trots* tekniker som många patienter, enligt honom, skulle uppfatta som kränkande. Man har också visat att, hos patienter med personlighetstörning, leder terapier som inkluderar uppmuntran, validering och råd i början av terapin till lägre avhopp än de som är exklusivt expressiva (Leichsenring & Leibing, 2003).

Det påpekas i den här studien, av en terapeut som tror på konfrontationens effekt, att alla patienter inte klarar av det. Kanske är det så att inte heller alla terapeuter klarar det, passar för det, eller tror på det, vilket sannolikt hänger samman med den enskilda terapeutens personlighet. Crist-Christoph och Barber (1991) konstaterar också att terapeuten måste känna sig bekväm med de tekniker hon tillämpar, annars har de ingen verkan. Kramer (2011) poängterar också att en fördjupad kontakt med känslor leder till en ny och ökad

självförståelse, han jämför flera olika psykoterapimodeller och menar att olika tekniker kan leda till samma djupa känslomässiga upplevelse. En av terapeuterna beskriver att hon varierar sina tekniker utifrån nivån på materialet så som bland annat Luborsky (1984) beskriver. Sannolikt gör fler av intervjupersonerna det men det anses vara så självklart att det inte nämns.

Stödjande terapi. En av terapeuterna i studien uttrycker att, om inte patienten klarar konfrontation, kan hon ”*lägga över det i en stödkontakt*”. I övrigt framkommer inte att terapeuterna tillämpar direkt stödjande tekniker. Det är möjligt att detta också görs, men inte framkommer under intervjun. Man kan ändå fundera över om en mer uttalad stödjande psykoterapi skulle kunna vara ett rimligt behandlingsalternativ för den grupp där behovet är stort men tveksamhet om nytta av endast tjugo timmar råder? Stödterapi rekommenderas ofta för patienter som har begränsad introspektiv förmåga, svårt att stå ut med ångest/lidande, brister i objekt-relationer och primitiva försvar eftersom det exkluderar mer expressiva tekniker, se t ex Werman (1984) och Buckley (1986). I stödjande psykoterapi anges behandlingsmål som att minska symtom, stärka självkänslan, förbättra adaptiva färdigheter och jag-funktioner, och man tänker sig att förändring sker genom att patienten lär sig av och introjicerar en välvillig, välfungerande psykoterapeut (Pinsker, Rosenthal & McCullough, 1991).

Kanske kan man också uttrycka målsättning i en stödterapi i termer av att uppnå förbättrade mentaliserings-processer. Att ”*dela tankar som går runt (i patienten) med någon annan*”, som är en kunnig psykoterapeut, innebär att icke-mentala fenomen får en möjlighet att transformeras till mentala fenomen (Fonagy, 2007). En sådan förändring är inte strukturell men den kan öka personens förmåga att lösa problem, som en terapeut uttrycker, ”*att det går att se saker på ett nytt sätt*”. Även i Davanloos modell (Della Selva, 2004) betonas att patienter med fragil personlighet måste bygga upp ångest-tolerans, men det anses ta längre tid än 20 timmar (Messer, Stanley & Abbass, 2010).

Tolkning av det omedvetna. En annan skillnad i hur psykoterapeuterna i den här undersökningen ser på tillämpning av teknik i tidsbegränsad psykoterapi, är synen på tolkning. Ett synsätt som framkommer är att det inte anses verksamt med tolkningar i en tidsbegränsad psykoterapi därför att det inte finns tid för patienten att ta dem till sig. Det är ett resonemang som förs utifrån tanken att en tolkning levereras som sedan ska få lång tid på sig att nötas in och verka. Kan det vara så att detta är ett sätt att tänka som utgår från mer generella teorier om teknik i långvariga psykoterapier och inte lämpar sig i en kortare psykoterapi. De flesta korttidsmodeller anger tolkning som en teknik i sina modeller (Milrod,

1997; Mann, 1973; Malan, 1976). Även den modell som tillämpar affirmativa tekniker enligt Kohuts själv-psykologiska modell (Baker, 1991), tolkar för att befästa förändringar. Den terapeut som fullt ut tillämpar Davanlos modell betonar också att tolkning är väsentligt för att förändring ska ske. Liksom den förre terapeuten menar hon att en tolkning är verkningslös om inte patienten tar den till sig, vilket inte anses vara möjligt utan att först ha kontakt med den omedvetna känslan, varför alla hinder för denna kontakt konfronteras.

Att fokusera hur konflikter och teman från det förflutna kommer till uttryck i överföringsrelationen anses traditionellt i psykoanalytiskt orienterade psykoterapier vara väsentligt för att genomgripande förändring ska ske. Man har också antagit att för mycket av överföringstolkningar eller för tidiga sådana ökar ångesten och att patienter med jag-resurser därför klarar dem bättre. Clarkin med flera (2007) visar dock att tolkning av primitiva försvar och överföringstolkningar har effekt i psykoterapi med patienter med borderline organisation i en ett år lång behandling. Det finns också studier som visar, att överföringstolkningar har positiv effekt för mer välfungerande, men i synnerhet, tvärtmot tidigare antaganden, för personer med personlighetsproblematik (Höglend m fl, 2008).

Metoddiskussion

Syftet med den här studien har varit att fördjupa kunskapen om hur psykoterapeuter resonerar kring urval/bedömning och behandling i tidsbegränsad korttidsterapi på tjugo timmar. Sex privata psykoterapeuter som har vårdavtal med Region Skåne om tjugo behandlingstimmar har intervjuats. Syftet med studien kan anses vara uppfyllt, eftersom resultaten ger en fördjupad förståelse för de resonemang psykoterapeuter för och vilka dilemman de ställs inför i bedömningsprocess och behandling i tidsbegränsade korta terapier.

Då syftet har varit att öka förståelsen för en företeelse, hur terapeuterna tänker när de inkluderar/exkluderar en patient, vad som kan förändras och hur det kan ske, valdes en kvalitativ ansats. Den kvalitativa forskningsansatsen söker förstå, skildra och återge människors subjektiva upplevelser och handlingar. Validitetsaspekter i form av studiens tillförlitlighet och empiriska förankring i fråga om urval, intervju och dataanalys, resultatets meningsfullhet och användbarhet diskuteras nedan.

Författaren har utgått från de riktlinjer för kvalitativ forskning som har utarbetats av Elliot, Fischer och Rennie (1999). En del av dessa riktlinjer är desamma som vid kvantitativ forskning; att ett klart syfte ska vara formulerat, att bäst lämpade metod väljs, hänsyn tas till deltagare i studien, att metoder specificeras, att en lämplig diskussion förs kring resultaten och att resultaten bidrar till ny kunskap. Riktlinjer utöver dessa vid kvalitativ forskning är

perspektivmedvetenhet, noggrann beskrivning av undersökningspopulationen, att teman ska ha sin grund i exempel, genomförande av trovärdighetskontroll, förståelsen ska ges på ett sammanhängande sätt, samt att förståelsen ska uppfylla forsknings uppgiften.

Syfte och metodval. Studien uppfyller kvalitetskrav avseende formulering av ett tydligt syfte, argumentering av lämpligt metodval, etiska överväganden samt tydlig redogörelse för tillvägagångssätt, vilket är presenteras i uppsatsens metoddel.

Perspektivmedvetenhet. Författaren har en psykodynamisk skolning, med drygt 12 års erfarenhet av psykologiskt och psykoterapeutiskt arbete, och är i och med detta arbete snart färdig psykoterapeut. Psykoterapeututbildningen har delvis inneburit undervisning i olika varianter av korttidsmodeller, bland annat McCulloughs affektfobi (2003), Davanloos ISTDP (Della Selva, 2004), Foschas accelererande av affektunderlättande modell (2000) Milrods PFPP (Milrod, 1997; Busch, Milrod, Singer & Aronson, 2012), interpersonell psykoterapi vid depression, IPT (Graham m fl., 2008).

Analys och bearbetningen av data kan utifrån bias hos författaren påverka vilket resultat som lyfts fram. Andra personer skulle kanske lyfta fram andra aspekter och skapa andra teman utifrån intervjumaterialet än de som författaren gör, vilket skulle kunna ge ett annorlunda resultat. Ett annorlunda resultat skulle fortfarande syfta till att förstå hur psykoterapeuterna resonerar kring bedömning, urval, metod och teknik i tidsbegränsad psykoterapi. Den här undersökningen täcker inte in alla aspekter av betydelse, den lyfter dock upp några väsentliga aspekter i detta svåra och viktiga arbete.

Undersökningsgruppen. Urvalet till den här studien har gjorts utifrån den förteckning av psykodynamiska psykoterapeuter som har vårdavtal om tidsbegränsad psykoterapi om 20 timmar, med Region Skåne. Det väsentliga kriteriet vid val av undersökningsgrupp, var erfarenhet av arbete med psykodynamisk, kort tidsbegränsad psykoterapi. För detta avseende lämpade sig den här gruppen mycket väl. Båda könen finns representerade i urvalet, annars är gruppen homogen, samtliga är exempelvis etniska svenskar och alla har lång erfarenhet av att arbeta psykoterapeutiskt. Homogenitet brukar ses som en svaghet för möjligheten att generalisera resultaten. Ambitionen i den här studien var dock inte att generalisera utan att fördjupa förståelsen för hur terapeuter resonerar när det tar ställning för att inleda en tidsbegränsad psykoterapi, vad som kan uppnås i en sådan och hur det kan ske. Det går inte att statistiskt generalisera resultaten utanför undersökningsgruppen. Det finns dock en analytisk generaliserbarhet som går bortom de sex rösterna även om man inte vet hur långt. Psykoterapeuter och psykologer med liknande uppdrag känner sannolikt igen sig i de resonemang som intervjupersonerna för. Det har inom ramarna för det här arbetet inte säkert

sågas att tillräckligt många psykoterapeuter är intervjuade för att en ”mättnad” (Kvale, 1997) ska uppnås. Det begränsade antal intervjuade (sex personer) kan möjligtvis vara en svaghet i studien, det är möjligt att fler perspektiv skulle komma fram med fler intervjuer i en mer heterogen undersökningsgrupp. Samtidigt kan sex intervjuer anses vara tillräckligt om man lyckas gå på djupet i samtalet (Gudrun Olsson, examinations seminarium, Psykoterapeutprogrammet, Lunds Universitet, 8/5-12).

Etiska överväganden. Forskningsintresset av att uppnå ny kunskap ska på ett rimligt sätt vägas mot kravet på skydd av individer som deltar i studien. Standardmetoden är att anonymisera individer så att de inte kan identifieras. Grupper kan också drabbas av tolkningar eller konklusioner som görs. Att visa omsorg om de som studeras eller som påverkas av dess resultat räknas som en kvalitet i vetenskapliga arbeten. Samtidigt ska ”forskaren” sträva efter att vara vetenskapligt hederlig och sanningsenlig (Starrin & Svensson, 1994). Ibland kan detta vara en svår avvägning, där etik ställs mot kvalitet. Intervjupersonerna i den här undersökningen informerades om studiens konfidentialitet, att data avidentifierades samt att alla inspelningar förstördes efter transkriberingen. En strävan har också varit att avidentifiera citat för att säkerställa deltagarnas anonymitet. Några av citaten är dock av sådant slag, att det är möjligt att identifiera den terapeut som gör dessa uttalanden, om man känner henne. Här har citaten använts utifrån beslutet att kunskapsvärdet har fått överväga. Ett argument för detta beslut är författarens bedömning av att terapeuten i fråga inte kan drabbas negativt av en eventuell identifiering.

Resultatredovisning. I resultatredovisningen grundas varje tema med citat. I syfte att ge en struktur och överblick sammanfattas resultaten i en tabell.

Kunskapsstillskott. Kravet på en kvalitativa studien är att den ska ge ett kunskapsstillskott genom själva gestaltningen (Starrin & Svensson, 1994). En lyckad analys ska resultera i ett nytt sätt att se på verkligheten och är avhängig att dess resultat används av människor i sitt sätt att tänka, att gestaltningen förmedlar en bild av verkligheten som läsaren kan övertygas av (Starrin & Svensson, 1994). Kunskapsstillskottet sker genom att de som har tagit del av resultaten kan upptäcka dess relevans i sin egen praktik. Författarens förhoppning är att den här studien kan bidra till psykoterapeuters reflektion kring urvalsprocessen och behandlingsmetod/teknik i tidsbegränsad psykoterapi.

Meningsfullhet och användbarhet. Undersökningen lyfter fram viktiga aspekter i bedömningsarbetet, metod och teknik i tidsbegränsad psykoterapi. Framför allt belyses det dilemma terapeuter kan ställas inför, när de ska bedöma om patienter med allvarigare personlighetsproblematik och komplexa störningar kan tillgodogöra sig en tidsbegränsad

psykoterapi om tjugo timmar. Studien visar också att terapeuterna behandlar patienter där nyttan är tveksam därför att det inte finns några alternativ och hur målsättningen minimeras och behandlingen modifieras för att göra detta möjligt. Vidare lyfter undersökningen fram att tekniken under bedömningsprocessen skiljer sig mellan terapeuterna. Studien belyser också hur olika terapeuter resonerar kring vilka tekniker som är verksamma i själva behandlingen. Ett annat intressant fynd är att flertalet av terapeuterna som arbetar med korttidsterapi inte använder specifika korttids-modeller, även om de inspireras av olika sådana. Resultaten visar att terapeuterna talar mycket allmänt om hur de tänker och går till väga. Detta beror givetvis på att intervjuerna är genomförda med tanken att skydda patienters anonymitet. Om författaren i stället för att fråga efter hur terapeuterna i allmänhet går till väga hade bett om konkreta, specifika exempel hade materialet sannolikt blivit rikare och mer motsägelsefullt.

Förslag på framtida praktik och forskning

Studien belyser ett behov av flexibla avtal avseende psykoterapi för en grupp patienter, där det är tveksamt om tjugo timmar gör någon nytta, men där varaktiga förbättringar möjligtvis skulle kunna uppnås med dubbelt så många behandlingstimmar.

Vidare belyses svårigheter i bedömning av lämplighet för tidsbegränsad korttidsterapi hos patienter med komplexa störningar och svår personlighetsproblematik. Är det möjligt att öka precisionen i bedömningen av den här gruppen? Kan man exempelvis systematisera bedömning av patientens upplevda allians, kvalitet i objekt-relatioer och psykologiskt sinneslag?

En viktig forskningsfråga är vilken teknik för bedömning inför en psykoterapi som är mest effektiv, försöksterapi eller klinisk intervju?

En annan intressant forskningsfråga är vilken metod/teknik som egentligen är mest effektiv när patienter som inte har den integreringsnivå som många korttids-modeller förutsätter ska behandlas på tjugo timmar, stödjande, affirmativ eller mer expressiv? Vidare är det väsentligt att generellt öka kunskapen om vilka specifika tekniker som har effekt, samt hur dessa interagerar med patientfaktorer och arbets-allians, exempelvis genom en jämförelse av en konfrontativ modell och Foschas (2000) eller McCulloughs (2003) mjukare variant av klassiska korttids-modeller.

Det är även en intressant forskningsfråga om tillämpande av en specifik korttids-modell är mer effektivt än när terapeuter tillämpar ”sin egen modell”, som har utvecklats genom lång erfarenhet och integrering av flera olika modeller.

Referenser

- Abbas, A. (2002). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in a Private Psychiatric Office: Clinical and Cost Effectiveness. *American Journal of Psychotherapy*: Vol.56, No 2, 225-232
- Abbas, A. (2003). The cost-effectiveness of short-term dynamic psychotherapy *JournalPharmacoeconomics and Outcomes Research*, 3, 535-539.
- Abbas, A., Joffres, M.R., Ogrodniczuk, J.S. (2008).A naturalistic study of intensive short term dynamic psychotherapy trial therapy. *Brief Treatment and Crises Intervention*, 8 (2), may, 164-170.
- Abbas, A., Sheldon, A., Gyra, J., Kalpin, A.(2008). Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV personality disorders: A randomized controlled trial *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196 (3), 211-216.
- Abbas, A., Joffres, M.R., & Ogrodnuczuk, J.S. (2009). Intensive short-term dynamic psychotherapy trial therapy: Qualitative description and comparison to standard intake assessment. *Ad Hoc Bulletin of Short-Term Dynamic Psychotherapy*, 13, 6-14
- Abbas, A., Town, J., Driessen, E. (2011). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depressive with comorbid personality disorder. *Psychiatry Interpersonal and Biological Processes*,74 (1), 58-71.
- American Psychiatric Association. (2002) *MINI-IV-Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. Danderyd: Pilgrim Press.
- Ahn, H., Wampold, B.E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of components in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48 (3), jul, 251-257.
- Balint, .M., Ornstein, P.H.,& Balint, E. (1972). *Focal psychotherapy. An example of applied psychoanalysis*. Lundon: Tavistock.
- Baker, H.S. Shorter-term psychotherapy: A self-psychological approach. I Crits-Christoph & Barber, J. (Eds). (1991). *Handbook of Short-Term Dynamic Psychotherapy*. US: Basic books
- Betan, E., Heim, A.K., Conklin, C.Z., & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice. An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 162, 890-898.
- Beutel, M. (2000). Psychodynamic short-term psychotherapy: New development, methods of treatment, efficacy, indication. *Psychotherapeut*, 45 (4), 2000, 203-213.

- Binder, J. (1999). Issues in teaching and learning time-limited psychodynamic psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 19 (6), 705-719.
- Braun, V, Clarke. V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101.
- Brech, J.M., Agulnik, P.L (1998). The advantages and disadvantages of a brief intervention strategy in a community counselling service. *Psychodynamic Counselling*, 4 (2), 237-258.
- Buckley, P. (1986). A neglected treatment. *Psychiatric Annals*, 16, 515-521.
- Busch, F., Milrod, B., Singer, M., Aronson, A. (2012). *Manual of Panic Focused Psychodynamic Psychotherapy-extended range*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Clarkin, J.F., Levy, K.N. Lenzenweger, M.F. Kernberg, O.F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder. A multiwave study. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), Jun, 922-928.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E. & Kernberg, O.F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Crits-Christoph & Barber, J. (Eds). (1991). *Handbook of Short-Term Dynamic Psychotherapy*. US: Basic books
- Cullberg, J. (1995). *Att prioritera för psykoterapi. En utredning för Stockholms läns landsting*. Stockholm: HSN staben.
- Curat, T., Despland, J-N., Drapeua, M., Beretta, V., Fischer, M., de Roten, Y. (2008). How many years are required for developing competence in a very brief form of psychotherapy: A pilot study. *Schweizer Archive für Neurologie und Psychiatrie*, 159 (6), 358-364.
- Davanloo, H. (1980). *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: Jason Aronson
- Davanloo, H. (1995). Intensive short-term dynamic psychotherapy: Spectrum of psychoneurotic disorders. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 10 (3-4), Sep-Dec, 121-155.
- Della Selva, P.C. (2004). *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Theory and Technique*. London: Karnac
- Diener, M.J., Hilsentoth, M.J. & Wienberg, J. (2007). Therapists affect focus and patient outcome in psychodynamic psychotherapy. A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 936-941.

- Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S.C.M., Abbas, A., de Jonghe, F., Dekker, J.J.M. (2010). A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30 (1), 25-36.
- Elliot, R., Fisher, C.T, Rennie, D.L.(1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 215-229
- Fonagy, P., Gergeley, G., & Target, M. (2007). The parent-infant-dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 288-328
- Fosha, D. (2000). *The Transforming Power of Affect. A Model for Accelerated Change*. New York: Basic Books.
- Frank, J.D., Frank, J. (1991). *Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Graham, P., Cahill, J., Barkham, M., Shapiro, D., Jones, J., Patrick, S., Reid, E. (2008). The effectiveness of psychodynamic –interpersonal psychotherapy (PIT) in routine clinical practice: A benchmarking comparison. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81 (2),157-175.
- Hobbs, M., Bloch, S. (Ed). (2006). *An introduction to the psychotherapies*, 111-140. New York, NY, US: Oxford University Press, xviii.
- Horvath, A.O. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory. *Psychotherapy Research*, 15, 3-7.
- Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S., Orlinsky, D.E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41 (2), feb, 159-164.
- Howard, K.I., Lueger, R.J., Martinovich, Z, Lutz, W., Miller, N.E., (ed), Magruder, K.M. (1999). *Cost-effectiveness of psychotherapy: A guide for practitioners, researchers and policymakers*, 143-152. New York. Oxford University Press.
- Höglend, P.(1988). *Brief dynamic psychotherapy for less well-adjusted patients*. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 49:197-204
- Höglend, P. (1993). Suitability for brief dynamic psychotherapy: Psychodynamic variables as predictors of outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 88 (2), Aug, 104-110.
- Höglend, P., Bogwald, K-P., Amlo, S., Marble, A., Ulberg, R., Sjaastad, M., Cosgrove, M., Oystein, S., Heyerdahl, O., Johansson, P. (2008). Transference interpretations in dynamic psychotherapy: Do they really yield sustained effects? *The American Journal of Psychiatry*, 165 (6), 763-771.

- Joyce, A.S., McCallum. Assessing patients capacities for therapy. Psychological-mindedness and quality of object relations, 69-100. In Mahwa, N.J., Denise P (Ed) (2004). *Core processes in brief psychodynamic psychotherapy: Advancing effective practice*. Lawrence Erlbaums Associates Publisher.
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: Implications for technique. *Int J.Psycho-Anal*, 70, (65).
- Kvale, .S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur, Lund.
- Kramer, U. (2011). On the importance of deepening affect in psychotherapy. *Pratiques Psychologiques*, 17 (1), Mar, 93-102.
- Lambert, M.J., Hansen, N.B.& Finch, A.E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 69, 159-172.
- Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In Lambert M.J. (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5 ed.,139-193). New York. John Wiley & Sons.
- Leibing, E., Rabung, S., Leichsenring, F.(2005). About the efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in the treatment of psychic disorders. *Forum der Psychoanalyse: Zeitschrift für klinische Theorie & Praxis*, 21 (4), dec, 371-379.
- Leichsenring, F. (2008). Evidence for the effectiveness of long-term therapy for personality disorder from a psychodynamic perspective. *Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie*,(12), 1, 31-37.
- Leichsenring, F.,Beutel, M., Leibing, E.(2008). Psychodynamic short-tern therapy of social phobia. A treatment manual on the basis of Luborskys supportive-expressive therapy. *Psychotherapeut*,53 (3), May, 185-197
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behaviour therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1-10.
- Leichsenring, F., Rabung, S., Leibing, E. (2004). The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders. A Meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, vol 61: 1208-12164
- Leichsenring, F., Rabung, S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: Update of a meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 199 (1), jul, 15-22.

- Levenson, H., Strupp, H. (1997). Cyclical maladaptive patterns: Case formulation in time-limited dynamic psychotherapy, pp 84-115. In Tracy, D (Ed). *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Lewis, A., Dennerstein, M., Gibbs, P.M. (2008). Short-term psychodynamic psychotherapy: Review of recent process and outcomes studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42 (6), Jun, 445-455.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment*. New York. Basic Books.
- Lundh, L-G. (2009). *Vetenskapsteori för psykoterapeuter*. Institutionen för psykologi, Lunds universitet.
- Malan, D. H. (1963). *A study of brief psychotherapy*. London: Tavistock.
- Malan, D. H. (1976). *The frontier of brief psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Mann, J. (1973). *Time-limited psychotherapy*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Martin, D.J., Garske, J.P., & Davis, K.M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables. A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Masterson, J.F. (Ed) (2005). *The Personality Disorder Through the Lens of Attachment theory and the Neurobiologic Development of the Self. A Clinical Integration*. New York: Zeig, tucker & Theisen, Inc.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurley, C.L. (2003). *Treating Affect Phobia*. New York: The Guilford Press.
- Milrod, B., Busch, F., Cooper, A.M., & Shapiro (1997). *Manual of Panic Focused Psychodynamic Psychotherapy*. Washington. DC: American Psychiatric Press.
- Meissner, W.W, The dynamic unconscious. Psychic Determinism, Intrapsychic conflict, Unconscious Fantasy, Dreams and Symptom Formation. pp 21-37. In Person, E.S., Cooper, A.M. & Gabbard, G.O. (Eds). (2005). *The American psychiatric publishing textbook of psychoanalysis*. Arlington VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Messer, S.B., Abbass, A., Magnavita, J. J (Ed) (2010). *Evidence-based psychodynamic therapy with personality disorders: Principles, methods and processes*, 79-111, American Psychological Association, Washington.
- Norcross, J.C., Lambert, M.J. (2011). Psychotherapy relationships that works. *Psychotherapy*, 48 (1), Mar, 4-8.

- Norcross, J.C., Wampold, B.E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research and clinical practises. *Psychotherapy*, 48 (1), Mar, 98-102.
- Ogrodniczuk, J.S., William, E.J., Anthony, S., Abbass, A.(2009). Alexithymia and treatment preference among psychiatric outpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, (6), Sep, 383-384.
- Owen, J., Hilsenroth, M.J. (2011). Interaction between alliance and technique in predicting patient outcome during psychodynamic psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199 (6), Jun, 384-389.
- Pinsker, H., Rosenthal, R., McCullough, L. (1991). Dynamic supportive psychotherapy. I C Crits-Christoph & Barber, J.(Eds). (1991). *Handbook of Short-Term Dynamic Psychotherapy*. US: Basic books
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65 (2), feb-mars, 98-109.
- Sifneos, P.E.(1972). Short-term psychotherapy and emotinal crises. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Sifneos , P. E.(1987). *Short-term dynamic psychotherapy: Evaluation and technique* (2nd ed.)New York, NY, England: Plenum Medical Book Co/Plenum Press.
- Sigal, Paris, Kardos, Zimmerman & Buonvino (1999). Evaluation of some criterea used to select patients for brif psychodynamic therapy. *Psychotherapy and psychosomatics*,68 (4), Jul-Aug, 193-198.
- Starrin, B., Svensson, P-G. (1994). *Kvakitativ metod och vetenskapsteori*. Studentlitteratur, Lund.
- Stiles, W., Barkham, M., Mellor-Clark, J., Conell, J. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioural person-centered and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: replication in a larger sample. *Psychological Mecicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 38 (5), May, 677-688.
- Strupp, H.H., & Binder, J.L. (1984). *Psychotehrapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. Basic Books, Inc, Publishers, New York.
- Town, J., Abbasss, A., Hardy, G. (2011) Short-term psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A critical review of randomized controlled trials. *Journal of Personality Disorders*, 25 (6), dec, 723-740

- Vinnars, B., Barber, J.P., Norén, K., Thormälen, B., Gallop, R., Lindgren, A., Weinryb, R.M. (2007). Who Can Benefit from Time-Limited Dynamic Psychotherapy? A Study of Psychiatric outpatients with Personality Disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 14, 198-210.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods and findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Werman, D.S. (1984). *The practice of supportive psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Wolberg, L. R. (1980). *Handbook of short-term psychotherapy*. New York: Thieme-Stratton,

PSYKOTERAPEUTER MED VÅRDAVTAL

Målgrupp

Målgruppen är personer från 16 år och uppåt. Aktuella patientgrupper är personer med måttlig till svår psykisk ohälsa. Patientens tillstånd/ svårighetsgrad skall vara kopplad till funktionsnedsättning (t.ex. i form av sjuk-skrivning) samt till psykisk sjukdom/störning.

Uppdraget omfattar inte arbetsrelaterad problematik som ryms inom ramen för före-tagshälsovård.

Behandlingen

Behandling ges i form av korttidsterapi omfattande högst 20 behandlingstillfällen. Undantagsvis finns möjlighet att, under vissa förutsättningar, förlänga behandlings-tiden vilket skall godkännas av psykoterapisamordnare.

Remiss för psykoterapi kan komma i från:

- Läkare eller psykolog inom den offentligt finansierade familjeläkarverksamhet/primärvård och psykiatriska verksamheter
- Legitimerad psykoterapeut
- Egenremiss (av patienten själv)

Bilaga 2

Information om studie

Jag läser på psykoterapeutprogrammet, psykodynamisk inriktning, vid Lunds Universitet.

Jag är intresserad av att undersöka psykoterapeuters erfarenhet av att arbeta med psykodynamisk tidsbegränsad korttidsterapi.

Du som arbetar enligt Region Skånes vårdavtal har erfarenheter som jag gärna skulle vilja ta del av.

Jag vill be Dig att dela med Dig av dessa i en kvalitativ intervju som tar ca 1- 1 ½ timme. Jag är intresserad av frågor som urval, bedömning, eventuellt metod och målsättning. Inga frågor kommer att beröra enskilda patienter.

De uppgifter som samlas in kommer att förvaras under sekretess. Ingen person som har medverkat kommer att kunna identifieras i den uppsats som kommer att skrivas. Du kan också när som helst välja att avbryta Din medverkan.

Det är min förhoppning att Du vill delta i studien!

Madeleine Gyllenbåga-Conradsen
Leg psykolog

Telefonnummer

.....

Jag har tagit del av ovanstående information och samtycker till att delta i studien

Ort och datum.....

Namn.....

Bilaga 3

INTERVJUMALL

URVAL/ BEDÖMNING OCH BEHANDLING I TIDSBEGRÄNSAD KORTTIDSTERAPI

Vilken typ av svårigheter kan Du behandla?

Finns det kriterier som patienten måste uppfylla?

Finns det exklusionskriterier?

- finns det personer som Du anser *inte* har nytta?

- finns det personer som Du anser kan fara illa?

Hur gör Du för att få svar på (ovanstående frågor)?

- hur genomförs bedömningsarbetet?

Vad tänker Du kan förändras hos en person (i den tidsbegränsade terapin)?

Vad tänker Du att det är i (den tidsbegränsade) behandlingen som leder till förändring?
(metod, tekniker, förhållningssätt)

Utgår Du från någon specifik korttids-modell?

Något Du vill tillägga?