

## **Følelser som forandrer – Intensiv dynamisk korttidsterapi**

Roger Sandvik Hansen , Jonas Fuglestved Bakkevig ,  
Bernt Langvasbråten og Ole André Solbakken

## **Følelser som forandrer – Intensiv dynamisk korttidsterapi**

Intensiv dynamisk korttidsterapi (ISTDP) retter seg mot å hjelpe pasienten til optimal tilgang på konfliktfylte følelser gjennom systematisk fokus på opplevelsen av disse følelsene, fortløpende utfordring av forsvar og regulering av angst.

De siste tiårenes forskning på prosess og utfall i psykoterapi peker mot at pasientens engasjement, involvering og aktive deltagelse i det terapeutiske arbeidet er betydningsfulle faktorer for utfallet av behandlingen (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004). Å legge til rette for optimal involvering og deltagelse er dermed en sentral oppgave for terapeuten. Innenfor affektfokuserte tilnærminger innebærer optimal involvering at pasienten er tilstrekkelig følelsesmessig aktivert innenfor sitt toleransevidu.

*En typisk problemstilling er at pasienter ikke er tilstrekkelig følelsesmessig involvert og dermed får liten effekt av behandlingen*

To typiske problemstillinger er at pasienten enten ikke er tilstrekkelig følelsesmessig involvert i det aktuelle temaet og dermed får liten effekt av behandlingen, eller at vedkommende overveldes av følelser knyttet til temaet og derfor opplever økt symptomtrykk. I begge tilfeller stagnerer terapien, og terapeuten må i tillegg håndtere vanskelige motoverføringsreaksjoner. Følgen kan bli at psykologisk behandling får begrenset virkning. Det er derfor vesentlig å finne terapeutiske modeller, holdninger og intervensjonsformer som muliggjør effektiv håndtering av slike prosesser.

Effektiv håndtering forutsetter at terapeuten har et egnet intervensjonssystem for å mobilisere meningsfylte og endringsbevirkende følelsesreaksjoner<sup>1</sup> hos de pasientene som undertrykker følelser og dermed ikke lar seg engasjere i det psykoterapeutiske arbeidet. Vi har samtidig behov for gode kliniske markører for å gjenkjenne når pasienten overveldes og ikke er i stand til å arbeide videre med de aktiverte følelsene. I disse tilfellene trenger vi også virksomme terapeutiske verktøy for å regulere og restrukturere pasientens angstreaksjoner.

---

<sup>1</sup>Det er i dag ingen klar og omforent begrepsbruk omkring ordene affekt, emosjon og følelse i den vitenskapelige litteraturen. Vi benytter oss derfor av begrepene slik de tradisjonelt benyttes i ISTDP-litteraturen. Her bruker man ordene synonymt, men benytter som regel ordet følelse. Følelser defineres i denne sammenhengen som evolusjonsbaserte, biologisk funderte responser som informerer og beveger individet i dets tilpasning til vesentlige endringer i omgivelsene.

Disse utfordringene ble identifisert som sentrale av Habib Davanloo (1990b; 2005), en iranskfødt kanadisk psykiater. Den systematiske håndteringen av disse ble en essensiell komponent i hans «Intensiv dynamisk korttidsterapi» (ISTDP ; Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy). ISTDP er en terapiform som arbeider spesifikt med disse vanlige (og -etter vårt skjønn ofte stilltiende aksepterte) hindringene for effektiv psykoterapi, og benytter et intervensjonsapparat utviklet for å gjøre terapeuten i stand til å takle disse hindringene.

ISTDP er blitt gjenstand for forskning (se for eksempel Abbass, Town & Driessen, 2012; Abbass et al., 2010; Abbass, 2002; Callahan, 2002; Wiborg & Dahl, 1997; Winston et al., 1994) og synes å gi god effekt for et bredt spekter av pasienter og å være tids- og kostnadseffektiv i bruk. I tillegg til god effekt i naturalistiske studier av behandling for ulike symptomlidelser finner vi robust virkning i randomiserte studier av behandling av pasienter med personlighetsforstyrrelser. I disse studiene vedvarer effektene etter endt behandling for disse pasientgruppene (Abbas et al., 2012). Denne spesifikke evidensen sett i sammenheng med den mer omfattende evidensen for dynamiske korttidsterapeutiske metoder generelt (Shedler, 2010) gjør at vi med rimelig trygghet kan si at metoden er empirisk understøttet. I tillegg til studier av metodens effekt og effektivitet er det gjennomført noen prosess- og utfallsstudier der godt utfall knyttes til høyere grad av følelsesmessig mobilisering, redusert forsvarsbruk og økt grad av uttrykk for følelser underveis i forløpet (Taurke et al., 1990; Salvadori, 2010). Imidlertid er det behov for flere studier som undersøker den psykoterapiteoretiske modellens gyldighet.

I Norge foregår det forskning på ISTDP for pasienter med behandlingsresistente lidelser i døgninstitusjon ved Drammen distriktsspsykiatriske senter– Thorsberg døgnseksjon. Foreløpige resultater er presentert ved fagkonferanser både nasjonalt og internasjonalt, og er lovende for denne gruppen pasienter, med betydelige effekter som generelt vedvarer minst ett år etter endt behandling.

## **Davanloos ISTDP**

### **Psykopatologiforståelse**

Som flere av sine samtidige baserte Davanloos forståelse av psykiske lidelser seg på kliniske observasjoner av pasientenes håndtering av ubevisste følelsesmessige konflikter. Når Davanloo fokuserte på pasientens følelser (press), rapporterte pasienten typisk angst eller responderte med forsvar, i stedet for å kjenne på følelsene. Følelsene var blitt for konfliktfylte for pasienten, slik at

vedkommende responderte med angst hver gang man i dagliglivet og terapien nærmet seg dem. For å dempe denne angsten benyttet pasienten unntakelsesstrategier eller forsvar for å distansere seg både fra følelsene og den mellommenneskelige nærhet som vekket dem. Konsekvensen av utstrakt og habituell bruk av forsvar var at pasienten utviklet ulike symptomer som ensomhet, depresjon, panikkangst, somatiseringsproblematikk og liknende.

Davanloo fant at tidlige relasjonstraumer syntes å føre til en bestemt sekvens av reaksjoner hos pasientene: psykisk smerte, sorg over tapet av den gode relasjonen, reaktivt raseri mot den som påførte traumet, og skyldfølelse for dette raseriet. Pasienten hadde med andre ord intenst konfliktfylte følelser knyttet til sine nærmeste, og disse følelsene ble forbundet med angst da pasienten opplevde at de både på det indre og ytre plan truet relasjonen til tilknytningspersonene. Davanloo antok ut fra sine observasjoner at generalisert, ubevisst skyldfølelse over ubevisst sinne var underliggende for pasientens psykopatologi, og skyldfølelsen motiverte både forsvar mot følelser og motstand mot endring i psykoterapirelasjonen.

### **Davanloos psykoterapeutiske metode**

For å utvikle en terapeutisk teknikk som kunne hjelpe pasienten å komme til bunns i sine følelsesmessige konflikter, gjennomførte Davanloo inngående analyser av egne terapivideoer, og fant at når en følelse trigget angst og motstand hos pasienten, syntes det fruktbart å møte dette med kontinuerlig fokus på denne følelsen (press), hjelpe pasienten til å se forswarets funksjon og negative konsekvenser med stadig økende utfordring om å gi slipp på forsvar og motstand som hindret pasienten i å oppleve følelsen. Dette stod i kontrast til den ordinære psykoanalytiske tilbakelente og tolkende posisjon han selv var opplært i, der man i større grad «godtok» pasientens forsvar på kort sikt.

For å utvikle og illustrere sin patologiteori og terapeutiske teknikk benyttet Davanloo seg av Menningers (1958) operasjonalisering av intrapsykisk konflikt via «konflikttriangelet» som har følelser, angst og forsvar i hvert av hjørnene. Triangelet illustrerer hvordan aktivering av ubevisste følelser vekker ubevisst angst, som pasienten beskytter seg mot ved sine forsvarsmekanismer. Videre brukte Davanloo Malans (1979) «persontriangel» for å tydeliggjøre den økende innsikten i at følelser er dypt relasjonelle av natur og derfor må forstås i lys av tidligere relasjoner, samt at de blir iscenesatt i nåværende forhold og i overføringen. Davanloo understreket nødvendigheten av å tilpasse de terapeutiske intervensjonene fra øyeblikk til øyeblikk i henhold til hvor på konflikttriangelet pasientens respons hører hjemme. Når pasienten opplever sine følelser, hjelper terapeuten pasienten

å oppleve dem så dypt som mulig. Når pasienten reagerer med angst, hjelper terapeuten pasienten å identifisere angsten, om nødvendig regulere den, og å vende fokus tilbake mot følelsen. Når pasienten responderer med et forsvar, hjelper terapeuten pasienten å se forsvaret og å deaktivere det. Slik ble ISTDP en metode som kjennetegnes ved initialt høy terapeutaktivitet, da pasienter typisk responderer med en høy frekvens av forsvar ved press mot underliggende følelser, noe som ifølge modellen krever tilsvarende høy aktivitet fra terapeutens side.

*En annen problemstilling er at pasienter overveldes av følelser under terapien og derfor opplever økt symptomtrykk*

Teknikken syntes å føre til besparelse av tid og dermed redusert varighet av pasientenes lidelse. Davanloo gjorde systematiske oppfølgingsintervjuer med pasientene sine, og de viste gode resultater. Teknikken var lenge forbeholdt behandling av pasienter som kunne gjøre bruk av modne forsvarsmekanismer og som derfor tålte hurtig avdekking av konfliktfylte, ubevisste følelser. Davanloo så samtidig at en betydelig andel av pasientene responderte negativt på det systematiske presset mot følelser og utfordring av forsvar, ved at de fremfor å bli mobilisert følelsesmessig ble energifattige og tunge, somatiserte, projiserte eller på annen måte reagerte med økte symptomer. Utover på 1990-tallet arbeidet han derfor frem et gradert format av ISTDP ment å hjelpe disse pasientene gjennom en forberedende fase med kapasitetsbygging før eksponering for konfliktfylte følelser.

### **Operasjonalisering av angst i ISTDP**

I tråd med Freuds (1926) andre angstteori blir angst i ISTDP forstått som et signal om at ubevisste konfliktfylte følelser mobiliseres, og ved hjelp av forsvarsmekanismer forsøker individet å redusere ubehaget og holde ubevisste følelser og impulser borte fra bevisstheten. I ISTDP blir terapeutens vurdering av pasientens angsttoleranse avgjørende for terapeutens tilnærming (Davanloo, 1990 a, c). Monitorering av pasientens angsttoleranse gir terapeuten kontinuerlig tilbakemelding knyttet til når pasientens følelses- og angstaktivering når det maksimale av pasientens kapasitet. Denne kontinuerlige angstmonitoreringen er sentral i ISTDP og anses som essensiell for trygt terapeutisk arbeid med metoden. Angstmonitoreringen er således ment å gi terapeuten tilbakemelding om hvorvidt pasienten tåler et stadig økende press mot å oppleve følelser, og om det er trygt å utfordre forsvar/ motstand, eller om pasienten i stedet blir overveldet av angst og opplever symptomforverring

(for eksempel blir kraftløs og nedstemt). Hvis pasienten overveldes av angst, vil man si at pasienten har gått over sin angstterskel. På dette punktet fungerer ikke lenger pasientens repressive forsvar (og regressive forsvarsmekanismer vil som regel bli virksomme). Terapeuten vil umiddelbart ta av presset mot følelser og hjelpe pasienten å nedregulere angsten. Deretter vil arbeidet bestå i å styrke pasientens kapasitet til å tåle følelser, ved gang på gang å hjelpe pasienten til å bevege seg opp til terskelen for sin angsttoleranse og erstatte det da utløste regressive forsvaret med mer modne forsvarsmekanismer. Terskelen for pasientens angsttoleranse vil dermed heves, og pasienten vil etter hvert kunne tåle å oppleve sine følelser. En målsetting i ISTDP er derfor å fra øyeblikk til øyeblikk kunne vurdere hver enkelt pasients kapasitet til å kjenne sine underliggende konfliktfylte følelser, slik at presset ikke blir for lavt og terapien blir ineffektiv, men samtidig ikke for høyt slik at pasienten blir dårligere.

### **Davanloos tre typer angstkanalisering**

Davanloo (1990a, 1990c; Abbass & Bechard, 2007) har identifisert tre typer angstkanalisering som han hevder gjenspeiler pasientens kapasitet til å tåle eksponering for konfliktfylte følelser; 1) angst kanalisert i tverrstripet muskulatur, 2) angst kanalisert i glatt muskulatur og 3) angst som fører til kognitive eller perseptuelle forstyrrelser.

1) En optimal angsttoleranse kjennetegnes ved at angstaktivering kanaliseres i tverrstripet muskulatur, som oppleves som en indre spenning eller uro i den viljestyrte muskulaturen i kroppen. Dette vil eksempelvis kunne observeres som dype respiratoriske sukk og ved at pasienten gnir seg i hendene. Pasienter som er oppmerksomme på at de føler seg anspent og urolig i kroppen, vil ofte koble disse kroppslige erfaringene til opplevelsen av angst, og de vil ofte ha en formening om hva denne angsten er relatert til. I ISTDP er angst kanalisert i tverrstripet muskulatur en indikasjon på at det vil være trygt å legge press mot følelser og å utfordre forsvar. Angst kanalisert i tverrstripet muskulatur vil i hovedsak sammenfalle med «nevrotiske» forsvar (isolering av affekt, intellektualisering, rasjonalisering etc.), som har som hovedfunksjon å hindre at tanken («jeg er sint») etterfølges av en kroppslig opplevelse av følelsen (for eksempel; «jeg kjenner at det koker innvendig»). Et slikt forsvar vil innebære at pasienten kan fortelle at han for eksempel er sint eller trist, men han er ikke i stand til å forklare hvordan han kjenner følelsen fysisk i kroppen. Så lenge pasientens angst er kanalisert i tverrstripet muskulatur, er dette «grønt lys» for å hjelpe pasienten til å få tilgang til disse følelsene ved å utfordre forsvar og motstand som hindrer pasientens tilgang til sine følelser.

2) Fravær av angst kanalisert i tverrstripet muskulatur, der angsten i stedet kanaliseres i glatt muskulatur (den ikke-viljestyrte muskulaturen som finnes i for eksempel mage, tarm og blodkar),

er et «rødt lys» for ytterligere press mot følelser og utfordring av forsvar. En aktivering av angst i glatt muskulatur gjør at pasienten kan fremstå svært rolig (fravær av tverrstripet aktivering), samtidig som han eller hun begynner å føle seg fysisk dårlig (typisk kvalm/ uvel). Pasienter med en kronisk dårlig regulert angst rapporterer ofte funksjonelle lidelser/symptomer (Abbass, 2005; Abbass, Kisely & Kroenke, 2009), for eksempel visse former for migrene (Abbass, Lovas & Purdy, 2008) og astma, samt mage- og tarmproblemer (irritabel tarm-syndrom, ulcerøs kolitt). Som gruppe er disse pasientene ikke i stand til å skille mellom den kroppslige opplevelsen av følelsen og sin angst, og de har en høy forekomst av kronisk somatisering og kroniske former for depresjon, samt typisk store relasjonelle vansker og selvbildeproblematikk (Davanloo 1990 a, c).

3) Den tredje formen for angstkanalisering fører til at pasienten opplever en eller annen form for kognitive eller perseptuelle forstyrrelser. Pasienten vil kunne bli forvirret og ha problemer med å tenke klart, synet vil kunne bli uklart (tunnelsyn og tåkesyn), hørselen blir dårlig (piping og susing i ørene), og det kan fremkomme symptomer på dissosiasjon og hallusinasjoner. Ifølge Davanloo er en slik angstkanalisering en indikasjon på svært lav toleranse for følelser, og hvor individet kun har tilgang på primitive forsvarsmekanismer for å beskytte seg mot en overveldende angst. Fra vår kliniske praksis opplever vi til stadighet at pasienter som har en kronisk angstkanalisering forenlig med punkt 2 eller 3, er mindre oppmerksomme på at disse symptomene er relatert til angst, de har sjelden en formening om hva denne angsten er relatert til, og de er vant til å ignorere sin angst, med den følge at de har vært uten mulighet til å regulere den.

Moderne polyvagale teori, som Porges (2007) har fremsatt, synes å være konsistent med ideen om disse ulike formene for angstkanalisering<sup>2</sup>.

---

<sup>22</sup>. Fra det polyvagale perspektivet antar man at det autonome nervesystemet har en evolusjonært basert hierarkisk tredeling der fylogenetisk nyere nevralt projeksjoner har en tendens til å overstyre fylogenetisk eldre projeksjoner. Imidlertid tar de eldre nervekretsene over dersom de nyere ikke er i stand til å regulere individets stressnivå. Kronisk dysregulering av stressnivået kan da utløse en tendens til at de eldre kretsene blir mer dominante hos personen. Den nyeste kretsen er knyttet til viljestyrt og autonom kontroll av tverrstripet muskulatur i ansikt og hode (sosial kommunikasjon, selvberoligelse), den nest nyeste kretsen er knyttet til det sympatiske nervesystems adrenalinakse og mobilisering av fight/ flight-responsen (aktiv spontan beskyttelse), mens det eldste systemet er knyttet til immobilisering (varianter av «å spille død») og nedregulering av de to andre

For pasienter med lav angsttoleranse (som angitt i punktene 2 og 3) utviklet Davanloo «det graderte format av ISTDP». Når terapeuten registrerer at pasienten går over sin angsterskel, vil han som hovedprinsipp unngå enhver videre intervensjon som vil kunne øke angsten. Dette gjøres blant annet ved at terapeuten tilbyr refleksjon omkring prosessen for å hjelpe pasienten å skape mening og helhet, samt for å tilby mer modne, repressive forsvar (se eventuelt Abbass & Bechard, 2007 for en mer inngående gjennomgang). For eksempel kan dette foregå slik:

– Hvilke følelser kjenner du overfor kjæresten din for at han sviktet deg? (terapeuten legger press mot følelser)

– Åh, nå ble synet mitt uklart (pasienten rapporterer angst kanalisert i kognitivt perseptuelt system, et stoppsignal for terapeuten).

– OK, la oss stoppe litt der (terapeuten tar av press mot følelser). Uklart syn er et tegn på angst. Du har en følelse overfor kjæresten din. Denne følelsen gjør deg engstelig, og angsten fører til uklart syn. Ser du hva jeg mener?

Med denne intervensjonen ønsker man at pasienten skal forstå at det kroppslige symptomet (uklart syn) er et tegn på angst. På den måten er det lettere for pasienten å registrere når hun blir engstelig, og å forstå hva som nettopp utløste angsten. Vi ønsker derfor at pasienten skal se sammenhengen mellom stimuli (kjæresten svikter), følelse, angst og symptomet på angst (konflikttrekanten). Disse intervensjonene er ment å hjelpe pasienten med å se sammenheng og gjøre hennes angst forståelig og dermed mulig å behandle. Så snart terapeuten observerer eller pasienten rapporterer fravær av angst kanalisert i glatt muskulatur (2) eller i dette tilfellet i kognitivt perseptuelt system (3), eller pasienten igjen viser tegn på tverrstripet angstkanalisering (1), vil terapeuten gjenoppta sitt press mot følelser. På denne måten forsøker terapeuten å kontinuerlig fremme maksimal vekst, ved å legge til rette for en optimal eksponering for de følelsene og temaene som vekker angst.

---

kretsene (passiv spontan beskyttelse). Dominans fra de to nyeste kretsene vil teoretisk sett tilsvare kanalisering av angst i tverrstripet muskulatur. Fungeringen i disse tre systemene antas å være nær knyttet til vagusnervens aktivitet, og en økende dominans fra den eldste av vagusnervens kretser korresponderer, ut fra det polyvagale perspektivet, med forekomsten av glattmuskulære problemer i mage og tarm, forstyrrelser i hjerteratevariabilitet, avflatning av ekspressive bevegelser, samt med økende grad av kognitive/perseptuelle forstyrrelser, slik som svekket oppmerksomhet, øresus/piping, synsforstyrrelser og svekket evne til å ta inn og respondere adekvat på andres kommunikasjon.



Et slikt kontinuerlig eksponeringsarbeid hever pasientens angstterskel, med mål om en raskest mulig restrukturering av angstkanaliseringen til tverrstripet muskulatur.

Parallelt med dette må terapeuten jobbe med forsvaret og motstanden som er til hinder for videre utvikling i terapien og i livet til pasienten.

*Intensiv dynamisk korttidsterapi kan være et egnet tilbud til om lag 85 % av pasienter som er henvist til poliklinisk psykoterapi*

### **Arbeid med forsvar og motstand i ISTDP**

Tradisjonelt i dynamisk psykoterapi er motstand et overordnet samlebegrep for pasientens forsvar, det vil si de dynamiske kreftene i pasienten som hindrer kontakt med konfliktfylte følelser og innsikter (Freud, 1900; Greenson, 1967), og i ISTDP er forståelsen av motstand og arbeidet med denne helt sentral. I utviklingen av ISTDP baserte Davanloo seg i stor grad på arbeidet til Freud, Anna Freud, Ferenczi, Rank og Reich (for utdyping, se Coughlin Della Selva, 1996), og senere arbeid innenfor ISTDP (for utdyping, se Frederickson, 2013) har i større grad innreflektert moderne psykoanalytisk teori. Davanloo (1988) så et behov for mer intenst og grundig arbeid med forsvar enn i tradisjonell psykoanalytisk terapi, da pasienten ofte i stor grad var identifisert med sin motstand, og derved aktiverte forsvar med såpass høy frekvens at de effektivt hindret egen følelsestilgang uten at de selv var klar over det. De så ikke at for eksempel emosjonell distansering er noe de gjør, og som gjør det vanskelig for dem å komme i kontakt med sine følelser og være trygg og nær i relasjoner, men de kunne si: «Jeg er sånn, jeg er en reservert person».

Allerede Freud (1885, 1926) beskrev hvordan pasientens forsvar mobiliseres habituell og ubevisst, da mellommenneskelig kontakt vekker minner fra tidlige relasjonelle traumer, som igjen vekker ubevisste følelser som kan trigge angst og aktivere forsvar. Det er dermed terapeutens oppgave å hjelpe pasienten å se eksplisitt hvordan disse forsvarene skaper problemer for ham i terapien og dagliglivet generelt, slik at pasienten av egen vilje kan vende seg mot forsvaret. For å hjelpe pasienten til å se dette må terapeuten identifisere forsvaret, klargjøre forsvarets negative effekter i terapien og livet for øvrig, og etter hvert utfordre pasienten til å gi slipp på forsvaret (Davanloo, 1990b). Det er her helt sentralt å merke seg at idet terapeuten hjelper pasienten å forstå konsekvensene av dette forsvaret, vil pasienten gradvis overta ansvaret for å blokkere sitt eget forsvar. For eksempel:

– Så hva er følelsen overfor kjæresten din for at han sviktet deg? (terapeuten legger press mot følelse)

– Jeg føler meg skuffet (pasienten blander stimuli med følelse)

– Ja, han skuffet deg. Det er det han gjorde (terapeuten differensierer stimuli fra følelse). Så hva er følelsen din overfor ham for å ha skuffet deg? (nytt press mot følelse)

– «Sukk» (tverrstripet muskulær angstkanalisering). Jeg tenker at han ikke burde gjort det (forsvar: intellektualisering/ fornektelse).

– Men han gjorde det (terapeuten blokkerer fornektelse). Han skuffet deg (minner om stimuli). Så hva er følelsen din overfor ham for å ha skuffet deg? (nytt press mot følelse)

Davanloo skilte mellom formelle og taktiske forsvar (1990a). Formelle forsvar er intrapsykiske i natur, det vil si at de hindrer ubevisste følelser å nå bevisstheden, og innbefatter repressive forsvar (som å intellektualisere, gruble, rasjonalisere, minimalisere) og regressive forsvar (som å projisere, splitte, utagere). Repressive forsvar er typisk et godt tegn, idet bruken av dette tyder på at pasienten evner å isolere affekt; pasienten kan si hva han eller hun føler, men beskytter seg mot å kjenne følelsen kroppslig og impulsen følelsen motiverer. Her kanaliseres angsten typisk i tverrstripet muskulatur, og det er «grønt lys» for videre utforskning av følelser.

Regressive forsvar er typisk et tegn på at pasienten overveldes av angsten som vekkes når han eller hun inviteres til å føle følelser, og må utagere eller endre persepsjonen av virkeligheten for å beskytte seg mot disse følelsene. Her kanaliseres angsten typisk glattmuskulært eller som kognitiv-perseptuell forstyrrelse, og det er «rødt lys» for videre utforskning av følelser før angsten er regulert og regressive forsvar er restrukturert. Derimot er taktiske forsvar interpersonlige i natur, de brukes for å forhindre emosjonell nærhet og kontakt med terapeuten (som å være vag, sarkastisk, kverulere, trekke tilbake hva en har sagt, unngå øyekontakt, smile på upassende steder etc.). Taktiske forsvar kan tyde på at pasientens ubevisste følelser overfor terapeuten begynner å bli såpass mobilisert at pasienten må skape en distanse til terapeuten for å dempe disse følelsene.

I ISTDP arbeider terapeuten for at pasientene skal kunne oppleve sine følelser til det maksimale av deres kapasitet. For å få til dette på kortest mulig tid må ethvert forsvar identifiseres, tydeliggjøres og blokkeres, ellers vil ikke følelsene komme til i sin fulle kraft. Det krever en stor grad av aktivitet fra terapeutens side. Parallelt med dette hjelper terapeuten pasienten å se at forsvaret ikke bare hindrer tilgang til følelser, men er med på å skape og opprettholde symptomene de søker terapi for. Fokuset går altså fra diagnose til en forståelse og forklaring av pasientens symptomer basert

på konflikttrekanten: De ubevisste følelsene, angsten som vekkes av disse, forsvaret som aktiveres som følge av dette, og symptomene som oppstår som konsekvens av angsten og/eller forsvaret. Etter hvert som forsvaret blir mer og mer tydelig i terapien, kan terapeuten begynne å utfordre pasientene til å slippe forsvaret (Davanloo, 2000a). Dette gjøres ikke før det hersker enighet mellom pasient og terapeut om at forsvaret er til hinder for pasienten, ellers risikerer man misallianse. Når det blir tydelig for pasientene at motstanden motarbeider deres mål i terapien og livet, vil de i økende grad vende seg mot denne, og de konfliktfylte følelsene vil komme nærmere overflaten. Terapeuten må altså hjelpe pasienten å forstå at det er en sammenheng mellom symptomene pasienten kommer til terapi for (for eksempel depresjon), og forsvaret de benytter seg av for å hindre tilgang til konfliktfylte følelser (for eksempel at sinne vendes innover og pasienten i stedet blir selvkritisk):

- Så hva er følelsen din overfor ham for å ha skuffet deg? (nytt press mot følelse)
- «Sukk» (tverrstripet muskulær angstkanalisering). Jeg føler meg dum (forsvar: vender sinne innover). Jeg burde aldri ha blitt kjæreste med han.
- Legger du merke til at du begynner å kritisere deg selv så snart vi undersøker hva du føler overfor din kjæreste for å ha sviktet deg? (identifiserer forsvaret)
- Jeg føler meg dum når jeg tenker på alle gangene jeg kunne ha gått, men ble.
- Så du blir sint på deg selv? Du vender aggressive følelser innover i stedet for utover mot kjæresten din? (klargjør forsvarets funksjon)
- Ja ... det kan du for så vidt si. Men det føles slik!
- Er det en følelse eller en konsekvens av at du vender aggressive følelser innover? Tror du det er med på å gjøre deg deprimert når du vender aggressive følelser innover mot deg i stedet for utover mot den som har sviktet deg? (peker ut prisen på forsvaret)
- Ja ... når du sier det slik.
- Så hvis du ikke skulle gå til angrep på deg selv, hva er følelsen overfor kjæresten din for å ha sviktet deg? (inviterer til å gi slipp på forsvaret og nytt press mot følelse)

Som Davanloo påpekte (1995), står pasientens frigjørende krefter (UT A; ubevisst terapeutisk allianse – den implisitte, ureflekterte delen av arbeidsalliansen som gjør at pasienten spontant bringer fram de viktige erfaringer og reaksjoner som trenger bearbeiding) og selvsaboterende krefter (motstand) alltid i motsetning til hverandre. En av terapeutens viktigste oppgaver i ISTDP, ved siden av overvåkning av angstkanalisering, er å tippe balansen mellom motstand og ubevisst terapeutisk allianse i favør av sistnevnte (Davanloo, 1995). UT A er Davanloos betegnelse for alle menneskers

iboende ønske om trygg tilknytning, og er drivkraften bak pasientens grunnleggende ønske om å komme til bunns i problemene sine, ønske om emosjonell nærhet, oppnå følelsesmessig opplevelse, og å overvinne sin motstand mot dette. I forbindelse med følelsesmessige gjennombrudd vil pasienten spontant kunne erindre følelsesmessig relevante hendelser i fortid, som er ett av flere uttrykk UT A kan ta. UT A er terapeutens hovedallierte i terapirommet, og blir gjennom terapien gradvis mer og mer bevisst.

Ved konsekvent forsvarsarbeid vil UT A begynne å bli sterkere enn motstanden, og med nok parallelt press mot følelse vil pasienten kunne oppleve følelsesgjennombrudd. Samtidig med dette vil angsten for den tidligere unngåtte følelsen synke drastisk, pasienten vil bearbeide følelsene, og UT A vil affektivt knytte dette til klare minner og bilder som gir informasjon om pasientens underliggende konflikt og bakenforliggende traume. Vi sier dermed at tolkningen (i betydningen refleksjon over og forståelse av de relasjonelle erfaringer problemene stammer fra) av pasientens kjernekonflikt (basert på konflikt- og persontriangler) i ISTDP kommer etter følelsesgjennombruddet, da informasjonen pasienten kommer med før dette, antas å være fordreid eller forstyrret på grunn av forsvar. Pasienter med høy grad av motstand vil imidlertid like før følelsesgjennombrudd begynne å etablere en interpersonlig motstand (taktiske forsvar), da det foregående arbeidet vekker komplekse ubevisste følelser (også kalt overføringsfølelser) overfor terapeuten. På den ene siden er pasientene på et ubevisst nivå takknemlige for terapeutens vedvarende og aktive innsats rettet mot å nå inn, og på den andre siden er de på samme ubevisste nivå irriterte og sinte på terapeuten som opprettholder tydelig fokus mot følelser og innsikter de omhyggelig har holdt unna i alle år. Mobiliseringen av disse komplekse ubevisste følelsene parallelt med at deres repressive forsvar er blokkert, gjør at det ikke lenger er tilstrekkelig å forsvare seg mot egne følelser og impulser, de må også dempe den emosjonelle kontakten med terapeuten for å hindre videre mobilisering av følelser overfor denne (Davanloo, 1995). Vi sier her at motstanden krystalliserer seg i overføringen. På dette punktet har det ikke lenger hensikt for terapeuten å arbeide med de intrapsykiske forsvarene hver for seg, pasienten har nå satt opp en interpersonlig mur av forsvar mellom seg og terapeuten, og resten av arbeidet må foregå i overføringen for å komme til følelsesgjennombrudd, da motstanden nå truer med å bli sterkere enn UT A (se Davanloo, 1990d for en gjennomgang).

Målet er til enhver tid at motstanden blir svekket til fordel for UT A, slik at de ubevisste følelsene kan bryte igjennom til bevissthet. I kjølvannet av dette vil det ubevisste «låses opp» for tilgang på ubevisste minner og følelser i forhold til de opprinnelige relasjonstraumene, slik

at en i persontriangelet nå beveger seg fra overføringssituasjonen tilbake til det opprinnelige relasjonstraumet, gjenopplevd via den følelsesmessige aktiveringen (Davanloo, 1988). Det er til enhver tid terapeutens oppgave å vurdere om pasientens repressive forsvar kan blokkeres hver for seg, eller om de er en del av et samlet taktisk forsvarsverk som representerer krystallisering av motstanden i overføringen. Som det fremgår, gir denne vurderingen forskjellige føringer for terapeutens arbeid med pasientens forsvar og motstand, slik at terapeuten kan hjelpe pasienten med å oppleve sine følelser så hurtig og dypt som mulig.

### Konklusjon

ISTDP sikter på å besvare spørsmålet: «Hvordan kan terapeuten hjelpe pasienten til å få optimal kontakt med sine følelser?» Dette oppnås ved systematisk å invitere opplevelsen av ubevisste eller førbevisste følelser. Samtidig vil terapeuten vedvarende identifisere, klargjøre og utfordre de forsvarsstrategiene som hindrer pasienten i å få kontakt med disse følelsene, mens graden av og type angstmanifestasjon (den antatte kilden til overveldelse og symptomforverring) kontinuerlig overvåkes og reguleres/restruktureres når det er nødvendig. Av sentral karakter er å klargjøre for pasientene hvordan forsvaret er med på å skape og opprettholde symptomene de kommer til terapi for, og å hjelpe pasientene å restrukturere dette slik at de føler de tidligere unngåtte følelsene i stedet for å benytte seg av symptomfremkallende forsvar. ISTDP i sin nåværende form er anslått å være et egnet og effektivt terapeutisk tilbud til om lag 85 % av de pasientene som blir henvist til poliklinisk psykoterapi (Abbass, 2002), og i tillegg til behandling av symptomidelser og personlighetsforstyrrelser synes den også å være effektiv i behandlingen av en rekke somatiske lidelser som tradisjonelt ikke er blitt behandlet med psykologiske metoder (Abbass, 2005).

### Referanser

- Abbass, A. (2002). Office based research in intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP): data from the first 6 years of practice. *Ad Hoc Bulletin of Short-Term Dynamic Psychotherapy*, 6, 5–14.
- Abbass, A. (2005). Somatization: Diagnosing it sooner through emotion-focused interviewing. *Journal of Family Practice*, 54(3), 231–239.
- Abbass, A. & Bechard, D. (2007). Bringing character changes with Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy. *Ad Hoc Bulletin of Short-Term Dynamic Psychotherapy* 11(2), 26–40.

- Abbass, A., Campbell, S., Hann, S. G., Lenzer, I., Tarzwell, R. & Maxwell, D. (2010). Cost savings of treatment of medically unexplained symptoms using Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) by a hospital emergency department. *Journal of the Academy of Medical Psychology, 1*(2), 34–43.
- Abbass, A., Kisley, S. & Kroenke, K. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. *Psychotherapy And Psychosomatics, 78*, 265–274.
- Abbass, A., Lovas, D. & Purdy, A. (2008). Direct diagnosis and management of emotional factors in chronic headache patients. *Cephalalgia: An International Journal Of Headache, 28*, 1305–1314.
- Abbass, A., Town, J. & Driessen, E. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy: A systematic review and meta-analysis of outcome research. *Harvard Review of Psychiatry, 20*, 97–108.
- Callahan, P. (2002). Indexing resistance in shortterm dynamic psychotherapy (STDP): Change in breaks in eye contact during anxiety (BECAS). *Psychotherapy Research, 10*, 87–99.
- Coughlin Della Selva, P. (1996). *Intensive Short- Term Dynamic Psychotherapy*. England: John Wiley & Sons.
- Davanloo, H. (1988). Central dynamic sequence in the unlocking of the unconscious and comprehensive trial therapy. Part 1. Major unlocking. *International Journal of Short-Term Dynamic Psychotherapy, 4*(1), 1–33.
- Davanloo, H. (1990a). Intensive short-term dynamic psychotherapy with highly resistant depressed patients: Part I. Restructuring ego's regressive defenses, I H. Davanloo, *Unlocking the Unconscious* (s. 47–80) Chichester, England: John Wiley & Sons.
- Davanloo, H. (1990b). Management of tactical defenses in Intensive short-term dynamic psychotherapy, Part 1: Overview, tactical defenses of cover words and indirect speech, I H. Davanloo, *Unlocking the Unconscious* (s. 110–133) Chichester, England: John Wiley & Sons.
- Davanloo, H. (1990c). The technique of unlocking the unconscious in patients suffering from functional disorders. Part I. Restructuring ego's defenses, I H. Davanloo, *Unlocking the Unconscious* (s. 283–306) Chichester, England: John Wiley & Sons.
- Davanloo, H. (1990d). Intensive short-term psychotherapy with highly resistant patients. I. Handling resistance. I H. Davanloo, *Unlocking the unconscious* (s. 1–27) Chichester, England: John Wiley & Sons.

- Davanloo, H. (1990e). *Unlocking the unconscious: Selected papers of Habib Davanloo, MD*. New York: Wiley.
- Davanloo, H. (1995a). Intensive short-term dynamic psychotherapy: Technique of partial and major unlocking of the unconscious with a highly resistant patient – Part I. Partial Unlocking of the Unconscious. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, Vol. 10, 157–188.
- Davanloo, H. (2000a). Intensive short-term psychotherapy–Central Dynamic Sequence: Phase of challenge. I H. Davanloo, *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Selected papers of Habib Davanloo, MD* (s. 209–234) New York: Wiley.
- Davanloo, H. (2000b). Intensive short-term psychotherapy–Central dynamic sequence: Head-on collision with resistance. I H. Davanloo, *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Selected papers of Habib Davanloo, MD*. (s. 235–253) New York: Wiley.
- Davanloo H. (2005). Intensive short-term dynamic psychotherapy. I B. J. Sadock & V. A. Sadock (red.) *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Frederickson, J. (2013). *Co-Creating Change. Effective Dynamic Therapy Techniques*. Kansas City, MO: Seven Leaves Press.
- Freud, S (1895). Studies of hysteria. *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, volume 2 (s. 255–305). London: Hogarth Press.
- Freud, S (1900). The interpretation of dreams. *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, volume 4/5. London: Hogarth Press
- Freud, S (1926). Inhibitions, symptoms and anxiety. *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, volume 2 (s. 75–175). London: Hogarth Press.
- Greenson, R. R. (1967). *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Malan, D.H. (1979). *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics*. London: Butterworths.
- Menninger, K. (1958). *Theory of psychoanalytic technique*. New York: Basic Books
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., Willutski, U. (2004). Fifty years of psychotherapy processoutcome research: Continuity and change. I M. J. Lambert (red.) *Handbook of psychotherapy and behavior change* (5. utg.). New York: John Wiley & Sons.
- Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74, 116–143.

- Salvadori, A. (2010). *The relationship between affect experiencing and distress in intensive short-term dynamic psychotherapy*. Doctoral dissertation University of Sheffield.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, *65*, 98–109.
- Taurke E, Flegenheimer W, McCullough L, Winston A, Pollack J. & Trujillo M. (1990). Change in affect defense ratio from early to late sessions in relation to outcome. *Journal of Clinical Psychology*, *46*, 657–68.
- Wiborg, I. M. & Dahl, A. A. (1996). Does brief dynamic psychotherapy reduce relapse rate of panic disorder? *Archives of General Psychiatry*, *53*, 689–694.
- Winston, A., Laikin, M., Pollack, J., Wallner Samstag L., McCullough, L. & Muran, J. C. (1994). Short-term psychotherapy of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *151*, 190–194.